



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ADOLESCENTE
CON DEPENDENCIA EN SUS NECESIDADES
POR PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
ESTUDIO DE CASO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA INFANTIL**

P R E S E N T A:

**L.E.O. AMEYALLI QUETZALLI
HERNÁNDEZ VÁZQUEZ**

ASESORA:

E.E.I. MARICELA CRUZ JIMÉNEZ



CDMX, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Resumen

Título: Adolescente con dependencia en sus necesidades por parálisis cerebral infantil

Introducción: Parálisis Cerebral Infantil (P.C.I) define a un grupo de trastornos del control del movimiento y la postura, de carácter persistente, aunque no invariable, que condiciona limitación en la actividad; asociado a una lesión no progresiva en etapas precoces del desarrollo del sistema nervioso. Se estima una incidencia mundial de 2 a 2,5 por 1000 recién nacidos vivos.

Objetivo: Dar a conocer un Estudio de Caso aplicado a un adolescente diagnosticado con P.C.I + Neumonía grave con dependencia en todas sus necesidades básicas.

Metodología: Se realizó un Estudio de caso aplicando el Proceso de Atención de Enfermería en sus cinco etapas y la propuesta filosófica de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Se obtuvieron datos a través de la observación, exploración física y entrevista. Se elaboraron 18 diagnósticos de enfermería en formato Problema, Etiología, Signos y Síntomas (P.E.S.) y planes de intervenciones para mejorar el grado y nivel de dependencia.

Descripción del caso: Se trata de un adolescente hombre de 16 años, con diagnóstico de P.C.I., que ingresa a un hospital público de 3er nivel por Neumonía Adquirida en la Comunidad (N.A.C.).

Conclusiones: Posterior a la ejecución de las intervenciones planeadas, se observó mejoría en el estado de salud del paciente, reflejado en disminución del grado y nivel de dependencia en sus necesidades, logrando un alta hospitalaria y egreso a domicilio con conocimientos y habilidades necesarias en ambos cuidadores.

Palabras clave: Adolescente, dependencia, necesidades básicas, parálisis cerebral infantil, salud, enfermería.

Abstract

Title: Male teenager with dependence in all his basic needs secondary to cerebral palsy

Introduction: Cerebral Palsy is defined as a group of permanent -although not invariable-, disorders affecting movement, muscle coordination and posture. This is caused by a non-progressive brain injury that occurs in the early stages of the nervous system development. There incidence is of 2 - 2.5 per 1,000 newborns.

Objective: Present a Case Study applied to an adolescent with Cerebral Palsy + Severe Pneumonia with dependence in his fourteen components.

Methods: This Case Study was achieved using the Nursing Process in its five stages and The Nursing Need Theory by Virginia Henderson. Data was obtained through observation, physical examination and interview. Eighteen nursing diagnoses were formulated in P.E.S. format (Problem statement, Etiology and Defining characteristics) and nursing care plans to upgrade the degree and level of dependence.

Case description: This case is about a 16-year-old male teenager, diagnosed with Cerebral Palsy, who was admitted to a 3rd level public pediatric hospital for Community Acquired Pneumonia.

Conclusions: After applying the intervention's plans, there was an improvement in the patient's overall health status, reflected in a decrease in the degree and level of dependence related to his basic needs, achieving a hospital discharge and going home with the necessary knowledge and abilities in both caregivers.

Keywords: Teenager, dependence, fourteen components, cerebral palsy, health, nursing.

Agradecimientos

GRACIAS

A mi amada familia: Mayra, Cruz, Aldo, Elizabeth, Magdalena, Juvenal, Jessica, David, Alinna, y Annya.

Al amor de mi vida: Luis Rogelio.

A mis mejores amigas y amigos: Ana Karen, Miguel Ángel, José Antonio, Arantxa, Lina, Estefanía, Víctor, Jorge Alberto, Jorge Emanuel, Dylan, Candelaria, Susana, Anylú y Juan Carlos.

A mis nuevas amigas: Jossajandy, Paula, Tania y Amisadai.

A mis tutores: Maricela, Verónica, Manuel, Víctor, Dr. Zamora y Mateo.

A mi equipo de trabajo: Pamela, Noemí, Mayra, Víctor e Irineo.

Al Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.

A Bayron, Carmen y Ángel.

A las niñas y los niños del Hospital.

Dedicatoria

A Magdalena Sánchez Hernández,

mi amada abuelita,

mi eterno ángel

y la estrella más brillante del cielo.

Índice

1.-Introducción	1
2.-Objetivos	
2.1 General.....	3
2.2 Específicos	3
<u>Capítulo I</u>	
3.-Fundamentación	4
<u>Capítulo II</u>	
4.-Marco teórico.....	7
4.1 Marco Conceptual.....	7
4.2 Marco Empírico.....	9
4.3 Relación entre el proceso de atención de enfermería y la propuesta filosófica de Virginia Henderson	26
4.4 Daños a la Salud (Parálisis Cerebral Infantil)	27
<u>Capítulo III</u>	
5.-Metodología	31
5.1 Métodos e instrumentos utilizados.....	31
5.2 Consideraciones éticas.....	32
5.3 Descripción del caso.....	35
<u>Capítulo IV</u>	
6.-Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	37
6.1 Valoración.....	37
6.1.1 Hábitus exterior.....	37
6.1.2 Análisis de las Necesidades	37
6.2 Diagnóstico	47
6.3 Planeación.....	53
6.3.1 Plan de alta.....	117
6.4 Ejecución y evaluación	120
<u>Capítulo V</u>	
7.-Conclusiones	123

8.-Recomendaciones	124
9.-Referencias	125
10.-Apéndices	136
10.1 Anexo 1: Consentimiento Informado.....	136
10.2 Anexo 2: Historia Clínica	138
10.3 Anexo 3: Hoja de reporte diario	147
10.4 Anexo 4: Material de Apoyo.....	150
10.5 Anexo 5: Tablas de crecimiento para niños con P.C.I. con sonda de alimentación	152
10.5.1 Peso para edad.....	152
10.5.1 Talla para edad	153
10.5.3 Índice de Masa corporal.....	154

Lista de tablas y figuras

Tabla 1: Evidencia epidemiológica de la parálisis cerebral en Latinoamérica. Espinoza C., Amaguaya G., Culqui M., Espinosa J., Silva J., Angulo A., Rivera J., Avilés C., Prevalencia, factores de riesgo y características clínicas de la parálisis cerebral infantil Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 2019, vol. 38, núm. 6, ISSN: 0798-0264	6
Figura 1: Proceso de Atención de Enfermería y Teoría de Virginia Henderson ..	26
Tabla 2: Factores de riesgo de parálisis cerebral. Póo P. Parálisis Cerebral Infantil. Asociación Española de Pediatría. 2008. Pág: 271 – 277.	29
Figura 2: Familiograma.....	35

1.- Introducción

La Especialista en Enfermería Infantil realiza intervenciones especializadas para el cuidado integral de las niñas, los niños y los adolescentes sanos y enfermos a través de la integración de los elementos necesarios para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los principales problemas de salud infantil con un enfoque científico y humanístico que incluye al paciente y a su familia. Esta atención especializada se logra con el respaldo científico del Proceso Atención de Enfermería aplicado en sus cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería es la base del razonamiento clínico porque representa una forma organizada y sistemática de pensar los cuidados de las personas. Es un modelo organizado y flexible de pensamiento crítico que promueve un nivel competente de cuidados, engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras y constituye la base de la toma de decisiones. Desarrollar este pensamiento crítico promueve cuidados seguros y eficaces en la atención del paciente. Es por eso por lo que se considera el primer paso para pensar y actuar como una enfermera especialista.

Este trabajo presenta un Estudio de Caso aplicado a paciente pediátrico en etapa de adolescencia con alteración de todas sus necesidades básicas por parálisis cerebral infantil, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería, sustentado en la propuesta filosófica de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

El primer capítulo de este trabajo presenta los datos epidemiológicos del síndrome de Parálisis Cerebral Infantil que fundamenta este Estudio de Caso.

El segundo capítulo aborda el marco teórico que abarca marco conceptual, marco empírico, relación entre el proceso de atención de enfermería y la propuesta filosófica de Virginia Henderson y daños a la salud.

El tercer capítulo expone la metodología del presente estudio de caso, describe los métodos e instrumentos utilizados para la recabada de datos objetivos y subjetivos, las

consideraciones éticas y legales incluyendo la Ley general de salud, el Decálogo de éticas de Enfermería y los principios fundamentales de la bioética y finalmente la descripción del caso estudiado considerando el Metaparadigma de Enfermería: Persona, Entorno, Salud y enfermería.

El cuarto capítulo presenta la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería comenzando por la valoración describiendo el hábitus exterior y analizando los datos de cada necesidad básica, los diagnósticos de enfermería emitidos en formato P.E.S. (problema, etiología, signos y síntomas)., los planes de intervenciones y la ejecución y evaluación de los cuidados.

Finalmente, el capítulo cinco contiene las conclusiones del estudio realizado, sugerencias para futuros trabajos de investigación, las referencias bibliohemerográficas consultadas que respaldan con evidencia científica de cada uno de los componentes de este estudio de caso, además de los instrumentos aplicados al paciente y familia.

2.- Objetivos

2.1.- General

Elaborar un estudio de caso a un adolescente con dependencia en sus necesidades, utilizando el Proceso de Atención de Enfermería y la propuesta filosófica de las Catorce Necesidades de Virginia Henderson.

2.2.- Específicos

- Valorar las catorce necesidades e identificar los datos objetivos y subjetivos en cada seguimiento.
- Elaborar diagnósticos reales, de riesgo y de bienestar en las necesidades considerando las fuentes de la dificultad.
- Planear las estrategias, intervenciones y actividades específicas e individualizadas a realizar con el paciente.
- Ejecutar los cuidados específicos previamente establecidos en el paciente.
- Evaluar el logro de objetivos en consecuencia de las intervenciones aplicadas.
- Realizar plan de alta y brindar la información necesaria para una recuperación exitosa en el hogar con la participación de la familia.

CAPÍTULO I

3.- Fundamentación

Epidemiología de la Parálisis Cerebral Infantil

En la segunda mitad del siglo 20, la mayoría de los análisis estimaron que la incidencia de PCI en países desarrollados o industrializados fue de 1,5 a 2,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos (NV), aunque en esta época la supervivencia de pacientes pretérmino incrementó por la entrada de nuevas tecnologías, lo que paralelamente aumentó la incidencia de casos de la enfermedad. Su incidencia se ha mantenido estable en los últimos 10 años, como lo reporta una revisión sistemática y metaanálisis de 19 estudios que cumplieron criterios rigurosos en cuanto a metodología, donde se estimó que 2,11 niños por cada 1.000 NV padece PCI, siendo más frecuente en los productos entre 1.000-1.499 gramos de peso al nacer con 59,1 casos por cada 1.000 NV y con edad gestacional menor a 28 semanas estando presente la patología en 111,8 casos por cada 1.000 NV. En Europa, las tendencias de esta enfermedad indican una disminución progresiva de la incidencia, especialmente en los productos de muy bajo peso al nacer (1.000-1.499 gramos), bajo peso al nacer moderado (1.500-2.499 gramos) y peso normal al nacer (mayor o igual a 2.500 gramos), no obstante, en los productos con bajo peso extremo al nacer (< 1.500 gramos (40,8 casos por 1.000 NV) y en menores de 32 semanas de gestación (34,6 casos por 1.000 NV). Por otro lado, la variante discinética presentó una incidencia de 0,14 casos por cada 1.000 NV en Europa entre los años 1991-1996, de los cuales el 70% aproximadamente fue producto de un embarazo a término. En estos niños se encontró una frecuencia de dependencia funcional severa de 59%, discapacidades de aprendizaje del mismo grado en un 52%, epilepsia en 51%, alteraciones visuales severas en 19% y auditivas en un 6%. En este grupo, además, se observó una mayor incidencia de convulsiones neonatales en las primeras 72 horas comparadas a pacientes con la variante espástica bilateral. De igual forma, en una investigación realizada en Suecia la PCI discinética tuvo una incidencia de 0,27 casos por cada 1.000 NV, donde fue más frecuente el subtipo distónico (81,2%) seguido de la coreoatetosis (18,8%). En cuanto a la variante atáxica, es menos frecuente que la

espástica y discinética, se estima que se presente entre 3-8% de los casos de PCI. En un estudio realizado en Uganda se estudiaron 135 pacientes con la enfermedad entre 2-12 años donde la variante atáxica representó el 9,6% de los casos, de los cuáles 3,3% presentó epilepsia, 4,4% trastornos del lenguaje, 7,5% alteraciones visuales y 4,8% desordenes auditivos. La PCI de causa postnatal también es un tema de estudio, pero su frecuencia es menor a las relacionadas con el período prenatal y perinatal. En Uganda se realizó un análisis epidemiológico encontrando 2,9 casos por cada 1.000 nacidos vivos, donde el 25% se asumía una causa postnatal, especialmente infección del sistema nervioso central. En última instancia, la mortalidad de los pacientes con esta patología se estima entre 2,8 fallecidos por cada 1.000 personas-año a diferencia de 0,09 muertes por cada 1.000 personas-año en la población general, es decir, 32 veces más riesgo de mortalidad por todas las causas en la PCI. En Latinoamericana no hay un programa de vigilancia epidemiológica conjunta para la evaluación de la PCI y los estudios realizados son escasos, pero permiten estimar la realidad de esta patología en los países de la región. En Ecuador, en un estudio retrospectivo realizado en 127 niños diagnosticados con PCI, se determinó que la principal causa de la enfermedad fue la asfixia perinatal (77,2%), seguido de factores postnatales (13,4%), prenatales (6,3%) y genéticas (malformaciones) en un 3,1%. Por otro lado, se reportó la frecuencia de las formas clínicas en la ciudad de Cuenca, en una investigación realizada en un Hospital encontrando que la más común fue la espástica con un 84,7%, seguido de la discinética (6,9%) y atáxica (2,8%), a su vez el 80,6% de los niños estudiados presentó epilepsia, 75% tuvieron déficit cognitivo y 62,5% desnutrición. En la siguiente tabla se presentan los principales hallazgos en estudios realizados en Latinoamérica.¹ Ver tabla 1.

Tabla 1: Evidencia epidemiológica de la parálisis cerebral en Latinoamérica

Autor (REF)	Lugar, Año	Metodología	Principales resultados
Robaina y Riesgo (35).	Cuba, 1996-2002	Retrospectivo	La prevalencia de PCI encontrada fue de 1,81 casos por cada 1.000 NV, donde la mayoría de las causas encontradas fueron perinatal con 36% de los casos. Según los criterios de asfixia, 0,49 casos de la enfermedad por cada 1.000 NV se debían a hipoxia.
Barreiro y cols (33).	Ecuador, 2000	Retrospectivo	La etiología más frecuente fueron los factores perinatales en un 77,2%, siendo estas prevenibles. Casi el 90% de los pacientes presentó comorbilidad médica o neuropsiquiátrica.
Taboada y cols (36).	Bolivia, 2009-2012	Retrospectivo	Se encontró una tasa de prevalencia de 0,31 casos de PCI por 1.000 habitantes. Según la etiología se evidenció que 54,1% presentó factores de riesgo perinatales, 26,2% prenatales, 15,3% postnatales y 4,4% no fueron precisados.
Blanco y cols (37).	Colombia, 2010-2011	Descriptivo Cualitativo	De los pacientes evaluados 83% presentó PCI espástica y 17% atáxica, siendo el sexo masculino más frecuente con 58% de los casos. Estos niños presentaron alteración de las funciones orofaríngeas afectando el proceso del lenguaje.
Arias (34).	Ecuador, 2014-2015	Transversal	84,7% presentó PCI espástica, 6,9% discinética, 2,8% atáxica, 2,8% hipotónica y 1,4% mixta. El 7% refirió neuroinfección en el período postnatal, 4,2% padeció kernicterus y el 80% presentó al menos una comorbilidad médica o neuropsiquiátrica.

NV: nacidos vivos; PCI: parálisis cerebral infantil.

Espinoza C., Amaguaya G., Culqui M., Espinosa J., Silva J., Angulo A., Rivera J., Avilés C., Prevalencia, factores de riesgo y características clínicas de la parálisis cerebral infantil Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 2019, vol. 38, núm. 6, ISSN: 0798-0264 Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55964142018>

Una revisión sistemática de estudios sobre la prevalencia de trastornos del neurodesarrollo en México señaló que no se han publicado datos sobre la prevalencia de PCI en nuestro país. Sin embargo, en otro estudio se menciona que en el año 2006 México tenía cerca de 105 millones de habitantes, y de acuerdo con el dato que proporciona la Organización Mundial de la Salud en relación a que el 10% de la población presenta alguna discapacidad, se estimaba que, en ese momento, por lo menos 500 000 personas y sus familias vivían afectadas por algún grado de PCI.²

CAPÍTULO II

4.- Marco Teórico

4.1.- Marco Conceptual

Para el presente estudio de caso y su correspondiente investigación bibliohemerográfica se utilizaron las siguientes palabras clave:

- Adolescente: La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años. Normalmente la dividen en dos fases; adolescencia temprana de 12 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. En cada una de estas etapas se presentan cambios fisiológicos (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), estructurales (anatómicos), psicológicos (integración de la personalidad e identidad) y la adaptación a los cambios culturales y/o sociales.³
- Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.⁴
- Necesidades básicas: Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera.⁵
- Parálisis Cerebral Infantil: Grupo de desórdenes permanentes del desarrollo del movimiento y postura, que causan una limitación; y se atribuyen a alteraciones no progresivas que ocurren en el desarrollo del cerebro fetal o infantil. Los

desórdenes de la PC frecuentemente se acompañan de alteraciones en la sensación, percepción, cognición, comunicación conducta y por problemas musculoesqueléticos.⁶

- Persona: Ser humano con funciones biológicas, sociales y simbólicas; con potencial para aprender y desarrollarse. Sujeto a las fuerzas de la naturaleza es capaz de autoconocerse, interpretar experiencias y llevar a cabo acciones beneficiosas. Inserta en un todo capaz de consecución de metas y con adaptación que puede expresar verbal y no verbalmente.⁷
- Entorno: Ambiente cambiante con factores positivos y negativos, relevantes o insignificantes donde las personas cercanas interactúan con la persona que posee su propia concepción de mundo, tanto física como espiritual.⁷
- Salud: Estado integral caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal, que implica un movimiento dirigido de personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva y productiva tanto personal como en comunidad. Proceso de actualización y percepción que no se puede cuantificar, ni cualificar, surge de la interacción entorno-persona y consta de aspectos físicos, psicológicos, interpersonales, sociales y culturales.⁷
- Enfermería: Disciplina científica y humanística del arte de cuidar. Nace del esfuerzo creativo de un ser humano por ayudar a otro u otros seres humanos. Se establece una relación terapéutica interpersonal con un perfil profesional específico ejerciendo roles, así mismo, dentro de un equipo transdisciplinar. La enfermera adquiere el rol de compañera, maestra, sustituta, asesora, líder e investigadora. Se caracteriza por habilidades en la autonomía, el dinamismo, la colaboración, la negociación y la coordinación.⁷

4.2 Marco Empírico

En este capítulo se abordarán estudios de caso y artículos de investigación que fundamentan el caso clínico en proceso. Se encontraron un total de 18 publicaciones sobre estudios de caso, de los cuales, 2 abordan pacientes neonatales, 7 lactantes, 3 preescolares, 2 escolares y 2 adolescentes; y 2 estudios de investigación. Las bases de datos en donde se encontraron estos estudios fueron: Scielo, Medigraphic y Redalyc, y en las siguientes revistas: CONAMED, Enfermería Universitaria, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Enfermería Neumológica Pediátrica, Revista Brasileña de Enfermería Neonatal, MedWave, Portales Médicos y Sanidad Militar, los artículos revisados fueron escritos en idioma español e inglés, los países donde se realizaron las investigaciones fueron: México, Venezuela, Brasil, Chile y España. A continuación, analizaremos cada uno de los artículos encontrados.

El primer artículo, publicado por Martínez y Romero, corresponde a un recién nacido masculino de 12 días de vida extrauterina con alteración de las necesidades de oxigenación y realización. proveniente del estado de Hidalgo, el estudio se realizó en un hospital de 3er nivel del Estado de México. El objetivo de este estudio de caso, de acuerdo con las autoras fue lograr la independencia del neonato. La metodología utilizada fue el proceso de atención de enfermería y la teoría de Virginia Henderson, previo consentimiento informado se aborda la situación; para obtener información se usaron fuentes directas e indirectas y búsqueda en bases de datos. Durante la elaboración del diagnóstico se identificaron 8 diagnósticos reales, 2 de riesgo y 2 de bienestar. Se jerarquizaron las necesidades alteradas y se abordaron la necesidad de oxigenación por el compromiso ventilatorio y la de realización por ser un producto de embarazo no planeado. La planeación y ejecución se realizó con base en evidencia científica. Se encontraron alteradas las necesidades de: Oxigenación, Alimentación e hidratación, movimiento y postura, sueño y descanso, vestido y desvestido, termorregulación, higiene y protección de la piel, seguridad y protección, comunicación, trabajo y realización, abordando principalmente las necesidades de oxigenación y circulación en el neonato y realización en la madre del niño.

Durante las 2 semanas de cuidado se realizó fisioterapia pulmonar con lo que mejoró la saturación y se auscultaron campos pulmonares ventilados, gasometría arterial en equilibrio ácido-base. Nivel de dependencia: 4

En un primer intento se realizaron todas las medidas necesarias para favorecer la adaptación del neonato al cambio de fase ventilatoria, sin embargo, la polipnea aumentó a más de 80 rpm. Silverman-Andersen se mantiene 5-6 y presenta acidosis respiratoria, por lo que fue reintubado. En un segundo las intervenciones resultaron exitosas y el neonato mantuvo adecuada respiración con puntas nasales.

Se logró un contacto físico seguro, toques y caricias. No se realizó la técnica de mamá canguro por la condición de salud. Nivel de dependencia: 3

La autora concluyó que la investigación descriptiva y analítica, constituye un método eficaz de integración de la teoría y la práctica para analizar las respuestas humanas; basado en el modelo de Virginia Henderson permite valorar al neonato de forma general como ser biopsicosocial, y de manera focal con las 14 necesidades básicas. Esto permite valorar e intervenir en necesidades poco estudiadas, como la de realización en el binomio madre-neonato.⁸

El segundo artículo corresponde a una recién nacida mujer de 19 días de vida extrauterina, el estudio se realizó en un hospital general de la zona conurbada de la Ciudad de México. El objetivo de este estudio de caso, de acuerdo con las autoras fue mejorar su calidad de vida, así como cubrir todas sus necesidades y nunca caer en el encarnizamiento terapéutico.

Se trata de recién nacida que ingresa al servicio de cunero patológico con estancia de 19 días, fallecimiento 4 de marzo del 2012. Antecedentes perinatales: Enfermedad hipertensiva que amerita interrupción del embarazo a través de cesárea a las 34 semanas de gestación. Peso: 2.035 kg. Talla: 47 cm. APGAR: 4/8, requiriendo maniobras de reanimación avanzada. Al nacimiento se observa microcefalia, hipoplasia del pabellón auricular (bilateral), labio hendido bilateral, exoftalmos en ojo derecho, ausencia de huesos propios de la nariz, cuello corto y polidactilia en ambos pies.

Las autoras detectaron dependencia en las siguientes necesidades: oxigenación y circulación, nutrición e hidratación, movimiento y postura, descanso y sueño, termorregulación, higiene y protección de la piel y evitar peligros del entorno. Formularon cuatro diagnósticos reales.

Los resultados referidos por las autoras fueron que el patrón respiratorio fue eficaz, manteniendo SatO₂ entre 90% y 95%, sin tolerancia a la vía oral, ayuno con soluciones parenterales, glucosa en parámetros normales, mejoría en las lesiones cutáneas y se evitó la aparición de nuevas, alivio del dolor, mejora del patrón del sueño, mayor tranquilidad, mejor comunicación y convivencia madre-hija, se firmó voluntad anticipada el 1ro de marzo para evitar encarnizamiento terapéutico posterior a que los padres aceptaran el pronóstico. Se mantuvieron únicamente cuidados paliativos encaminados a mantener el bienestar y la calidad de vida. Paciente falleció el 4 de marzo del 2012.⁹

Los siguientes artículos corresponden a lactantes menores y mayores, el primer estudio corresponde a una lactante mayor, ingresada en el área de quemados, presentando una quemadura de 2° grado en miembro torácico derecho y otra en la región anterior del tórax, producidas por el derrame accidental de agua hirviendo de una tetera en su domicilio. El objetivo del autor fue minimizar la variabilidad y el impacto de la actuación sanitaria en una niña de corta edad, ajena al idioma y mundo occidentales. El autor realizó una valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson en la cual encontró alteradas las necesidades de: movilidad y postura, descanso y sueño, higiene personal y tegumentos, seguridad y comunicación. Se evidenció el riesgo de problemas a largo plazo para las necesidades de comunicación y realización, el diagnóstico realizado por el autor fue prioritariamente el Deterioro de la movilidad física r/c deterioro musculoesquelético m/p limitación de amplitud de movimientos. Otros diagnósticos encontrados fueron: Deterioro de la integridad cutánea r/c factores externos m/p alteración de la superficie de la piel, destrucción de las capas de la piel y riesgo de infección r/c: insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición ambiental a los agentes patógenos y destrucción tisular, Riesgo de lesión r/c factores externos físicos, Temor r/c falta de familiaridad con la situación, respuesta aprendida por exposición

previa a la fuente del miedo y barreras idiomáticas m/p aumento del estado de vigilancia, atención centrada en el objeto del temor, conductas de evitación y tensión muscular, Deterioro de la comunicación verbal r/c diferencias culturales m/p no poder hablar. El autor concluyó que se produjo una mejora en la lesión de la paciente, incremento de confianza en el equipo de atención y aumento del grado de adiestramiento e implicación en los cuidados brindados por la familia. ¹⁰

El siguiente artículo se realizó a un lactante masculino de 1 año, 6 meses de edad con alteración del desarrollo psicomotor y dependencia de la necesidad de aprendizaje. proveniente de Valparaíso, Chile, el estudio se realizó en un Centro de Salud Familiar (CESFAM). El objetivo de este estudio de caso, de acuerdo con las autoras fue aplicar el proceso de enfermería al lactante con alteración del desarrollo psicomotor con el propósito de identificar los aspectos más relevantes de los cuidados de enfermería y su seguimiento. La metodología utilizada fue el enfoque de la filosofía de las 14 necesidades de Virginia Henderson, previamente se solicitó la autorización para la utilización de los datos por parte de ambos padres. La recolección de información se realizó a través de la valoración de enfermería. Incluyó la revisión de la ficha clínica, anamnesis personal/familiar, examen físico y aplicación de instrumentos: Escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP). Posteriormente se sistematizó la información estableciendo un diagnóstico de enfermería prioritario, mediante el modelo “Problema (P), Etiología (E) y Signos-síntomas (S)”, se identificó un diagnóstico real prioritario derivado de la insatisfacción de la necesidad de aprendizaje y se identificó como etiología el desconocimiento de los padres respecto a estimulación del desarrollo psicomotor, inasistencia a sala de estimulación que se manifestó en el retraso del DSM (EEDP 68 puntos). La planificación se focalizó en el diagnóstico planteado y las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud chileno. Se continuó con la ejecución del plan de intervención diseñado y finalizó con la evaluación de los cuidados proporcionados y se determinó si tuvieron efectos en el mejoramiento del estado de salud del lactante. El objetivo fue que el lactante mejorara su desarrollo psicomotor con ayuda del equipo multidisciplinario, profesionales de enfermería y su familia en un mediano plazo. Se intervino con recomendaciones, educación y derivación.

Resultados: La madre y el padre realizan devolución de los conocimientos relacionados a la estimulación del desarrollo psicomotor, se realizó una reevaluación de EEDP 4 meses posteriores al diagnóstico inicial (Edad lactante: 22 meses), obteniéndose como resultado de 86 puntos: Normal. Aunque se mantuvo rezago en el área de lenguaje. Asistió regularmente a sala de estimulación. Se indicó continuar con la estimulación en el hogar, mantener asistencia a sala de estimulación y fonoaudióloga.

Guerrero, Bravo y colaboradores concluyeron que familia es la principal responsable de la crianza y desarrollo de sus hijas/os. Se evidenció la importancia de incorporar a la familia como elemento central para asegurar un adecuado crecimiento y desarrollo del lactante y, como el acompañamiento familiar por un equipo de profesionales genera un mejoramiento de los cuidados necesarios para cambiar una situación de forma temprana, evitando complicaciones mayores a largo plazo. Así como la relevancia del rol de la enfermera en la aplicación de instrumentos de medición del desarrollo psicomotor durante el control de salud infantil para el diagnóstico y atención oportunas y el uso de proceso de atención de enfermería como herramienta de trabajo sistematizado.¹¹

El tercer artículo relacionado a lactantes abordó la aplicación del PAE en una lactante femenina de 2 meses de edad, ingresada en un hospital de tercer nivel de atención en la Ciudad de México; utilizando como metodología la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson. El objetivo, según la autora Angélica Hernández, fue lograr la disminución del grado de dependencia en la necesidad de movimiento y postura ante el diagnóstico médico de hamartoma, en un lapso de 6 meses.

La obtención de los datos objetivos se realizó a través del método clínico, la fuente primaria empleada fue la exploración física, los datos subjetivos se extrajeron del expediente clínico y entrevista al familiar; se elaboraron distintos diagnósticos basados en la taxonomía NANDA, la autora identificó como diagnóstico real prioritario: Deterioro de la movilidad física relacionado con falta de fuerza para mantener una posición correcta para la edad manifestada por limitación de la amplitud de movimientos de extremidades, irritabilidad así como posición anatómica incorrecta, con dependencia total transitoria. Las intervenciones aplicadas fueron dependientes, interdependientes e

independientes, pero el plan de intervenciones no logró ser completado, sin embargo, la autora observó mejoría del paciente consecuente a las acciones e intervenciones de enfermería, así como la disposición de la cuidadora primaria para mejorar las condiciones de la familiar. La especialista concluye que La aplicación del PAE en conjunto con la propuesta de las necesidades de Henderson, ayudó a mejorar a la paciente hacia su independencia. Al utilizar la taxonomía NANDA para la elaboración de diagnósticos y la taxonomía NIC para la obtención del plan de intervenciones favoreció para integrar el proceso enfermero, demostró que es factible la aplicación del modelo de las necesidades en el área de enfermería infantil, además de permitir atender al paciente de forma holística.¹²

El cuarto artículo sobre lactantes se trata de un estudio de caso realizado a una paciente femenina de 8 meses de edad, con diagnóstico de anomalía de Ebstein, Díaz refirió que el objetivo fue la Identificación de las necesidades básicas alteradas de un lactante menor con cardiopatía congénita y utilizando un proceso enfermero con el enfoque de Virginia Henderson. En la metodología, la autora eligió a la paciente quien se encontraba en una institución de tercer nivel de atención en México, solicitó el consentimiento informado de la madre, revisó de forma extensa bibliografías y aplicó el proceso de atención de enfermería. A través del análisis de la información, jerarquizó las necesidades de la paciente y diseñó intervenciones especializadas de enfermería bajo el rigor ético pertinente evaluando los resultados, los cuales identificó como favorables ante las acciones ejecutadas, con cambios positivos ante el apoyo educativo por medio de las diversas asesorías y de material de información por medio de material didáctico. Ella concluyó que el proceso enfermero es el método ideal para la detección oportuna de las necesidades humanas alteradas, a su vez permite establecer intervenciones especializadas que garantizan una atención segura y cálida en el entorno del ser humano.¹³

El quinto artículo de esta categoría escrito por Solís, García y colaboradores se realizó en un Instituto de tercer nivel de atención en la Ciudad de México a un lactante menor de 6 meses de edad, apodado "Luka", con alteración de las necesidades de

oxigenación, circulación, termorregulación y evitar peligros, sometido a cirugía de corrección de TF y debido a que presentó falla cardíaca requirió de ECMO en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. El objetivo, según los autores fue desarrollar el proceso de atención de enfermería (PAE) en un lactante menor con falla derecha y pulmonar sometido a ECMO. Trató aspectos de la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) como alternativa de tratamiento para los pacientes con falla ventricular postcardiotomía por corrección quirúrgica de la tetralogía de Fallot. El estudio de caso se realizó prospectivo y longitudinal con la metodología del PAE en una Institución de Alta Especialidad Cardiovascular en el posoperatorio mediano e inmediato. Los autores detectaron necesidades humanas alteradas con el instrumento de valoración de enfermería cardiovascular basado en el enfoque de Henderson y con las variables hemodinámicas y ventilatorias; formularon diagnósticos reales de enfermería y de riesgo evaluados con puntuación DIANA. Se elaboraron dos diagnósticos reales y tres de riesgo, para fines de este estudio, sólo se presentaron los tres diagnósticos que consideraron más importantes: deterioro del intercambio gaseoso; disminución del gasto cardíaco; riesgo de sangrado y riesgo de infección. Tras las intervenciones de NIC y el manejo de la ECMO, ellos reportaron el incremento de la puntuación DIANA y el gasto cardíaco; el mantenimiento del equilibrio ácido-base, registraron la mejora del intercambio gaseoso, reducción de la necesidad de vasopresores. Concluyeron que El PAE es una herramienta metodológica que le permite a la enfermera perfusionista mantener un cuidado de calidad y seguridad en los pacientes sometidos a ECMO como soporte cardíaco y pulmonar, además de permitirle tomar decisiones correctas en el tiempo preciso ante problemas como deterioro del intercambio gaseoso, disminución del gasto cardíaco, desequilibrio de la temperatura, riesgo de infección, sangrado, etc. ¹⁴

Adriana Carreño publicó un estudio de caso aplicado a paciente de esta etapa pediátrica. Se trata de un paciente de 34 días de edad, nacido en la Ciudad de México, hospitalizado en el servicio de Cardiopediatría en el área de aislados en un hospital de alta especialidad en la Ciudad de México. El objetivo que Adriana Carreño, pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y autora de la publicación, fijó en este

artículo fue Identificar las necesidades alteradas y determinar los cuidados específicos del paciente con síndrome de Ventrículo izquierdo hipoplásico (SVIH) con base en la metodología del proceso de atención de enfermería (PAE) y las Guías de Práctica Clínica Cardiovascular de un instituto de tercer nivel de atención en México. El Proceso de Atención de Enfermería se aplicó utilizando el formato de valoración elaborado con base en el modelo de Virginia Henderson e implementado por la Dirección de Enfermería de la institución; las variables de estudio fueron las 14 necesidades, se identificaron las más alteradas siendo oxigenación la de mayor relevancia y posteriormente se formularon los diagnósticos en el formato: problema, etiología, signos y síntomas, así como etiquetas diagnósticas de la NANDA. La autora planeó, ejecutó y evaluó los cuidados con base en las Guías de Práctica Clínica Cardiovascular; concluyendo que, el PAE en coordinación con la aplicación del modelo de Virginia Henderson facilita la identificación de las necesidades reales y potenciales para mejorar la calidad de vida además de que le permitió otorgar atención efectiva y eficiente.¹⁵

El último documento referente a pacientes lactantes se trata de un estudio de caso clínico que se realizó en un hospital de tercer nivel de atención, en el servicio de cardiopediatría durante el periodo de octubre a diciembre del 2012. Se aplicó a un lactante masculino de 1 año 6 meses de edad, originario de Uruapan, Michoacán. El objetivo del autor fue Desarrollar un proceso enfermero aplicado a un lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson. Este estudio es de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, se realizó una revisión exhaustiva bases de datos como PubMed, Imbiomed, SciELO, LILACS, Artemisa, Medigraphic, Medline y la Biblioteca Virtual en Salud. La metodología se estructuró de acuerdo con las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, con el enfoque teórico conceptual de Virginia Henderson, de tal manera que se valoraron las 14 necesidades básicas del niño con un instrumento ya validado. Se realizaron diagnósticos de enfermería reales, de riesgo y de bienestar. Las necesidades alteradas identificadas fueron: oxigenación, alimentación, eliminación, movilidad y postura, seguridad, Derivado de esto, formularon cuatro diagnósticos reales: perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar, estreñimiento, intolerancia a la actividad y trastorno del patrón de sueño; y seis diagnósticos de riesgo:

riesgo de disminución del gasto cardíaco, riesgo de desequilibrio nutricional por defecto, riesgo de lesión, riesgo de caída, riesgo de baja autoestima. El autor concluyó que la aplicación de un proceso enfermero bajo el enfoque de Virginia Henderson, basado en evidencia científica, permitió conservar su estado de salud brindando cuidados de calidad, aunque su dependencia no disminuyó, ni la saturación de oxígeno. Este estudio permitió implementar cuidados a todos los niños que presentan PC, ya que, debido a su mortalidad temprana y a la baja incidencia, no se han podido identificar cuidados de enfermería específicos.¹⁶

A continuación, se presentan los artículos referentes a pacientes en etapa preescolar. El primero de estos se trata de un preescolar masculino de 4 años 8 meses de edad, con diagnóstico médico de atresia pulmonar y comunicación interventricular dependiente de conducto arterioso originario y residente de Puerto Vallarta, Jalisco. El estudio se realizó el 25 de octubre del 2013 en un hospital de tercer nivel de atención. El objetivo según el autor fue la elaboración de un plan de cuidados especializado, individualizado e integral durante el alta y seguimiento domiciliario a un preescolar con alteraciones funcionales y morfológicas basado en el modelo de atención de Virginia Henderson. Se le otorgó al cuidado primario un consentimiento informado el cual autorizó la elaboración del trabajo, se recolectó información de fuentes directas e indirectas y se llevó a cabo el seguimiento del caso en las etapas prequirúrgicas, posoperatorias y domiciliaria, en la cual se obtuvieron 7 valoraciones, 2 exhaustivas y 5 focalizadas. Con el instrumento de valoración de enfermería cardiovascular basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, se realizó un análisis de las necesidades alteradas, se evaluaron los planes para determinar el grado de independencia alcanzado con base en los objetivos propuestos.

Adriana Hernández realizó una valoración focalizada con el fin de valorar las necesidades de oxigenación, alimentación e hidratación, eliminación, movilidad, aprendizaje. A través de esta, emitió tres diagnósticos, identificando como prioritario los conocimientos deficientes del cuidador primario, relacionado con poca familiaridad con la enfermedad de su hijo, manifestado verbalmente, en segundo lugar, la intolerancia a la actividad, relacionada con alteración estructural y funcional del corazón, manifestado

por cambios en la saturación de oxígeno 70-62%, disnea de esfuerzo, incremento de la cianosis, informes verbales; y un tercer diagnóstico: ansiedad del cuidador primario ante la muerte de su hijo, relacionado con incertidumbre sobre el pronóstico de su hijo, manifestado verbalmente. La autora concluyó que la intervención integral y especializada de la enfermera especialista cardiovascular en una persona postoperada de Fontan es fundamental para lograr una mejor calidad de vida, que disminuya la presentación de complicaciones haciendo partícipe al cuidador primario y al preescolar en su cuidado creando una relación de confianza, que favorece la aplicación de intervenciones especializadas que favorecen que la persona alcance un mayor grado de independencia con apoyo del plan de alta y el seguimiento domiciliario.¹⁷

Urbina y Morillo realizaron un artículo correspondiente a una preescolar femenina de 4 años de edad con diagnóstico médico de Neumonía Bilateral, hiperactividad bronquial y contacto con tuberculosis con alteración de las necesidades de nutrición/metabolismo y actividad/ejercicio. procedente de la localidad de SR, el estudio se realizó en la unidad de pediatría hospitalización, del IVSS “Dr. José María Carabaño Tosta” de Maracay, Estado Aragua, Venezuela. El objetivo de este estudio de caso, de acuerdo con las autoras fue Aplicar el Proceso de Cuidados de Enfermería fundamentado en la teoría de Virginia Henderson, a una preescolar con diagnóstico de Neumonía Bilateral, hospitalizada, previo consentimiento informado se aborda la situación; para obtener información se utilizó la historia de salud Pediátrica, la cual está estructurada en tres partes: la primera consta de los datos personales demográficos y socioeconómicos de la pacientes, la segunda parte corresponde a los datos de la historia prenatal, una tercera parte que conlleva a la valoración del estado de salud mediante los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon y la última parte permite la valoración física céfalo caudal del preescolar. Durante la elaboración del diagnóstico se identificaron 5 diagnósticos reales. Se jerarquizaron las necesidades alteradas y se abordaron la necesidad de oxigenación por el compromiso ventilatorio, termorregulación y seguridad y protección de la piel.

Resultados: Al cabo de una hora post intervenciones, se logró disminuir la temperatura corporal de 39°C a 37.5°C, después de 30 minutos la frecuencia respiratoria disminuyó

de 48 a 25 rpm, después de 4 semanas, la preescolar logró mejorar su nivel de actividad a 0.

Josdi Urbina concluye que es de suma importancia que los cuidados brindados por el personal de Enfermería sean integrales, eficaces, oportunos y orientados principalmente a educar al paciente, a la familia y a la comunidad. se tomó como referencia la teoría de Virginia Henderson, llevando a cabo una valoración íntegra de la preescolar enfatizándose en los problemas de salud encontrados que permitió realizar los planes de cuidado personalizados y orientados a satisfacer las necesidades de la preescolar.¹⁸

El último artículo de esta etapa corresponde a un preescolar masculino de 2 años 11 meses con diagnóstico de Guillain Barré alteración de la necesidad de movimiento y postura. El estudio fue realizado por Cantellán, Nash y colaboradores en un hospital regional de 2° nivel del estado de Veracruz. El objetivo de este estudio de caso, de acuerdo con las autoras es describir el caso clínico de un paciente pediátrico con síndrome de Guillain Barre, haciendo uso del proceso enfermero desde el enfoque de Virginia Henderson, describiendo las necesidades humanas del usuario. La metodología utilizada fue la entrevista como técnica para la recolección de información, misma que fue proporcionada por el familiar, la revisión del expediente y de la literatura. La valoración se realizó a partir de los fundamentos del modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, donde considera que las cinco primeras necesidades son vitales para el individuo. Este modelo sostiene que la función de la enfermera en la realización de sus actividades es ayudar al individuo sano a mantener su salud y si está enfermo, a recuperarse de la enfermedad. Posteriormente, se elaboró un plan de cuidados individualizado donde se implementaron las acciones de intervención de enfermería dirigidas a las necesidades que resultaron afectadas en el paciente. Partiendo del análisis de la información se planteó el siguiente diagnóstico real: "Deterioro de la movilidad en la cama, relacionado con deterioro del estado físico, falta de fuerza muscular, deterioro neuromuscular y dolor, manifestado por deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama". Estableciendo intervenciones de

Enfermería dirigidas a: Cuidados del paciente encamado, cambios de posición, manejo del dolor y manejo ambiental (confort). Las intervenciones aplicadas fueron: Cuidados de paciente en cama, cambios de posición y manejo ambiental: confort.

Las autoras concluyen que es importante la intervención de Enfermería en pacientes pediátricos, debido al grado de vulnerabilidad a la cual son sujetos, además de abrir un espacio para proporcionar educación para la salud a los cuidadores y con ello lograr su colaboración en las intervenciones con la consecuente recuperación del niño. En el caso presentado se recomendó que el profesional de Enfermería tenga un amplio conocimiento de la enfermedad de los distintos métodos y técnicas específicas que se pueden emplear para ayudar al paciente a obtener un alto grado de independencia funcional al final de la recuperación y reducir las secuelas posibles. También se mencionó la importancia de establecer vínculos y relaciones efectivas con los cuidadores para el alcance de los objetivos, tanto en el ámbito hospitalario, como a nivel domiciliario, favoreciendo el cuidado integral de los infantes.¹⁹

A continuación, se presentan los artículos de investigación realizados a pacientes de la etapa escolar. El primero, realizado por Dahrbacon, Peña y Melo a una escolar femenina en su quinto día de hospitalización con diagnóstico de pielonefritis aguda, en el servicio de pediatría de un hospital público de Valparaíso, Chile, cuyo objetivo fue aplicar un Proceso de Atención de Enfermería a una escolar hospitalizada lo que permitiría reflexionar sobre el ejercicio profesional con enfoque integral y la manera de fortalecer el empoderamiento del rol profesional en la gestión en salud mediante la utilización del Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de cuidado. La metodología utilizada fue el P.A.E. en conjunto con la teoría filosófica de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Para la obtención de información se solicitó el consentimiento informado del cuidador primario, se recolectó la información mediante la observación, revisión de ficha clínica, entrevista a la paciente y a su familia y examen físico. Posteriormente se emitieron diagnósticos de enfermería en formato PES, y se jerarquizaron las necesidades, obteniendo un diagnóstico prioritario relacionado con la necesidad de comunicación, con base en lo cual se establecieron los objetivos de cuidado y sus propuestas de intervención, así como sus respectivos indicadores para la

evaluación. Durante la ejecución se aplicaron los cuidados planteados, se evaluaron y se logró el cumplimiento de los objetivos planteados. Dahrbaun y colaboradores concluyeron que para realizar una valoración integral se requirió establecer relaciones interpersonales efectivas entre la enfermera y la o el receptor de sus cuidados; destacaron que la comunicación es un elemento determinante para priorizar adecuadamente los problemas de salud, y expresaron que la utilización del P.A.E. puede contribuir al quehacer profesional, la toma de decisiones, a la autonomía profesional y a la comunicación efectiva.²⁰

El segundo artículo de Medina y Sierra muestra un estudio de caso realizado a una escolar femenina residente de Quintana Roo con diagnóstico médico de Tetralogía de Fallot, en un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México. La paciente ingresó con deterioro de la clase funcional disnea de pequeños esfuerzos, ortopnea, saturación del 60% y cianosis grado IV de tres meses de evolución, el estudio de caso tuvo como objetivo desarrollar un proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson a un escolar con disminución de la oxigenación sanguínea por malformación cardíaca con el propósito de brindar un cuidado especializado.

La metodología utilizada fue un proceso enfermero basado en la teoría de Virginia Henderson, se realizó una búsqueda en las diferentes bases de datos electrónicas, se solicitó el consentimiento informado del cuidador primario, se recolectaron los datos de forma directa e indirecta, y se procedió a realizar la valoración y en análisis de cada una de las necesidades y su respectiva jerarquización. Se elaboraron diagnósticos estructurados mediante formato PES y las etiquetas diagnósticas de la taxonomía NANDA, con lo cual se establecieron los planes de cuidados.

Medina y Sierra concluyeron que el cuidado especializado de enfermería desempeña un papel esencial en la atención que se le brinda al niño portador de alguna cardiopatía congénita compleja, ya que al utilizar las herramientas metodológicas como el proceso de atención de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, se facilita el reconocimiento de las necesidades alteradas, el grado de dependencia y la fuente de dificultad que concierne a la persona con la finalidad de proporcionar cuidados de

calidad y dirigidos a solucionar los problemas detectados por medio de la realización de intervenciones basadas en la evidencia científica.²¹

Los últimos estudios de caso corresponden a la etapa de la adolescencia. El primer artículo describe el caso de una adolescente mujer originaria de Tecozautla, Hidalgo, referida por pediatra particular a hospital pediátrico de tercer nivel de atención en la capital mexicana al detectarse una cardiopatía, a su ingreso presentaba edema facial, dificultad respiratoria, palidez tegumentaria y diaforesis, El objetivo del estudio de caso, de acuerdo con las autoras, fue planear y mostrar los cuidados especializados de Enfermería proporcionado a una adolescente con ventrículo único. La metodología utilizada fue el Proceso de Atención de Enfermería sustentado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson, Se llevó a cabo la recolección de datos mediante un instrumento de valoración para pacientes de 6 a 12 años, observación, entrevista directa e indirecta y exploración física, obteniendo consentimiento informado previo. Se formularon 14 diagnósticos ordenándolos jerárquicamente y se eligió como diagnóstico prioritario el correspondiente a la necesidad de oxigenación, se realizaron planes de cuidado individualizado, con intervenciones específicas fundamentadas en evidenciada científica, se llevó a cabo la evaluación mediante la comparación del estado de dependencia inicial y al termino, Alvarado y Cruz concluyen que el proceso enfermero con base en la propuesta filosófica de Virginia Henderson se puede aplicar de forma fácil para poder realizar la valoración del paciente pediátrico, con la finalidad de realizar las intervenciones independientes hacia el paciente.²²

El último artículo referente a la enfermería del adolescente fue elaborado por Gaona y Cruz con el objetivo de dar a conocer el estudio de caso realizado a una adolescente femenina con dependencia en la necesidad de seguridad y protección por deficiencia de proteína C. La metodología aplicada fue el Proceso de Atención de Enfermería orientado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson, la recolección de información se llevó a cabo mediante fuentes primarias y fuentes secundarias; el expediente clínico y referencias bibliográficas, validándose mediante la valoración exhaustiva y 14 valoraciones focalizadas de acuerdo a las necesidades de Virginia

Henderson. Gaona utilizó como instrumento de valoración la historia clínica diseñada por coordinadoras de la Especialidad en Enfermería Infantil y elaboró diagnósticos con el formato P.E.S. y mediante la taxonomía NANDA. La autora elaboró 15 diagnósticos de enfermería: 6 diagnósticos reales de dependencia, 4 diagnósticos de riesgo y 5 diagnósticos de independencia. Los planes de cuidado se realizaron con base en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Se valoraron las 14 necesidades de Virginia Henderson, identificándose como prioritaria seguridad y protección, de la cual se derivan los siguientes diagnósticos: Dependencia en la seguridad y protección r/c alteración en la formación de trombina (deficiencia de proteína "C") m/p trombosis periférica y enfermería: Dependencia en la seguridad y protección en su hogar r/c falta de conocimiento del cuidador primario de como disminuir los riesgos m/p golpes en región frontal. Al llevar a cabo la evaluación de los planes presentados se reconoce la importancia que tiene la familia para el logro de los objetivos. Gaona concluyó que la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería con una base teórica, que en este caso se basó en las 14 necesidades de Virginia Henderson, permite que el personal de enfermería otorgue una atención personalizada a cada paciente, el Modelo permite valorar a la paciente como un individuo con diversas características biológicas, proctológicas, sociales, espirituales y culturales.²³

Además de los estudios de caso publicados, se encontraron dos artículos de investigación relacionados con la atención de enfermería del niño y el adolescente.

El primer artículo de investigación, escrito por Pino se trata de un análisis observacional que se realizó en un servicio de pediatría de un hospital de tercer nivel de atención, cuyo objetivo fue identificar la aplicación de la teoría de Henderson durante el proceso de enfermería, bajo un análisis crítico y con esto proponer estrategias para implementar cuidados avanzados en enfermería.

La metodología utilizada fue la observación participante constructivista, que se realizó durante 4 horas por una observadora vinculada al servicio de pediatría que consta de 12 enfermeras operacionales, en donde se observó la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en sus cinco etapas y la teoría de Virginia Henderson. Lo que permitió observar que las enfermeras consideran las 14 necesidades durante la

valoración, no obstante, en las etapas de planificación y ejecución sólo se consideran las primeras 9, dejando de lado la necesidad de comunicación, religión, adaptación, recreación y educación.

La especialista concluyó que la utilización de una hoja de enfermería que oriente el quehacer de enfermería basada en el proceso enfermero en conjunto con la teoría de Henderson, permitiría al personal de enfermería a implementar cuidados avanzados en enfermería pediátrica, sin embargo, sería necesario realizar una capacitación del personal para lograr un adecuado registro.²⁴

El segundo y último artículo de investigación publicado por Mariz, Nascimento y colaboradores se trata de un análisis cualitativo, exploratorio y descriptivo que aborda el cuidado de enfermería en niños con obesidad, realizado en Unidades Básicas de Salud Familiar y de Servicios Especializados en Campina Grande, Brasil. Se aplicó a un total de 24 pacientes que formaron cuatro grupos de muestra. Se recogieron datos mediante entrevista estructurada entre abril y octubre del 2015 y se analizaron mediante el método de comparación constante. Se realizó el análisis utilizando la codificación inicial, la construcción de diagramas y memorandos, la codificación axial, selectiva y la reflexión sobre el paradigma y la teoría emergente.

La pregunta de investigación usada fue: ¿Cómo experimentas el cuidado de enfermería de niños con obesidad y qué significados le atribuyes a estas experiencias de cuidado? Se incluyeron cuidadores de niños con obesidad, gerentes de servicios de salud y un grupo de profesionales de la salud que incluyeron entrenadores físicos, nutriólogos y médicos.

El estudio permitió conocer las percepciones, sentimientos y vivencias de las enfermeras

en el cuidado de los niños con obesidad en la atención primaria a la salud. Los significados construidos en relación con el cuidado de enfermería para los niños con obesidad

se basaron en la relación y reflexión sobre los conceptos planteados en las entrevistas.

Se elaboraron seis categorías: 1) Identificar los procesos que conducen a la discontinuidad de la atención, 2) Caracterizar la fragilidad del cuidado compartido por

padres y profesionales de la salud, 3) Interacción con el equipo multidisciplinario, 4) Vislumbrar nuevas posibilidades para la atención de enfermería y 5) Pasar por entornos de atención de enfermería, 6) Abordar la preocupación por los nuevos procesos de atención de enfermería

Se concluyó que el abordaje de los niños con obesidad infantil en la atención primaria a la salud no debe limitarse a una sola disciplina o sólo a un área, sino que debe abordarse

por distintos profesionales de salud, entrenadores y sobre todo incluir a los miembros de la familia y la comunidad para lograr una integración bio-psico-social con amplias redes de apoyo donde las intervenciones planeadas tengan aceptación e impacto real, así como la importancia del reconocimiento de la obesidad infantil como una enfermedad y la necesidad de cambiar la forma de intervenir y dar seguimiento al cuidado de enfermería.²⁵

4.3 Relación entre el proceso de atención de enfermería y la propuesta filosófica de Virginia Henderson

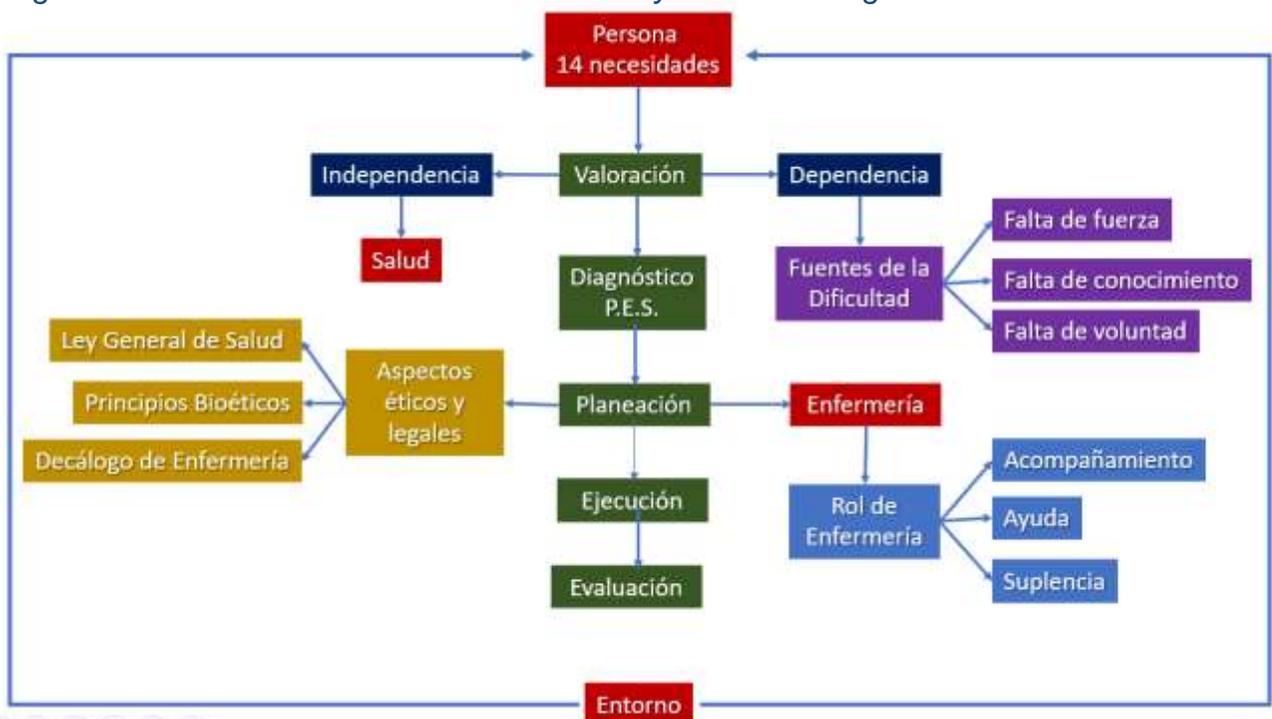
La aplicación de la teoría filosófica de Virginia Henderson como marco conceptual es ampliamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención.

En la Valoración y el Diagnóstico es una guía en la obtención de datos y en el análisis de los mismos. Se determina el grado de independencia/dependencia, las causas de la dificultad, la interrelación de unas necesidades con otras, la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad.

En la Planificación y ejecución, para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad, en la elección del modo de intervención (suplencia, ayuda o acompañamiento), y en la determinación de actividades de enfermería.

Finalmente, en la Evaluación, permite determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados. Según Henderson, nuestra mayor meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápido posible.²⁶ Ver figura 1.

Figura 1: Proceso de Atención de Enfermería y Teoría de Virginia Henderson



4.4.- Daños a la salud:

Parálisis Cerebral Infantil

La Parálisis Cerebral Infantil (P.C.I.) es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la principal causa de la discapacidad infantil. Es un síndrome cuyo origen está localizado en el Sistema Nervioso Central (S.N.C.), primera neurona, o neurona motora superior, lo que implica que casi todos los niños con PCI presentan, además de los defectos de la postura y movimiento, otros trastornos asociados.²⁷ La incidencia mundial ha permanecido estable durante los últimos años, presentándose alrededor de 2 a 2.5 por cada 1,000 nacidos vivos. En México la incidencia disminuye a 3 casos por cada 10,000 nacidos vivos.²⁸

En el año 2004, en el Taller Internacional para la Definición y Clasificación de la Parálisis Cerebral, se acordó que la parálisis cerebral no es una enfermedad específica y se definió como: un grupo de desórdenes permanentes del desarrollo del movimiento y postura, que causan una limitación; y se atribuyen a alteraciones no progresivas que ocurren en el desarrollo del cerebro fetal o infantil. Los desórdenes motores de la P.C.I. frecuentemente se acompañan de alteraciones en la sensación, conducta y por problemas musculoesqueléticos.⁶

Las características esenciales de este síndrome son:

- 1.- Es un trastorno de predominio motor
- 2.- La lesión no es progresiva
- 3.- La localización de la alteración es cerebral, sobre el foramen magno
- 4.- Ocurre en etapas de crecimiento acelerado del cerebro
- 5.- Debe excluirse una enfermedad progresiva del sistema nervioso central

Pese a ser una encefalopatía estática, las alteraciones del tono y la postura pueden cambiar en circunstancias relacionadas al crecimiento y desarrollo del niño.

Es separada de otros cuadros neurológicos porque requiere un diagnóstico etiológico lo más exacto posible y una revisión permanente del diagnóstico y porque implica una aproximación del tratamiento y manejo en múltiples áreas.²⁹

El desarrollo de la clasificación ha sido problemático, describiéndose en la historia diferentes sistemas de clasificación. Volpe y colaboradores postularon cinco patrones de padecimiento hipóxico-isquémico que se han visto, tienen una importante relación con el desarrollo de la parálisis cerebral infantil. De manera topográfica, éstas son:

- 1.- Lesión cerebral parasagital
- 2.-Leucomalacia periventricular
- 3.- Necrosis cerebral isquémica focal y multifocal
- 4.- Estrato Marmóreo
- 5.- Necrosis neuronal selectiva ³⁰

Es necesario resaltar la importancia de cada clasificación va en función del trastorno motor predominante y de la extensión de la lesión.

Clínicamente la podemos clasificar en tres categorías:

- 1.- Espástica piramidal,
- 2.-Discinética o extrapiramidal y
- 3.-Mixta.

La mayoría de los casos pertenecen a la categoría de espástica (75-80%). Los tipos de trastornos espásticos dan lugar a la siguiente clasificación topográfica:

- 1.- Hemiplejía
- 2.- Diplejía
- 3.-Cuadruplejía

La parálisis cerebral discinética se caracteriza por patrones de movimiento extrapiramidales. Estas respuestas son secundarias a regulaciones anormales en el tono, alteración en el control postural y déficit en coordinación. Los movimientos discinéticos se definen como

- 1.- Atetosis
- 2.- Corea
- 3.- Coreoatetósicos
- 4.- Distonía
- 5.- Ataxia ³¹

La prevalencia de la P.C.I. es variable según los diferentes estudios epidemiológicos consultados. Se ha estimado una incidencia mundial de 2 a 2.5 por 1,000 recién nacidos vivos, con escasa variación entre países desarrollados y leve mayor frecuencia en países en desarrollo.³² Es más alta en recién nacidos de muy bajo peso (<800 gr) y prematuros extremos (<26 SDG).

La P.C.I. es un síndrome multietiológico. Es importante conocer los factores relacionados e identificar aquellos prevenibles, facilitar la prevención temprana y dar seguimiento a los niños con riesgo elevado de presentar parálisis. Los factores pueden agruparse de la siguiente forma. Ver Tabla 2

Tabla 2: Factores de riesgo de parálisis cerebral

Factores prenatales	Factores maternos: Alteraciones de la coagulación, enfermedades autoinmunes, HTA, infecciones intrauterinas, traumatismo, sustancias tóxicas, disfunción tiroidea. Alteraciones placentarias: Trombosis en cara materna o cara fetal, cambios vasculares crónicos, infección. Factores fetales: Gestación múltiple, retraso del crecimiento intrauterino, polihidramnios, hidrops fetalis, malformaciones
Factores Perinatales	Prematuridad, bajo peso, fiebre materna durante el parto, infección SNC o sistémica, hipoglucemia mantenida, hiperbilirrubinemia, hemorragia intracraneal, encefalopatía hipóxico-isquémica, traumatismo, cirugía cardiaca, ECMO.
Factores Postnatales	Infecciones (meningitis, encefalitis), traumatismo craneal, estatus convulsivo, parada cardio-respiratoria, intoxicación, deshidratación grave.

Póo P. Parálisis Cerebral Infantil. Asociación Española de Pediatría. 2008. Pág: 271 – 277.

Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf>

El diagnóstico de la P.C.I. es fundamentalmente clínico. Se debe realizar la historia clínica con énfasis en los factores de riesgo pre, peri y postnatales, valorar el desarrollo y las respuestas, observar la actitud y actividad del niño, patrones motores, tono

muscular, reflejos osteotendinosos, clonus, reflejo de Babinski, paracaídas, etc. Los signos sugestivos de PCI son: Retraso motor, patrones anormales de movimiento, persistencia de reflejos primarios y tono muscular anormal. El diagnóstico puede complementarse con estudios de neuroimagen, siendo la resonancia magnética la prueba más específica, también con EEG para la detección de epilepsia, revisión oftalmológica, auditiva y radiografía.³³

Para el tratamiento de la P.C.I. el manejo debe ser integral por lo que precisa un abordaje multidisciplinario: Familia, ambiente, pediatra, neurólogo, traumatólogo ortopedista, neurocirujano, enfermera, rehabilitador, fisioterapeuta, educador, terapeuta ocupacional, fonoiatra, psicólogo, psicopedagogo y trabajadora social. El abordaje debe ser individualizado en función de edad, afectación, capacidades, entorno familiar, escolar, etc. El tratamiento del trastorno motor está fundamentado en 4 pilares: fisioterapia, ortesis-sistemas de adaptación, fármacos y tratamiento quirúrgico ortopedia y cirugía.

- Fisioterapia: Métodos Bobath, Vojta, Peto, Doman-Delacato, ortesis.
- Farmacoterapia: Vía oral: dantrolene, baclofeno, diazepam, tizanidina, clonidina, gabapentina, lamotrigina, vigabatrina, etc. Vía parenteral: Toxina botulínica, baclofeno intratecal.
- Tratamiento quirúrgico: Cirugía ortopédica.
- Tratamiento de los trastornos asociados
- Atención psicológica ²⁷

Se considera que la prevención debe ser la intervención prioritaria. La profesional de Enfermería tiene un amplio campo de intervención para la prevención de embarazos tempranos o no deseados, promoción y motivación para el control prenatal, educación sexual a niños y adolescentes, evitar consanguinidad e investigar historia familiar, promover la adecuada alimentación de las mujeres durante el embarazo, reforzar con polivitaminas, hierro y ácido fólico, eliminar consumo de drogas legales e ilegales, inmunoglobulina ante D en madres Rho negativas, vacunación contra rubeola en adolescentes, uso de sulfato de magnesio en preeclampsia y parto prematuro.³⁴

CAPÍTULO III

5.- Metodología

5.1.- Métodos e instrumentos utilizados

La metodología utilizada para la realización del presente Estudio de Caso aplicado a paciente adolescente masculino, se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) orientado con la Teoría Filosófica de Virginia Henderson. El Proceso de Atención de Enfermería se aplicó en sus cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

En primera instancia, se le informó al cuidador primario del propósito del estudio de caso y se solicitó su autorización para realizarlo a través de la firma de las hojas de consentimiento informado para la obtención de datos, toma de fotografías y vídeo. Inmediatamente se inició el proceso en su primera etapa de valoración, donde se obtuvieron de fuentes primarias y secundarias datos objetivos y subjetivos. Los métodos de obtención de información utilizados fueron la observación, la entrevista y la exploración física. Para la recolección de la información se utilizó el Instrumento de valoración de las 14 necesidades para adolescentes de 12 a 18 años, sin embargo, tuvo que adaptarse al caso del paciente debido a la dependencia en la comunicación, este formato contiene los siguientes apartados: Datos demográficos, familia, antecedentes, oxigenación, Alimentación, Eliminación, Reposo y sueño, Vestido, Termorregulación, Movilidad, comunicación, higiene, recreación, seguridad y protección, aprendizaje y realización. También se utilizó la hoja de reporte diario. Tras el análisis de los datos obtenidos, se emitieron diagnósticos de enfermería de las 14 necesidades, utilizando el formato P.E.S. (problema, etiología, signos y síntomas). Con base en estos juicios clínicos, durante la etapa de planeación, se elaboraron los planes de cuidado de enfermería con intervenciones y actividades fundamentadas en evidencia científica. En la etapa de ejecución, se aplicaron a la práctica las intervenciones y acciones planeadas previamente. Durante la evaluación se analizó el logro de los objetivos de cada uno de los planes de cuidado y el éxito o fracaso de las intervenciones. Finalmente se elaboró un plan de alta dirigido a la familia del paciente.

5.2 Consideraciones éticas

La ética, es aquella ciencia cuyo objeto de estudio es la conducta humana y sus reglas morales de forma racional, y está determinada por la misma sociedad. A través de este constructo social se busca analizar y determinar “el bien” y “el mal” de forma consciente. La bioética, es entonces, una rama derivada de la ética que surge de la necesidad de resolver dilemas generados en el ámbito de la salud y la vida y abarca a las múltiples disciplinas relacionadas con el área de las ciencias biológicas y de la salud. Se basa en valores y principios éticos y morales y de ella surgen códigos éticos como el decálogo de enfermería.

Para el abordaje del Estudio de Caso bajo un marco legal y ético, se consideraron desde la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes, hasta el decálogo ético de enfermería y los principios bioéticos.

Primeramente, la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación y cuya última actualización se realizó en el presente año 2021, reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Dentro de esta, en su artículo 13 del capítulo II Distribución de competencias, aborda la competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general y establece que se distribuirán entre el Ejecutivo y los gobiernos de las entidades federativas. Además, en el artículo 23, explica que los Servicios de Salud son todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. Y, en el artículo 32, define la Atención Médica como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.³⁵

El Decálogo Del Código De Ética Para Las Enfermeras Y Los Enfermeros De México, nos compromete a respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, mantener una relación estrictamente profesional con los pacientes, sin ser objeto de prejuicios y garantizar un espacio libre de discriminación de todo tipo, asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud y prevenir el daño, guardar el secreto profesional, procurar un entorno laboral seguro para todos los participantes, evitar la competencia desleal y compartir su conocimiento, asumir el compromiso de actualizar sus conocimientos, pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio y finalmente fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr metas en común.³⁶

Finalmente debemos considerar los principios fundamentales de la bioética. La relación de la enfermera con su paciente debe estar fundamentada en sólidos principios éticos, válidos, vigentes y de aceptación general, que garanticen a ambos protagonistas un correcto proceder y una armoniosa relación. El primer principio es el principio de Beneficencia, este obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud, de la forma que considere más adecuada. El segundo es el principio de no-maleficencia asociado con “sobre todo, no hacer daño”, el deber de no dañar es más obligatorio que la exigencia de promover el bien. Implica el imperativo de hacer activamente el bien y de evitar el mal. El daño que se hace a una persona es más rechazable, en ciertas circunstancias, que el de no haber promovido su bien; la exigencia ética es más imperativa. El principio ligado a lo que hoy conocemos como Consentimiento Informado es el principio de Autonomía, aquel que se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas, defendiendo el derecho de la autodeterminación. Reconoce que, el ser humano, sano o enfermo, es un sujeto y no un objeto. Recordando que es dueño de sí mismo, y no propiedad del equipo de salud. El paciente, la madre y el padre o cuidador primario con tutoría legal del menor, en el caso de los pacientes pediátricos, tienen derecho a la información, y esta debe ser clara, oportuna, veraz y expresada en términos sencillos y universales que faciliten su entendimiento, finalmente, después de esta orientación, ellos tienen la

libertad de elección, sin ser forzados o persuadidos por los profesionales de la salud. El paciente puede hablar y decidir después de ser correctamente informado, y cuya opinión debe ser respetada posteriormente. Por último, el principio de justicia se refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, respecto del Estado, en la distribución equitativa de los recursos para prestar los servicios de salud, investigación, etc. Significa que cada uno tenga acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos.

Asimismo, en el trato con el paciente, la enfermera no debe anteponer juicios de valor ni hacer distinciones por origen racial, sociocultural o socioeconómico, creencias religiosas, ideológicas o de otra índole, sino que la enfermera solamente debe ver en el paciente al ser humano sufriente que acude a él en busca de alivio a su dolor o sufrimiento.³⁷

Declaro estar consciente e informada respecto a las consideraciones éticas y legales de este trabajo de investigación de carácter educativo y me comprometo a cumplir con cada uno de estos aspectos en cada etapa del abordaje de mi estudio de caso.

5.3 Descripción del caso

En este capítulo se describe el caso estudiado considerando el Metaparadigma de Enfermería la relación de estos conceptos con el estudio de caso.

Persona

Se trata de adolescente masculino de 16 años de edad, perteneciente a una familia extendida conformada por Bayron Román García (paciente), Ángel Román (padre), Carmen García (madre), Jeovana, Ángel y Nahomi Román (hermanas y hermano), Gonzalo Román (abuelo) y Francisca Brito (abuela), las relaciones afectivas son fuertes entre todos los miembros de la familia, a excepción del abuelo Gonzalo. Ver figura 2.

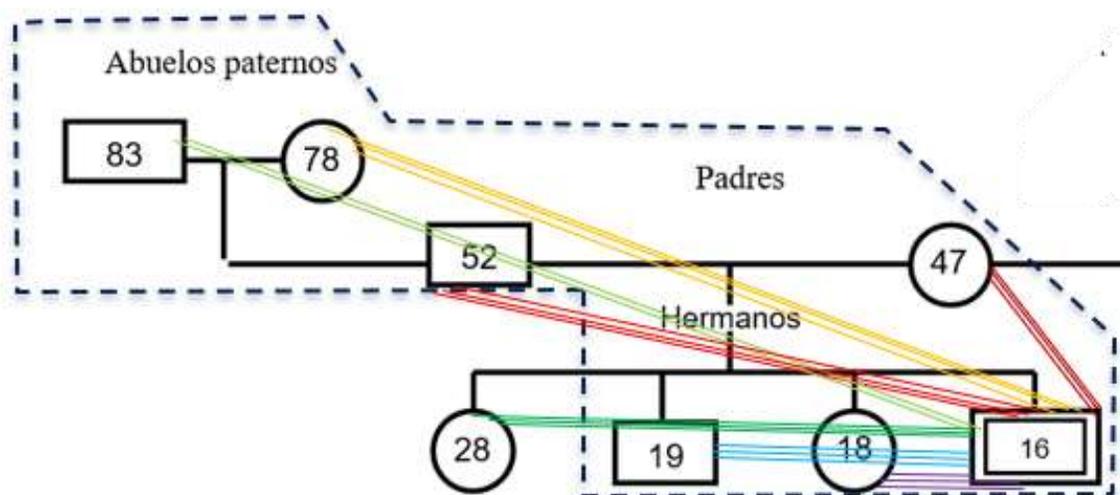


Figura 2: Familiograma

Entorno

El paciente es originario y residente de la alcaldía Iztapalapa, de la CDMX. Actualmente se encuentra hospitalizado en la sala de Neumología, servicio de Pediatría 3 y 4 del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" de la Ciudad de México, referido a este nosocomio por médico particular.

Salud

Ingresa al Instituto el día 25 de Abril del 2021 por Neumonía Adquirida en la Comunidad de 11 días de evolución, presentó fiebre de 38°C, posterior se suma rinorrea hialina que amerita aspiración, tos húmeda, posteriormente cambios en la coloración y consistencia

de las secreciones pasando a ser espesas y verdosas, a la semana inicia con datos de dificultad respiratoria: taquipnea, retracción xifoidea y tiraje intercostal de características progresivas, por lo cual la madre acude a médico particular que indica esquema de ceftriaxona y dexametasona sin mejoría, con empeoramiento de la dificultad respiratoria por lo que indica trasladarlo al servicio de urgencias de este hospital. Paciente de primera vez en nuestra institución, que solía ser atendido en CRIT de Teletón hasta hace 5 años, dado de alta por no progreso. Sin control con neurología, ni gastroenterología desde hace 8 años. Antecedentes patológicos: Epilepsia y Parálisis Cerebral Infantil desde los 2 meses de edad. Antecedentes quirúrgicos: orquidopexia derecha por criptorquidia y gastrostomía en el 2007.

Enfermería

Actualmente las indicaciones de enfermería que sustentan el cuidado son: Monitorización continua, toma e interpretación de signos vitales, fisioterapia pulmonar, aspiración de secreciones, manejo del ventilador mecánico, cámara húmeda, aseo de cavidad oral, cuidados de la traqueostomía, alimentación de dieta licuada por sonda de gastrostomía, sondaje vesical permanente, balance hídrico estricto, vigilancia del gasto fecal, movilización pasiva y cambios posturales, baño diario. Aporte enteral: Dieta licuada de 1800 kCal, en 2300 mL dividido en 5 tomas de 460 mL a las 8:00, 11:00, 14:00, 17:00 y 20:00 para pasar en una hora, con jeringa. Soluciones parenterales: Solución Cloruro de Sodio al 0.9% 9.4 ml/hr. Administración de medicamentos: Combivent (micronebulizaciones) cada 8 horas, Hialuronato de zinc gel cada 8 horas en lesiones dérmicas por fricción, Hipromelosa 1 gota en cada ojo cada 3 horas, Dexpanthenol ocular cada 6 horas, Zinc 20 mg V.O. cada 24 horas, Oxcarbamazepina 300 mg V.O. cada 12 horas, Lactulosa 10 ml V.O. cada 8 horas, Vitamina E 400 U. V.O. cada 24 horas, Vitaminas ACD 1ml V.O. cada 24 horas, Ácido Valproico 400 mg V.O. cada 8 horas, Ácido Fólico 10 mg V.O. cada 24 horas, Clonazepam 0.25 mg V.O. cada 24 horas (hora de sueño), Tramadol 50 mg I.V. cada 6 horas, Cefepime 1750 mg I.V. cada 8 horas, Cloruro de Potasio 10 mEq V.O. cada 8 horas, Vitamina D 800 U.I. V.O. cada 24 horas.

CAPÍTULO IV

6.- Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

6.1.- Valoración

La valoración es la primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería y su propósito es determinar el estado de salud e identificar los problemas reales y potenciales. Se recolectó la información a través de la observación, la entrevista con los cuidadores primarios (mamá y papá), la exploración física y la consulta del expediente clínico, se validaron los datos, se agruparon en relación con las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y se identificaron necesidades en dependencia.

6.1.1.- Hábitus exterior

Adolescente masculino de 16 años, de edad aparente menor a la cronológica en compañía de familiar (papá), posición semifowler, actitud forzada, microcéfalo, exoftalmos, con cámara húmeda sobre globos oculares, facies características de P.C.I., biotipo morfológico ectomorfo, estado nutricional de emaciación, piel sonrosada, mucosas hidratadas, movimientos involuntarios de extremidades, vistiendo pañal desechable.

6.1.2.- Análisis de las necesidades

Se trata de adolescente masculino de 16 años, residente y originario de la Ciudad de México, perteneciente a una familia extendida integrada por mamá, papá, cuatro hijos, abuela y abuelo paterno con relaciones afectivas fuertes, a excepción del abuelo. Madre diagnosticada con Hipertensión Arterial y Dislipidemia en tratamiento. Abuela paterna diagnosticada con Hipertensión Arterial Sistémica, resto de la familia aparentemente sana.

Habitan en casa propia de 6 habitaciones, hecha de cemento, cuenta con todos los servicios básicos, baño intradomiciliario, convivencia con animales negada. El proveedor económico es el padre, quien trabaja como electricista de forma independiente. La madre se dedica al trabajo no remunerado de cuidados a los hijos y

tareas domésticas. Ambos cuentan con escolaridad de secundaria terminada. Hermanos con escolaridad de preparatoria completa. Bayron no ha recibido educación formal escolarizada.

El paciente nació el 14 de Abril del 2005 vía cesárea a las 38 SDG por cesárea iterativa, lloró y respiró al nacer, sin requerir maniobras de resucitación. Pesó 2850 kg, midió 52 cm, Apgar 9/10. Inicia su padecimiento a los 2 meses de edad con convulsiones, atendido en Hospital Obregón diagnosticado con Epilepsia y Parálisis cerebral infantil. Pertenece a Fundación Teletón, hasta hace 5 años que fue dado de alta por no presentar progreso. Sin abordaje neurológico ni de gastroenterología desde hace 8 años.

El paciente se encuentra hospitalizado en el servicio de Neumología, sala de Pediatría 3 y 4, el motivo de su ingreso fue Neumonía grave adquirida en la comunidad. Familiar refiere cuadro de 11 días de evolución, presenta temperatura de 37.9 °C, manejada con Paracetamol 500 mg c/8, posterior se suma rinorrea hialina, que amerita aspiración, tos húmeda con cambios de coloración y volumen de las secreciones tornándose verdosas, presenta dificultad respiratoria manifestada por taquipnea y retracciones progresivas, por lo que la madre decide llevarlo a médico particular, que trata con ceftriaxona sin éxito y con empeoramiento de los datos de dificultad respiratoria, médico particular indica trasladarlo a urgencias. Ingresa a este hospital de primera vez el día 24 de Abril del 2021.

Diagnósticos médicos:

- Parálisis Cerebral Infantil
- Síndrome de Lennox Gastaut
- Microcefalia
- Neumonía grave adquirida en la comunidad de probable etiología mixta (pseudomona aeruginosa)
- Adolescente con desnutrición crónica agudizada grave

Valoración por Necesidades en dependencia

- Oxigenación: DEPENDENCIA.

Subjetivo: Familiar refiere que observa secreciones en el tubo endotraqueal y esfuerzo del paciente por expulsarlas, por lo que requiere ser aspirado constantemente.

Objetivo: El paciente se encuentra con ventilación mecánica invasiva por cánula orotraqueal 6.5 con globo, fija en 20 cm al diente, con circuito cerrado, ventilador en modo SIMV soporte, FiO2 100%, PEEP 2 P. insp. 12, Frecuencia 12, T. insp. 1, saturación de oxígeno al 100% Durante la exploración física, a la inspección se importante y evidente deformación de la caja torácica, aumentado en diámetro anteroposterior derecho y aplanado del lado izquierdo, movimientos de amplexión y amplexación disminuidos, A la palpación, se valora parrilla costal irregular con hundimiento, con poca reserva magra, sin evidencia de fractura costal, se encuentra falta de expansión del hemitórax izquierdo evidenciando atelectasia, frémito no valorable por condición del paciente, pulsos arteriales palpables, rítmicos, adecuada intensidad. A la percusión, se produce de matidez por atelectasia. Se escuchan abundantes secreciones sin necesidad de estetoscopio y que son visibles en cánula traqueal y boca, de características abundantes, espesas, hialinas. Se aspiran constantemente con circuito cerrado y sondas de aspiración técnica abierta. A la auscultación se comprueba la presencia de estas secreciones, además de pulmón derecho hipoventilado en base y ápice, pulmón izquierdo con murmullo vesicular conservado en lóbulo superior e inferior, a la auscultación cardiaca focos cardiacos sin alteraciones, ruidos cardiacos conservados, rítmicos, sin soplos.

Se mantiene con monitorización cardiaca continua no invasiva.

Signos vitales: Tensión arterial: 106/75 mmHg, frecuencia cardiaca: 73 lpm, frecuencia respiratoria: 27 rpm, Saturación de oxígeno: 100%.

Laboratorios: Hemoglobina 14.8, Hematocrito 42.8

- Nutrición e Hidratación: DEPENDENCIA.

Subjetivo: Familiar refiere desconocimiento de la nueva formulación de los licuados que actualmente se le dan en el hospital, comenta que en casa la composición de los licuados es la misma que le indicaron en CRIT Teletón hace 4 años, donde predominan las verduras y frutas. Sólo realiza dos tomas de 1000 y 1300 ml. cada una, utilizan jeringa a gravedad.

Objetivo: El paciente es alimentado a través de sonda de gastrostomía con dieta licuada de 1800 kCal/2300 ml dividido en 5 tomas de 460 ml cada una, horarios de 8:00, 11:00, 14:00, 17:00 y 20:00, se coloca en bolsa de alimentación y se programa infusión para dos horas, descansando una. Tolera adecuadamente. Contiene: leche, cereal de avena, manzana, pollo, claras de huevo, galletas.

Laboratorios: Glucosa: 84 mg/dl

Somatometría: Peso: 35 kg Talla: 142 cm I.M.C.: 17.4 kg/m²

Perímetro abdominal: 62.5 cm. Perímetro braquial: 13.5 cm.

Acorde a las gráficas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud, el paciente se ubicaría en percentil 10 de peso, percentil 10 de talla y tendría un I.M.C. indicador de peso bajo. Sin embargo, acorde a las Tablas de crecimiento de Life Expectancy Project, diseñadas para niños varones con parálisis cerebral infantil que se alimentan por sonda, la interpretación varía de la siguiente forma: Peso en percentil 50, talla en percentil 50 e I.M.C. en percentil 50.

Ver anexo “Gráficas de crecimiento para niños de 2 a 20 años con P.C.I. alimentados con sonda”.

- Eliminación: DEPENDENCIA.

Subjetivo: Adolescente sin control de esfínteres. Usa pañal desechable que se cambia 5 veces al día. Familiar refiere que Bayron no suele sufrir de estreñimiento, y que asocia este evento al cambio de alimentación. Expresa que el día de ayer (10/05/2021) le retiraron la sonda por la mañana, pero al no orinar, se recolocó por la tarde.

Objetivo: El paciente cuenta con sonda vesical a derivación drenando orina concentrada en escasa cantidad. Estreñimiento de 3 días de evolución.

Balance Hídrico: 11/05/21 625 ml 12/05/2021: 1065 ml

Laboratorios: Tira reactiva: Densidad Urinaria: 1.010 pH 8, proteinuria.

11.05.21: Creatinina 0.21 ↓, Ácido úrico 3, Calcio 8.7, Fósforo P: 4.9 ↑, Magnesio 2.1, Sodio 140, Potasio 3.8, Cloro 108 (Límite superior).

- Movimiento y postura. DEPENDENCIA.

Subjetivo: Mamá niega sostén cefálico, sedestación, rodamiento, bipedestación, caminata, capacidad correr, subir escaleras por padecimiento de base.

Objetivo: Fuerza: Escala de Daniels: 0, Tono: hipotónico, Reflejos: Disminuidos+

El paciente sólo realiza movimientos involuntarios. Requiere asistencia total para los cambios de posición. A la exploración física se observa escoliosis, deformidad importante y evidente de la caja torácica, extremidades hipotónicas, hipotróficas, espásticas, deformidad en manos y pies. Instintivamente adopta postura lateral derecha.

Diagnosticado con Parálisis Cerebral Infantil desde los 2 meses de edad.

Diagnosticado con Síndrome de Lennox Gastaut. Aprox. 6 convulsiones al día caracterizadas por hipertonía de miembro torácico izquierdo en salvas.

Sin radiografías en expediente clínico.

- Seguridad y Protección. DEPENDIENTE.

Subjetivos: Familiar del paciente refiere que Byron ha estado hospitalizado en múltiples ocasiones por crisis convulsivas y neumonía, pero jamás con estancia hospitalaria tan prolongada y encontrándose en tal nivel de gravedad. Refiere que en casa utilizan cojines y peluches para liberar puntos de presión, y que nunca había presentado UPP, hasta ahora que está hospitalizado. En casa papá es quien carga y moviliza al adolescente, lo desplazan en silla de ruedas especial para niños con parálisis cerebral. Niega caídas. Entorno: La habitación de la casa donde duerme el paciente se encuentra en un segundo piso. Dentro del hospital, se encuentra en cama de tamaño adecuado a la talla del paciente, colchón de aire prestado por el hospital, barandales en alto y rollos de liberación de presión, cabecera a 30°, se procura el cambio de posición, sin

embargo, paciente adopta postura instintiva a la que está acostumbrado. Papá refiere ver en el rostro y ojos del niño, que tiene dolor, observa llanto.

Objetivo: Bayron depende por completo de sus cuidadores primarios y del equipo multidisciplinario de salud para mantenerse seguro y protegido. A la exploración física presenta biotipo morfológico ectomorfo, estado nutricional de emaciación, piel pálida, hidratada. Presenta UPP grado II en hélix y antehélix del pabellón auricular derecho, en tratamiento con Hialuronato de Zinc, cámara húmeda sobre región ocular, facies de dolor y lágrimas en los ojos, catéter venoso periférico vena cefálica del miembro torácico izquierdo, funcional y permeable, cubierta con apósito estéril transparente, sitio de inserción visible, sin datos de infección, Maddox 0. Abdomen con presencia de sonda de gastrostomía para alimentación enteral forzada, úlcera por presión grado II en tibia izquierda. Sistema urinario: Presencia de sonda vesical a derivación. Sistema inmunológico: Cadena ganglionar no palpable, Sistema Nervioso central: Deterioro neurológico. Convulsiones hipertónicas de miembro torácico izquierdo.

No presenta cartilla de vacunación.

Riesgo de úlceras por presión según escala de Braden: 12 Puntos (alto riesgo)

Dolor según escala de FLACC: 4 (Dolor moderado)

Riesgo de caídas según Comisión Permanente de Enfermería: 9 puntos (Rojo)

Entorno hospitalario: Cama de acuerdo a tamaño de paciente, cabecera a 30°,

Diagnósticos médicos: Parálisis Cerebral Infantil + Síndrome de Lennox Gastaut + Microcefalia + Neumonía grave adquirida en la comunidad de etiología mixta en remisión + Desnutrición grave.

Laboratorios: Plaquetas 491,000 ↑, Leucocitos 11.7, Neutrófilos 31% ↓, Linfocitos 55% ↑ Monocitos 11.2% ↑. TP: 14.5, TPT: 26.8

- Higiene: DEPENDIENTE.

Subjetivo: Papá refiere que en casa realizan el baño cada tercer día dentro de una tina y se requieren de dos personas para realizarlo. Aseo dental dos veces al día. Última visita al dentista hace 2 años.

Objetivo: Bayron es incapaz de mantener su higiene por él mismo. A la exploración física se observa piel limpia e hidratada, cabello corto, limpio sin presencia de pediculosis, ni caspa, pabellones auriculares con cerumen en moderada cantidad, cavidad oral con deficiencia de limpieza. Uñas limpias en las cuatro extremidades, sin presencia de onicomycosis. Genitales visiblemente limpios.

- Descanso y sueño. DEPENDENCIA.

Subjetivo: La mamá refiere que en casa duerme 8 horas (22:00 – 06:00) y realiza dos siestas de 1 hora a lo largo del día, sin dificultades para conciliar el sueño, ni interrupciones de este. Durante su estancia hospitalaria en el servicio de Pediatría 3 y 4 se interrumpe su sueño en múltiples ocasiones por visitas de médicos y enfermeras, sonidos de monitores y bombas de infusión, ruido de otros pacientes y personal y se percibe ambiente caluroso dentro de cubículo. Mamá refiere que su hijo no descansa bien.

Objetivo: A la inspección física no presenta signos de cansancio. A la observación durante el sueño fisiológico presenta movimientos involuntarios del miembro torácico izquierdo. Por la noche requiere de clonazepam (0.25 mg V.O. c/24) para poder dormir.

- Termorregulación: DEPENDIENTE.

Subjetivo: Papá refiere que no es común que su hijo presente fiebre, y que cuando lo hace, le ministran paracetamol V.O. Actualmente no ha percibido aumento o disminución de la temperatura al palpar la piel de su hijo. El ambiente de la habitación es caluroso.

Objetivo: El paciente ha presentado infecciones por lo que existe riesgo de elevación de la temperatura, sin embargo, se ha mantenido afebril en los últimos días, no requiere de antipiréticos. Temperaturas corporales registradas en las últimas 24 horas: 36.5 °C, 36 °C, 36.9 °C, 36.6 °C, 36.4 °C. 36.4 °C.

- Aprendizaje: DEPENDIENTE.

Valoración aplicada a familiares.

Debido a la parálisis cerebral infantil, jamás acudió a una escuela, ni recibió educación formal. Fue rechazado de un Centro de Atención Múltiple (C.A.M.) por discapacidad total. El paciente jamás desarrolló ningún hito del desarrollo. Los padres, quienes son sus cuidadores primarios, refieren que muchos de los cuidados que llevan en casa, siguen siendo los mismos que aprendieron en el CRIT Teletón hace 8 años, y han ido adaptándolos a su consideración, sin consultar a profesionales de la salud. Expresan desconocimiento del manejo, cuidados y adaptaciones que tendrán que realizar si el plan de regresar a su hijo a casa, se lleva a cabo. Ambos padres cuentan con escolaridad de secundaria completa. Muestran interés en mejorar conocimientos, aunque también sienten temor de no poder aplicarlos por sí mismos estando solos en casa con el adolescente.

- Comunicación: DEPENDIENTE.

Subjetivo: Mamá refiere que Bayron nunca desarrolló el habla, 0 palabras. Expresan que identifican el dolor en su hijo porque apertura la boca de forma exagerada y observan lágrimas en sus ojos.

Objetivo: Bayron es incapaz de comunicarse debido a patología de base. Visión y audición disminuidas. A la exploración física se observan facies de dolor.

No emite palabras, ni sonidos, ni realiza movimientos voluntarios. No se comunica de ninguna forma.

Prueba de detección de Desarrollo de Denver /Lenguaje): Sólo reacciona al ruido y grita (con facie de dolor, sin emitir sonido).

- Vestirse y desvestirse. DEPENDIENTE.

Subjetivo: Los padres refieren que ellos realizan el vestido y desvestido del adolescente cuando es necesario, sin embargo, expresan que la mayoría del tiempo en casa sólo usa pañal y en ocasiones, una camiseta. Cuando el clima es frío, le abrigan.

Objetivo: Hito del desarrollo nunca alcanzado por incapacidad física y mental

- Valores y creencias. DEPENDIENTE.

Valoración aplicada a familiares. La familia del paciente practica la religión católica. El paciente se encuentra ya en cuidados paliativos. Sus creencias no intervienen en sus decisiones relacionadas con intervenciones y tratamiento del niño. Papá se muestra muy abierto a hablar sobre lo que piensa de la enfermedad y la condición de salud de su hijo, él y su esposa entienden la gravedad con la que cursa su hijo, están conscientes de que el pronóstico malo para la función y para la vida. Los padres firmaron el consentimiento de NO REANIMACIÓN en caso de paro cardiaco (RCP 3). El papá del niño expresa que siente impotencia por no poder hacer algo por su hijo, para ellos es muy difícil y doloroso ver sufrir a su hijo y saber que su vida depende del sistema de ventilación mecánica. Refieren que, para ellos, eso no es calidad de vida, por lo que tienen conflicto en la toma de decisión sobre aceptar la traqueostomía con el plan de llevarlo a casa, ya que consideran que estarían prolongando lo inevitable, pues los órganos vitales de su hijo ya no funcionan con normalidad. No están de acuerdo en mantener la vida dependiendo de “aparatos y máquinas”, ni con tener “dopado” a su niño con múltiples medicamentos. Objetivo: A la inspección, el paciente no porta ningún accesorio relacionado a la religión, ni posee imágenes de santos o cruces dentro de su unidad hospitalaria. Tampoco se observa a los padres rezar u orar.

- Realización. DEPENDIENTE.

Valoración aplicada a familiares. Bayron fue diagnosticado con P.C.I. y Síndrome de Lennox Gastaut desde los 3 meses de edad y es desde entonces que ha dependido al 100% de los cuidados de mamá y papá. Nunca desarrolló características esperadas para la edad, debido a patología de base. A pesar de acudir a CRIT de Fundación Teletón, fue dado de alta por no presentar progreso. El padre del adolescente expresa que él y su esposa están agradecidos con la vida por que su hijo llegara a la edad de 16 años a pesar de su mal pronóstico. Niegan que el niño represente una carga para la familia, ya que para ellos “es un hijo más”. Sin embargo, expresa que a la edad avanzada del padre cada vez es más pesado asumir los cuidados del niño, y que sabe que si regresa a casa con traqueostomía, aspirador, sonda Foley, etc., los cuidados

serán aún más pesados y cansados. Expresa con sinceridad que no sabe cuánto tiempo más pueda seguir cuidando de su hijo, y admite que, aunque todos en casa le quieren, nadie más, aparte de mamá y papá, asumirían la responsabilidad de sus cuidados. Refiere que la hospitalización prolongada le preocupa y ambos padres ya se sienten cansados física y emocionalmente.

A la observación, ambos padres muestran facies de cansancio y preocupación

- Recreación: DEPENDIENTE.

Subjetivo: Mamá niega visitas al parque, juegos con otros niños, no mira televisión, etc., refiere que en casa sólo tiene peluches y un juguete musical.

Objetivo: El niño es incapaz de realizar actividades de recreación, no puede correr, saltar o realizar deporte.

6.2.- Diagnóstico

La segunda etapa del Proceso de Atención de Enfermería es el Diagnóstico, se trata de la emisión de un juicio clínico basado en el análisis de los datos obtenidos durante la valoración y la asociación con la fuente de la dificultad, así como las manifestaciones objetivas y subjetivas. Existen 3 tipos de diagnósticos. Los diagnósticos reales, acorde al formato P.E.S. se conforman por problema, etiología y signos y síntomas. Los diagnósticos de riesgo únicamente requieren de problema y etiología. Y los diagnósticos de salud o bienestar se componen de etiqueta y manifestación demostrada.

En el presente estudio de caso, hasta el momento se han realizado 18 diagnósticos de enfermería siendo 17 diagnósticos reales y 1 de riesgo durante 7 seguimientos, identificando el rol de enfermería y el tipo de prioridad de cada uno.

Diagnóstico de Enfermería					
Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c abundantes secreciones en cánula orotraqueal m/p secreciones audibles a la auscultación, disminución de la saturación de O ₂ , taquipnea y esfuerzo respiratorio.					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Oxigenación	11/05/2021	Fuerza	Suplencia	6	Alta

Diagnóstico de Enfermería					
Deterioro de la ventilación espontánea r/c disminución de fuerza de los músculos de la respiración m/p uso de musculatura accesoria, retracción xifoidea, disociación toraco-abdominal					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Oxigenación	11/05/2021	Fuerza	Suplencia	6	Alta

Diagnóstico de Enfermería					
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c dieta baja en proteínas, lípidos y carbohidratos de acuerdo con sus requerimientos m/p talla en P10 142 cm, peso en P10 35 kg, IMC en P10 17.4 kg/m ²					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Alimentación e hidratación	11/05/2021	Fuerza	Suplencia	6	Alta

Diagnóstico de Enfermería					
Alteración alimentación r/c falta de conocimientos por parte de los cuidadores respecto a su dieta m/p verbalización de desconocer cómo preparar los licuados					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Alimentación e hidratación	14/05/2021	Conocimientos	Ayuda	3	Media

Diagnóstico de Enfermería					
Estreñimiento r/c cambios en los alimentos habituales m/p ausencia de evacuaciones de 3 días evolución					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Eliminación	11/05/2021	Fuerza	Suplencia	6	Alta

Diagnóstico de Enfermería					
Deterioro de la eliminación urinaria r/c falta de fuerza de la musculatura vesical m/p anuria y globo vesical					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Eliminación	11/05/2021	Fuerza	Suplencia	6	Alta

Diagnóstico de Enfermería					
Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la fuerza generalizada m/p tono muscular disminuido, reflejos disminuidos, espasticidad y Daniels 0/5					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Movimiento y postura	11/05/2021	Fuerza	Ayuda	5	Alta

Diagnóstico de Enfermería					
Riesgo de caídas r/c disminución de fuerza generalizada y entorno hospitalario m/p 9 puntos (clasificación roja) en la escala de la valoración de riesgo de caídas					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Seguridad y protección	11/05/2021	Fuerza	Suplencia	6	Alta

Diagnóstico de Enfermería					
Alteración de la protección r/c pérdida de la continuidad de la 1ª y 2ª barrera de protección m/p UPP grado II en pabellón auricular derecho y tibia izquierda, Plaquetas 491,000, Neutrófilos 31%, Linfocitos 55%, Monocitos 11.2%.					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Seguridad y protección	11/05/2021	Fuerza	Suplencia	6	Alta

Diagnóstico de Enfermería					
Alteración de la seguridad r/c dolor generalizado y efectos secundarios de medicamentos m/p FLACC de 4 puntos, facies de dolor, lágrimas en los ojos.					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Seguridad y protección	11/05/2021	Fuerza	Ayuda	6	Alta

Diagnóstico de Enfermería					
Dependencia de la higiene dental r/c falta de fuerza generalizada m/p incapacidad para realizar el aseo oral por sí mismo.					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Higiene	12/05/2021	Fuerza	Suplencia	6	Alta

Diagnóstico de Enfermería					
Alteración de la seguridad r/c múltiples procedimientos invasivos (sonda vesical, gastrostomía, catéter periférico corto, cánula orotraqueal) m/p secreción amarilla, abundante y espesa en cánula orotraqueal.					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Seguridad y protección	12/05/2021	Fuerza	Suplencia	6	Alta

Diagnóstico de Enfermería					
Patrón de sueño alterado r/c dolor e intranquilidad m/p constantes interrupciones del sueño, sonidos de monitores y bombas de infusión, visita constante de enfermas y médicos, ambiente caluroso en la habitación.					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Descanso y sueño	13/05/2021	Fuerza	Ayuda	5	Media

Diagnóstico de Enfermería					
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c estancia prolongada en ambiente hospitalario					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Termorregulación	13/05/2021	Fuerza	Ayuda	5	Media

Diagnóstico de Enfermería					
Conocimientos deficientes r/c falta de conocimientos del cuidador primario sobre cuidados en el hogar m/p verbalización de no conocer el nuevo manejo paciente a su egreso a domicilio.					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Aprendizaje	14/05/2021	Conocimientos	Ayuda	3	Media

Diagnóstico de Enfermería					
Deterioro de la comunicación r/c falta de conocimientos de los cuidadores sobre estrategias o alternativas de comunicación m/p no emisión de palabras, sonidos, ni movimientos.					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Comunicación	14/05/2021	Conocimientos	Ayuda	3	Media

Diagnóstico de Enfermería					
Alteración en la realización del cuidador primario r/c hospitalización prolongada de su hijo y solamente estar al cuidado ambos padres m/p verbalización y facies de cansancio.					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Realización	14/05/2021	Voluntad	Acompañamiento	2	Media

Diagnóstico de Enfermería					
Dependencia en el vestido r/c falta de fuerza para realizar los hitos del vestido y desvestido m/p no realizar ningún hito del vestido.					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Vestirse y desvestirse	14/05/2021	Fuerza	Suplencia	6	Baja

Diagnóstico de Enfermería					
Alteración de los valores de los cuidadores primarios r/c aceptación del estado de salud de su hijo m/p verbalización de no interferir en los procedimientos realizados en el paciente.					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Creencias y valores	14/05/2021	Voluntad	Acompañamiento	2	Baja

Diagnóstico de Enfermería					
Dependencia de actividades recreativas r/c falta de conocimientos del cuidador primario sobre actividades lúdicas m/p no realizar recreación con su hijo.					
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Rol de Enfermería	Nivel de dependencia	Nivel de prioridad
Recreación	14/05/2021	Fuerza	Ayuda	3	Baja

6.3 Planeación

La planeación, es la tercera etapa del Proceso de Atención de Enfermería y en él se establecen prioridades, se determinan los objetivos y se planean las intervenciones y actividades que se aplicarán para lograrlos, y se fundamentan con evidencia científica.

Posterior al diagnóstico enfermero, se elaboraron los planes de cuidados correspondientes a cada una de las necesidades en dependencia, los cuales se presentan a continuación.

Ficha de Identificación		
Nombre: Bayron Román García		Registro: 849134
Registro: 849134	F.N.: 14/07/2005	Edad: 16 años 1 mes
Servicio: Pediatría 3 y 4	Sala: Neumología	Fecha de Ingreso: 25/04/2021

Necesidad: Oxigenación	
Fecha de Identificación: 11/05/2021	
Grado de dependencia: 6	Nivel de prioridad: Alta
Fuente de la dificultad: Fuerza	Rol de la Enfermera: Suplencia
Diagnóstico: 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c abundantes secreciones en cánula orotraqueal m/p secreciones audibles a la auscultación, disminución de la saturación de O ₂ , taquipnea y esfuerzo respiratorio.	
Objetivo: El paciente mejorará la limpieza de la vía aérea mediante un plan de fisioterapia respiratoria durante las siguientes 8 horas.	
Intervenciones y acciones	Fundamentación
I.-Valoración de la necesidad de Oxigenación por turno (Intervención Independiente) a) Observación de la ventilación b) Evaluar movimiento torácico observando simetría, utilización de músculos accesorios, retracción de músculos intercostales y supraclaviculares	Los procesos patológicos que pueden producir fallo respiratorio o ventilatorio ponen de manifiesto signos y síntomas relacionados con la hipoxemia. Signos como la taquipnea, el aumento del trabajo respiratorio, la utilización de músculos accesorios, taquicardia,

<ul style="list-style-type: none"> c) Percusión de caja torácica d) Palpación de tórax anterior y posterior e) Palpación de pulsos periféricos f) Auscultación de lóbulos pulmonares g) Toma de frecuencia respiratoria h) Determinar ritmo y patrón respiratorio i) Determinar ruidos respiratorios j) Auscultación de focos cardiacos k) Toma de frecuencia cardiaca l) Valorar ritmo e intensidad m) Toma de tensión arterial n) Toma de saturación de oxígeno o) Vigilar las características de las secreciones p) Entrevista con cuidador primario q) Obtención de datos subjetivos r) Validación de los datos s) Consulta del expediente clínico t) Análisis de la información 	<p>coloración de la piel y síntomas como la disnea son útiles para el reconocimiento de un episodio agudo.³⁸</p> <p>La exploración adecuada del tórax tiene una secuencia que ayuda al clínico a seguir varios pasos e integrar sus hallazgos en síndromes, mismos que llevarán con más seguridad hacia el diagnóstico más adecuado.³⁹</p> <p>La necesidad de respiración toma como parámetro la respiración normal que consiste en el ascenso y descenso rítmico de la pared torácica y del abdomen que se realiza de manera inconsciente y sin esfuerzo, en condiciones normales existe una relación bastante uniforme entre la frecuencia de la respiración y el pulso en la proporción de una respiración por cada 4 o 5 pulsaciones cardiacas.⁴⁰</p>
<p>II.- Monitorización respiratoria continua (Intervención Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Obtener monitor funcional b) Instalación de electrodos c) Colocación de pulsioxímetro d) Configuración del monitor acorde a la 	<p>La monitorización respiratoria representa un importante rol en el cuidado del niño con falla respiratoria aguda. Su apropiado uso y correcta interpretación (reconociendo qué señales y</p>

<p>edad</p> <ul style="list-style-type: none"> e) Vigilar frecuencia cardiaca f) Vigilar frecuencia respiratoria g) Vigilancia de saturación de oxígeno h) Selección de brazalete adecuado i) Toma de tensión arterial j) Configuración de alarmas k) Auscultación 	<p>variables deben ser priorizadas) deberían ayudar a un mejor entendimiento de la fisiopatología de la enfermedad y de los efectos de las intervenciones terapéuticas. La monitorización del paciente ventilado permite evaluar diversos parámetros de la mecánica respiratoria, conocer el estado de los diferentes componentes del sistema respiratorio y guiar los ajustes de la terapia ventilatoria.⁴¹</p>
<p>III.- Fisioterapia respiratoria diariamente (Intervención Interdependiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Realizar fisioterapia torácica al menos 2 horas después de comer. b) Monitorizar el estado respiratorio y cardiaco c) Auscultación de campos pulmonares d) Determinar los segmentos que contienen secreciones excesivas. e) Monitorizar la cantidad y características de las secreciones f) Colocar al paciente con el segmento pulmonar que se va a drenar en la posición más elevada. g) Utilizar almohadas para sostener al paciente en la posición designada h) Golpear el tórax de forma rítmica y en sucesión rápida utilizando las manos 	<p>Los principales objetivos de la fisioterapia son: Eliminar la obstrucción y, consecuentemente, disminuir la hiperinsuflación causada por acumulación de secreciones. Y prevenir o resolver atelectasias causadas por tapones mucosos.</p> <p>La auscultación constituye la base de la exploración específica que debe realizar el técnico que realiza FR. Una auscultación cuidadosa permite establecer la indicación de una técnica, guía su aplicación y permite evaluar los resultados.</p> <p>En caso de secreciones en las vías</p>

<p>ahuecadas sobre la zona que se va a drenar de 3 a 5 minutos, evitando la percusión sobre la columna, los riñones, las mamas femeninas, las incisiones y las costillas fracturadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Aplicar sistemas neumáticos, acústicos o eléctricos de percusión torácica. j) 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 de 3 a 4 veces. k) Aspirar las secreciones liberadas l) Monitorizar la tolerancia del paciente durante y después del procedimiento. 	<p>aéreas de mediano tamaño la maniobra por excelencia, para movilizar secreciones de esa zona, es la espiración lenta prolongada (ELPr). Para vías aéreas intratorácicas proximales la técnica indicada es la (tos provocada) TP y para vías aéreas altas la desobstrucción rinofaríngea retrógrada (DRR), que se puede acompañar de instilación.⁴²</p> <p>La fisioterapia respiratoria puede ayudar a eliminar las secreciones respiratorias al reducir la resistencia de las vías aéreas y el trabajo respiratorio. Existen varias técnicas fisioterapéuticas diferentes, entre las cuales se encuentran la vibración, percusión, drenaje postural y técnicas de flujo que evitan que las secreciones bloqueen las vías respiratorias.⁴³</p>
<p>IV.- Aspiración de las vías respiratorias según valoración (Intervención Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Realizar el lavado de manos b) Usar precauciones universales y EPP que sea adecuado c) Auscultar y determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal 	<p>La presencia de un dispositivo en la vía aérea compromete el aclaramiento mucociliar; asimismo, la adición de presión positiva durante el manejo con ventilación mecánica puede favorecer que disminuya el tránsito del moco hacia la orofaringe. Luego</p>

<ul style="list-style-type: none"> d) Hiperoxigenar al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador. e) Utilizar sistema de circuito cerrado f) Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía. g) Reunir material y equipo necesario, comprobando el funcionamiento de la toma de succión h) Utilizar la mínima cantidad de aspiración cuando se use un aspirador de pared para extraer las secreciones (80-120 mmHg) i) Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, si se usa un sistema de aspiración traqueal cerrado. j) Monitorizar el estado de oxigenación del paciente, estado neurológico y estado hemodinámico. k) Pinzar el circuito de aspiración al introducir la sonda l) Despinzar al llegar a la altura deseada para comenzar a aspirar m) Realizar movimientos rotatorios de la sonda al aspirar n) Basar la aspiración de cada pasada de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración. o) No tardar más de 15 segundos aspirando 	<p>entonces, el moco colectado en la vía aérea inferior requiere ser extraído mediante técnicas de succión para prevenir complicaciones (obstrucción de la vía aérea, aumento en el trabajo respiratorio, deterioro en el intercambio gaseoso e inestabilidad hemodinámica).</p> <p>Las guías mejor adaptadas derivan de la Asociación Americana de Cuidados Respiratorios (AARC, por sus siglas en inglés), y sugieren que la succión traqueal debe ser realizada con la menor frecuencia posible o en casos debidamente indicados (acumulo evidente de secreciones).⁴⁴</p> <p>La aspiración de secreciones es un procedimiento invasivo que se realiza para extraer secreciones bronquiales a pacientes sometidos a ventilación mecánica (TET, Traqueotomía) a través de una sonda de aspiración a circuito cerrado, en la que no se precisa desconectar del circuito del respirador; se usa varias veces al día la misma sonda, pero esta debe</p>
--	--

<p>el mismo sitio</p> <p>p) Retirar la sonda aspirando</p> <p>q) Valorar las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente</p> <p>r) Valorar las características de las secreciones (cantidad, consistencia y color)</p> <p>s) Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal</p> <p>t) Limpiar la zona alrededor del estoma traqueal después de terminar la aspiración.</p> <p>u) Enseñar a la familia a succionar las vías aéreas.</p> <p>v) Pedir al familiar que explique y demuestre lo aprendido</p>	<p>descartarse pasada las 24 horas del día. La succión es necesaria cuando los pacientes son incapaces de eliminar las secreciones respiratorias de las vías respiratorias al toser o con otros procedimientos menos invasivos. Entre las técnicas de aspiración están la aspiración orofaríngea y nasofaríngea, la aspiración orotraqueal y naso traqueal y la aspiración de una vía respiratoria artificial.⁴⁵</p>
<p>V.- Ministración de medicación inhalatoria por indicación</p> <p>(Intervención Dependiente)</p> <p>a) Seguir los 10 correctos de la administración de medicamentos</p> <p>b) Conocer las alergias del paciente</p> <p>c) Realizar lavado de manos</p> <p>d) Preparar la nebulización:</p> <p>e) Conseguir nebulizado estéril</p> <p>f) Retirar la boquilla</p> <p>g) colocar 5 ml de ABD, agregar medicación indicada</p> <p>h) Colocar la boquilla al nebulizador</p> <p>i) Cabecera a 30°</p> <p>j) Conectar el tubo al nebulizador y al</p>	<p>La aerosolterapia es una modalidad de tratamiento que se basa en la administración de sustancias en forma de aerosol por vía inhalatoria. Un aerosol es una suspensión estable de partículas sólidas o líquidas en aire u otro gas, como el oxígeno. La ventaja principal de la aerosolterapia es que el aerosol se deposita de forma directa en el tracto respiratorio, con lo que pueden alcanzarse concentraciones mayores de la sustancia aerosolizada en el árbol bronquial y lecho pulmonar con</p>

<p>flujómetro de oxígeno</p> <p>k) Abrir oxígeno entre 5 y 6 L</p> <p>l) Comprobar funcionamiento del nebulizador</p> <p>m) Introducir la boquilla del nebulizador en la pieza en T para insertarlo en el circuito del ventilador</p> <p>n) No desconectar al paciente del ventilador</p> <p>o) Al terminar la nebulización, cerrar la fuente de oxígeno y desconectar el nebulizador</p> <p>p) Evaluar estado del paciente</p>	<p>menores efectos secundarios que si se utilizase la vía sistémica.⁴⁶</p>
<p>Vi.- Precauciones para evitar la aspiración (Intervención Interdependiente)</p> <p>a) Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria</p> <p>b) Minimizar el uso de narcóticos o sedantes.</p> <p>c) Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado</p> <p>d) Comprobar disponibilidad y funcionamiento de equipo de aspiración</p> <p>e) Comprobar la colocación de la sonda de gastrostomía</p> <p>f) Posición de la cabecera a 30°</p>	<p>La aspiración a menudo es el resultado de un trastorno de la deglución que permite al contenido oral o gástrico, o ambos, entrar al pulmón, especialmente en pacientes con reflejo tusígeno ineficaz.⁴⁷</p>

Evaluación del plan de Intervenciones de la necesidad de Oxigenación

Estructura: El área de hospitalización contaba con el equipo necesario como monitor de signos vitales, toma de oxígeno, toma de succión, ventilador mecánico, cama eléctrica para movilización, así como material: sondas, frascos de aspiración, gasas, tubo látex, contenedores de secreciones, estetoscopio, circuito cerrado, agua bidestilada, nebulizadores, bromuro de ipratropio con salbutamol inhalado, etc. Los familiares contaban con aparato de vibración para movilizar las secreciones.

Proceso: La valoración y monitorización de la oxigenación se llevó a cabo de forma correcta y eficaz obteniendo los datos necesarios como lo son signos vitales y sonidos pulmonares. La fisioterapia respiratoria se llevó a cabo en colaboración con el servicio de rehabilitación. A pesar de que las nuevas actualizaciones en revistas científicas indican que las llamadas “nuevas técnicas de fisioterapia respiratoria” o de manejo de flujos espiratorios, como son la espiración lenta prolongada, tos mecánica asistida, métodos de oscilación de alta frecuencia drenaje autógeno asistido, aerosolterapia^{42, 44}, y, que en contraste las técnicas de percusión y vibración no muestran mejorías significativas⁴³, son estas últimas las utilizadas en el hospital e indicadas por el servicio tratante para el manejo de nuestro paciente.

Y finalmente la ministración de medicación inhalatoria, en colaboración con el servicio de Inhaloterapia, se llevó a cabo conforme a la indicación médica de bromuro de ipratropio con salbutamol en micronebulizaciones cada 8 horas.

Resultado:

Se valoró la necesidad de Oxigenación en el paciente dos veces por turno, durante la semana de rotación por el servicio, a través de la observación, la entrevista con el cuidador primario, licenciadas en enfermería de los otros turnos, jefe de servicio, además de la exploración física focalizada en sistema cardiorrespiratorio obteniendo datos objetivos y subjetivos de alta importancia clínica.

Se monitorizó de forma continua no invasiva los signos vitales manteniendo

electrodos y pulsioxímetro colocados en el paciente en todo momento permitiendo el seguimiento en tiempo real de los cambios hemodinámicos y respiratorios. Se presentaron periodos de taquipnea y desaturación de oxígeno ante la acumulación de secreciones en la vía aérea. Tensión arterial y frecuencia cardiaca dentro de percentiles para la edad. El monitor hospitalario se mantuvo funcional y con alarmas configuradas de acuerdo con la edad del paciente.

Se aplicó la fisioterapia pulmonar en colaboración con fisioterapia realizando únicamente palmo percusión y vibroterapia e inhaloterapia obteniendo leve mejoría en la movilización de las secreciones bronquiales. Se observa adecuada mejoría posterior a ministración de micronebulizaciones con ipratropio y salbutamol cada 8 horas por parte de técnicos de inhaloterapia. Familiares aprendieron técnicas para poder realizarlas en casa con el aparato de vibraciones con el que ellos cuentan.

Se aspiraron secreciones por razón necesaria según la valoración y criterio de enfermería a través de circuito cerrado, con técnica apegada a protocolos estandarizados, logrando mejoría y permeabilidad de la vía aérea, así como recuperación de los niveles óptimos de saturación de oxígeno. Sin embargo, el paciente constantemente generaba más secreciones que ameritaban repetir el procedimiento en repetidas ocasiones durante el turno. Las características de las secreciones fueron abundantes, espesas y blanquecina, en ocasiones con presencia de taponamientos por acumulación de secreción seca que ameritaban aspiración por técnica abierta.

Posterior a la colocación de traqueostomía, se capacitó a ambos padres para la utilización de sistema de aspiración portátil proporcionado por servicio de cuidados paliativos haciendo énfasis en el procedimiento correcto y mantenimiento de la técnica aséptica, así como cuidados y limpieza de la traqueostomía. Los familiares demuestran adquirir el conocimiento y la habilidad de forma aceptable para egresar a domicilio y realizar el cuidado.

Se mantienen medidas de precaución para evitar la aspiración y vigilancia estrecha siendo efectivas.

Nivel de dependencia: 4 Prioridad: Alta

Necesidad: Alimentación e Hidratación	
Fecha de Identificación: 11/05/2021	
Grado de dependencia: 6	Nivel de prioridad: Alta
Fuente de la dificultad: Fuerza	Rol de la Enfermera: Suplencia
Diagnóstico: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, r/c falta de conocimientos por parte de los cuidadores respecto a su dieta, m/p dieta baja en proteínas, lípidos y carbohidratos de acuerdo con sus requerimientos, m/p talla en P10 (142 cm), peso en P10 (35 kg), I.M.C. en P10 (17.4 kg/m ²)	
Objetivo: El paciente cubrirá los requerimientos nutricionales para la edad a través de un plan nutricional donde participará el equipo multidisciplinario de salud (enfermería, gastroenterología y nutrición) e involucrará a la familia para su alta domiciliaria.	
Intervenciones y acciones	Fundamentación
<p>I.-Valoración de la necesidad de Alimentación e Hidratación por turno (Intervención independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Observación del biotipo morfológico b) Medición de peso, talla, perímetro abdominal, perímetro braquial y cálculo de I.M.C. c) Percentilar en tablas de crecimiento d) Evaluar vía de administración de la alimentación e) Conocer la dieta prescrita por servicio de gastronutrición y horarios f) Toma de glucemia capilar g) Entrevista con cuidadores primarios (madre y padre): Interrogar la dieta que lleva en casa y el modo de 	<p>El estado nutricional se evalúa a través de indicadores antropométricos, bioquímicos, inmunológicos o clínicos; para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos, exploración de la composición corporal y exámenes de laboratorio, con los cuales se identifican aquellas características que en los seres humanos se asocian con problemas nutricionales. Con ello es posible detectar a individuos malnutridos o que se encuentran en situación de riesgo nutricional. ⁴⁸.</p> <p>Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y</p>

<p>preparación de los licuados</p> <p>h) Indagar alergias</p> <p>i) Exploración física</p> <p>j) Evaluar estado de la piel y anexos (uñas y cabello)</p> <p>k) Observar si hay hundimiento de globos oculares</p> <p>l) Evaluar estado de hidratación de mucosas oral y nasal</p> <p>m) Evaluar tono de la musculatura</p> <p>n) Evaluar región abdominal</p> <p>o) Observar estado de la sonda de gastrostomía</p> <p>p) Consulta del expediente clínico (laboratorios)</p>	<p>absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.⁴⁹</p> <p>Enfermería es el pilar fundamental del cuidado al individuo sano o enfermo y mediante valoración identifica signos y síntomas de posibles enfermedades relacionadas con la nutrición, prioriza intervenciones adecuadas, según el proceso patológico.⁵⁰</p>
<p>II.- Determinar la terapia nutricional en coordinación con servicio de gastro-nutrición durante abordaje hospitalario (Intervención interdependiente)</p> <p>a) Controlar los alimentos y líquidos ingeridos</p> <p>b) Calcular la ingesta calórica diaria</p> <p>c) Determinar, en coordinación con servicio de gastro-nutrición, el número de calorías y tipos de nutrientes necesarios para satisfacer exigencias nutricionales</p> <p>d) Asegurar que la dieta incluya</p>	<p>La Dietética estudia la forma de proporcionar a cada persona o grupo de personas los alimentos necesarios para su adecuado desarrollo, según su estado fisiológico y sus circunstancias. Es decir, interpreta y aplica los principios y conocimientos científicos de la Nutrición elaborando una dieta adecuada para el hombre sano y enfermo.</p> <p>La dieta se define como el conjunto y cantidades de los alimentos o mezclas de alimentos que se consumen habitualmente, aunque</p>

<p>alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento</p> <p>e) Instruir a la familia sobre la dieta prescrita</p> <p>f) Valorar tolerancia</p>	<p>también puede hacer referencia al régimen que, en determinadas circunstancias, realizan personas sanas, enfermas o convalecientes en el comer y beber.⁵¹</p>
<p>III.- Administrar alimentación enteral por sonda de gastrostomía cada 3 horas (Intervención Independiente)</p> <p>a) Insertar sonda de gastrostomía</p> <p>b) Vigilar la presencia de peristaltismo</p> <p>c) Corroborar que la dieta licuada corresponda a la prescrita para el paciente:</p> <p style="padding-left: 40px;">a. Dieta licuada de 1800 kCal en 2300 ml:</p> <p style="padding-left: 40px;">Leche entera: 4 tazas</p> <p style="padding-left: 40px;">Cereal de avena: 45 gr</p> <p style="padding-left: 40px;">Manzana cocida: 2 manzanas</p> <p style="padding-left: 40px;">Pollo cocido: 150 gr,</p> <p style="padding-left: 40px;">Claros de huevo cocidas: 6 claras</p> <p style="padding-left: 40px;">Galletas Marías: 20 galletas</p> <p style="padding-left: 40px;">Completar con agua hasta 2300 ml.</p> <p>d) Medir y registrar perímetro abdominal</p> <p>e) Rellenar la bolsa de alimentación cada 3 horas</p> <p>f) Programar la bomba de infusión para pasar en 1 hora</p> <p>g) Valorar si es necesaria la aspiración de secreciones antes de iniciar la</p>	<p>La nutrición enteral es una técnica de soporte nutricional que consiste en administrar los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal mediante sonda. La nutrición enteral está indicada en todos los casos en los que el enfermo requiere soporte nutricional individualizado y no ingiere los nutrientes necesarios para cubrir sus requerimientos.⁵²</p> <p>La nutrición enteral está indicada en pacientes inconscientes, en los trastornos de la deglución, en el fallo intestinal, parcial o en algunos casos de anorexia nerviosa.</p> <p>Las sondas de alimentación nasoentérica y por gastrostomía se utilizan para garantizar la nutrición y la administración de fármacos a pacientes incapaces de tomarlos por vía oral debido a su situación de salud.⁵³</p>

<p>infusión</p> <p>h) Iniciar infusión y mantener bajo vigilancia. Observar tolerancia</p> <p>i) Colocar agua en la bolsa de alimentación para enjuagar bolsa y equipo. Cerrar la sonda de gastrostomía al terminar la infusión</p> <p>j) Lavar la piel alrededor de la zona de contacto con el dispositivo diariamente con agua y jabón</p> <p>k) Desechar los equipos de alimentación cada 24 horas</p> <p>l) Instruir a los cuidadores sobre el uso de la sonda de gastrostomía y sus cuidados</p> <p>m) Enseñar la técnica de alimentación con jeringa. Evaluar destreza y conocimientos adquiridos por parte de los familiares</p>	
<p>IV.- Enseñar a cuidadores primarios la dieta prescrita (Intervención Independiente)</p> <p>a) Evaluar el nivel de conocimientos acerca de la dieta por parte de los cuidadores primarios</p> <p>b) Evaluar los patrones actuales y anteriores acerca de alimentación</p> <p>c) Interrogar los ingredientes y cantidades usados para los licuados</p> <p>d) Interrogar la forma de preparación</p>	<p>La preparación se realiza en ambiente hospitalario durante el tiempo que necesitamos para estabilizar al paciente. El tiempo de entrenamiento suele ser de 4-6 días y deben participar varios miembros de la familia</p> <p>La información que se da a la familia debe ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Clara y concisa para evitar la confusión y ansiedad.

<p>de los licuados</p> <p>e) Determinar perspectivas, antecedentes culturales que puedan afectar la voluntad</p> <p>f) Determinar limitación económica o geográfica en el acceso a los alimentos</p> <p>g) Indicar el nombre exacto de la dieta prescrita (Dieta licuada de 1800kCal en 2300 ml) y lo que contiene: Leche entera: 4 tazas Cereal de avena: 45 gr Manzana cocida: 2 manzanas Pollo cocido: 150 gr, Claros de huevo cocidas: 6 claras Galletas Marías: 20 galletas</p> <p>h) Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general</p> <p>i) Proporcionar por escrito el plan de alimentación con ingredientes, cantidades y modo de preparación</p> <p>j) Explicar la forma de preparación de los licuados</p> <p>k) Indicar los horarios en que se administrará</p> <p>l) Enseñar la técnica de alimentación por jeringa a gravedad</p> <p>m) Comprobar que los familiares han entendido la información y han</p>	<p>2. Completa, incluyendo datos anatómicos cuidados de la sonda, de los sistemas, preparación, almacenamiento y administración de la fórmula.</p> <p>3. Preventiva. Se debe informar de los posibles riesgos: propiciar el desarrollo de precauciones de seguridad apropiadas.</p> <p>4. No olvidar el aprendizaje y promoción de la alimentación oral.</p> <p>Es necesario valorar detenidamente no sólo las necesidades médicas, sociales, psicológicas y financieras de la familia; el enfermo también debe ser evaluado cuidadosamente teniendo en cuenta determinados criterios de selección:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerancia demostrada a la terapia nutricional prescrita. 2. Voluntad y habilidad de la persona encargada de cuidar al niño. 3. La certeza de que el paciente se beneficiará de una terapia continuada. <p>Antes del alta, la cuidadora será instruida acerca del manejo y</p>
---	---

<p>adquirido las habilidades y destrezas para realizarlo</p> <p>n) Solicitar al familiar que demuestre lo aprendido</p> <p>o) Reforzar la importancia del apego a la dieta y la monitorización continua del estado de nutrición</p>	<p>posibles complicaciones, y se acordará la cobertura del material necesario (sistemas, bombas, sondas, etc.). El programa debe ser diseñado de modo que concuerde con el estilo de vida de la familia.⁵²</p>
<p>V.- Seguimiento del estado nutricional vía telefónica y visitas domiciliarias (Intervención Independiente)</p> <p>a) Solicitar a los familiares que proporcionen teléfonos de contacto y domicilio</p> <p>b) Acordar una fecha para la visita domiciliaria</p> <p>c) Realizar valoración antropométrica</p> <p>d) Registrar cambios de peso y talla en tabla de crecimiento</p> <p>e) Actualizar índice de masa corporal</p> <p>f) Valoración del apego a la dieta</p> <p>g) Resolución de dudas acerca de la dieta</p> <p>h) Seguimiento vía telefónica y mensajes de texto</p>	<p>Cuando ya no está justificado que el paciente deba estar ingresado en el Hospital porque clínicamente está estabilizado, puede continuar con alimentación artificial enteral en su domicilio.</p> <p>La monitorización del paciente en soporte nutricional domiciliario es clave para conseguir una adecuada recuperación nutricional evitando las complicaciones metabólicas.⁵²</p>
<p>Evaluación del plan de Intervenciones de la necesidad de alimentación</p> <p>Estructura:</p> <p>La hospitalización contaba con el equipo necesario como bolsas de alimentación enteral, bombas de infusión y el servicio de dietología proveía los licuados en los horarios solicitados, aunque en ocasiones eran entregados con retraso. Los</p>	

familiares cuentan con sondas de gastrostomía y material para realizar aseo y fijación de la misma.

Proceso:

La valoración y manejo de la alimentación se llevó a cabo de forma correcta y eficaz obteniendo los datos necesarios como peso, talla, perímetro abdominal y braquial, glucemia capilar. Se calculó el IMC y se registró y percentiló en gráficas de crecimiento. La prescripción de la dieta se llevó a cabo en colaboración con el servicio de gastro-nutrición y el servicio de dietología. Se administraron las tomas de licuados de forma correcta y se dieron cuidados de la sonda de gastrostomía para preservar su funcionalidad y se controló la cantidad de egresos por vía enteral, asegurando la ingesta indicada. Se instruyó a la familia (madre y padre) para la preparación de los licuados, así como la ministración por jeringa a gravedad y los cuidados de la sonda y el área circundante a la gastrostomía.

Resultado:

El paciente fue valorado por enfermería, nutrición y gastroenterología obteniendo un plan de alimentación acorde a las necesidades del adolescente. Se ministraron las tomas de licuados, presentando estreñimiento asociado al cambio dietético. Cifras de glucemia capilar dentro de parámetros normales.

No se observó cambios significativos en peso, talla o perímetros abdominal y braquial. Se mantiene en percentilas 10 en gráficas de crecimiento convencionales, sin embargo, en las tablas de crecimiento de niños con parálisis cerebral infantil alimentados por sonda, se encuentra en percentil 50 en peso, talla e IMC. Continúa con diagnóstico de desnutrición infantil.

Madre y padre demuestran tener conocimientos y habilidades suficientes para el manejo de la nutrición enteral.

El paciente egresa a domicilio, se realiza visita domiciliaria y al entrevistar a la madre, se observa mejor apego a la dieta y mayor comprensión de la importancia del mismo. Paciente muestra mejor tolerancia a la dieta licuada.

Nivel de dependencia: 5 Prioridad: Alta

Necesidad: Eliminación	
Fecha de Identificación: 11/05/2021	
Grado de dependencia: 6	Nivel de prioridad: Alta
Fuente de la dificultad: Fuerza	Rol de la Enfermera: Suplencia
Diagnóstico: Estreñimiento relacionado con cambios en los alimentos habituales manifestado por ausencia evacuaciones	
Objetivo: El paciente mejorará su patrón de eliminación a través de un plan de intervenciones interdependientes enfocadas en favorecer la actividad intestinal durante su estancia hospitalaria.	
Intervenciones y acciones	Fundamentación
<p>I.-Valoración de la necesidad de Eliminación cada 8 horas (Intervención independiente)</p> <p>a) Interrogatorio a cuidador(a) primaria acerca de hábitos de eliminación:</p> <p>a. Frecuencia</p> <p>b. Consistencia</p> <p>c. Color</p> <p>d. Olor</p> <p>e. Presencia de moco, sangre, pus, etc.</p> <p>f. Dificultades o molestias en la eliminación (pujo, dolor, etc.)</p> <p>b) Consultar hojas de enfermería para conocer la fecha de la última evacuación y características</p> <p>c) Revisar si el pañal tiene evacuaciones</p> <p>d) En caso de presentar evacuación, observar características:</p> <p>a. Escala de Bristol</p> <p>b. Cuantificación (pesar pañal)</p>	<p>La necesidad de eliminación se define como aquella que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces y también a través de la transpiración, respiración pulmonar y la menstruación. ⁵⁴</p>

<p>c. Registrar la evacuación en la hoja de enfermería, o en caso contrario, registrar cuántos días ha permanecido sin evacuar</p> <p>e) Exploración física de genitales y región perianal</p> <p>f) Inspección de meato urinario y sonda Foley</p> <p>g) Auscultación abdominal</p> <p>h) Palpación abdominal</p> <p>i) Percusión abdominal</p> <p>j) Indagar sobre medicamentos que pudieran afectar la eliminación</p>	
<p>II.-Hidratación (Intervención Interdependiente)</p> <p>a) Valorar balance hídrico</p> <p>b) Verificar si el paciente puede recibir líquidos a través de la sonda de gastrostomía o se encuentra en ayuno</p> <p>c) Si se encuentra en ayuno, asegurar líquidos necesarios a través de soluciones parenterales calculadas acorde al peso.</p> <p>d) Preparar soluciones parenterales bajo técnica aséptica</p> <p>e) Realizar recambio de soluciones de base cada 8 horas</p> <p>f) Control estricto de ingresos y egresos</p> <p>g) Vigilar datos de deshidratación o de sobrecarga hídrica</p>	<p>La deshidratación es un cuadro clínico originado por la excesiva pérdida de agua y electrolitos, que comporta un compromiso variable inicialmente a nivel circulatorio, si bien puede llegar a afectar a otros órganos y sistemas. Se origina por disminución de la ingesta de agua, aumento de las pérdidas o ambas. La etiología es variada siendo la más frecuente las pérdidas gastrointestinales por procesos infecciosos.⁵⁵</p>
<p>III.- Alimentación Enteral por sonda de gastrostomía</p>	<p>La nutrición enteral se define como la administración de</p>

<p>(Intervención dependiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Verificar funcionalidad de la sonda de gastrostomía b) Vigilar la presencia de peristaltismo c) Corroborar que la dieta licuada corresponda a la prescrita para el paciente d) Medir y registrar perímetro abdominal e) Rellenar la bolsa de alimentación cada 3 horas f) Programar la bomba de infusión para pasar en 2 horas g) Valorar si es necesaria la aspiración de secreciones antes de iniciar la infusión h) Iniciar infusión y mantener bajo vigilancia i) Observar tolerancia j) Colocar agua en la bolsa de alimentación para enjuagar bolsa y equipo. <p>Dieta prescrita:</p> <p>Dieta licuada de 1800 kCal /2300 ml.</p> <p>Proteínas 23% 105 gr.</p> <p>Lípidos 35.5% 72 gr.</p> <p>Hidratos de carbono 41.4% 189 gr.</p> <p>Leche entera 4 tazas</p> <p>Cereal infantil de avena 45 gramos</p> <p>Manzana cocida 2 piezas</p> <p>Pollo cocido 150 gr.</p> <p>Claros de huevo cocidas 6 claras</p> <p>Galleta María 20 piezas</p> <p>Agua hervida hasta completar 2300 ml, dividir</p>	<p>nutrientes directamente al aparato digestivo, mediante fórmulas químicamente definidas, a través de la vía oral o mediante sondas nasoenterales u ostomías. Aparte de su función principal, que es proporcionar nutrientes para mantener una nutrición normal, prevenir su deterioro o corregir el estado nutricional del paciente, la nutrición enteral también contribuye a mantener la estructura y funcionalidad del tubo digestivo y modula la respuesta inflamatoria.⁵⁶</p>
--	---

<p>en 5 tomas de 466 ml</p>	
<p>IV.- Identificar los factores que puedan ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo (Intervención independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Valorar postura corporal y movimiento b) Identificar medicamentos cuyos efectos secundarios incluyan constipación c) Identificar cambios en la dieta d) Interrogar a cuidadora si el paciente desarrolla estreñimiento por una causa identificada e) Consulta del expediente clínico 	<p>Algunos estudios epidemiológicos han demostrado que un consumo bajo de fibra (<10g al día) y la poca ingesta de agua (<1,882ml al día) son factores asociados al estreñimiento. Si bien la evidencia es más limitada e incluso existen resultados controversiales, algunos estudios han mostrado que el estreñimiento se asocia al sedentarismo y actividad física insuficiente^{57,58}</p>
<p>V.- Administración de fármacos laxantes o ablandadores de heces (Intervención dependiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Informar al equipo médico sobre la evolución del estreñimiento b) Verificar alergias del paciente c) Corroborar indicación médica <ul style="list-style-type: none"> a. Lactulosa (1ml/dosis/día) 10 mL. c/ 8 horas. d) Aplicación de los 5 correctos e) Administrar 10 ml de Lactulosa suspensión a través de sonda de gastrostomía f) Enjuagar la sonda con agua g) Vigilar tolerancia 	<p>Los laxantes osmóticos contienen iones o moléculas no absorbibles, por lo que crean un gradiente osmótico que favorece la secreción luminal de fluidos en el intestino. La hidratación de las heces y el aumento de su volumen permiten mejorar la peristalsis. Dentro de este grupo de laxantes se incluyen el polietilenglicol (macrogol), la lactulosa, el sorbitol, el glicerol y las sales de magnesio.⁵⁹</p>

<p>VI.- Enemas evacuantes (Intervención dependiente)</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Corroborar indicación médica b) Reunir material y equipo c) Preparar la solución cloruro de sodio al 0.9% tibia con 20 ml de Glicerina d) Colocarse guantes, bata y protección ocular e) Procurar la privacidad del paciente f) Colocar pañal y bolsa plástica debajo de los glúteos del paciente g) Colocar al paciente en posición decúbito lateral izquierdo con la rodilla derecha flexionada h) Lubricar la sonda i) Introducir la sonda previamente lubricada por el orificio anal a través del recto de 7 a 10 cm. j) Irrigar la solución k) Cerrar el equipo después de instilar toda la solución y retirar la sonda del recto. l) Esperar la evacuación y la eliminación completa de la solución instilada 	<p>Enema es una solución que se introduce mediante una cánula, en el interior del recto y el colon, a través del ano. Es utilizado con fines terapéuticos, por ejemplo, desimpactación fecal en pacientes con estreñimiento crónico.⁶⁰</p>
<p>Evaluación del plan de Intervenciones de la necesidad de Eliminación</p> <p>Estructura: La hospitalización contaba con el equipo necesario como sondas, soluciones, glicerina, lubricante, normogotos. Así como medicamentos laxantes.</p> <p>Proceso: La valoración y manejo de la eliminación se llevó a cabo de forma correcta y eficaz obteniendo los datos de las eliminación urinaria e intestinal del</p>	

paciente. Se mantuvo hidratado, alimentado y se medicó con Lactulosa vía oral cada 8 horas. Sin embargo, se requirió de enemas evacuantes en repetidas ocasiones,

Resultado: El paciente logró evacuar 200 gr de heces Bristol 2, color café posterior a enemas evacuantes y administración de lactulosa.

Nivel de dependencia: 4 Prioridad: Alta

Necesidad: Movimiento y Postura	
Fecha de Identificación: 11/05/2021	
Grado de dependencia: 5	Nivel de prioridad: Alta
Fuente de la dificultad: Fuerza	Rol de la Enfermera: Ayuda
Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física, relacionado con disminución de la fuerza generalizada, manifestada por tono muscular disminuido, reflejos disminuidos, espasticidad y Daniels 0/5.	
Objetivo: El adolescente mejorará su fuerza física y movilidad a través de un plan de intervenciones en conjunto con equipo de fisioterapia y rehabilitación durante su estancia hospitalaria.	
Intervenciones y acciones	Fundamentación
<p>I.- Valoración de la necesidad de Movimiento y Postura (Intervención Independiente)</p> <p>a) Exploración física (sistema musculoesquelético)</p> <p>b) Valoración de la alineación corporal y postura</p> <p>c) Valoración de reflejos osteotendinosos</p> <p>d) Valorar amplitud de movimientos</p> <p>e) Valorar Escala de Funcionalidad</p> <p>f) Valorar Escala de Daniels</p> <p>g) Valorar tono muscular</p>	<p>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</p>

	un proceso lento de meses o años. ⁶¹
<p>II.- Movimientos pasivos (Intervención interdependiente)</p> <p>a) Valorar seguridad de la movilización</p> <p>b) Definir plan de movilizaciones en conjunto con servicio de fisioterapia.</p> <p>c) Establecer planes de seguridad para traqueostomía y ventilación mecánica, líneas vasculares, sondas, etc.</p> <p>d) Movilización de extremidades superiores</p> <p>e) Movilización de extremidades inferiores</p> <p>f) Realizar ejercicios antiedema y circulatorios</p> <p>g) Valorar tolerancia y dolor</p>	<p>Para iniciar al paciente crítico en un programa de movilización precoz, comenzaríamos de forma temprana los movimientos pasivos, que consisten en movilizar cada articulación pasivamente. Con ello se pretende que el paciente mantenga el movimiento fisiológico, recorrido articular, fuerza muscular y así disminuiría la degradación de la masa ósea e indirectamente favorecería el drenaje de las secreciones respiratorias.⁶²</p>
<p>III.- Programa de Fisioterapia: (Intervención interdependiente)</p> <p>a) Preparación de las articulaciones: Posición decúbito supino, movilización de articulaciones desde dedos, muñeca, codos hombros, cadera, rodillas, tobillos. Series de 3 movilizaciones en cada articulación, 10 repeticiones por cinco minutos en cada sesión.</p> <p>2.- Estimulación sensorial con texturas: Posición sedente, colocar en la bandeja diferentes materiales y diferentes texturas, como arroz, frijol, lentejas, tierra, etc.</p>	<p>La terapia física en la PC de tipo diplegia espástica se centra en objetivos como el mantenimiento y potenciación de las habilidades motoras y funcionales, la facilitación del desarrollo motor, la independencia del movimiento, el cuidado propio e incluso la capacidad para jugar.⁶³</p>

<p>Cepillado en palmas y plantas. Uso del percutor en región abdominal para estimular músculos tónicos.</p> <p>3.- Estimular los tendones de músculos y fascias, partiendo de dedos, muñecas, codos, hombros, caderas y rodillas. 5 repeticiones por cada articulación, 10-15 minutos.</p>	
<p>IV.- Método de Bobath (Intervención dependiente)</p> <p>a) Control de la inhibición: Se debe facilitar todas las posibles respuestas motoras no buscadas mediante un proceso activo, permitiendo así la liberación de los reflejos primitivos, consiguiendo con eso la estimulación de sus procesos inhibidores</p> <p>b) Facilitación: De los patrones de coordinación normal controlados por las reacciones que lleven a mejorar el equilibrio y reacciones de enderezamiento de corrección de la postura.</p> <p>C) Tapping: Se basa en la activación y recuperación de tono de grandes grupos musculares encargados de la postura en tronco y miembros.</p> <p>d) Descargas de peso: Movimientos automáticos de adaptación del tronco y miembros, con transferencia de peso en rangos de anterior a posterior.</p> <p>e) Pleasing: Se coloca el cuerpo del</p>	<p>El tratamiento se basa en la comprensión del movimiento normal, utilizando todos los canales perceptivos para facilitar los movimientos y las posturas selectivas que aumentan la calidad de la función.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se enseña la sensación del movimiento, no movimientos en sí mismos • Se enseñan movimientos en secuencia correcta. • Se controla tono muscular a través de posiciones inhibitorias de los reflejos. • Se utilizan posiciones inhibitorias para lograr disminución de hipertonía cuyos períodos se prolongarán en el tiempo. Estos períodos se utilizan

<p>paciente en diferentes posiciones y se trata que controle la mayor cantidad de movimientos sin ayuda,</p>	<p>para formar nuevos patrones. • Se basa en la plasticidad del sistema nervioso.⁶⁴</p>
<p>V.- Cambios posturales cada 4 horas (Intervención Interdependiente)</p> <p>a) Decúbito supino con cabecera elevada a 30°</p> <p>b) Decúbito lateral izquierdo a 30°, nunca a 90°</p> <p>c) Decúbito prono durante tiempo menor y con uso de liberadores de presión</p> <p>d) Decúbito lateral derecho a 30°. Evitar apoyar el peso sobre los trocánteres</p> <p>e) Registrar hora y posición</p>	<p>Los cambios posturales constituyen, sin lugar a duda, una de las medidas básicas para la prevención de las UPP. Actualmente, la práctica de los cambios posturales está en discusión, ya que la evidencia que la sostiene es de carácter empírico o consensual.⁶⁵</p>
<p>Evaluación del plan de Intervenciones de la necesidad de Movimiento y postura</p> <p>Estructura: La hospitalización contaba con cama eléctrica y colchón de aire que facilitaban la movilización y los cambios posturales.</p> <p>Proceso: El equipo de fisioterapia y rehabilitación se presentaba frecuentemente con el paciente y se planeó una serie de ejercicios apropiados a las necesidades del adolescente. Ambos padres fueron instruidos para aprender el plan de movilizaciones pasiva.</p> <p>Resultado: El paciente demostró discreta mejoría en el rango de movimientos pasivos, pero poca disminución de la espasticidad de los miembros torácicos y pélvicos. Los padres demostraron los ejercicios aprendidos y los llevaban a cabo todos los días de forma autónoma. Continúan con el plan en casa. Bayron se mantiene completamente dependiente por falta de fuerza.</p> <p>Nivel de dependencia: 4 Prioridad: Alta</p>	

Necesidad: Seguridad y Protección	
Fecha de Identificación: 11/05/2021	
Grado de dependencia: 6	Nivel de prioridad: Suplencia
Fuente de la dificultad: Fuerza	Rol de la Enfermera: Ayuda
Diagnóstico: Alteración de la protección, relacionada con pérdida de la continuidad de la 1ª y 2ª barrera de protección, manifestado por úlceras por presión grado II en pabellón auricular derecho y tibia izquierda, plaquetas 491,000, neutrófilos 31%, linfocitos 55%, monocitos 11.2%.	
Objetivo: El adolescente restaurará la integridad de la primera barrera de protección mediante un plan de cuidados dirigido al tratamiento de las úlceras por presión y prevención de nuevas lesiones durante su estancia en la pediatría	
Intervenciones y acciones	Fundamentación
<p>I.- Valoración de la necesidad de seguridad y protección por turno (Intervención Independiente)</p> <p>a) Observar integridad y características de la piel y anexos</p> <p>b) Valoración de UPP, grado y localización.</p> <p>c) Observar integridad de mucosas d) Valoración del dolor con escala de COMFORT</p> <p>e) Valoración de UPP con escala de Braden</p> <p>f) Valoración de riesgo de caídas y colocación de etiqueta.</p> <p>g) Valoración de Funcionalidad</p> <p>h) Palpación de ganglios</p> <p>i) Valorar catéteres y dispositivos invasivos</p> <p>j) Valoración de Escala de Maddox</p> <p>k) Interpretación de estudios de laboratorio</p> <p>l) Evaluación de la seguridad del entorno</p>	<p>La piel, un órgano inmunológico, es la capa que reviste al cuerpo, protege y se relaciona con el ambiente; es muy importante en la homeostasis del organismo, controlando líquidos y electrolitos, por medio del proceso de perspiración o transpiración, media en el control del volumen sanguíneo, la temperatura y con una importante función nerviosa entre otras características como es ser barrera física contra traumas físicos, químicos, rayos UV, microorganismos, además participa en la síntesis de vitamina D.⁶⁶</p>

<p>II.- Cuidados de las úlceras por presión (Intervención independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Registrar grado y ubicación de las UPP presentes b) Identificar factores que aumentan el riesgo de UPP c) Valorar percepción sensorial d) Valorar exposición a humedad e) Valorar actividad física y deambulaci3n f) Valorar movilidad y cambios posturales g) Valorar nutrici3n h) Valorar fricci3n y desplazamiento i) Lubricar la piel con Cutimed Protect en crema en crema j) Aplicar 3cidos grasos hiperoxigenados en 3reas afectadas por UPP k) Eliminar la presi3n y fricci3n de los puntos afectados 	<p>El deterioro de la integridad cut3nea es un diagn3stico incluido en la NANDA desde sus inicios y abarca una multitud de posibles situaciones que se dan en la cl3nica diaria, que no siempre requieren el mismo abordaje. En el caso de las 3lceras por presi3n (UPPs), es precisamente donde se da mayor variabilidad de la pr3ctica enfermera, tanto en la valoraci3n, como en la prevenci3n y tratamiento de las mismas.⁶⁷</p>
<p>III.- Hidrataci3n y lubricaci3n de la piel (Intervenci3n independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Asegurar el aporte de l3quidos por v3a enteral o parenteral b) Lubricaci3n de la piel con Cutimed Protect en crema c) Colocaci3n de 3cidos grasos hiperoxigenados en sitios de presi3n d) Masaje corporal con aceites esenciales e) Colocaci3n de Dexpanthenol oft3lmico y c3mara h3meda 	<p>El aporte h3drico es imprescindible para la prevenci3n, ya que la piel hidratada tiene menos riesgo de romperse. Por tanto, deber3a asegurarse la adecuada ingesta de l3quidos en el paciente en funci3n de su edad, condici3n de salud y factores que puedan contribuir a una p3rdida excesiva de los mismos (fiebre, aumento de la temperatura en climas c3lidos, etc.) que puedan</p>

	aumentar las demandas de agua del paciente. ⁶⁸
<p>IV.- Colocar liberadores de presión en prominencias óseas (Protección local) (Intervención independiente)</p> <p>a) Colocar aro debajo de la cabeza para liberar</p> <p>b) Colocar sábana debajo de las escápulas</p> <p>c) Colocar apósito en crestas iliacas</p> <p>d) Colocar anillo hidrocoloides en astrágalo</p> <p>e) Colocar apósito en región tarsiana</p> <p>f) Colocar pequeñas almohadas debajo de codos y manos</p>	<p>Se pueden utilizar apósitos con capacidad para la reducción de la presión en prominencias óseas para prevenir la aparición de UPP. Debe realizarse una protección especial de los talones. Los apósitos han demostrado mayor eficacia y tener mejor relación coste-eficacia que los vendajes almohadillados. Para ello, se puede utilizar una almohada debajo de las pantorrillas para elevar los talones (talones flotantes).⁶⁸</p>
<p>V.-Movilización pasiva (Intervención interdependiente)</p> <p>a) Valorar seguridad de la movilización</p> <p>b) Definir plan de movilizaciones en conjunto con servicio de fisioterapia</p> <p>c) Establecer planes de seguridad para cánulas de ventilación mecánica, líneas vasculares y arteriales, sondas, drenajes, etc.</p> <p>d) Movilización de extremidades superiores</p> <p>e) Movilización de extremidades inferiores</p> <p>f) Realizar ejercicios antiedema y circulatorios</p> <p>g) Valorar tolerancia y dolor</p>	<p>Realizaremos cambios posturales para disminuir el riesgo de úlceras por presión y prevenir la atrofia muscular en pacientes con estancias prolongadas en las unidades de cuidados intensivos Para iniciar al paciente crítico en un programa de movilización precoz, comenzaríamos de forma temprana los movimientos pasivos, con ello se pretende que el paciente mantenga el movimiento fisiológico, recorrido articular, fuerza muscular y así disminuiría la degradación de la</p>

	masa ósea e indirectamente favorecería el drenaje de las secreciones respiratorias. ⁶⁹
<p>Evaluación del plan de Intervenciones de la necesidad de Seguridad y Protección</p> <p>Estructura: La unidad del paciente contaba con colchón de aire para reducir la presión en puntos de riesgo. Clínica de heridas y estomas proporcionó apósitos y ácidos grasos hiperoxigenados suficientes para el tratamiento de las úlceras existentes.</p> <p>Proceso: Se valoró constantemente el riesgo de aparición de nuevas úlceras por presión para clasificar su riesgo y tomar medidas de prevención necesarias. Se trató de forma constante durante los 3 turnos, las úlceras que el paciente presentaba para detener su progresión y lograr su remisión</p> <p>Resultado: Las úlceras grado II que el paciente presentaba en pabellón auricular derecho y tibia izquierda presentaron respuesta al tratamiento y favorable evolución visible, logrando su completa remisión y recuperación de la integridad de la piel.</p> <p>Nivel de dependencia: 3 Prioridad: Media</p>	

Necesidad: Higiene	
Fecha de Identificación: 12/05/2021	
Grado de dependencia: 6	Nivel de prioridad: Suplencia
Fuente de la dificultad: Fuerza	Rol de la Enfermera: Ayuda
Diagnóstico: Dependencia de la higiene dental r/c falta de fuerza generalizada m/p incapacidad para realizar aseo oral por sí mismo.	
Objetivo: El adolescente restaurará su higiene dental a través de un plan de intervenciones dirigidos a los cuidadores primarios durante su estancia hospitalaria y egreso a domicilio.	
Intervenciones y acciones	Fundamentación
<p>I.- Valoración de la necesidad de higiene diariamente (Intervención independiente)</p> <p>a) Observar apariencia y arreglo personal del paciente</p> <p>b) Inspeccionar limpieza de la piel</p> <p>c) Inspeccionar cabello y cuero cabelludo</p> <p>d) Inspeccionar pabellones auriculares</p> <p>e) Inspeccionar narinas</p> <p>f) Inspeccionar cavidad oral y dientes</p> <p>g) Inspeccionar región axilar</p> <p>h) Inspeccionar región genital y perianal</p> <p>i) Inspeccionar manos y uñas</p> <p>j) Inspeccionar pies y uñas</p> <p>k) Interrogar a cuidadores primarios acerca de baño, cambio de ropa, aseo dental y lavado de manos (frecuencia, técnica y materiales utilizados)</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 actué como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo ,microbios ,etc.</p> <p>Es una actividad que consiste en un mantenimiento, o cuidado que la gente toma sobre si mismo para conservar su salud. Es práctica personal influida por muchos factores.</p> <p>Las prácticas higiénicas son medidas que se toman para conservar la piel y apéndices, dientes, cavidades orales y</p>

	nasales áreas perianales y genitales ,limpios y en buen estado. ⁷⁰
<p>II.- Aseo de la cavidad oral con solución de clorhexidina cada 8 horas (Intervención Independiente)</p> <p>a) Reunir material y equipo: Solución de clorhexidina al 0.12%, gasas estériles, abatelenguas y guantes.</p> <p>b) Lavarse las manos y colocarse guantes estériles.</p> <p>c) Valorar necesidad de aspirar secreciones por tubo, nariz y boca según corresponda.</p> <p>d) Colocar solución de clorhexidina en las gasas</p> <p>e) Envolver los abatelenguas con las gasas</p> <p>f) Limpiar paredes de la cavidad oral de adentro hacia afuera</p> <p>g) Aseo dental con técnica de barrido desde molares hasta incisivos</p> <p>h) Limpiar la lengua</p> <p>i) Limpiar con agua los labios y región peribucal.</p>	<p>El Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) considera el uso de clorhexidina para la prevención de NAV en pacientes sometidos a cirugía cardiaca, con un nivel de evidencia II (sugiere su implementación); asimismo, la Sociedad Brasileña de Neumología recomienda la descontaminación de la cavidad oral con clorhexidina, sola o combinada con colistina, en pacientes con ventilación mecánica, refiriendo que la combinación tiene mayor efecto sobre Gram negativos.⁷¹</p>
<p>III.- Enseñar a los cuidadores la técnica de cepillado dental (Técnica de Bass) (Intervención independiente)</p> <p>a) Se recomienda cepillo de cerdas suaves</p>	<p>Se ha observado que para la remoción de la placa bacteriana, el método más efectivo es el cepillado, el cual, realizándolo de manera adecuada garantiza la</p>

<ul style="list-style-type: none"> b) El cepillo se coloca en un ángulo de 45° con respecto al eje longitudinal del diente. c) Los filamentos del cepillo se introducen en los nichos interdientales y el surco gingival d) Realizar pequeños movimientos vibratorios e) Realizar barrido hacia oclusal 	<p>higiene oral; sumado a este método se encuentra el uso de enjuagues bucales, la seda dental y los dentífricos como complemento para el mantenimiento de la salud bucal.⁷²</p>
<p>IV.- Interconsulta con servicio de odontopediatría (Intervención Interdependiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Notificar a médico tratante hallazgos de la valoración dental b) Comunicarse vía telefónica con el servicio de odontopediatría y comentar el caso c) Realizar o solicitar interconsulta de forma escrita d) Agendar cita, si procede. e) Indicar a cuidadora principal la fecha y hora de la cita y explicar ubicación del servicio. 	<p>La Odontopediatría en nuestro país es reconocida por el Consejo Federal de Odontología (CFO) como la especialidad responsable por los cuidados odontológicos, preventivos y terapéuticos del niño y el adolescente, incluyendo a aquellos que necesitan cuidados especiales.⁷³</p>
<p>V.-Educación para la salud: Recomendaciones sobre salud dental y parálisis cerebral. (Intervención Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Implicar a ambos padres u otros cuidadores 	<p>Las niñas y los niños con P.C.I. pueden tener un tono muscular débil alrededor de la boca, lo que les provoca a las o los pacientes dificultades para succionar, masticar y tragar. Presentan</p>

<ul style="list-style-type: none"> b) Se recomienda uso de cepillo eléctrico o manual adaptado c) Uso de pasta dentífrica fluorada d) Tartrectomías periódicas e) Uso de soporte bucal blando para mantener la boca abierta durante el cepillado f) Cepillado dental y de tejido gingival al menos dos veces al día. g) Introducir estímulos e instrumentos lentamente para minimizar reflejo faríngeo del paciente h) Recomendar visita al dentista y aplicación de fluor cada 6 meses 	<p>además retraso en la erupción de la dentición primaria, hipoplasia del esmalte, bruxismo y atricción severa, dislocación espontánea o subluxación de la ATM, frecuente enfermedad periodontal por déficit de higiene y respiración oral, maloclusión y babeo.⁷³</p>
--	---

Evaluación del plan de Intervenciones de la necesidad de Higiene

Estructura: En la hospitalización estuvo disponible la solución con clorhexidina, gasas y abatelenguas. Los padres refieren que no tienen dinero para comprar un cepillo eléctrico de vibraciones, así que sólo utilizan un cepillo convencional y cualquier pasta dental.

Proceso: Se realizó el aseo oral con clorhexidina cada 8 horas durante su estancia hospitalaria, se instruyó a ambos familiares sobre la técnica del cepillado dental y se dieron recomendaciones basadas en evidencia para el manejo de la higiene oral en pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral infantil.

Resultado: El paciente mejoró visiblemente la higiene dental y de la cavidad oral. No presentó neumonías asociadas a los cuidados de la salud. Los padres demostraron la técnica de cepillado dental aprendida durante la capacitación. No se concretó la interconsulta con servicio de odontopediatría.

Nivel de dependencia: 3 Prioridad: Media

Necesidad: Descanso y sueño	
Fecha de Identificación: 13/05/2021	
Grado de dependencia: 5	Nivel de prioridad: Media
Fuente de la dificultad: Fuerza	Rol de la Enfermera: Ayuda
Diagnóstico: Patrón de sueño alterado, relacionado con dolor e intranquilidad, manifestado por constantes interrupciones del sueño, sonidos de monitores y bombas de infusión, visitas constantes de enfermeras y médicos, ambiente caluroso en la habitación.	
Objetivo: El adolescente mejorará su patrón de sueño nocturno a través de un plan de intervenciones enfocado al control del ambiente durante su estancia hospitalaria.	
Intervenciones y acciones	Fundamentación
<p>I.- Valoración de descanso y sueño (Intervención Independiente)</p> <p>a) Entrevista con cuidadores primarios</p> <p>b) Interrogar cuántas horas duerme al día</p> <p>c) Interrogar a qué hora duerme y a qué hora despierta</p> <p>d) Interrogar si realiza siestas</p> <p>e) Interrogar dificultad para conciliar el sueño</p> <p>f) Interrogar si despierta durante la noche</p> <p>g) Observar sueño del paciente</p> <p>h) Observar signos de cansancio en rostro</p> <p>i) Evaluar el entorno en el que duerme el paciente</p>	<p>El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad.</p> <p>El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad, como el equilibrio entre las diferentes partes del SNC, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales.⁷⁴</p>
<p>II.- Adecuación del ambiente hospitalario (Intervención Independiente)</p> <p>a) Mantener luces apagadas</p>	<p>La habitación y el ambiente que nos rodea desempeñan un papel fundamental para conseguir</p>

<ul style="list-style-type: none"> b) Ajustar alarmas de monitor c) Programar bombas de infusión d) Agrupar intervenciones de enfermería e) Programar horarios específicos f) Reducir ruido exterior g) Apagar televisión h) Cerrar cortinas, si procede. i) Ajustar temperatura de la sala, si procede. 	<p>dormir mejor, ya que determinan la duración y la estructura del sueño. Se necesita un entorno ambiental adecuado que favorezca la conciliación y el mantenimiento del sueño.⁷⁵</p>
<p>III.- Manejo del dolor (Intervención Interdependiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Valoración de escala de dolor b) Posicionamiento c) Ministración de analgésicos I.V. con horario d) Infusión continua de morfina e) Ministración de sedantes controlados según indicación médica: Clonazepam sublingual 1 gota cada 24 horas por las noches. 	<p>El dolor y las molestias de la enfermedad son los aspectos que más influyen según los profesionales enfermeros en la conciliación del sueño en el paciente hospitalizado.⁷⁶</p>
<p>IV.- Recomendaciones para descanso y sueño (Intervención Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Establecer horarios para dormir y despertar b) Higiene de cavidad oral c) Proporcionar sábanas y cobertores limpios d) Promover eliminación urinaria e) Evitar la ingesta de alimentos o bebidas 	<p>La higiene del sueño se define como un conjunto de comportamientos y recomendaciones ambientales destinadas a promover el sueño saludable, desarrollada originalmente para su uso en el tratamiento del insomnio leve a moderado. Mediante la higiene</p>

<p>que entorpezcan el sueño</p> <p>f) Ajustar horarios de administración de medicamentos, especialmente diuréticos</p> <p>g) Administrar analgesia prescrita 30 minutos antes de la hora de dormir</p> <p>h) Ofrecer objetos personales que faciliten el sueño, si los requiere</p>	<p>del sueño, los pacientes aprenden sobre hábitos de sueño saludables y se les anima a seguir una serie de recomendaciones para mejorar el sueño.⁷⁷</p>
<p>V.- Aplicación de Cribado de Trastornos de Sueño en la Infancia (BEARS)</p> <p>a) Interrogar a la madre si el adolescente presenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Problemas para acostarse 2) Excesiva somnolencia diurna 3) Despertares durante la noche 4) Regularidad y duración del sueño 5) Ronquidos 	<p>La escala BEARS (por sus iniciales en inglés B=Bedtime Issue, E=Excessive Daytime Sleepiness, A=Night Awakenings, R=Regularity and Duration of Sleep, S=Snoring), indaga con cinco preguntas los TS más comunes en las categorías (en español B= problemas a la hora de dormir, E= somnolencia diurna excesiva, A= despertares nocturnos, R= regularidad y duración del sueño y S= ronquido).⁷⁸</p>
<p>Evaluación del plan de Intervenciones de la necesidad de Sueño y descanso</p> <p>Estructura: La unidad del paciente contaba con colchón de aire para reducir la presión en puntos de riesgo. Clínica de heridas y estomas proporcionó apósitos y ácidos grasos hiperoxigenados suficientes para el tratamiento de las úlceras existentes.</p> <p>Proceso: Se valoró constantemente el riesgo de aparición de nuevas úlceras por</p>	

presión para clasificar su riesgo y tomar medidas de prevención necesarias. Se trató de forma constante durante los 3 turnos las úlceras que el paciente presentaba para detener su progresión y lograr su remisión

Resultado: Las úlceras grado II que el paciente presentaba en pabellón auricular derecho y tibia izquierda presentaron respuesta al tratamiento y favorable evolución visible, logrando su completa remisión y recuperación de la integridad de la piel.

Nivel de dependencia: 3 Prioridad: Media

Necesidad: Termorregulación	
Fecha de Identificación: 11/05/2021	
Grado de dependencia: 5	Nivel de prioridad: Media
Fuente de la dificultad: Fuerza	Rol de la Enfermera: Ayuda
Diagnóstico: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con estancia prolongada en ambiente hospitalario	
Objetivo: El adolescente mantendrá en equilibrio su temperatura corporal a través de intervenciones preventivas durante su estancia hospitalaria	
Intervenciones y acciones	Fundamentación
<p>I.- Valoración de la necesidad de Termorregulación cada 4 horas (Intervención independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Inspeccionar coloración tegumentaria b) Inspeccionar vestimenta acorde a clima c) Toma de temperatura axilar u oral d) Entrevista con cuidadores primarios e) Interrogar la forma en que miden la temperatura 	<p>La temperatura corporal resulta del balance entre la producción y la pérdida de calor; este balance está controlado por el centro termorregulador situado en el hipotálamo anterior. El calor se genera a través de la producción endógena en los procesos metabólicos y también cuando la temperatura ambiente supera a la corporal; la pérdida de calor tiene lugar a través de las superficies corporales, en concreto la piel y los pulmones.⁷⁸</p>
<p>II.- Valoración de la temperatura ambiental (Intervención independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Comprobar temperatura ambiente b) Corroborar funcionamiento de aire acondicionado o calefacción c) Observar si existen corrientes de aire d) Observar si el entorno es un espacio 	<p>La temperatura corporal resulta del balance entre la producción y la pérdida de calor; este balance está controlado por el centro termorregulador situado en el hipotálamo anterior. El calor se genera a través de la producción</p>

<p>cerrado, abierto o ventilado</p>	<p>endógena en los procesos metabólicos y también cuando la temperatura ambiente supera a la corporal; la pérdida de calor tiene lugar a través de las superficies corporales, en concreto la piel y los pulmones.⁷⁸</p>
<p>III.- Adecuación del medio ambiente (Intervención independiente)</p> <p>a) Ajustar aire acondicionado o calefactor a la temperatura según las necesidades del paciente</p> <p>b) Eliminar corrientes de aire</p> <p>c) Permitir ventilación</p> <p>d) Disponer sábanas y cobertores en la unidad del paciente</p>	<p>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%).⁸⁰</p>
<p>IV.- Enseñanza de toma e interpretación de temperatura a cuidadores principales (Intervención independiente)</p> <p>a) Explicar a los familiares la importancia de la temperatura como signo vital</p> <p>b) Indicar rangos de temperatura dentro de eutermia, febrícula, fiebre e hipotermia</p> <p>c) Limpieza del termómetro digital</p> <p>d) Enseñanza de técnica de medición de temperatura axilar</p> <p>e) Enseñanza de técnica de medición de temperatura oral</p> <p>f) Enseñar a usar el termómetro infrarrojo</p>	<p>Termometría clínica es el estudio de la temperatura del cuerpo humano. Las determinaciones más utilizadas son: rectal, axilar, bucal, y ótica. La técnica más confiable es la rectal que requiere tres minutos, la axilar requiere tres a cinco minutos para hacer la lectura. Hasta hace pocos años se introdujeron termómetros electrónicos o digitales que utilizan sensores de temperatura rápidos y de fácil lectura, muy</p>

	<p>seguros y además exactos, lo último ha sido la termometría timpánica basada en el conocimiento que es la más confiable (un segundo en el conducto auditivo externo) de fácil lectura, siempre y cuando la técnica sea la adecuada.⁸⁰</p>
<p>V.- Vigilancia de curva térmica durante los tres turnos (Intervención independiente)</p> <p>a) Realizar una gráfica temperatura vs. Horario</p> <p>b) Graficar mediciones obtenida a las 8, 12, 16, 20 y 24 hrs.</p> <p>c) Análisis de la variabilidad, alzas y descensos en la temperatura</p> <p>d)Notificar en caso de fiebre</p> <p>e)Considerar mediciones más frecuente en caso de fiebre o hipotermia</p>	<p>Para confeccionar la curva térmica se toma el valor obtenido en el control de la temperatura y se marca un punto en el sitio donde se cruza la ordenada correspondiente al grado de temperatura, con la abscisa que corresponde al día y hora en que se tomó. Al unir los puntos con líneas rectas, se obtiene una línea continua que marca las variaciones de la temperatura durante la enfermedad. El estudio de las gráficas de temperatura revela el modo como evolucionan diferentes enfermedades.⁸¹</p>
<p>Evaluación del plan de Intervenciones de la necesidad de Termorregulación</p> <p>Estructura: La habitación de la hospitalización mantiene un clima caluroso durante la temporada de primavera-verano. Se contó con termómetros digitales para la vigilancia de la curva térmica, el servicio de Pediatría 3 y 4 cuenta con tablets para el uso del sistema Harmoni MD. Los padres de Bayron cuentan con</p>	

termómetro digital en casa.

Proceso: Se vigiló la temperatura corporal del adolescente cada 4 horas durante su estancia hospitalaria y se registraron las mediciones en el sistema electrónico Harmoni MD, el cual grafica de forma automática la curva térmica. Se enseñó la técnica correcta de medición de temperatura axilar y oral a los padres del adolescente.

Resultado: Afebril. El paciente mantuvo una termorregulación eficaz a lo largo de su seguimiento en la hospitalización de neumología. A los seguimientos telefónicos la madre lo reporta asintomático.

Nivel de dependencia: 3 Prioridad: Media

Necesidad: Aprendizaje	
Fecha de Identificación: 14/05/2021	
Grado de dependencia: 3	Nivel de prioridad: Media
Fuente de la dificultad: Conocimientos	Rol de la Enfermera: Ayuda
Diagnóstico: Conocimientos deficientes relacionado con falta de conocimientos de cuidadores primarios sobre cuidados en el hogar manifestado por verbalización de no conocer el nuevo manejo del paciente a su egreso a domicilio.	
Objetivo: Los cuidadores primarios aprenderán sobre el manejo y cuidados del paciente en su domicilio a través de intervenciones de educación para la salud y capacitaciones	
Intervenciones y acciones	Fundamentación
<p>I.- Valoración de la necesidad de aprendizaje en el adolescente (Intervención Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Interrogar hitos del desarrollo b) Interrogar si el paciente recibe educación formal c) Indagar escolaridad del paciente d) Interrogar si recibe educación especial e) Valorar funcionalidad de órganos de los sentidos. 	<p>Aprender es una necesidad del ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación o adquisición de comportamientos. Muchas de las medidas adoptadas se hacen para mantenerse en salud.⁸³</p>
<p>II.- Valoración de la necesidad de aprendizaje en los cuidadores primarios (Intervención Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Interrogar escolaridad de la madre b) Interrogar escolaridad del padre c) Determinar el nivel de conocimientos que poseen sobre el cuidado del 	<p>El cuidado de la persona con discapacidad es un proceso difícil que requiere de progresivas obligaciones, resultado de la dependencia de una persona enferma, representada básicamente por la figura del</p>

<p>paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> d) Identificar fortalezas y debilidades e) Preguntar cuáles son sus dudas o deficiencias f) Identificar la forma de aprendizaje que se le facilita a los cuidadores g) Identificar si hay interés y voluntad por parte de los padres para aprender sobre el cuidado de su hijo 	<p>cuidador. Describir al cuidador principal, identificar sus conocimientos, deficiencias en habilidades y prácticas para el cuidado integral del familiar enfermo y la suya propia, desde su hogar, se convierten en aspectos de importancia en la conservación de la salud de ambos, teniendo como único supervisor en sus tareas a la enfermera/o de la comunidad.⁸⁴</p>
<p>III.- Elaboración de un plan de alta (Intervención Interdependiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Orientación sobre las actividades que la madre y el padre del adolescente deben realizar: Monitorización de O2, vigilancia de patrón respiratorio, fisioterapia respiratoria, aspiración de secreciones, cambios de posición, lubricación ocular, aseo de la cavidad oral, limpieza de la traqueostomía, fijación de la traqueostomía, baño, hidratación de la piel, protección de prominencias óseas, vigilancia de aparición de UPP fisioterapia, cuidados de la sonda urinaria, vigilancia de la orina, cambio de sonda Foley. 	<p>El plan de alta constituye una herramienta fundamental gracias a la cual se espera que el enfermo, al salir de la institución de salud, no sólo lo haga con un problema resuelto en la medida de las posibilidades sino que, además, cuente con nuevos conocimientos y haya generado actitudes que contribuyan a un mejor estar. Las recomendaciones acerca de los cuidados tienen que ver con la información que requiere la persona enferma y/o su familia para responder adecuadamente a las necesidades generadas por la enfermedad, para prevenir</p>

<p>b) Orientación dietética: Tipo de dieta, valor calórico, ingredientes, porciones, forma de preparación del licuado, técnica ministración del licuado y horarios.</p> <p>c) Medicamentos indicados: Nombre del medicamento y marca, dosis, horario y vía. Explicar cómo diluir o dosificar, si corresponde.</p> <p>d) Identificación de signos de alarma: Datos de dificultad respiratoria, datos de infección o sangrado, problemas con el ventilador portátil o aspirador, requerimiento de asistencia médica, o asesoría de enfermería para cuidados en el hogar. Indicar qué hacer y a dónde acudir, según corresponda.</p> <p>e) Cuidados especiales en el hogar: Manejo de traqueostomía, sonda de gastrostomía, fisioterapia y sondaje urinario.</p>	<p>recaídas, complicaciones o aparición de nuevas enfermedades, y para adoptar prácticas de auto-cuidado, que deriven en una vida más sana, plena.⁸⁵</p>
<p>IV.- Enseñanza del manejo del paciente con traqueostomía (Intervención Interdependiente)</p> <p>a) Explicar qué es la traqueostomía y para qué sirve</p> <p>b) Mostrar la cánula, las sondas, el equipo de aspiración y ventilador.</p> <p>c) Indicar qué hacer en caso de</p>	<p>Los cuidados generales de la traqueostomía impactan en el desenlace de los pacientes. Es mandatorio iniciar o continuar los lineamientos de práctica clínica establecidos a nivel internacional y desempeñarlos estrictamente en cada institución de asistencia</p>

<p>decanulación.</p> <ul style="list-style-type: none"> d) Enseñanza de la técnica de aspiración de secreciones e) Limpieza de la herida y piel periférica f) Aspiración de secreciones por cánula g) Demostración de la elaboración de fijaciones para la cánula h) Pedir a los cuidadores que demuestren lo aprendido 	<p>médica; tales como: rutina de higiene de la cánula, humedad, manejo de secreciones, registro de la presión del globo, asistencia integral durante eventos no planeados de decanulación y retiro planeado de la traqueostomía.⁸⁶</p>
<p>V.- Enseñanza de la preparación y administración de la dieta licuada (Intervención Interdependiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Indicar el nombre exacto de la dieta prescrita (Dieta licuada de 1800kCal en 2300 ml) y lo que contiene: Leche entera: 4 tazas Cereal de avena: 45 gr Manzana cocida: 2 manzanas Pollo cocido: 150 gr, Claras de huevo cocidas: 6 claras Galletas Marías: 20 galletas b) Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general c) Proporcionar por escrito el plan de alimentación con ingredientes, cantidades y modo de preparación d) Explicar la forma de preparación de los licuados e) Indicar los horarios en que se administrará 	<p>Cuando 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. La enfermera en ocasiones debe participar en este tipo de nutrición enteral como apoyo del seguimiento hospitalario.⁸⁷</p>

<ul style="list-style-type: none"> f) Enseñar la técnica de alimentación por jeringa a gravedad g) Comprobar que los familiares han entendido la información y han adquirido las habilidades y destrezas para realizarlo h) Solicitar al familiar que demuestre lo aprendido i) Reforzar la importancia del apego a la dieta y la monitorización continua del estado de nutrición 	
<p>Evaluación del plan de Intervenciones de la necesidad de Aprendizaje</p> <p>Estructura: El servicio de Pediatría y las profesionales de enfermería colaboraron en la educación y capacitación de ambos cuidadores para el alta y manejo domiciliario exitoso. Se contó con guantes, sondas, equipos de alimentación, jeringas, etc. necesarias para la demostración de la aspiración de secreciones, alimentación por gastrostomía y otros cuidados.</p> <p>Proceso: Los padres mostraron siempre interés en aprender la forma correcta de realizar el cuidado del paciente. Se realizaron varias sesiones de educación y adiestramiento.</p> <p>Resultado: Tanto la madre como el padre de Bayron adquirieron conocimientos, desarrollaron habilidades y aprendieron cuidados específicos a realizar en el hogar, demostraron dominar técnicas imprescindibles como aspiración de secreciones, preparación y administración de licuados, etc. En la visita domiciliaria se observó gratamente al adolescente en excelentes condiciones de cuidado y a los padres con absoluto dominio de los cuidados y con más tranquilidad y seguridad. El padre diseñó fijaciones de tela y velcro de forma artesanal que cambian todos los días, son lavables, reutilizables y ecológicos.</p> <p>Nivel de dependencia: 1 Prioridad: Media</p>	

Necesidad: Comunicación	
Fecha de Identificación: 14/05/2021	
Grado de dependencia: 3	Nivel de prioridad: Media
Fuente de la dificultad: Conocimientos	Rol de la Enfermera: Ayuda
Diagnóstico: Deterioro de la comunicación relacionado con falta de conocimientos de los cuidadores sobre estrategias o alternativas de comunicación manifestado por no emisión de palabras, sonidos, ni movimientos.	
Objetivo: Los padres del paciente conocerán comunicación con estrategias y alternativas no verbales a través de la información proporcionada por la enfermera durante el abordaje del caso en la hospitalización	
Intervenciones y acciones	Fundamentación
<p>I.-Valoración de la necesidad de Comunicación (Intervención Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Conocer cuál es la lengua materna de la familia b) Interrogar hitos del desarrollo (balbuceo, palabras, frases) c) Valoración del sentido de la vista d) Valoración del sentido del oído e) Evaluar si el paciente responde a estímulos verbales f) Evaluar si el paciente responde a estímulos táctiles g) Evaluar si el paciente responde a estímulos dolorosos h) Evaluar fuerza en extremidades i) Evaluar si el paciente entiende y sigue indicaciones 	<p>Se debe evaluar si el lenguaje de un niño va acorde con su edad cronológica y determinar la existencia de un problema en esta área, para lo cual es importante analizar un interrogatorio completo acerca de los aspectos emocional, social, familiar, de salud (antecedentes personales y heredo-familiares), las rutinas (alimentación y sueño), se observa en el pequeño el lenguaje, tipo de juegos, actitudes espontáneas e inducidas.⁸⁸</p>

<p>II.- Educación acerca de Parálisis Cerebral y Comunicación (Intervención Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Explicar las limitaciones motrices y cognitivas b) Explicar limitaciones auditivas y visuales c) Explicar limitaciones del lenguaje d) Explicar que, por la gravedad del padecimiento, la comunicación verbal no es posible. e) Explicar que la terapia de lenguaje no tiene buen pronóstico en este tipo de pacientes. 	<p>Los niños con parálisis cerebral infantil además de las alteraciones en el tono muscular, la postura y el movimiento, presentan trastornos asociados: visuales, auditivos, cognitivos, emocionales y del lenguaje. Estos últimos son especialmente importantes porque limitan ampliamente la capacidad comunicativa del niño, sobre todo si se tiene en cuenta la importancia de la comunicación verbal en la sociedad actual. Todo ello hace que la conexión de estos niños con el mundo exterior sea escasa y, en definitiva, que el riesgo de minusvalía social sea bastante elevado.⁸⁹</p>
<p>III.- Sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa (Intervención Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Imágenes fotos y dibujos b) Gestos, señas o muecas c) Lenguaje de señas d) Sistema Bliss e) Sistema Pictográfico de comunicación f) Pulsadores g) g) Softwares 	<p>Los sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa (C.A.A.) ofrecen una aproximación pragmática en la terapia de lenguaje, pues se trata de instrumentos de intervención cuyo objetivo es la enseñanza de un conjunto estructurado de códigos diferentes del habla, los cuales permiten funciones de representación y sirven para llevar</p>

	a cabo actos de comunicación. ⁹⁰
<p>IV.- Promover la comunicación de los padres con su hijo (Intervención Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Informar la importancia de que los padres le hablen a su hijo, aunque él no pueda responderles b) Explicar que el paciente puede escucharlos y reconocer sus voces c) c)Fomentar lectura de cuentos d) Sugerir cantar canciones 	<p>La evidencia indica que la familia es el mejor enlace para interpretación de las necesidades del enfermo, siendo un aliado para una buena comunicación enfermero-paciente crítico</p> <p>A pesar de la aparente ausencia de signos externos de consciencia, una proporción pequeña pero significativa de pacientes afectados por trastornos de la consciencia son capaces de responder a instrucciones modulando a voluntad su actividad cerebral e incluso responder a preguntas afirmativa o negativamente realizando tareas de representación de imágenes mentales.⁹¹</p>
<p>Evaluación del plan de Intervenciones de la necesidad de Comunicación</p> <p>Estructura: Tras una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos de enfermería y psicología, se encontraron artículos relacionados a la parálisis cerebral, la comunicación y las alternativas. Sin embargo, muchas de estas, aplican para pacientes con deterioros leves y moderados, es decir, no son aplicables al paciente que presenta parálisis grave, además de la condición de ventilación mecánica invasiva a través de traqueostomía.</p>	

Proceso: Se realizó la búsqueda hemerobibliográfica y se compartió la información con los padres, se intentaron algunas alternativas con poco éxito. Se promovió la comunicación entre paciente, familiares y enfermera.

Resultado: El paciente no es capaz de desarrollar otras alternativas de lenguaje más que las facies que demuestra al dolor, y ocasionalmente nuestra sonrisa social con algunos sonidos (juegos musicales y voz de los papás), Se aplicaron intervenciones encaminadas a la humanización del cuidado al paciente, mostrando siempre respeto, cordialidad y empatía con el paciente y su familia, eliminando discriminación o tratos distintos.

Grado de dependencia: 3 Prioridad: Media

Necesidad: Realización	
Fecha de Identificación: 14/05/2021	
Grado de dependencia: 2	Nivel de prioridad: Media
Fuente de la dificultad: Voluntad	Rol de la Enfermera: Acompañamiento
Diagnóstico: Alteración en la realización del cuidador primario, relacionado con hospitalización prolongada de su hijo y solamente estar al cuidado ambos padres, manifestado por verbalización y facies de cansancio.	
Objetivo: Mejorar el rol de los cuidadores primarios a través de un plan de intervenciones que involucre a la familia en el cuidado del paciente.	
Intervenciones y acciones	Fundamentación
<p>I.-Valoración de la necesidad de Realización (Intervención Independiente)</p> <p>a) Programar entrevista con madre y padre del paciente</p> <p>b) Interrogar acerca de satisfacción con su rol de madre y padre</p> <p>c) Interrogar cómo se sienten respecto a la hospitalización de su hijo</p> <p>d) Indagar cuántas personas se encuentran involucradas en el cuidado del paciente</p> <p>e) Indagar redes de apoyo como familia extensa, amigos y vecinos</p> <p>f) Conocer las expectativas de la familia acerca del egreso del paciente</p>	<p>La realización personal es un proceso de autodescubrimiento; sin importar cuáles sean las habilidades personales, mientras se tengan claros los deseos de crecer, las personas podrán alcanzar el desarrollo de su potencial. Las necesidades de realización personal o autorrealización, son aquellas asociadas a la consecución de los deseos profundos y del desarrollo de las capacidades personales, dirigidas a lograr los ideales o metas propuestas para conseguir la satisfacción personal.⁹³</p>
<p>II.- Apoyo al cuidador principal (Intervención Independiente)</p>	<p>El cuidador principal, es la persona familiar o cercana que se</p>

<ul style="list-style-type: none"> a) Determinar la aceptación del cuidador de su papel b) Aceptar las expresiones de emoción negativa c) Admitir las dificultades del rol de cuidador principal d) Identificar puntos fuertes y débiles e) Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador f) Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal g) Promover una red de apoyo de cuidadores h) Monitorizar la presencia de signos de estrés i) Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo j) Apoyar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí mismo k) Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente. 	<p>ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo físico y emocional a otro, de manera permanente y comprometida, convirtiéndose en un enfermo secundario, ya que se ve expuesto a una elevada carga física y psíquica, que puede generar incluso, un problema social o importantes cambios en las familias. El cuidador puede sentirse físicamente “atrapado en el cuidado”, puesto que estructura todo su tiempo, en función del familiar que atiende, y que junto con un sentimiento de culpabilidad, hace que se exija más de lo que le permiten sus fuerzas, y llevarle a una claudicación, al llamado por los expertos, “cansancio del cuidador”, para seguir atendiendo a las demandas de su familia.⁹⁴</p>
<p>III.- Fomentar la implicación familiar (Intervención Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado b) Identificar la capacidad de los 	<p>El proceso de participación familiar implica la toma de decisiones multidisciplinarias. Aquí el establecimiento de un clima compartido favorece la relación de los agentes implicados: paciente, familia y profesionales de salud,</p>

<p>miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente</p> <p>c) Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal</p> <p>d) Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente</p> <p>e) Reconocer los síntomas físicos relacionados con el estrés de los miembros de la familia</p>	<p>de forma que se exponen todas las opciones disponibles, las consecuencias de cada decisión y se utilizan los medios de apoyo necesarios para facilitar el proceso.⁹⁵</p>
<p>IV.- Apoyo a la familia (Intervención Independiente)</p> <p>a) Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente</p> <p>b) Determinar la carga psicológica que tiene para la familia, el pronóstico del paciente</p> <p>c) Ofrecer una esperanza realista</p> <p>d) Establecer una relación abierta de confianza con la familia.</p> <p>e) Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.</p>	<p>Las redes de apoyo familiar y social constituyen una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios, que pueden ponerse en movimiento para hacer frente a diversas situaciones de riesgo que se presenten en los hogares, como falta de dinero o empleo, como apoyo en caso de una enfermedad o para el cuidado de niñas, niños o personas adultas mayores.⁹⁶</p>
<p>V.- Interconsulta con servicio de Psicología (Intervención Interdependiente)</p> <p>a) Establecer comunicación con psicóloga del servicio</p> <p>b) Comentar el caso e informar</p>	<p>La sobrecarga que soporta el cuidador, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, destacando por su frecuencia las referidas al malestar psíquico</p>

<p>hallazgos</p> <p>c) Informar a la familia acerca de la valoración de psicología</p> <p>d) Programar sesiones con ambos padres</p> <p>e) Animar a la familia a asistir a citas con psicología</p> <p>f) Promover el apego a tratamiento y la participación activa de los involucrados</p>	<p>(principalmente ansiedad y depresión), aunque también se han descrito repercusiones importantes en otras esferas como la salud física, el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica dando lugar a lo que algunos autores han dado en denominar síndrome del cuidador.⁹⁷</p>
<p>Evaluación del plan de Intervenciones de la necesidad de Realización.</p> <p>Estructura: A pesar de ser una familia extensa conformada por madre, padre, dos hermanos y ambos abuelos, la carga de trabajo relacionada con el cuidado del paciente se concentra únicamente en la madre y el padre del paciente. Cuentan con apoyo económico de uno de los hermanos del padre.</p> <p>Proceso: Se estableció una relación de confianza con ambos cuidadores primarios, donde ambos expresaban abiertamente sus sentimientos y preocupaciones. Permitieron el seguimiento del caso vía telefónica y también visitas domiciliarias.</p> <p>Resultado: No fue posible involucrar de forma activa al resto de la familia en el cuidado del paciente por diversas causas como la edad avanzada de los abuelos y las responsabilidades de la hermana mayor con sus hijos, etc. Los padres refieren que la adaptación en el hogar ha sido mucho más difícil y cansada de lo que esperaban. Servicio de psicología no continuó con el abordaje del caso. Únicamente tienen contacto con el servicio de Cuidados Paliativos</p> <p>Grado de dependencia: 2 Prioridad: Media</p>	

Necesidad: Creencias y valores	
Fecha de Identificación: 14/05/2021	
Grado de dependencia: 3	Nivel de prioridad: Baja
Fuente de la dificultad: Voluntad	Rol de la Enfermera: Acompañamiento
Diagnóstico: Alteración de los valores de los cuidadores, relacionado con conflicto en la toma de decisiones sobre tratamientos e intervenciones manifestado por referir verbalmente tener dudas, incertidumbre y temor.	
Objetivo: La madre y el padre del adolescente tomarán decisiones informadas sobre los tratamientos e intervenciones que se realizarán a su hijo a través de un plan de intervenciones encaminadas a la autonomía de los cuidadores.	
Intervenciones y acciones	Fundamentación
<p>I.-Valoración de la necesidad de creencias</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Elegir un momento adecuado para la entrevista relacionada con creencias y valores, habiendo establecido previamente una relación de confianza. b) Interrogar la religión que practica la familia c) Preguntar cómo la familia inculca la religión a su hijo d) Interrogar si asisten a la iglesia e) Interrogar si practican rezos f) f)Indagar rituales que acostumbran g) Indagar si asocian la enfermedad o la muerte con un castigo divino 	<p>Es la necesidad de rendir culto de acuerdo con la propia fe y valores de la persona. La importancia de esta necesidad radica en que toda persona necesita de una serie de valores y creencias para poder desarrollarse como tal.</p> <p>Si bien es cierto que el factor religioso tiene un papel importantísimo en el substrato cultural de toda persona, esto no es impedimento para dotar la palabra creencia de expresión mucho más plural y al margen de la religión.¹⁰²</p>
<p>II.- Valoración de la necesidad de valores</p> <ul style="list-style-type: none"> a) a)Interrogar jerarquía de valores 	<p>Las personas adoptamos actitudes o realizamos actos y</p>

<p>importantes para la familia</p> <p>b) Preguntar cómo la familia inculca los valores a sus hijos</p> <p>c) Interrogar acerca del sentido de la vida</p> <p>d) Conocer el significado de la muerte para la familia</p> <p>e) Conocer qué esperanzas tiene la familia sobre la salud del adolescente</p> <p>f) Preguntar si, en caso de paro cardiorrespiratorio, desean que se dé o no reanimación cardio pulmonar al paciente</p> <p>g) g) Preguntar si los padres están dispuestos a firmar con antelación el consentimiento de RCP 3</p> <p>h) h) Cuestionar si se tienen dilemas o contradicciones</p>	<p>gestos de acuerdo al ideal de justicia, del bien y del mal o para seguir una ideología. Hay que tener presente que los valores, bien sean éticos como la tolerancia y la justicia, o estéticos como los conceptos de belleza y fealdad, son fluctuantes, y que varían en función de la experiencia de vida y de la edad de la persona.¹⁰²</p>
<p>III. Informar a los cuidadores para la toma de decisiones autónoma y firma de consentimiento informado</p> <p>a) Informar acerca de traqueostomía</p> <p>b) Informar acerca de ventilación mecánica</p> <p>c) Informar acerca de secuelas provocadas por la neumonía grave</p> <p>d) Informar acerca de cistostomía</p> <p>e) Informar acerca de sondaje vesical</p> <p>f) Informar acerca de alta domiciliaria:</p>	<p>En bioética, la autonomía es la capacidad para determinar libremente su pensamiento y conducta (derecho de autodeterminación). La autonomía requiere capacidad para tomar decisiones y habilidad para poner en práctica sus elecciones. La autonomía de la voluntad es enteramente aplicable al consentimiento informado, en el</p>

<p>expectativas, riesgos, adaptaciones y cuidados.</p> <p>g) Informar acerca de la reanimación cardiopulmonar y el consentimiento de no reanimación</p> <p>h) Analizar pros y contras de cada una de las alternativas a intervenciones</p> <p>i) Permitir a los padres expresar sus dudas</p> <p>j) Responder de forma clara, concisa y en lenguaje entendible para los cuidadores.</p>	<p>cual los autores del acto jurídico tienen la libertad de aceptar o rechazar su celebración y definir sin presiones y con la información suficiente el contenido y alcances en el caso concreto (v.g. riesgos, beneficios, modo de atender urgencias y contingencias para la cirugía programada.).¹⁰³</p>
<p>IV.- Apoyo en la toma de decisiones</p> <p>a) Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática</p> <p>b) Facilitar la toma de decisiones en colaboración</p> <p>c) Servir de enlace entre los cuidadores y otros profesionales sanitarios</p> <p>d) Respetar siempre la autonomía de la familia y aceptar sus decisiones. No emitir juicios de valor</p> <p>e) Realizar afirmaciones positivas sobre las decisiones acertadas de los cuidadores</p> <p>f) Apoyar las decisiones tomadas por los cuidadores principales, inclusive si eligen detener los esfuerzos terapéuticos.</p>	<p>La toma de decisiones acerca de la mejor opción de tratamiento o sobre la participación en pruebas de detección puede ser difícil. Los pacientes pueden utilizar ayudas para tomar decisiones cuando hay más de una opción y ninguna es claramente mejor, o cuando las opciones presentan efectos beneficiosos y perjudiciales que los pacientes valoran de forma diferente.¹⁰⁴</p>

<ul style="list-style-type: none"> g) Mostrar empatía y visión humanística. Entender las razones de la familia. h) Brindar apoyo emocional tras la toma de una decisión vital i) Derivar a grupos de apoyo, si corresponde 	
<p>V.- Interconsulta con servicio de Cuidados Paliativos</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Establecer comunicación con la licenciada en enfermería J. Ruíz y médica pediatra J. Guadarrama adscritas al servicio de Cuidados Paliativos b) Elaborar por escrito solicitud de interconsulta y comentar el caso c) Comentar previamente con los padres del adolescente qué son y qué no son los cuidados paliativos d) Programar valoración incluyendo a pediatra, enfermera, psicóloga y trabajadora social e) Conectar a la familia con fundaciones que faciliten equipo médico necesario f) Programar visita domiciliaria g) Ofrecer atención telefónica las 24 hrs. del día. 	<p>Los cuidados paliativos en pediatría son las atenciones que se le dan a un niño y a su familia cuando se afronta una enfermedad que pone en riesgo la vida, es decir, toda enfermedad cuyo tratamiento curativo es posible, pero que por su gravedad o cronicidad pudiera provocar la muerte.</p> <p>La atención que proporciona el modelo de cuidados paliativos va desde lo emocional, psicológico, toma de decisiones, sesiones grupales, adquisición de equipo médico, fármacos especializados, apoyo por fundaciones, control de síntomas (o dolor), medicina a distancia, visitas domiciliarias y formación de redes de apoyo en la comunidad durante y después de la enfermedad.¹⁰⁵</p>

Evaluación del plan de Intervenciones de la necesidad de Creencias y valores

Estructura: El hospital Infantil de México cuenta con un servicio de cuidados paliativos, integrado por un equipo multidisciplinario en comunicación continua y cercana con los servicios tratantes.

Proceso: Se informó de la forma más completa, clara, concisa y amable posible acerca de las alternativas de tratamiento, sus pros y sus contras. Se respetó y apoyó en todo momento la autonomía de la familia en la toma de decisiones.

Resultado: Los padres de Bayron cedieron ante algunas de las intervenciones propuestas. Aceptaron la colocación de la traqueostomía y el uso del ventilador portátil para su egreso a domicilio. Firmaron de forma voluntaria e informada el consentimiento para No reanimación (RCP 3) pues expresan su deseo por no prolongar más el sufrimiento de su hijo, pues consideran que él ya no tiene una buena calidad de vida, ni tampoco ellos como padres. Egresó a su domicilio en ambulancia con el equipo médico facilitado por servicio de Cuidados Paliativos y se mantiene en comunicación constante con la familia.

Grado de dependencia: 1 Prioridad: Baja

Necesidad: Recreación	
Fecha de Identificación: 14/05/2021	
Grado de dependencia: 3	Nivel de prioridad: Baja
Fuente de la dificultad: Conocimientos	Rol de la Enfermera: Ayuda
Diagnóstico: Dependencia de las actividades recreativas, relacionado con falta de conocimientos del cuidador primario sobre actividades lúdicas manifestado por no realizar recreación con su hijo.	
Objetivo: La madre y el padre aprenderán estrategias y alternativas de actividades lúdicas adecuadas para realizar recreación con su hijo.	
Intervenciones y acciones	Fundamentación
<p>I.-Valoración de la necesidad de recreación (Intervención Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Valorar integridad de la composición corporal b) Identificar tipo y grado de discapacidad c) Valorar fuerza y sensibilidad d) Valorar órganos de los sentidos e) Preguntar a los cuidadores cuál es su forma de recreación con su hijo f) Interrogar juegos y juguetes favoritos g) Indagar si se relaciona con niños de su edad h) Observar interacción del paciente y sus cuidadores i) Identificar limitaciones económicas para adquirir juguetes especiales 	<p>El concepto de actividad recreativa ha ido reformándose y reinventándose a lo largo del tiempo, hasta llegar a colarse de lleno en el mundo de la enfermería. Tanto es así que, hoy día, este tipo de actividades se consideran una terapia específica del trabajo enfermero. Las actividades recreativas suponen una forma de distracción para el niño ante los temores, miedos e inseguridades, que le ayudan a canalizar sensaciones negativas derivadas de su estancia médica.¹⁰⁶</p>
II.- Identificar formas de recreación adecuadas al paciente	Se sabe poco de los juguetes adecuados a los niños con

<p>(Intervención Interdependiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Juguetes diseñados para lactantes b) Juguetes para estimulación temprana c) Juguetes con colores primarios o llamativos d) Juguetes musicales e) Juguetes interactivos f) Juguetes con texturas g) Juguetes de tamaño mediano o grande 	<p>problemas motores, auditivos, visuales o intelectuales. Dependiendo de cuál sea la discapacidad, el juguete no debe centrarse en esas limitaciones, sino en reforzar las capacidades del niño. Las características recomendables para cada limitación son: → Discapacidades motoras: Piezas grandes, que no obliguen a realizar movimientos rápidos, fáciles de encajar → Discapacidades auditivas: Juguetes con volumen adaptable, vibraciones, luces → Discapacidad visual: Juguetes con colores llamativos, luces y sonidos. Evitar piezas muy pequeñas → Discapacidad intelectual: Juguetes que faciliten el aprendizaje.¹⁰⁷</p>
<p>III. Musicoterapia</p> <p>(Intervención Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Definir el cambio de conducta o fisiológico específico que se desea (relajación, estimulación, reducción del dolor) b) Identificar las preferencias musicales del paciente c) Limitar los estímulos extraños 	<p>La musicoterapia es empleada como una de las principales terapias alternativas en pacientes pediátricos. La National Association for Music Therapy de EEUU la define como "el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos" Florence Nightingale hizo referencia a la</p>

<p>d) Facilitar equipos de audio como teléfonos celulares, tablets o bocinas, así como conexión a internet y plataformas de música y video.</p> <p>e) Procurar un volumen adecuado</p> <p>f) Facilitar audífonos, si aplica</p> <p>g) Evitar dejar la música puesta durante periodos largos</p>	<p>importancia de la música en el área enfermera. En su obra "Notas de Enfermería" resalta las propiedades terapéuticas de la música, empleada por ella misma mediante el uso de la voz y la flauta para aliviar el dolor de los soldados en la Guerra de Crimea.¹⁰⁶</p>
<p>IV.- Biblioterapia (Intervención Independiente)</p> <p>a) Determinar la capacidad de lectura de ambos cuidadores</p> <p>b) Si existe dificultad, la enfermera puede realizar la lectura</p> <p>c) Establecer los objetivos de la terapia</p> <p>d) Realizar las selecciones adecuadas al nivel de lectura</p> <p>e) Seleccionar historias o cuentos que reflejen la situación o sentimientos que experimenta el paciente o los cuidadores.</p> <p>f) Utilizar libros con fotografías o dibujos</p> <p>g) Utilizar libros interactivos</p> <p>h) Utilizar libros con texturas</p>	<p>La biblioterapia hace referencia a la lectura como método para acelerar el proceso de curación de una persona en situación de enfermedad. Su estrategia de actuación está basada en la fractura de las barreras que impone la enfermedad, pues la lectura de libros se torna un instrumento de evasión y escape que permite al niño apartar su atención de la enfermedad. Su potencial terapéutico está presente en cualquier tipo de patología, pero es en el área psicológica donde más se utiliza en la actualidad.¹⁰⁶</p>
<p>V.- Promover la inclusión de niños con parálisis cerebral y otras discapacidades a las actividades recreativas y deportivas (Intervención independiente)</p>	<p>A través del ocio y el tiempo libre se potencia la relación entre los iguales; En la convivencia entre personas afectadas de parálisis</p>

<ul style="list-style-type: none"> a) Involucrar a toda la familia b) Promover la interacción con otros niños y niñas c) No “esconder” al niño en reuniones o visitas d) No sobreproteger innecesariamente al paciente e) Concientizar a familiares, vecinos y amigos f) Eliminar estigmas sobre la parálisis cerebral infantil g) Sugerir juegos y actividades donde el adolescente pueda participar h) Integrarse a grupos de familias con hijos con P.C.I. 	<p>cerebral en diferente grado, aparecen dificultades de aceptación o incluso de rechazo. Actividades lúdicas o deportivas adaptadas, como es el caso de la Boccia deporte para personas con P.C. adaptado en el que pueden participar deportistas con distinto tipo de afectación, permiten la interacción entre los participantes dando la misma importancia tanto a las personas gravemente afectadas como aquellas que lo son menos.¹⁰⁸</p>
<p>Evaluación del plan de Intervenciones de la necesidad de Recreación</p> <p>Estructura: Por indicaciones de epidemiología, en el instituto no está permitido que los pacientes tengan en sus unidades varios juguetes, por lo cual, la madre de Bayron no pudo introducir sus peluches favoritos.</p> <p>Proceso: Se aplicaron alternativas como la musicoterapia y la biblioterapia para la relajación y disminución del dolor.</p> <p>Resultado: No se pudo ingresar juguetes del niño a la institución pero se utilizó musicoterapia, observando discreta relajación en el paciente. Además, se observó también este efecto en los cuidadores. También se logró mayor apego e interacción entre padres e hijo. Ambos cuidadores mostraban interés y cariño hacia el adolescente.</p> <p>Grado de dependencia: 2 Prioridad: Baja</p>	

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

PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: B.R.G. Edad: 16 a Sexo: Hombre

Fecha de ingreso: 21/04/2021 Fecha de egreso: 04/06/2021

1. Orientación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar

- Monitorizar saturación de oxígeno (Mantener arriba de 90%)
- Vigilancia datos de dificultad respiratoria:
- (Profundidad, uso de músculos accesorios, alteo nasal, retracción xifoidea)
- Fisioterapia respiratoria (vibroterapia y palmopercusión)
- Aspiración de secreciones con aspirador portátil y sondas número 10
- Mantener parte superior del cuerpo elevada 30° aprox. (apoyarse en almohadas)
- Lubricación de ambos ojos y colocación de cámara húmeda
- Aseo de cavidad oral
- Mantener área de traqueostomía limpia
- Cambiar fijación de la traqueostomía
- Mantener sonda de gastrostomía y área limpia
- Baño diario o cada tercer día
- Mantener piel hidratada (colocar crema humectante en todo el cuerpo)
- Cambios de posición frecuentes
- Protección de prominencias óseas (almohadas o liberadores de presión)
- Vigilar aparición de úlceras por presión
- Realizar ejercicios pasivos de fisioterapia en extremidades

- Cuidados de sonda urinaria: Mantener fijada al muslo, drenar cada 4 horas.
- Vigilar orina (cantidad, color, consistencia, olor, presencia de sangre o pus)
- Cambiar sonda urinaria cada 21 días

2. Orientación dietética:

Dieta licuada de 1800 kCal en 2300 ml:

- Leche entera: 4 tazas
- Cereal de avena: 45 gr
- Manzana cocida: 2 manzanas
- Pollo cocido: 150 gr,
- Claras de huevo cocidas: 6 claras
- Galletas Marías: 20 galletas

Completar con agua hasta obtener 2300 ml.

Dar 5 tomas de 460 ml por sonda de gastrostomía con jeringa

3. Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Vía
Combivent	1 disparo	c/8 horas	Traqueostomía por aerochamber
Curiosin	-	c/8 horas	Lesiones dérmicas por fricción
Hipromelosa	1 gota en c/ojo	c/3 horas	Oftálmica
Dexpanthenol ocular	-	c/6 horas	Oftálmica
Zinc	20 mg.	c/24 horas	Sonda de gastrostomía
Oxcarbamazepina	300 mg.	c/12 horas	Sonda de gastrostomía
Lactulosa	10 ml.	c/8 horas	Sonda de gastrostomía
Vitamina E	400 U.I.	c/24 horas	Sonda de gastrostomía
Vitaminas ACD	1 ml.	c/24c horas	Sonda de gastrostomía
Vitamina D	800 U.I.	c/24 horas	Sonda de gastrostomía
Ácido Valproico	400 mg.	c/8 horas	Sonda de gastrostomía
Clonazepam	1 gota	c/24 horas	Sublingual (hora de sueño)

4. Registro de signos y síntomas de alarma:

- En caso de presentar datos de dificultad respiratoria: (Respiraciones profundas, retracción de costillas, apertura y cierre rápido de narinas, coloración azul o morada en labios, manos, pies o piel en general) o desaturación menor a 90% acudir de inmediato al servicio de urgencias de este hospital
- Si la cánula de traqueostomía saliere de su sitio, colocar de inmediato con apoyo de la guía.
- Si observa datos de infección como fiebre, enrojecimiento de meato urinario, orina turbia, con sangre o pus, o ausencia de orina, acudir a este hospital para valoración
- Si tiene dudas acerca de los cuidados, problemas con el ventilador, aspirador, concentrador o requiere asistencia médica NO urgente, llamar a Cuidados Paliativos (disponibilidad las 24 horas del día).
- Si necesita asesoría de enfermería para cuidados en el hogar, comunicarse con enfermera Ameyalli Hernández (responsable de estudio de caso).

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

- Mantener área de traqueostomía limpia y cambiar fijación diariamente
- Sonda de gastrostomía: Realizar curación, mantener limpia, enjuagar c/ agua tibia
- Realizar ejercicios pasivos de fisioterapia en brazos y piernas
- Sonda urinaria: Cambiar cada 21 días, mantener fijada a muslo, drenar bolsa cada 4 horas

6. Fecha de su próxima cita:

30 de Septiembre del 2021

Elaboró:

Estudiante de la Especialidad en Enfermería Infantil, responsable de estudio de caso

L.E.O. Ameyalli Quetzalli Hernández Vázquez

6.4 Ejecución y Evaluación

Posterior a las etapas de valoración, diagnóstico y planeación, el proceso de atención de enfermería concluye con la ejecución, es decir la aplicación práctica de las intervenciones y acciones establecidas en los planes de cuidados. A continuación se presenta el análisis del logro de los objetivos de cada una de las 14 necesidades.

La necesidad mayormente alterada en el adolescente con P.C.I. + Neumonía fue Oxigenación y Circulación. En la valoración inicial, el adolescente presentaba una dependencia grado 6, nivel de prioridad alta. Posterior a la ejecución del plan de intervenciones independientes, interdependientes y dependientes, se logró una progresión a dependencia grado 4.

La segunda necesidad alterada fue Alimentación e Hidratación, debido al requerimiento de alimentación forzada a través de una vía artificial y a la falta de conocimientos de la cuidadora principal acerca de la preparación de la dieta licuada, lo que condicionaba un estado de desnutrición en el paciente. Partiendo de una dependencia grado 6, nivel de prioridad alta. Se aplicaron intervenciones de asistencia durante la hospitalización y de educación para el alta domiciliar de forma exitosa, alcanzando un nivel de dependencia 5, ya que, la dependencia de la alimentación es permanente y total.

Otra de las necesidades con mayor alteración, es la de Eliminación, tanto urinaria, como intestinal, por estreñimiento y retención urinaria. Referente a la dependencia de la eliminación de heces, se inició el abordaje en un grado de dependencia 6, prioridad alta. Tras la ejecución de todas las medidas farmacológicas y no farmacológicas, el paciente presentó una evacuación de 200 gr, Bristol 2, color café. Evaluando un nivel de dependencia 4.

La siguiente necesidad en dependencia fue Movimiento y postura, debido a la espasticidad generalizada secundaria a la parálisis cerebral grado IV, se encontraba en un grado 5, prioridad alta. A pesar de los esfuerzos terapéuticos en colaboración con los servicios de fisioterapia y rehabilitación, así como la constancia de los padres, la mejoría fue discreta en la movilidad y poca en espasticidad. Por lo que continúa en dependencia grado 4.

La quinta necesidad en dependencia fue Seguridad y protección, asociado a la pérdida de la integridad de la primera barrera de protección, que requirió de intervenciones

independientes para el tratamiento y prevención de U.P.P., logrando su completa remisión de forma paulatina, alcanzando nivel de dependencia 3.

La siguiente necesidad alterada es Higiene por la evidencia de deficiencia de higiene oral y el riesgo de desarrollar neumonía en el paciente con ventilación mecánica, condicionando un nivel de dependencia 6, prioridad alta; después de la ejecución de intervenciones de asistencia y educación, se evolucionó hasta el nivel de dependencia 3, prioridad media.

La séptima necesidad en dependencia corresponde a Descanso y sueño. En la primer valoración se identificó un nivel de dependencia 5, con prioridad media. Se observó importante mejoría tras el control del dolor con sedo-analgésia en conjunto con intervenciones no farmacológicas, obteniendo exitosamente progresión a nivel de dependencia 3.

La necesidad de termorregulación se encontró en riesgo de desequilibrio valorado en grado de dependencia 5, nivel de prioridad media. La intervención principal fue la valoración y vigilancia de la curva térmica, pues el paciente mantuvo una termorregulación eficaz. Se alcanza nivel de dependencia 3.

La siguiente necesidad en dependencia es Aprendizaje, tanto en el paciente, como en los cuidadores primarios; sin embargo, el plan de intervenciones se dirigió a la educación de ambos padres para una alta domicilia exitosa y segura. Al inicio de abordaje del caso se puntuó una dependencia nivel 3, y después de las intervenciones de educación y capacitación para el manejo, se alcanzó un óptimo nivel 1,

La necesidad de Comunicación, con un grado de dependencia 3, a diferencia de la mayoría de las necesidades, no tuvo evolución favorable a pesar de la ejecución del plan de intervenciones, pues el paciente no es capaz de desarrollar alternativas de lenguaje, más que las facies de dolor y ocasionalmente sonrisa social al escuchar algunos sonidos conocidos para él. Se mantiene la dependencia en el mismo grado 3.

La necesidad de realización se enfocó a los padres del paciente abordando el cansancio del rol del cuidador(a) en grado de dependencia 2, tampoco tuvo progresión favorable debido a la falta de redes de apoyo familiares y sociales para compartir las tareas de cuidado del paciente. En las visitas domiciliarias se observa cansancio y

decepción en ambos padres, refiriendo que la adaptación ha sido más difícil y agotadora de lo que se les planteaba. Continúa en el mismo grado de dependencia 2.

En la doceava posición se encuentra la necesidad de vestirse y desvestirse en dependencia total grado 6 por incapacidad para realizar los hitos del vestido, dependiendo totalmente de sus cuidadores, se abordaron recomendaciones para la elección de las prendas, manteniendo el grado de dependencia.

La penúltima necesidad en dependencia es creencias y valores, enfocado también a los padres del paciente, donde las intervenciones se encaminaron a apoyar a los padres en la toma de decisiones sobre el tratamiento e intervenciones a realizar en su hijo, posterior a brindarles explicaciones, resolución de dudas, y acompañamiento, los padres de Bayron decidieron aceptar firmar el consentimiento informado para No reanimación, pensando en la deficiente calidad de vida que su hijo vive, y también en la calidad de sus propias vidas. Egresó a su domicilio en ambulancia con el equipo médico facilitado por servicio de Cuidados Paliativos. Se mantiene en comunicación constante con la familia. Se alcanza el mínimo grado de dependencia: 1.

Finalmente, se posicionó en la menor jerarquización a la necesidad de Recreación en dependencia grado 3 por deficiencia de actividades lúdicas y recreativas. Se dieron recomendaciones para la elección de juguetes adecuados para el paciente con P.C.I., desafortunadamente debido a limitaciones económicas de la familia, no les es posible adquirir juguetes nuevos. Se observó siempre una relación cercana e interacción amorosa por parte de ambos padres con Bayron. Se escala a grado de dependencia 2, prioridad baja.

Se realizaron 13 seguimientos en total. De los cuales 7 corresponden a seguimientos intrahospitalarios (5 durante la rotación por la práctica de primer semestre en el servicio de Pediatría 3 y 4, y 2 visitas al finalizar el horario de prácticas.), 2 visitas domiciliarias y 4 seguimientos vía telefónica/mensajería instantánea.

CAPÍTULO V

7.- Conclusiones

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) constituye la base científica y sistemática de la disciplina, a través de él se fundamentan la práctica profesional de la Enfermera. La aplicación de sus cinco etapas permitió el abordaje completo e integral del caso, de la persona y de la familia.

La valoración es aquella de la que dependen el resto de las etapas, su importancia radica en que a través de la obtención de datos objetivos y subjetivos, fue posible realizar el análisis necesario para emitir un juicio clínico, es decir, el diagnóstico, la segunda etapa del proceso. Durante esta, se elaboraron 20 diagnósticos de enfermería, 18 reales, 2 de riesgo y ninguno de bienestar, pues todas las necesidades se encontraron en dependencia y se jerarquizaron acorde al grado de la misma.

La planeación representó el eje central del presente Estudio de caso, pues se elaboraron catorce planes de intervenciones, tanto independientes, interdependientes y dependientes, con sus correspondientes acciones, fundamentadas en Enfermería Basada en Evidencia (E.B.E.), cada una de estas individualizadas al adolescente y su familia. La ejecución de los cuidados, por su parte, integra la parte práctica, real y aplicable del Estudio de caso. Y finalmente la evaluación permitió el análisis del proceso como un todo, se identificó la evolución del paciente a través del grado de dependencia y se verificó la efectividad de las intervenciones sugeridas en literatura científica y guías de procedimientos estandarizados por la secretaria de salud y el logro de los objetivos generales y específicos.

Finalmente se concluye que el Proceso de Atención Enfermería debe ser ya una realidad en todos los niveles de atención en salud en México y Latinoamérica, y son las especialistas en enfermería quienes debemos tomar la iniciativa de implementarlo en nuestra práctica profesional diaria, y a su vez, asumir el rol de educadoras con colegas y profesionistas en formación, fomentando así, la estandarización de la práctica profesional enfermera con base científica.

8.-Recomendaciones

Para la mejora de la realización del Estudio de caso, se sugiere mayor tiempo de rotación en el servicio donde se encuentra hospitalizado el paciente elegido para un abordaje más completo y un seguimiento más extenso y cercano; esto debido a que los seguimientos personales son los más importantes y suceden durante el periodo más crítico y cambiante de la evolución del paciente, además, de esta forma sería posible aplicar todas las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, incluyendo la Evaluación, lo que significaría una comprobación real e inmediata de la efectividad de las intervenciones, y en caso de no obtener los objetivos esperados, replantear el manejo a través de la adaptación o planeación de nuevas intervenciones y actividades con base en la respuesta fisiológica del paciente.

Se sugiere además, mayor supervisión y acompañamiento de las y los tutores en el abordaje del paciente durante la rotación clínica, ya que sus aportaciones en escenarios reales ayudarían a mejorar en etapas como la valoración y la ejecución. Así como la concientización de jefes de servicio y personal adscrito del hospital acerca de los objetivos de la práctica clínica y el estudio de caso, para que se les brinde facilidades a las alumnas de la especialidad, por ejemplo permitirles abordar únicamente a su paciente electo durante toda su rotación por el servicio, asignar una enfermera adscrita al servicio que cuente con posgrado y pueda brindar asesoría clínica oportuna, evitar designar actividades que no coincidan con los objetivos de la práctica de posgrado o que no correspondan con la responsabilidad que pueden asumir como estudiantes.

Finalmente se invita a las enfermeras especialistas, maestras y doctoras a continuar haciendo ciencia a través de investigaciones y asimismo realizar la publicación de sus trabajos en las revistas de divulgación científica con el propósito de utilizar su conocimiento, experiencia e innovación en pro de la atención profesional e integral de enfermería a los usuarios de servicios de salud.

9.- Referencias Bibliográficas

- 1.- Espinoza C., Amaguaya G., Culqui M., Espinosa J., Silva J., Angulo A., Rivera J., Avilés C., Prevalencia, factores de riesgo y características clínicas de la parálisis cerebral infantil Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 2019, vol. 38, núm. 6, ISSN: 0798-0264 Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55964142018> [Consultado el: 11 de Mayo del 2021]
- 2.- CENETEC. Guía de Práctica Clínica Prevalencia, factores de riesgo y características clínicas de la parálisis cerebral infantil. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/420_GPC_ParalisisCerebralInfantil/IMSS-420-10-GER_ParalisisCerebralInfantil_CN.pdf [Consultado el: 11 de Mayo del 2021]
- 3.- Secretaría de Salud. ¿Qué es la adolescencia? 2015 Recurso Digital [citado 06 Jun 2021] Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia>
- 4.- Facultad de Estudios Superiores Iztacala - Universidad Nacional Autónoma de México. Virginia Henderson. 2013 Recurso Digital. [Citado 06 Jun 2021]. Disponible en: <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/virginia.pdf>
- 5.- Bellido J., Lendínez J. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN [Internet]. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/345894569_Teoria_y_practica_de_los_fundamentos_de_enfermeria_I_Bases_teoricas_y_metodologicas
- 6.- Bax M., Goldstein M. et. Al. Proposed definition and classification of cerebral palsy. Dev Med Chil Neurol. 2005; 47: 571-576
- 7.- Morales Valdivia E, Rubio Contreras AM, Ramírez Durán M del V. Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. Re Ci En [Internet]. 2012 may 15;(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/recien.2012.04.06>
- 8.- Bibliografía: Martínez C., Romero G.. Neonato pretérmino con dependencia en la necesidad de oxigenación y realización. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2015 Sep [citado 2021 Mayo 09] ; 12(3): 160-170. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300160&lng=es
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.001>
- 9.- Ignorosa-Nava C. A., González-Juárez L.. Cuidados paliativos para una muerte digna: Estudio de un caso. Enferm. univ [Revista en Internet]. 2014 Set [citado 2021 Mayo 11] ; 11(3): 110-116. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000300006&lng=pt.

- 10.- Alcheikh Felices, Petinal Algás, Diseño y aplicación de un Plan de Cuidados para un paciente pediátrico en el Role2E de Herat (Afganistán) durante los meses de abril y mayo de 2015. [en línea] Sanidad Militar. Madrid España, 2018 [citado 02 de abril 2021] disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712018000100032
- 11.-Guerrero C., Bravo L., Armstrong F., Tapia M. Cuidados de Enfermería a un lactante con alteración del desarrollo psicomotor. Rev Enf. [Revista en Internet]. 2017 Dic [Citado el 12 de Mayo 2021]; 2(1)-: 64 – 72. Disponible en: https://benessere.uv.cl/images/revista/revista_n2/7_Cuidados_de_enfermeria_C_Guerrero.pdf
- 12.- Hernández Tapia Angelica. Cuidado especializado de enfermería a un lactante menor con dependencia en la necesidad de movimiento y postura. Revista CONAMED [Revista en línea] 2011 (16) Supl 1: S34-S40. [Revisado el 15 de Mayo del 2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2011/cons111g.pdf>
- 13.- Díaz Benitez E. R. Lactante menor con alteración de las necesidades básicas secundario a cardiopatía congénita. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. [Revista en internet] Mayo - Agosto 2011. Volumen 19 (2): 74-79 [Consultado 14 Mayo 2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en112e.pdf>
- 14.- Solís S.M.L., Aguilar A. B.S., García C.D, García G. J. C., Cadena E. J.C. Proceso enfermero en un paciente pediátrico con falla cardiopulmonar sometido a oxigenación por Membrana extracorpórea. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Ed esp 2017. Vol 25: 14-24. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76128>
- 15.- Carreño Rodríguez Adriana. Proceso enfermero en lactante con síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico bajo el enfoque de Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Sep- Dic 2011. Volumen 19 (3): 105- 113 [Consultado el 20 de Mayo del 2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en113d.pdf>
- 16.- C. Portillo,S. Olvera, J. Cadena. Proceso enfermero en lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson [en línea] Revista mexicana de enfermería cardiológica. México. 2013 [citado el 02 de abril del 2021] disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2013/en132d.pdf>
- 17.- Hernández A. Plan de alta y seguimiento domiciliario a un preescolar con alteraciones funcionales y morfológicas del corazón [en línea] México, 2015 . Rev Mex Enf Card. 23; 1: 22-27. [citado el 02 de abril 2021] disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2015/en151d.pdf>
- 18.- Urbina J., Morillo B., Proceso de cuidados de Enfermería a preescolar con neumonía bilateral fundamentado en la teoría de Virginia Henderson. Rev Port Med. [revista en la Internet]. 2013 oct.

[citado 2021 Mayo 19]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-preescolar-neumonia-victoria-henderson/>

19.- Cantellán A., Nash N., Méndez L., Pérez Y. Cano N., Corona R Cuidados de Enfermería en preescolar con Guillain Barré. Virginia Henderson. Enf Neum Ped y Neonat. [revista en la Internet]. 2015 Ene [citado 2021 Mayo 09]; <https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-guillain-barre-henderson/>

20.- Dahrbaun-Solis ND. Peña-Silva B. Melo-Severino A. Cuidado de enfermería con enfoque de integralidad en salud, aplicado a una escolar hospitalizada [Internet] 2016 [Consultado 22 Mar 2021]; 1(1): 75-84. Disponible en: https://benessere.uv.cl/images/revista/revista_n1/8_estudio_de_caso.pdf

21.- Carrillo-Medina E. Sierra-Pacheco M. Proceso de atención de enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardiaca aplicando el modelo de Henderson [Internet] 2013 [Consultado 22 Mar 2021]; 21(3): pp 111-117. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2013/en133d.pdf>

22.- Alvarado-Pacheco P, Cruz-Jiménez M. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. Enfermería universitaria [Internet] 2013 [Consultado Abril 2021]; 10(3):105-111 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000300006

23.- Y. Gaona, M. Cruz. Estudio de caso a una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C: Enfermería Universitaria. [En línea] 2012. México [citado el 03 de abril 2021] disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000200005

24.- Pino AP. Aplicación de la teoría de Henderson y su aproximación al cuidado avanzado en enfermería en un servicio de pediatría. Medwave [Internet] 2012 [Consultado 13 Abr 2021]; 12(10):e5548 doi: 10.5867/medwave.2012.10.5548

25.- Mariz L., Nascimento C., Alves G., Moreira M. Candido A. Cruz B. Theoretical model of nursing care for children with obesity. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2020 [citado 2021 May 02] ; 73(4): e20180881. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000400178&lng=en.

26.- Fernández C. Novel G. Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Cap. 1 en: El proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. (1993) Masson-Salvat Enfermería. Barcelona España pp1-10

27.- Gómez S., Jaimes V., Palencia C., Hernández M., Guerrero A. Parálisis Cerebral Infantil. AVPP. [Internet] 2013. [Consultado 02 Jun 2021]; 76(1): 30-39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3679/367937046008.pdf>

- 28.- Vázquez C., Vidal C. Parálisis Cerebral Infantil: definición y clasificación a través de la historia. Rev Mex Ortop Ped. [Internet] 2014. [Consultado 02 Jun 2021]; 16(1): 6-10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/opediatria/op-2014/op141b.pdf>
- 29.- Kleinsteuber K., Avaria M., Varela X. Parálisis Cerebral. Rev. Ped. Elec. [Internet] 2014. [Consultado 02 Jun 2021]; 11(2); 54-70. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2014/vol11num2/pdf/PARALISIS_CEREBRAL.pdf
- 30.- Volpe J. The encephalopathy of prematurity brain injury and impaired brain development inextricably intertwined. Semin Pediatric Neurol. 2009; 16(4): 167-178
- 31.- YeARGIN M., Braun K. Prevalence of cerebral palsy in 8 year old children in three areas of the United States in 2002: a multisite collaboration. Pediatrics. 2008; 121(3): 547-554
- 32.- Winter S., Autry A., Boyle C., YeARGIN-Allsopp M. Trends in the prevalence of cerebral palsy in a population-based study. Pediatrics. 2002;110:12
- 33.- Póo P. Parálisis Cerebral Infantil. Asociación Española de Pediatría. 2008. Pág: 271 – 277. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf>
- 34.- Legido A., Katsetos C. Parálisis cerebral: nuevos factores etiopatogénicos. Rev Neurol. [Internet] 2003; 36: 1-9 Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.3602.2002261>
- 35.- Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. 2021. D.O.F. 01-06-2021 [Documento digital] Citado 06 Jun 2021. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
- 36.- Facultad de Estudios Superiores Iztacala – Universidad Nacional Autónoma de México “Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México” 2021 Mar 13. Recurso digital [Citado 05 Jun 2021] Disponible en: https://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_decalogo.php
- 37.- Rivas R., Álvarez C., Matiella C. Principios fundamentales de la Bioética. Facultad de Estudios Superiores Iztacala – Universidad Nacional Autónoma de México. [Recurso digital] 2020 Sep. [Citado 2021 Jun 05]. Disponible en: <https://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas1Introduccion/etiprincipios.html>
- 38.- Bazán P., Paz M., Subirana M. Monitorización del paciente en ventilación mecánica. Enfermería Intensiva [Internet] 2010. [Consultado 10 Jun 2021] 11 (3); 75 – 85. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-monitorizacion-del-paciente-ventilacion-mecanica-13008822>
- 39.- Báez R., Monraz S. et al. La exploración del tórax: una guía para descifrar sus mensajes. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. [Internet] 2016 [Consultado 10 Jun 2021] 59 (6); 43 – 57. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un166h.pdf>

- 40.- Correa E., Verde E., Rivas J. Valoración de Enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson. Universidad Autónoma Metropolitana [Internet] 2016. [Consultado 10 Jun 2021] 1ª ed. Disponible en: https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf
- 41.- Donoso A., Arriagada D., Contreras D., Ulloa D., Neuman M. Monitorización respiratoria del paciente pediátrico en la Unidad de Cuidados Intensivos. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. [Internet] 2016. [Consultado 10 Jun 2021] 73 (3); 149-165. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bmhix.2016.02.006>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114616300399>)
- 42.- Pírez C., Peluffo G., Gianchetto G. et al. Fisioterapia respiratoria en el tratamiento de niños con infecciones respiratorias agudas bajas. Arch. Pediatr. Urug. [Internet] 2020 [Consultado 13 Jun 2021] 91 (1); 38 – 39. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492020000700038&lng=es. <http://dx.doi.org/10.31134/ap.91.s1.6>
- 43.-Ibarra J., Beltrán E., Quidequeo D. et. Al. Efectividad de las diferentes técnicas de fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis. Revisión Sistemática. Rev. Med. Electrón. [Internet] 2017 [Consultado 13 Jun 2021]; 39 (3): 529 – 539. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v39n3/rme110317.pdf>
- 44.-Cortés A., Che J., Ortiz D. Estrategias actuales en el manejo de las secreciones bronquiales. Neumol. Cir. Tórax. [Internet] 2019 [Consultado 14 Jun 2021] ; 78 (3): 313 – 323. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462019000300313
- 45.- Ministerio de Salud Hospital Cayetano Heredia. Guía de procedimiento asistencial de enfermería en aspiración de secreciones por circuito cerrado en pacientes con ventilación mecánica. Portal de Transparencia estándar del Hospital Cayetano. [Internet] 2021. [Consultado 14 Jun 2021] Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_037-2021-HCH-DG.pdf
- 46.- División de Enfermería. Hospital de Clínicas. “Dr. Manuel Quintela” Procedimiento de Nebulización. PR-ENF-T074, (062): 1- 5 Disponible en: <https://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/074nebulizaciones.pdf>
- 47.-Mandel L., Niederman M., Fuente N. Neumonía por aspiración. N Engl J Med. [Internet] 2019; [Consultado 15 Jun 2021] 380: 651-63. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93860&pagina=2>
- 48.- Montenegro F., Rosero C., Hernández I., Lasso N. Evaluación del estado nutricional en población infantil del municipio de Pasto, Colombia. Rev Cub Salud Pub [Internet] 2021. [Consultado el 14 de septiembre del 2021]; 47: (1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v47n1/1561-3127-rcsp-47-01-e1333.pdf>

- 49.- Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Necesidad de beber y comer. Enfermería comunitaria [Internet] 2013. [Consultado el 14 de Septiembre del 2021] Disponible en: <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/beber-y-comer.pdf>
- 50.- Sinchire D., Samaniego K., Lima E., Vélez E., López C., Ordoñez M. y Cambizaca G. Papel de la enfermera en la alimentación y nutrición del paciente. Rev Elect Port Med. [Internet] 2020.[Consultado el 14 de septiembre del 2021] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/papel-de-la-enfermera-en-la-alimentacion-y-nutricion-del-paciente-con-la-perspectiva-teorica-de-myra-estrin-levine/>
- 51.- Carbajal Azcona A. Manual de Nutrición y dietética. La Nutrición en la red. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Farmacia. [Internet] 2013. [Consultado el 14 de septiembre del 2021] Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/22755/1/Manual-nutricion-dietetica-CARBAJAL.pdf>
- 52.-Lama More R. Nutrición Enteral. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP. Hospital Infantil Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. [Internet] 2011. [Consultado el 14 de septiembre del 2021] Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/nutricion_enteral.pdf
- 53.-Hospital Universitario “Reina Sofía”. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería: Alimentación por sonda nasogástrica y de gastrostomía. [Internet] 2012. [Consultado el 14 de septiembre del 2021] Disponible en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/c1_alimentacion_sonda_nasogastrica.pdf
- 54.- Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Necesidad de eliminar Enfermería comunitaria [Internet] 2013. [Consultado el 14 de Septiembre del 2021] Disponible en: <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/eliminar.pdf>
- 55.- García Herrero MA, Olivas López de Soria C, López Lois MG. Deshidratación aguda. Protoc diagn ter pediatr. [Internet] 2020;1:215-231. [Consultado el 14 de octubre del 2021] Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_deshidratacion.pdf
- 56.- Botello J; Jhon J; González Rincón A. Nutrición Enteral en el Paciente Crítico. Archivos de Medicina (Col). 2010. Vol. 10, núm. 2: 163-169.
- 57.-Remes J., Coss E., López A., Amieva M., Carmona R, et. Al. Consenso Mexicano sobre estreñimiento crónico. Rev. Gastr. De Méx. [Internet] 2018; 83(2): 168-189. [Consultado el 14 de octubre del 2021] Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-consenso-mexicano-sobre-estrenimiento-cronico-articulo-S0375090618300478> DOI: 10.1016/j.rgmx.2017.12.005

- 58.- Remes J., Gómez O., Icaza M., Noble A., López A., et. Al. Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. C) Tratamiento médico y quirúrgico. Rev. Gastr. De Méx. [Internet] 2011; 76(2): 1412-154. [Consultado el 14 de Octubre del 2021] Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-guias-diagnostico-tratamiento-del-estrenimiento-articuloX037509061124327X>
- 59-- Serra J., Mascort J., Marzo M., Delgado S., Ferrándiz J., Díaz E., Mearín F. Guía de práctica clínica sobre el manejo del estreñimiento crónico en el paciente adulto. Parte 2: Diagnóstico y tratamiento. Rev. Gastr. Y Hepat. [Internet] 2017; 40(4): 303-316. [Consultado el 14 de Octubre del 2021] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-guia-practica-clinica-sobre-eIS0210570516300048> DOI: 10.1016/j.gastrohep.2016.02.007
- 60.-Santos K., Cantoral B., Maza J., Bañuelos C. y Assia S. Volumen ideal para realizar enemas evacuantes en niños. Rev Mex Cir Ped [Internet] 2014; 18(2): 63-69 [Consultado el 14 de Octubre del 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexcirped/mcp-2014/mcp142b.pdf>
- 61.- Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura. Enfermería Comunitaria. [Internet] 2013. [Consultado el 01 Nov 2021] Disponible en: <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/necesidad.pdf>
- 62.- García J., Piqueras J., Ortiz M., Martínez M., Carrilero C., Torralba M., Cebrian E., et.al. Movilización Precoz del paciente Crítico. Gerencia de atención integrada de Albacete. 2018 [Internet] Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/84c78c78c358e69b91171b94e6df9f8a.pdf>
- 63.- Vargas E., Martínez M. Tratamiento fisioterapéutico en parálisis cerebral de tipo diplejía espástica. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. [Internet] 2018. [Consultado el 01 Nov 2021] Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3046/VARGAS%20CURI,%20Elizabeth.pdf?isAllowed=y&sequence=2>
- 64.-Universidad Tecnológica de Pereira. Guía de Práctica Clínica: Abordaje y manejo de la parálisis cerebral. [Internet] 2014. [Consultado el 01 Nov 2021] Disponible en: <https://academia.utp.edu.co/programas-de-salud-3/files/2014/02/GU%C3%8DA-PAR%C3%81LISIS-CEREBRAL.-FINAL.pdf>
- 65.- López P., Verdú J., Berenguer M., Soldevilla J. Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. Gerokomos. [Internet] 2018; 29(2): 93-99. [Consultado el 01 Nov 2021] Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n2/1134-928X-geroko-29-02-00092.pdf>
- 67.- Distrito Sanitario Málaga. Guía de Práctica clínica para el Manejo del Deterioro de la integridad cutánea: úlceras por presión. 2014 [Internet] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0281.pdf>

- 68.- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (España) Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. [Internet] 2015 [Consultado el 16 de octubre del 2021] Disponible en: https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2015/10/Guia_Preencion_UPP.pdf
- 69.-Barrantes F., Vargas Z. Guía de cuidados de enfermería para el decúbito prono en Síndrome de Distress Respiratorio Agudo asociado a COVID-19: Revisión Integrativa. Rev. Med. Cost. Ric. [Internet] 2020; 85(629): 58-67. [Consultado el 15 de Octubre del 2021] Disponible en: <http://www.revistamedicacr.com/index.php/rmcr/article/viewFile/293/270>
- 70.- Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Necesidad de higiene y protección de tegumentos. Enfermería comunitaria [Internet] 2013. [Consultado el 14 de Septiembre del 2021] Disponible en: https://www2.ulpgc.es/hege/almacen/download/4/4468/Necesidad_de_higiene.doc
- 71.- Hernández H., Carreto L., Castañeda J. Antisepsia oral en prevención de neumonía asociada a ventilador. Rev Enf Inf Ped. [Internet] 2012; 25(101) [Consultado el 05 Nov 2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revenfinfped/eip-2012/eip123h.pdf>
- 72.-Rizzo L., Torres A., Martínez C. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. Rev CES Odont. [Internet] 2016; 29(2): 52-64. [Consultado el 05 Nox del 2021] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v29n2/v29n2a07.pdf>
- 73.-Pérez M., Limeres J., Fernández J. Manual de Higiene oral para personas con discapacidad https://www.seoene.es/wp-content/uploads/2018/08/Manual_de_higiene_oral_para_personas_con_discapacidad_CC.pdf
- 74.- Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Necesidad de descanso y sueño. Enfermería comunitaria [Internet] 2013. [Consultado el 14 de Septiembre del 2021] Disponible en: <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/necesidades.pdf>
- 75.- Álvarez A., Madrid J. Sueño Saludable: Importancia del entorno ambiental. Rev Neurol [Internet] 2016; 63(2): 55-52;6 [Consultado el 14 de Septiembre del 2021] Disponible en: <https://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>
- 76.-Medina A., Fera D., Oscoz G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enferm Glob. [Internet]. 2009;17 [Consultado 14 Sept 2021] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es.
- 77.- Romero O., Terán J.. Sueño Saludable: Evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. Rev Neurol [Internet] 2016; 63(2) [Consultado el 14 de Septiembre del 2021] Disponible en: <https://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>

- 78.- Gómez A. La fiebre en la edad pediátrica. Pautas de actuación. Rev. Offarm. [Internet] 2018; 27(1): 53 – 57. [Consultado el 14 de octubre del 2021] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-fiebre-edad-pediatrica-pautas-13114931>
- 80.- Ruiz R., Cerón M., Ruiz L., García F., Valle G., Elizondo J., Urbina H. Fiebre en Pediatría. Rev. Mex. Pediat. [Internet] 2011; 77(1): 53-58. [Consultado el 20 de noviembre del 2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101b.pdf>
- 81.-Chemes C. La enfermera y la valoración de los signos vitales. Escuela de Enfermería UNT. 2008 Recurso digital. 2011. [Consultado el 20 de noviembre del 2021] Disponible en: http://www.eue.unt.edu.ar/images/stories/2015/pdf/enfermeria/quirurgica/Valoracion_Signos_Vitales.pdf
- 83.- Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Necesidad de aprendizaje. Enfermería comunitaria [Internet] 2013. [Consultado el 24 de Noviembre del 2021] Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/necesidad-de-aprender.pdf>
- 84.- Martínez F. Necesidades de aprendizaje del cuidador principal. Rev. Cubana Enfermer. [Internet] 2009; 25(3). [Consultado el 24 de Noviembre del 2021] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200006
- 85.- Pinzón L. El plan de alta: Una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. Revista hacia la promoción de la salud., [Internet]. 2005;10():22-27. Consultado el 24 de Noviembre del 2021] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309125498003.pdf>
- 86.-Che J., Díaz P., Cortés A. Manejo Integral del paciente con traqueostomía. Neumol Cir. Torax [Internet]. 2014; 73(4): 254 – 262. Consultado el 24 de Noviembre del 2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2014/nt144f.pdf>
- 87.- Lama More R. Nutrición Enteral. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. Hospital Infantil Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. [Internet] 2011. [Consultado el 14 de septiembre del 2021] Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/nutricion_enteral.pdf
- 88.- Eduardo Barragán P, Stephany Lozano S. Identificación temprana de trastornos del lenguaje. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2011 mar;22(2):227–32. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70417-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70417-5)
- 89.- Serrano Martín C, Santos del Riego S. Comunicación vocal y no vocal en la parálisis cerebral infantil. Rehabilitación [Internet]. 2001 ene;35(2):114–20. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0048-7120\(01\)73150-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0048-7120(01)73150-7)
- 90.- Toscano S., Viera A. Lenguaje y parálisis cerebral: El uso de los SAAC como medio de comunicación (2016) Universidad de la República de Paraguay.

https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_final_sofiatoscano.pdf

91.- Terapia del lenguaje oral y comunicación aumentativa y alternativa en pacientes con parálisis cerebral espástica, Ibarra J., Ruiz L., Arrieta H. y Leos Y. (2016) AMCAOF. 5; 2, pp 47-52. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/audiologia/fon-2016/fon162b.pdf>

92.- La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. MEDISAN [Internet]. 2009 Ago [citado 2021 Ago 20] ; 13(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400010&lng=es.

93.- Barajas J., Cortex F., Sánchez R., Medina A., Ruiz M. y Camargo A. Realización personal “Autorrealización” y el personal de Enfermería. Rev. Port. Med. [Internet] 2020; 15(12): p.562. [Consultado el 16 de Noviembre del 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/realizacion-personal-autorrealizacion-y-el-personal-de-enfermeria/94.->

Ruiz E. La figura del cuidador principal. Apoyo de Enfermería. Rev Enf. CyL. [Internet] 2013; 5(1); p.2. [Consultado el 16 de Noviembre del 2021]. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/98/72>

95.- Achury D., Achury L. Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica. Investig. Enferm. Imagen Desarr, [Internet]. 2013;15(2):137-151. [Consultado el 16 de Noviembre del 2021] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145229803008>

96.- Bayón, María Cristina y Mier y Terán, Marta, Familia y vulnerabilidad en México. Realidades y percepciones, cuaderno de investigación 42, Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM, México, 2010.

97.- López M., Orueta R., Gómez S., Sánchez A., Carmona J., Alonso F. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Rev. Clín. Medic. Fam. [Internet]. 2011; 2(7): pp 332 – 339. [Consultado el 16 de Noviembre del 2021][Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169614509004.pdf>

98.- Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Necesidad de Vestirse y desvestirse. Enfermería comunitaria [Internet] 2013. [Consultado el 14 de Septiembre del 2021] Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/Necesidad-de-vestirse-y-desvestirse.pdf>

99.- Domingo M. Terapia Ocupacional en Pediatría. Ed. Síntesis. 2015.

100.- Nestle Health Science. Vivir con parálisis cerebral Infantil: Recomendaciones en el vestuario y la ropa. 2018 Disponible en: <https://www.nestlehealthscience.es/paralisis-cerebral-infantil/trucos-recomendaciones/vestuario>

- 101.- Charry C., López S. Las fundaciones comunitarias en México y el mundo. . Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial [Internet]. 2004;2(4):9-45. [Consultado el 14 de Septiembre del 2021] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/726/72620402.pdf>
- 102.- Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Necesidad de creencias y valores. Enfermería comunitaria [Internet] 2013. [Consultado el 24 de Noviembre del 2021] Disponible en: https://www.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4463
- 103.- Vázquez A., Ramírez E., Vázquez J., Cota F., Gutiérrez J. Consentimiento informado. ¿Requisito legal o ético?. Rev. Cirujano General. [Internet] 2017; 39(3): 175 – 182. [Consultado el 24 de Noviembre del 2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2017/cg173h.pdf>
- 104.- Stacey D., Légaré F., Lewis K., Barry M., Bennett C., Eden K., Holmes-Rovner M., Llewellyn-Thomas H., Lyddiatt A., Thomson R., Trevena L. Ayudas a la toma de decisiones para pacientes que deben decidir sobre tratamientos o pruebas de detección. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet] 2017; 4. [Consultado el 24 de Noviembre del 2021] Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD001431/COMMUN_ayudas-la-toma-de-decisiones-para-pacientes-que-deben-decidir-sobre-tratamientos-o-pruebas-de#:~:text=Las%20ayudas%20a%20la%20toma%20de%20decisiones%20son%20intervenciones%20que,decisiones%20y%20los%20valores%20personales.
- 105.- Martínez A. Departamento de Cuidados Paliativos. Ixtlilton: La revista del HIMFG. [Internet] 2019; 6(23). [Consultado el 24 de Noviembre del 2021] Disponible en: http://himfg.com.mx/descargas/documentos/ixtlilton/23_Ixtlilton_jun-jul-2019final.pdf
- 106.- González A. Las actividades recreativas: una opción de cuidado en el paciente pediátrico. Facultad de Enfermería. Universidad de Cantabria. 2018. [Consultado el 25 de Noviembre del 2021] Disponible en: [file:///C:/Users/CRUZ/Downloads/Las%20actividades%20recreativas%20una%20opcion%20de%20cuidado%20en%20el%20paciente%20pediatrico%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/CRUZ/Downloads/Las%20actividades%20recreativas%20una%20opcion%20de%20cuidado%20en%20el%20paciente%20pediatrico%20(1).pdf)
- 107.- Sánchez M. Diseño de juguete para niños con parálisis cerebral en el taller de educación especial San Pedro Claver A.C. Universidad Iberoamericana Puebla, 2016. [Consultado el 25 de Noviembre del 2021] Disponible en: <https://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/1462/DocumentoASEI1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 108.- Confederación ASPACE. Descubriendo la parálisis cerebral. 2014. [Consultado el 25 de Noviembre del 2021] Disponible en: <https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/726a6-descubriendo-p.-cerebral.pdf>

10.- Anexos

Anexo 1: Consentimiento Informado



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



Consentimiento Informado

Yo , declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Estudio de caso participe en:

cuyo objetivo principal es:

y que los procedimientos de 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 de la alumna responsable del estudio: Ameyalli Guetzalli Hernández Vázquez

Ameyalli
Firma

Nombre de la madre, padre o Tutor:

Ameyalli
Firma

Testigos

Nombre: Tania Amiliani Gonzalez H. Nombre: _____

Firma: [Signature] Firma: _____

Domicilio: Domicilio: _____

México, CDMX. a 12 de Mayo del 2021

Anexo 2: Historia Clínica

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

Instructivo para el alumno

Este instrumento tiene como fin obtener información del estado de salud del niño y conformar una base de datos para identificar las necesidades. El método en que se basa dicho instrumento es el proceso de enfermería, que se apoya en el marco conceptual de las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson.

El instrumento contiene ocho apartados que son: los datos demográficos (I), antecedentes familiares (II), orientación de la familia (III), antecedentes individuales (IV), Jerarquía de necesidades (V) y prioridad de los diagnósticos de enfermería (VI) en las distintas dimensiones (psicosocial y espiritual) de la persona, familia o comunidad, plan de atención (VII) y plan de alta (VIII)

Durante el desarrollo de la actividad académica de atención de enfermería I se hará énfasis el apartado de diagnóstico de enfermería, con el propósito de que el alumno adquiera habilidad y destreza en las dos primeras etapas del proceso, sin dejar de lado las etapas de planificación, ejecución y evaluación.

Este instrumento está sujeto a las modificaciones que el alumno considere que se justifiquen para el logro de los objetivos de aprendizaje. Cada modificación deberá ser debidamente fundamentada por escrito y sometida a consideración del resto del grupo y de los tutores para su aceptación.

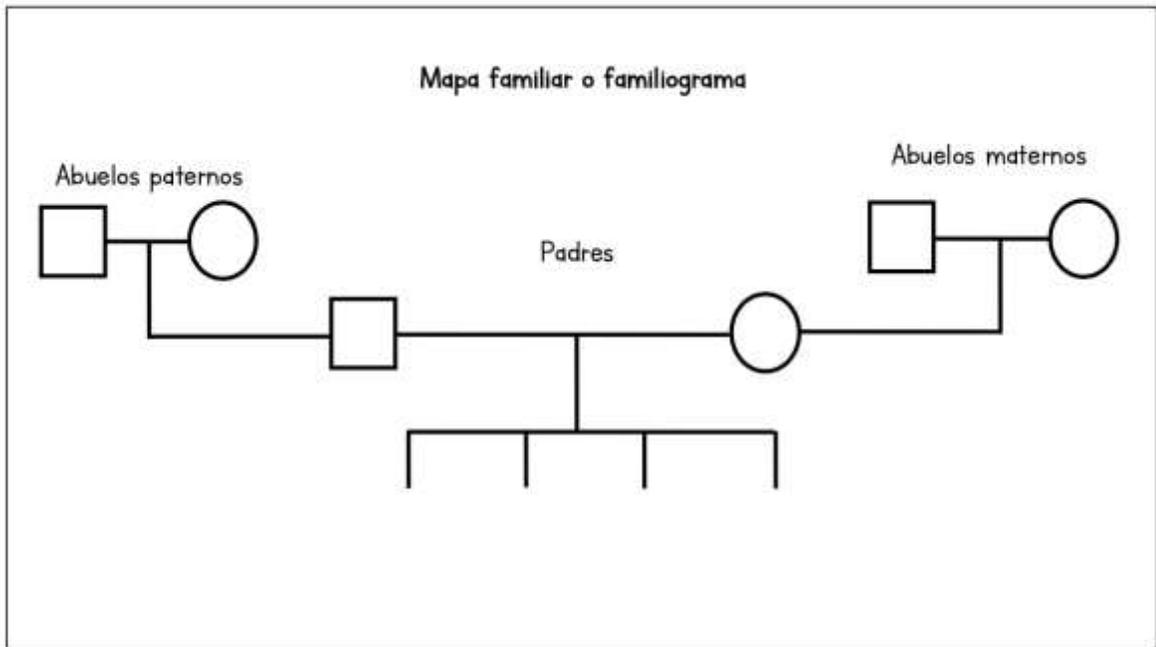
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ENFERMERÍA INFANTIL

Valoración de las necesidades básicas en adolescentes de 13-18 años

Nombre del alumno: _____

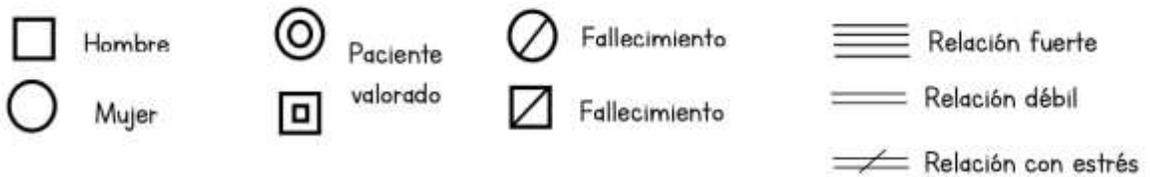
Fecha de entrega: _____ Servicio: _____

I DATOS DEMOGRAFICOS	Nombre _____ Edad _____ Sexo: _____ Nombre del padre o tutor: _____ Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____ Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____ Escolaridad Padre: _____ Madre: _____ Adolescente: _____ Religión: _____ La información es proporcionada por: _____ Domicilio: _____ Procedencia: _____ Teléfono: _____ Diagnóstico médico: _____
II FAMILIA	¿Qué problemas de salud ha tenido usted o su esposo últimamente? Características de la vivienda Propia Rentada Tipo de construcción Servicios intradomiciliarios Disposición de excretas Descripción de la vivienda ¿Quién aporta los ingresos económicos de la familiar? Medios de transporte de la localidad ¿Cuánto tiempo haces de tu casa al centro de salud más cercano? Y de tu casa al Hospital



Integración de la familia incluyendo los antecedentes de salud y edad de cada uno de los parientes así como las relaciones afectivas de la familia nuclear y extendida:

NOMBRE	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	RELACIÓN AFECTIVA	ENFERMEDADES



III ANTECEDENTES	<p>Orientación en la hospitalización: Si han explicado los siguientes aspectos:</p> <p>Horarios de visita: Sí ___ No ___ Sala de espera Sí ___ No ___ Normas sobre barandales de camas y cunas Sí ___ No ___</p> <p>Informes sobre el estado de salud Sí ___ No ___ Horarios de cafetería Sí ___ No ___ Servicios religiosos Sí ___ No ___</p> <p>Restricciones en la visita: Sí ___ No ___</p> <p>Valoración de las necesidades básicas del adolescente: Complete la información incluyendo las palabras del familiar o del joven:</p> <p>Motivo de la consulta/hospitalización: _____</p> <p>Problemas de salud anteriores/Contactos con enfermedades transmisibles: _____</p> <p>_____</p> <p>¿Qué dificultad presenta para satisfacer sus necesidades? _____</p> <p>_____</p>																									
	IV. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS, VIRGINIA HENDERSON																									
OXIGENACIÓN	<p>Signos vitales: Tensión arterial _____ Frecuencia cardíaca _____ Pulso ___ Regular ___ Irregular ___</p> <p>Respiración: ___ Regular ___ Irregular ___</p> <p>Dificultad respiratoria (anotar características): _____</p> <p>Fumar: Sí ___ No ___ ¿Quién fuma de la familia? _____</p> <p>Ruidos respiratorios Lado izquierdo: _____</p> <p>Lado derecho: _____</p> <p>Ventilación: _____ Asistida _____ Controlada _____</p> <p>Tos: _____ Medidas para controlarla: _____</p> <p>_____</p> <p>Características de las secreciones bronquiales:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Cantidad</th> <th>Consistencia</th> <th>Color</th> <th>Olor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Secreciones bronquiales</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Expectoración</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tubo traqueal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cavidad oral/nasal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Humidificación y oxigenación: _____</p> <p>Coloración de la piel: _____ Integridad: _____ Petequias: _____</p> <p>Rash: _____ Escoriaciones: _____</p>		Cantidad	Consistencia	Color	Olor	Secreciones bronquiales					Expectoración					Tubo traqueal					Cavidad oral/nasal				
		Cantidad	Consistencia	Color	Olor																					
Secreciones bronquiales																										
Expectoración																										
Tubo traqueal																										
Cavidad oral/nasal																										

NUTRICIÓN	Peso _____ Talla _____ Perímetro abdominal _____ Perímetro braquial _____																	
	¿Dinos cómo es tu apetito? Buena ____ Poca ____ Mucho _____																	
	Los horarios de la comida son regulares: _____ ¿Cuál es el horario? _____																	
	El lugar preferido para comer es: _____ ¿En compañía de quién comes? _____																	
	¿Cuáles son tus alimentos y bebidas preferidas? _____																	
	¿Cuáles son desagradables para ti? _____																	
	Conoces los cuatro grupos básicos de alimentos: _____																	
	Tienes alguna dieta especial: _____																	
	Tienes alergia a algún alimento: _____																	
	Tus emociones interfieren en la alimentación o digestión: _____ ¿Cuáles? _____																	
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Desayuno</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Comida</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Cena</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Cereales</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Frutas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Vegetales</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Carne</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Otros</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Desayuno	Comida	Cena	Cereales			Frutas			Vegetales			Carne			Otros		
Desayuno	Comida	Cena																
Cereales																		
Frutas																		
Vegetales																		
Carne																		
Otros																		
Te gusta la comida del hospital: _____																		
ELIMINACIÓN	Tienes problemas para evacuar: _____ Padeces estreñimiento _____ Diarrea _____ Parásitos _____																	
	¿Qué hacer para remediarlo? _____ ¿Cómo son las heces? _____																	
	Habitualmente la sudoración es Escasa ____ Abundante ____ Poca _____																	
	Si eres una joven. Ya menstrúas: _____ ¿A qué edad iniciaste? _____ ¿Cada cuánto? _____ Dinos cómo es la menstruación: _____ ¿Qué significa para ti "Tener menstruación"? _____																	
	¿Tienes alguna duda sobre esto? _____ ¿Cuántas veces orinas al día? _____ La cantidad aproximada es _____																	
	_____ El color de la orina es _____																	

MOVILIDAD Y POSTURA	<p>Eres diestro o zurdo: _____ Tienes que ocupar un aparato ortopédico: _____ ¿Cuál? _____</p> <p>¿Por qué? _____</p> <p>Cuando caminas, adoptas una postura: _____</p> <p>Haces ejercicio: _____ ¿De qué tipo? _____</p> <p>Prácticas algún deporte: _____</p> <p>Describe la forma en que acostumbras a estar sentado: _____</p>
DESCANSO Y SUEÑO	<p>¿Cuántas horas duermes al día? _____ ¿Qué acostumbras hacer antes de dormir? _____</p> <p>¿A qué hora te acuestas? _____ ¿A qué hora te levantas? _____</p> <p>Duermes bien: _____ Despiertas por la noche: _____ Cuántas veces: _____</p> <p>Tienes pesadillas: _____ Caminas dormido: _____</p>
VESTIDO	<p>¿Qué ropa te gusta usar? _____</p> <p>¿Qué significa para ti el uso de la ropa que te gusta? _____</p> <p>Tienes la ropa apropiada para usar en el hospital: _____</p> <p>Puedes vestirme solo: _____ Tienes algo que decir sobre la ropa: _____</p>
TERMORREGULACIÓN	<p>¿Cómo consideras el ambiente de tu casa? Caluroso: _____ Templado: _____ Frío: _____</p> <p>Cuando tienes fiebre ¿Cómo la controlas? _____</p>
HIGIENE CORPOAL	<p>¿Con qué frecuencia te bañas? _____ Acostumbas lavarte las manos después de ir al baño y antes de comer: _____</p> <p>Cuántas veces te cepillas los dientes: _____ Cuántas veces acudes al dentista al año: _____</p> <p>Tienes prótesis dental: _____ ¿Cuál? _____ Tienes algún problema en la piel: _____</p> <p>_____</p>

¿Qué enfermedades has padecido? _____

¿Has consultado a otras personas diferentes a los médicos? _____ ¿Quiénes te visitan de su casa? _____

¿Eres alérgico a algún medicamento? _____

¿Qué medicamentos tienes en casa?

Nombre del medicamento	Clase	Fecha	Como lo tomas
------------------------	-------	-------	---------------

¿Qué cambios importantes ha habido en tu familia? _____

¿Cómo te has sentido con esos problemas? _____

¿Tienes alguna preocupación? _____

¿Qué piensas de tu hospitalización? _____

¿Cómo sientes tu cuerpo cuando estás enfermo? _____

Existe la posibilidad de que hayas estado en contacto con amigos (as) que padezcan alguna enfermedad contagiosa: _____

¿Como cuáles? _____

COMUNICACIÓN	<p>¿Cuánto tiempo tienes viviendo en la localidad? _____ ¿Cuántos hermanos tienes? _____</p> <p>¿Qué lugar ocupas en la familia? _____ Vives con tus padres _____ Familiares _____ Solo _____</p> <p>Otro lugar _____ Tienes dificultad para oír _____ Ver _____ Usas lentes _____</p> <p>¿Qué haces si tienes una alergia? _____</p> <p>¿Qué haces si tienes diarrea, gripa o alguna enfermedad? _____</p> <p>¿Con quién acudes si tienes algún problema? _____</p> <p>¿Cuándo pides ayuda a alguien, cómo te sientes? _____</p> <p>¿Aceptas la ayuda de los demás? _____</p> <p>¿Cómo te llaman en la familia? _____</p> <p>¿Cómo te llaman tus amigos? _____</p> <p>Perteneces a un grupo _____ ¿Cuál? _____</p>
CREENCIAS Y VALORES	<p>¿Cuántas veces al mes acudes a la iglesia? _____</p> <p>¿Qué piensas sobre la muerte? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Para ti qué es la enfermedad? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
AUTORREALIZACIÓN	<p>De todo lo que has hecho en la escuela y en tu casa, ¿Qué te ha causado más satisfacción? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Qué te gustaría ser cuando seas adulto? _____</p> <p>_____</p> <p>¿Trabajas? _____ ¿Qué haces en tu trabajo? _____</p> <p>_____</p> <p>¿Con lo que tú haces logras te sientes satisfecho/a? _____</p>

RECREACIÓN	<p>¿Tienes alguna actividad preferida? _____ ¿Cuál es? _____</p> <p>¿Te gustan las colecciones? _____ ¿De qué tipo? _____ ¿Te gustan los animales? _____</p> <p>¿Tienes uno en casa? _____ ¿Cuántas veces a la semana sales con tus amigos? _____</p> <p>¿A qué lugares acuden? _____</p> <p>¿Cuántas horas ves la televisión? _____ ¿Cuáles son tus programas favoritos? _____</p> <p>_____</p>
APRENDIZAJE	<p>¿Estudias? _____ ¿Qué año cursas? _____ ¿Aprendes? _____</p> <p>¿Has estado hospitalizado antes? _____</p> <p>¿Cuántos años tenías? ¿Cómo te sentías? _____</p> <p>Menciona qué temas te gustaría hablar con la enfermera _____</p> <p>_____</p>
OTROS DATOS	<p>¿Tienes alguna pregunta que hacer? _____</p> <p>_____</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>NOMBRE DE LA ENFERMERA _____</p> <p>FECHA _____</p>	

Anexo 3: Hoja de reporte diario



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

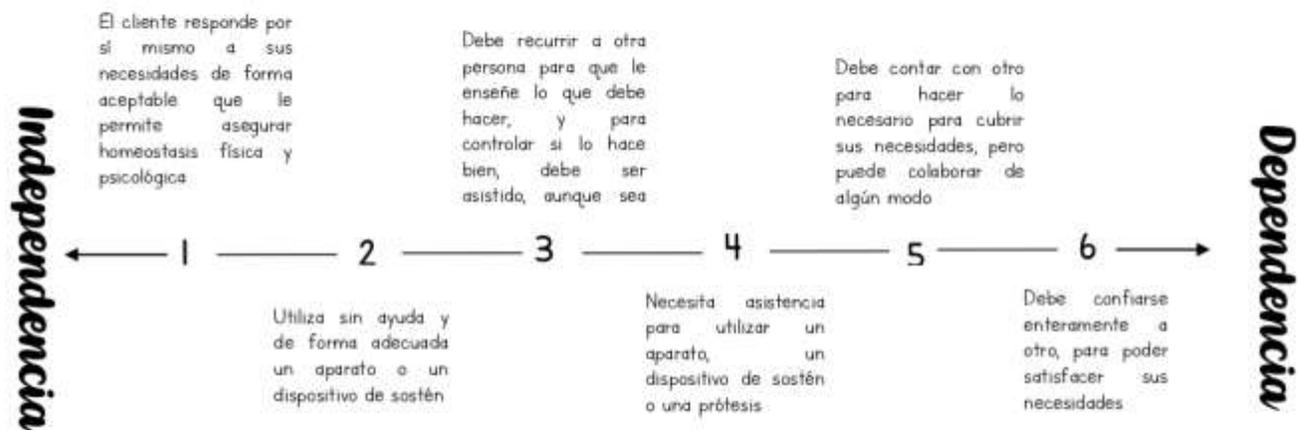
III. Tipo de relación de enfermería:

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

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

V. Diagnóstico de Enfermería

CONTINUUM INDEPENDENCIA -DEPENDENCIA



COMENTARIOS:

MONITORIZACIÓN DE SATURACIÓN DE OXÍGENO

Colocar oxímetro de pulso en uno de los dedos de la mano. La saturación debe mantenerse arriba de 90%



NIVELES DE SATURACIÓN DE OXÍGENO	
95 - 99%	Normal
91 - 94%	Hipoxia leve
86 - 90%	Hipoxia moderada

VIGILANCIA DE DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIOS

Coloración azul o morada en dedos de manos o pies, boca o lengua,
Uso de músculos accesorios de la respiración
Alteo nasal
Retracción xifoidea



MÚSCULOS RESPIRATORIOS accesorios

- Escaleno posterior
- ECM
- Escaleno medio
- Escaleno anterior
- Serrato anterior

En caso de presentar datos de dificultad respiratoria, ¡acudir de inmediato al servicio de urgencias del HIMFG!

Calle Doctor Márquez 162 Delegación, Doctores, Cuauhtémoc, 06720 Ciudad de México, CDMX

Teléfono: 55 5228 9917

UN M POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ
Instituto Nacional de Salud

SALUD

CUIDADOS EN EL HOGAR: RESPIRATORIO

Elaboró: L.E.O. Ameyalli Quetzalli Hernández Vázquez

Fisioterapia Pulmonar.

- Realizar la fisioterapia al menos 2 horas después de la alimentación
- Colocar en posición elevada el segmento a drenar
- Utilizar almohadas para sostener al niño en posición
- Golpear el tórax de forma rítmica y rápida utilizando las manos ahuecadas de 3 a 5 minutos
- 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 niño espira o tose de 3 a 4 veces.
- También se puede aplicar vibroterapia con cepillo dental eléctrico o dispositivos de vibración



ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

- 1.- Preparar material y equipo.
 - 2 frascos de aspiración
 - 2 sondas de aspiración #10 y #12
 - Gasas estériles
 - Agua bidestilada
- Encender aspirador portátil
- Adecuar la succión
- 2.- Colocarse cubrebocas
- 3.- Lavarse las manos
- 4.- Pinzar el circuito de aspiración al introducir la sonda por la traqueostomía
- 5.- Despinzar al llegar a la altura deseada para comenzar a aspirar
- 6.- Realizar movimientos rotatorios de la sonda al aspirar
- 7.- Retirar la sonda aspirando
- 8.- Limpie la sonda con gasas y enjuague en los frascos con agua
- 9.- Valorar si persisten las secreciones y la respuesta del niño, si es necesario, repetir la aspiración
- 10.- Con otra sonda, aspirar por boca al terminar con la traqueostomía
- 11.- Limpiar alrededor de la traqueostomía al terminar

CUIDADOS DE LA TRAQUEOSTOMÍA

Mantener el área de la traqueostomía limpia



Cambiar la fijación de la traqueostomía diariamente



En caso de que la cánula de traqueostomía saliera de su sitio, reinsertar inmediatamente con apoyo de la guía. (Mantener la guía en el buró, o cabecera de la cama, siempre visible)

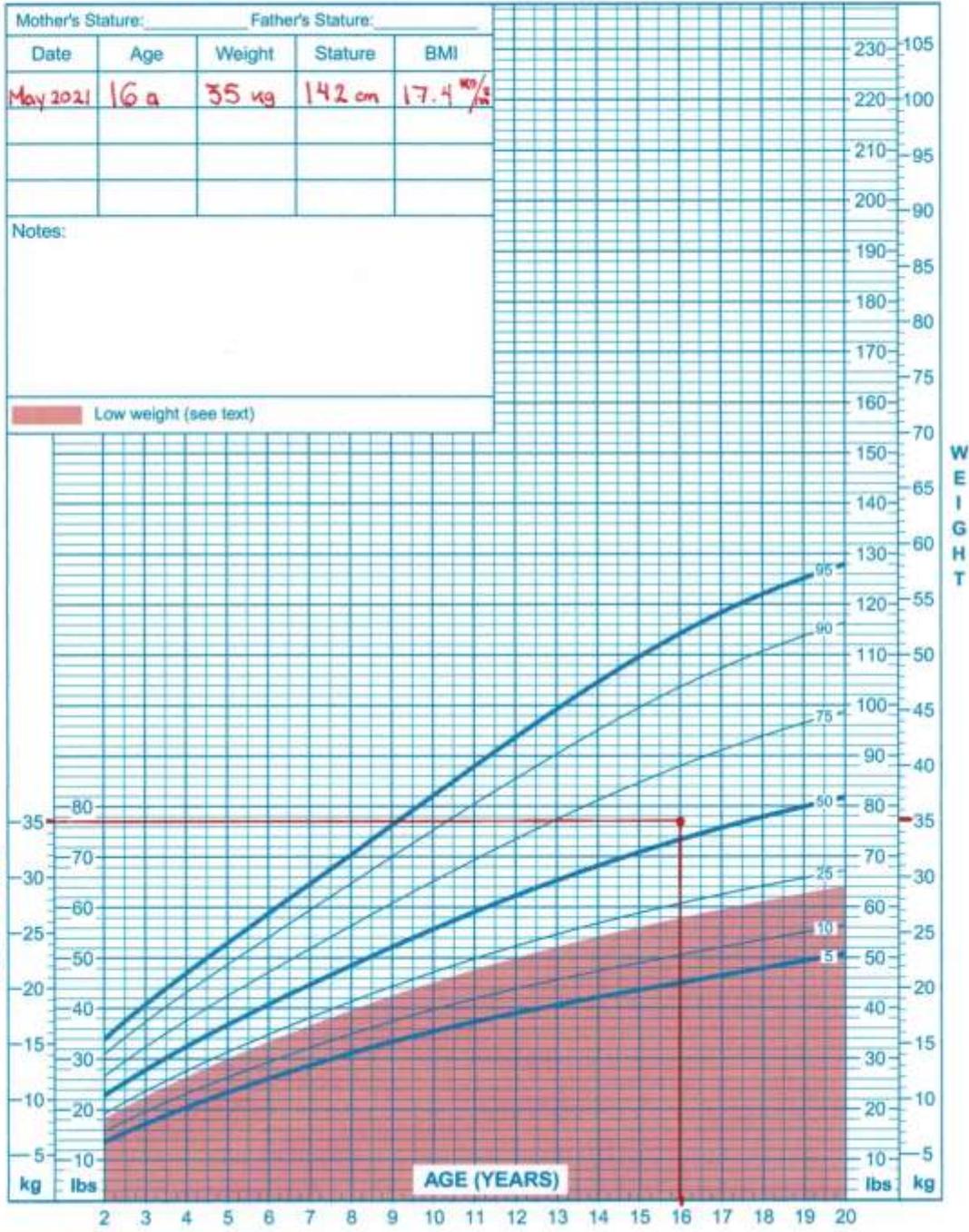


Anexo 5: Tablas de Tablas de crecimiento para niños con P.C.I. con sonda

de alimentación

2 to 20 years: Boys
 Cerebral palsy
 GMFCS V, tube fed
 Weight-for-age percentiles

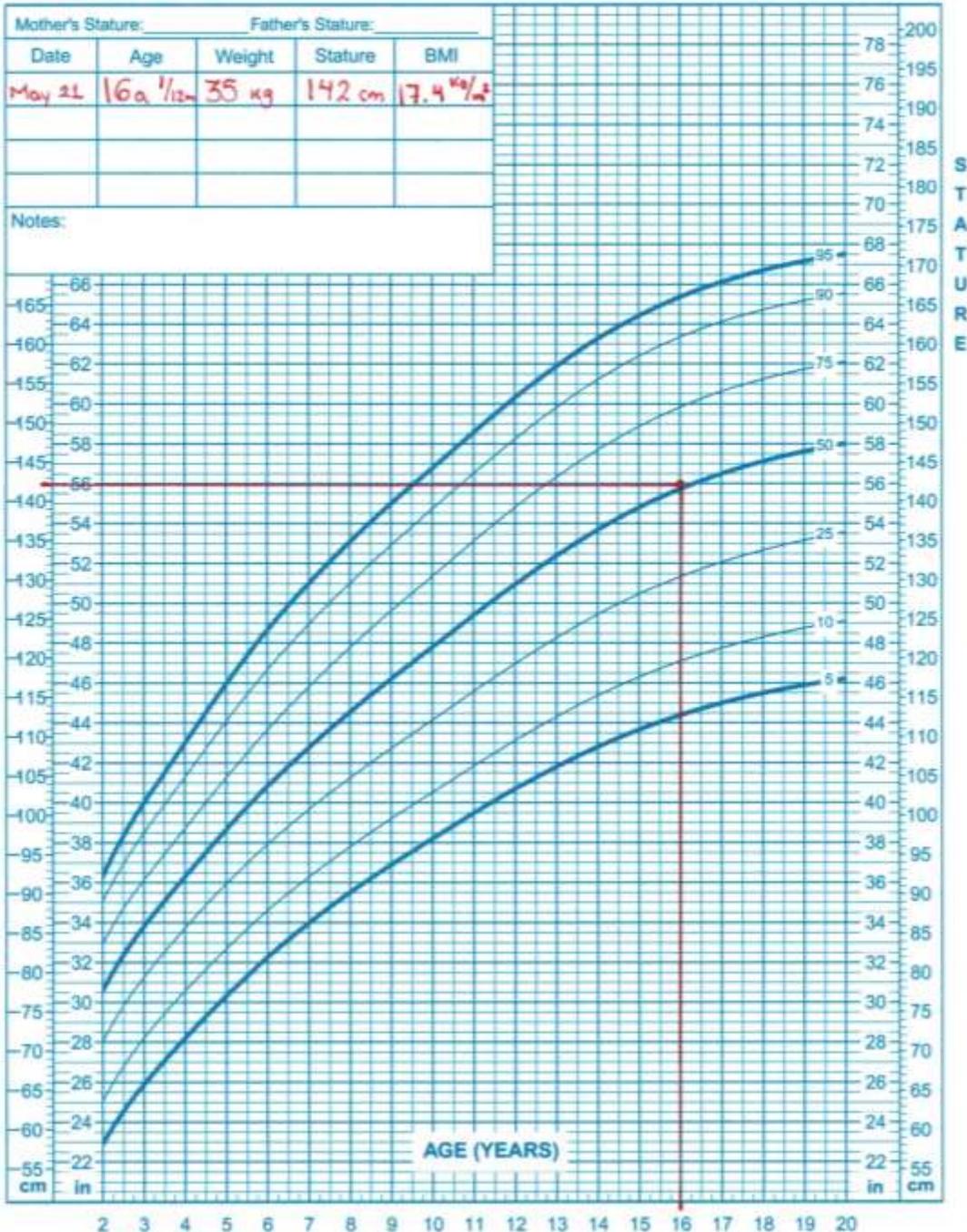
NAME B.R.G.
 RECORD # _____



SOURCE: Life Expectancy Project (2011)
 Based on data from the California Department of Developmental Services and California Bureau of Vital Statistics
<http://www.LifeExpectancy.org/Articles/NewGrowthCharts.shtml>

2 to 20 years: Boys
 Cerebral palsy
 GMFCS V, tube fed
Stature-for-age percentiles

NAME B.R.G.
 RECORD # _____



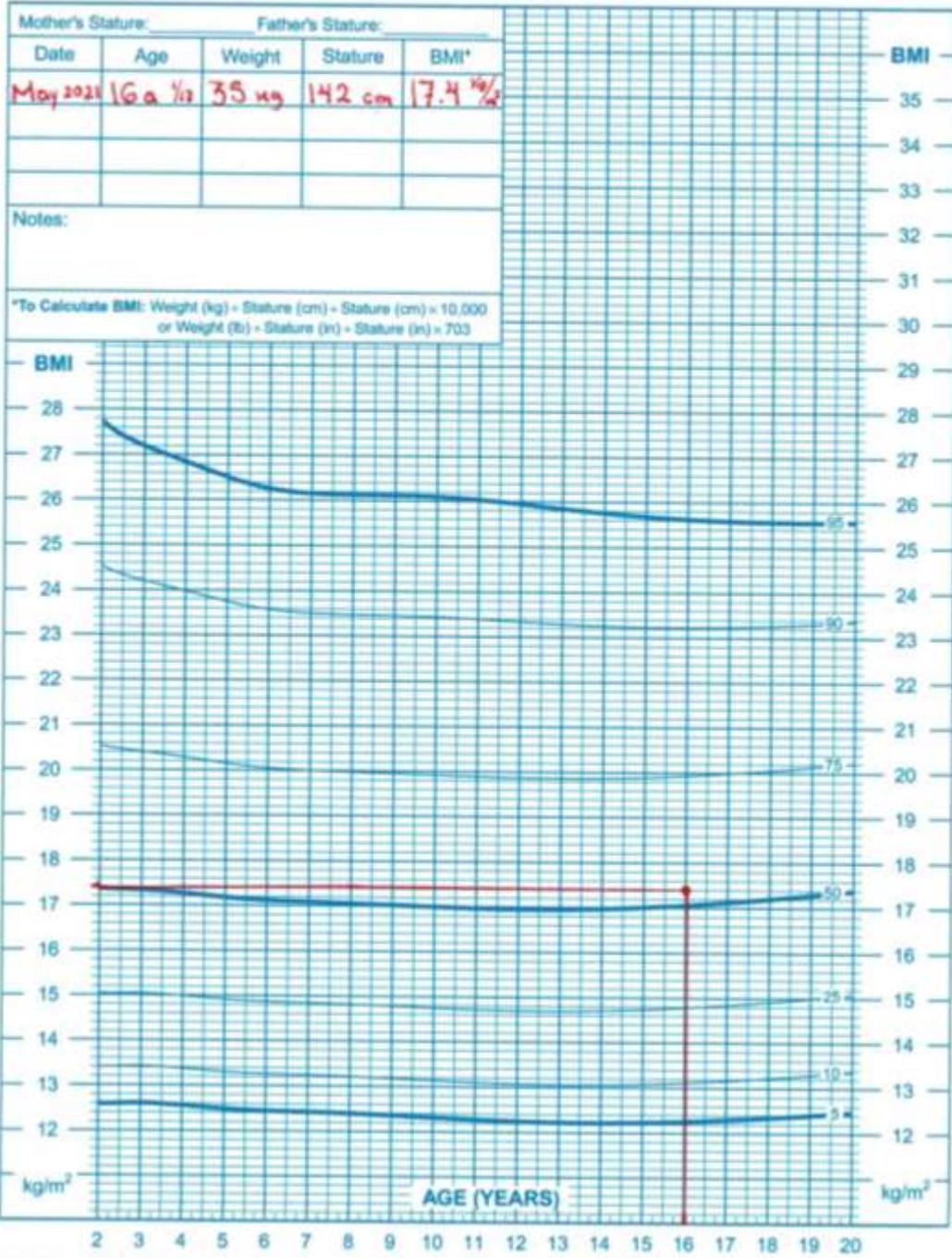
SOURCE: Life Expectancy Project (2011)
 Based on data from the California Department of Developmental Services
<http://www.LifeExpectancy.org/Articles/NewGrowthCharts.shtml>

2 to 20 years: Boys
 Cerebral palsy
 GMFCS V, tube fed
 BMI-for-age percentiles

NAME

B.R.G.

RECORD # _____



SOURCE: Life Expectancy Project (2011)
 Based on data from the California Department of Developmental Services
<http://www.LifeExpectancy.org/Articles/NewGrowthCharts.shtml>