



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TÍTULO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

LACTANTE CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA
COMUNIDAD CON ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE OXIGENACIÓN BASADO EN LAS
14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

BENÍTEZ HERNÁNDEZ ELISA DANIELA



ASESOR:
M.D.O. AGUSTIN SALAZAR MEJÍA

Ciudad de México, 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

Este trabajo, este logro, se lo quiero dedicar a los míos, a los que están aquí. Gracias a cada uno por su apoyo incondicional, por siempre estar para mí con esas palabras de aliento que eran mi motor, pues sólo ustedes saben lo que luché y me costó estar aquí ahora.

Gracias papá por ser uno de mis grandes pilares, mi refugio y mi defensor, por ser un ejemplo y por enseñarme el valor de las cosas. Gracias mamá Lupita, por ser mi paño de lágrimas, por sus sabios consejos y por su compañía y amor incondicional. Pero sobre todo, gracias mamá, gracias por tanto que me has dado y enseñado, pues a ti te debo gran parte de lo que soy ahora, tú me enseñaste que para alcanzar tus sueños hay que luchar y no rendirse por muy difícil que se torne todo. Así que esto va en especial dedicación para ti, mi mejor amiga y consejera.

Gracias profesor Agustín, por todo su apoyo brindado como mi asesor y como persona a lo largo de mi formación. Igual a las profesoras Cristina e Irma, gracias por sus aportaciones y apoyo brindado.

Gracias a la UNAM por abrirme sus puertas años atrás, por otorgarme este lugar en la máxima casa de estudios. Gracias a todas las instituciones y profesionales que ayudaron a mi formación. Así como a los pacientes que me dieron su confianza para su cuidado, en especial a la paciente de este proceso pues marcó mi vida y con ello mi formación tiene un nuevo rumbo.

Mi querida ENEO, que me diste las mejores experiencias de mi vida y las mejores personas, en tus pasillos dejo mi dedicación esfuerzo y hasta lágrimas para ser una más de tus Licenciadas en Enfermería y Obstetricia.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.	1
1. INTRODUCCIÓN.	3
2. JUSTIFICACIÓN.	4
3. OBJETIVOS.	5
3.1. OBJETIVO GENERAL.	5
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	5
4. METODOLOGÍA.	6
5. MARCO TEÓRICO.	7
5.1. ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA.	7
5.2. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.	8
5.3. PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA.	8
5.4. MODELO DE ENFERMERÍA UTILIZADO.	9
5.5. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	11
5.6. PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LA PERSONA.	13
6. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO.	16
7. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.	16
7.1. VALORACIÓN.	16
7.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.	17
7.3. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.	18
8. PLAN DE ALTA.	23
9. CONCLUSIONES.	23
10. BIBLIOGRAFÍA.	25
11. GLOSARIO.	27
12. ANEXOS.	29

1. INTRODUCCIÓN.

El Proceso de atención enfermería se emplea como instrumento para la práctica profesional de enfermería, implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando él o ella tengan que comenzar la fase inicial del proceso. Tener estas habilidades contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del paciente, incluyendo el nivel de salud del mismo, y de su familia.

Para el profesional de Enfermería se hace sumamente importante la aplicación del proceso de atención enfermería, ya que permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, en donde lo principal es identificar el estado de salud del paciente, así como los problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que satisfagan las necesidades con intervenciones de enfermería específicas, con ello restaurar dichas necesidades alteradas.

En el siguiente trabajo se utilizó dicho proceso, con sus 5 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Con un instrumento de valoración, se valoraron las necesidades de la paciente, las más afectadas fueron las de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, moverse, termorregulación e higiene. Con ello, se elaboró un plan de cuidados para su estancia hospitalaria, dando confort mientras se encuentre en el área de UTIP.

La valoración se realizó de acuerdo a la teoría de Virginia Henderson y se deduce que la necesidad más alterada es la de oxigenación, dado a uno de los principales diagnósticos de la paciente, Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), siendo la principal causa infecciosa de muerte infantil en el mundo, acorde a un reporte de la OMS en 2014. Se le atribuye 15% de todas las defunciones en menores de 5 años de edad, siendo responsable de 935,000 muertes infantiles en el 2013. (OMS 2014)

Condiciones como el bajo peso al nacer y la desnutrición, son uno de los factores que predisponen el desarrollo de NAC, mismas condiciones que se encuentran presentes en la paciente y que igual forman parte del problema de salud actual y en el cual se basaran las intervenciones de enfermería.

2. JUSTIFICACIÓN.

La realización de un proceso de atención enfermería es parte crucial y guía importante en la atención que brinda la enfermera en el cuidado de toda persona enferma y refuerza las habilidades y aspectos socio humanos.

La enfermera juega un papel importante en el restablecimiento del enfermo, describiendo, explicando, pronosticando, teniendo intervenciones de enfermería y vinculándose con la persona en su mundo único para lograr su salud.

Por ello, se abordó a una paciente pediátrica en el área de UTIP del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, perteneciente al ISSSTE, con un diagnóstico actual de lactante hipotrófico + síndrome de Down + hipertensión pulmonar + neumonía adquirida en la comunidad para la realización de este proceso.

Siendo un área de cuidados intensivos, y más aún pediátricos, los planes de cuidados refuerzan más las habilidades para el cuidado, llevando las intervenciones de enfermería con precisión, exactitud, humanidad, amor, responsabilidad, compromiso y respeto para mantener el confort en un área como lo es la UTIP.

3. OBJETIVOS.

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Realizar un Proceso de Atención Enfermería a una paciente con alteración en la necesidad de oxigenación en el área de UTIP, para lograr una mejora o mantenimiento de su estado de salud actual mientras se encuentre hospitalizada.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Enunciar diagnósticos de enfermería, según las necesidades alteradas y así, diseñar planes de cuidado, dirigidos a satisfacer todas aquellas necesidades alteradas.
- Brindar la atención adecuada a la paciente con dicha patología durante su estancia hospitalaria.

4. METODOLOGÍA.

El proceso de Atención Enfermería se llevó a cabo en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ubicado en Av. Universidad 1321, Axotla, 01030 Ciudad de México, CDMX, en el área de UTIP.

Por medio de la primera etapa del proceso atención enfermería, la valoración, se recopiló la información relacionada con el paciente para determinar el estado de salud del mismo e identificar sus problemas. Esto por medio de un instrumento de valoración del lactante (28 días a los 2 años) en base a la teoría de Virginia Henderson. Dicha información de recabo por medio del expediente clínico y madre de la paciente.

El proceso de atención enfermería se llevó a cabo en el mes de abril de 2017.

5. MARCO TEÓRICO.

5.1. ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA.

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. (OMS)

El término profesión, se define como el proceso de formación que se lleva a cabo dentro de las instituciones de educación superior; sin embargo, el concepto traspasa el ámbito escolar, puesto que su desarrollo ha estado ligado de forma permanente a la evolución de las sociedades, en donde ha asumido características que le permiten ser considerado como una institución dentro de la estructura social a la que pertenece.

La conceptualización de profesión ha evolucionado a través del tiempo, y ha sido producto del desarrollo histórico que la ha creado y renovado por medio de mecanismos de diversa índole, hasta llegar a los procesos modernos actuales.

Los profesionales que ejercieron y ejercen la enfermería desde su inicio temprano como profesión, se han preocupado por su estatus, y por hacer de la disciplina una profesión socialmente respetable dentro de las instituciones que proporcionan cuidado para la salud. La enfermería profesional, desde su origen, ha tratado de crear conceptos propios, específicos del campo de acción, que han servido como instrumentos para construir modelos y teorías de enfermería.

Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios de enfermería, y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su campo disciplinar. En el campo asistencial, los cambios generados han sido muy significativos, de una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado con un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo muestra el uso del Proceso de Atención Enfermería y la formulación de diagnósticos de enfermería. (González, La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio., 2012)

5.2. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.

Con la aparición de Florence Nightingale, quién surge en la época moderna y marca por completo el sentido del cuidado ya que la práctica médica, nunca pudo conceptualizar el cuidado de los enfermos, al igual que no logró estructurarlo realmente para que pudiera tener un impacto significativo como terapéutica.

Sin embargo, en los años noventa, el movimiento de reflexión sobre la conceptualización en enfermería, indagó los conceptos propios de este campo y se propuso precisar cuál es su objetivo o razón social, identificando el cuidado como la función histórica de los profesionales de enfermería.

Los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario y por lo tanto su objeto de estudio.

(Juárez. PA. La importancia del cuidado de enfermería. , 2009)

5.3. PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA.

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

Sus objetivos son:

- Permite a la persona participar en su propio cuidado.
- Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
- Ofrece atención individualizada continua y de calidad.
- Ayuda a identificar problemas únicos de la persona.

Características del P.A.E:

- Interpersonal.
- Cíclico.
- Universal.
- Enfoque holístico.
- Humanístico.

Consta de 5 fases o etapas:

- Valoración.
- Diagnóstico.
- Planeación.
- Ejecución.
- Evaluación.

(Salazar, IY. Proceso de Atención de Enfermería. , 2013)

5.4. MODELO DE ENFERMERÍA UTILIZADO.

5.4.1. Teoría de Virginia Henderson.

El modelo de Henderson abarca los términos salud, cuidado, persona y entorno desde una perspectiva holística.

Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Cuidado: Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Persona: como un ser constituido por los componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Ella plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.

Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.

Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Henderson se basa en 14 necesidades básicas que son fundamentales para mantener la armonía e integridad de la persona, cada una está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, las necesidades interactúan entre ellas y son universales, pero cada persona las satisface de manera diferente.

Las necesidades son:

1. Oxigenación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación.
4. Movimiento y mantener una buena postura.
5. Descanso y sueño.
6. Termorregulación.
7. Vestirse y desvestirse.
8. Mantener la higiene corporal y cuidados a la piel.
9. Evitar peligros en el entorno.
10. Comunicación.
11. Creencias y valores.
12. Relación personal (trabajo).
13. Recreación y juego.
14. Aprendizaje.

5.5. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

5.5.1. VALORACIÓN.

La valoración es la recolección sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos, es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso, todas las demás fases dependen de una recolección precisa y completa de los datos.

La obtención de datos es el proceso de obtención de la información sobre el estado de salud actual del paciente, debe ser sistemática y continua, se debe evitar la omisión de datos significativos y reflejar el estado de salud cambiante del paciente.

Los datos del paciente deben incluir los antecedentes, así como los problemas actuales. Los datos pueden ser objetivos (signos) o subjetivos (síntomas) y de tipo constante o variable y se pueden obtener de fuente primaria o secundaria. Los principales métodos usados para recoger los datos son la observación, la entrevista y la exploración física. (Berman, Snyder, Kozier, & Erb., Valoración, 2008)

5.5.2. DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico es la segunda etapa del proceso de enfermería, en esta se usan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de las valoraciones e identificar las fortalezas y problemas del paciente.

Diagnosticar se refiere al proceso de razonamiento, mientras diagnóstico es una declaración o conclusión respecto a la naturaleza del fenómeno; los nombres estandarizados de la NANDA se llaman etiquetas diagnósticas y la relación con la etiología se llama diagnóstico de enfermería.

Existen cinco tipos de diagnósticos de enfermería los cuales son el actual, el de riesgo, el de bienestar, el posible y el sindrómico.

Actual: es un problema que el paciente está presentando en el momento de la valoración.

De riesgo: es el juicio clínico de un problema inexistente, pero la presencia de factores de riesgo indica que el problema probablemente aparezca, a no ser que se prevenga.

De bienestar: describe respuestas humanas de bienestar del individuo, familia o comunidad.

El posible: es un problema que no está claro en las pruebas o son incompletas.

El sindrómico: es el que se asocia a un grupo de otros diagnósticos.

(Berman, Snyder, Kozier, & Erb., Diagnóstico, 2008)

5.5.3. PLANEACIÓN.

La planeación es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas, en esta etapa se refiere a los datos de la valoración del paciente y las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente.

Se establecen los cuidados de enfermería que se van a realizar.

(Berman, Snyder, Kozier, & Erb., Planificación, 2008)

5.5.4. EJECUCIÓN.

La ejecución es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones. Mientras se realizan las actividades de enfermería, el profesional de enfermería continúa revalorando al paciente, obteniendo datos sobre las respuestas del paciente a las actividades y sobre cualquier otro problema que pueda aparecer. (Berman, Snyder, Kozier, & Erb., Aplicación y evaluación, 2008)

5.5.5. EVALUACIÓN.

Evaluar es juzgar o valorar. Es la actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales sanitarios determinan el progreso del paciente hacia la consecución de los objetivos/resultados y la eficacia del plan de asistencia de enfermería. (Berman, Snyder, Kozier, & Erb., Aplicación y evaluación, 2008)

5.6. PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LA PERSONA.

5.6.1. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la infección aguda del parénquima pulmonar, adquirida por la exposición a un microorganismo presente en la comunidad, en un paciente inmunocompetente y que no ha sido hospitalizado en los últimos siete días y se caracteriza por: signos respiratorios (tos, rinorrea, polipnea, dificultad respiratoria) de menos de 15 días de evolución, acompañada de síntomas generales (ataque al estado general, fiebre, e hiporexia). (CENETEC, 2015)

La NAC es una de las infecciones más frecuentes de la infancia, observándose entre 1.000 y 4.000 casos de niños al año. Esta incidencia presenta variaciones según la edad, afectando más frecuentemente a niños entre 1 y 5 años.

La Neumonía es la principal causa infecciosa de muerte infantil en el mundo, acorde a los reportes de la OMS, se le atribuye 15% de todas las defunciones en menores de 5 años de edad, siendo responsable de 935,000 muertes infantiles en el 2013. (OMS 2014)

Los factores que predisponen al desarrollo de NAC en niños son:

- Desnutrición.
- Bajo peso al nacer.
- Alimentación no exclusiva al seno materno.
- Hacinamiento.
- Esquema inadecuado de inmunizaciones.
- Exposición al humo de tabaco.
- Asistencia a guarderías.
- Neumopatía (asma), cardiopatía, e inmunodeficiencia.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Dificultad en el acceso a los servicios de salud.

Diagnóstico.

Se recomienda tomar muestra sanguínea para hemocultivo en los niños hospitalizados con falla al tratamiento antimicrobiano.

Si existe líquido pleural debe ser aspirado y tomar muestras para detección de antígenos bacterianos y citoquímico, tinción de Gram y cultivos.

Se recomienda tomar radiografía de tórax en pacientes hospitalizados, si hay sospecha de neumonía complicada.

Se recomienda realizar la oximetría de pulso en todos los pacientes con NAC y sospecha de hipoxemia. La presencia de hipoxemia (<92%) debe de guiar las decisiones relativas al sitio de atención y la necesidad de realizar más pruebas de diagnóstico.

(CENETEC, 2015)

Tratamiento.

El tratamiento de la NAC es fundamentalmente farmacológico, especialmente en los primeros momentos. Este debe indicarse basándose en: edad del paciente, características clínico-radiológicas de la NAC, gravedad del paciente, resistencias bacterianas.

Se sugiere colocar a los lactantes en posición decúbito prono con previa monitorización cardiorrespiratoria continua y en caso de no contar con monitor mantener al paciente en decúbito supino.

Ofrecer alimentación oral o enteral en bolo o sonda gástrica, si las condiciones clínicas de el/la paciente lo permiten. (CENETEC, 2015)

5.6.2. HIPERTENCIÓN PULMONAR.

La definición actual de HTP se basa en un concepto hemodinámico: cifra de presión media en la arteria pulmonar (PAPm) mayor de 25 mmHg en reposo, con presión sistólica mayor de 35 mmHg.

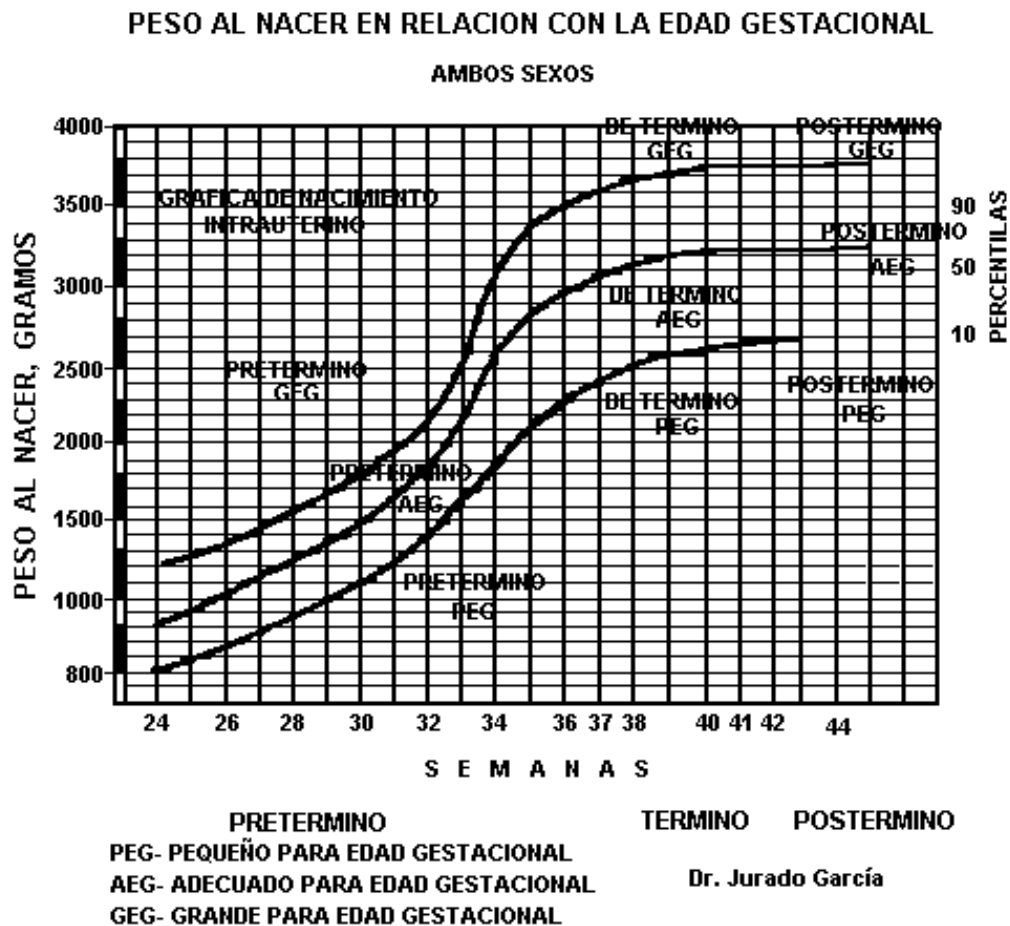
Los síntomas de la HTP en los niños son inespecíficos y pueden ser diferentes de los de los adultos. En los lactantes se puede manifestar con signos de bajo gasto cardiaco tales como cansancio en las tomas, vómitos, taquipnea, taquicardia e irritabilidad. La presencia de síncope a esta edad puede simular convulsiones y en casos más graves una muerte súbita abortada. El dolor torácico se puede manifestar en forma de espasmos del llanto.

La evaluación diagnóstica en los niños no es muy diferente de la de los adultos, pero es esencial realizarla de forma completa. Además de las pruebas diagnósticas de la HTP (electrocardiograma, resonancia magnética, radiografía de tórax, ecocardiografía), los estudios deben incluir una analítica sanguínea con estudio de hipercoagulabilidad, hormonas tiroideas y auto anticuerpos, pruebas funcionales respiratorias, gammagrafía y tomografía computarizada (TC) pulmonar.

El tratamiento convencional, siguiendo las mismas recomendaciones que en los pacientes adultos, tiene un papel importante en el manejo de la HTP en niños, de acuerdo con una experiencia clínica amplia y un consenso médico general. Si existe hipoxemia, está indicada la administración de oxígeno durante todo el día o durante la noche.

5.6.3. HIPOTROFIA.

Cuando el peso resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.



(NOM-007-SSA2-1993, 1995)

5.6.4. SÍNDROME DE DOWN.

Cromosopatía con alteración del cromosoma 21, también conocida como trisomía 21. El fenotipo es caracterizado por múltiples dismorfias como braquicefalia, facie plana, epicanto, puente nasal deprimido, micrognatia, protusión lingual, microtia, implantación baja de pabellones auriculares, cuello corto, piel redundante en nuca, clinodactilia, signo de la sandalia, acompañadas de diversas malformaciones internas y retraso mental. (SS. Diagnóstico Prenatal del Síndrome de Down., 2011)

6. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO.

Paciente femenina, lactante de 5/12 de edad, con un peso de 2.500 kg., se encuentra hospitalizada en el servicio de UTIP desde el día 04 de marzo de 2017. Se encuentra en fase de ventilación III, se mantiene en sedación, con palidez de tegumentos. Presenta lesión por presión en región occipital, en proceso de cicatrización. Sonda orogástrica cerrada, mucosas orales deshidratadas, presenta abundantes secreciones con contenido hemático. Cánula en traqueostomía instalada el 20/04/18. Cuenta con catéter yugular izquierdo. Presenta estertores a la auscultación. Se mantiene en ayuno, con distensión abdominal. Sonda vesical a derivación. Presenta lesión por presión en región sacra. Catéter femoral derecho permeable. Miembros pélvicos y torácicos multipuncionados. Presenta herida quirúrgica en región intercostal izquierda.

7. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.

7.1. VALORACIÓN.

Signos vitales:

FC: 131.

FR: 36.

T/A: 81/54 (49).

T: 35°C.

P. Abdominal: 32 cm.

Glucosa: 87 mg/dL.

Llenado capilar: 2".

SO2: 71%.

Parámetros ventilatorios:

FiO2: 50%.

Vol. Min: 1.56.

Frecuencia: 10.

PEEP: 8.

Modo: SMV+PCV.

Necesidad.	Alteración.
1. Oxigenación.	Estertores presentes, abundantes secreciones. Apoyo ventilatorio, traqueostomía.
2. Nutrición e hidratación.	Mucosas orales deshidratadas. Ayuno.
3. Eliminación.	Sonda vesical instalada. Distensión abdominal.
4. Moverse.	Encamada por sedación.
5. Descanso y sueño.	Sedación.
6. Vestir.	Sedación.
7. Termorregulación.	Temperatura 35°C, hipotermia.
8. Higiene.	Lesiones por presión en regiones occipital y sacra.
9. Evitar peligros.	No valorable.
10. Comunicarse.	Sedación.
11. Creencias y valores.	Sin alteración.
12. Realización.	No valorable.
13. Recreación.	No valorable.
14. Aprendizaje.	No valorable.

7.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Priorización de diagnósticos.

1. Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C infección en la parénquima pulmonar M/P excesiva cantidad de esputo, estertores.
2. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C tratamiento (ayuno) M/P peso corporal inferior, falta de alimentos, bajo tono muscular.
3. Hipotermia R/C malnutrición M/P frialdad de piel, temperatura de 35°C, palidez de tegumentos.
4. Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilización física (sedación) M/P lesión en región occipital y sacra.
5. Deterioro de la eliminación urinaria R/C sondaje vesical prolongado M/P distensión abdominal, orina concentrada, disminución de diuresis.

7.3. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

Dominio: II Seguridad/protección.	Clase: 2. Lesión física.	Necesidad alterada: Oxigenación.			
Diagnóstico de enfermería (NANDA).	Resultado (NOC).	Indicador.	Escala.	Puntuación Diana.	
Limpeza ineficaz de las vías aéreas R/C infección en la parénquima pulmonar M/P excesiva cantidad de esputo, estertores, SO2 de 71%.	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.	<ul style="list-style-type: none"> - Ruidos respiratorios patológicos. - Acumulación de esputo. 	1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal.	2	4
Intervenciones NIC.					
<u>Aspiración de las vías aéreas.</u> Actividades: -Lavado de manos. -Usar el equipo de protección personal que sea adecuado. -Proporcionar sedación. -Proporcionar oxígeno suplementario. -Hiperoxigenar al 100% mediante la bolsa de reanimación antes y después de cada pasada. -Monitorizar el estado de oxigenación de la paciente.			<u>Administración de medicación: inhalatorio.</u> Actividades: -Seguir los 10 correctos de la administración correcta de medicamentos. -Colocar el adaptador de micronebulizaciones al ventilador mecánico. -Conectar a toma de oxígeno. -Al término, retirar adaptador. -Documentar la administración de la medicación.		
Evaluación.					
Se mantuvo la permeabilidad de las vías aéreas de la paciente realizando la aspiración de secreciones de 2 a 3 veces en el turno, siendo las primeras con contenido hemático, sin embargo, la acumulación de esputo continuo siendo en menor cantidad. Mejorando la SO2 en cada procedimiento sin mantenerla constante. Los ruidos respiratorios (estertores) no cambiaron debido a la patología de la paciente y la acumulación de esputo.					

(Gloria M. Bulechek, H. K. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)., 2014)

(NANDA, I. Diagnosticos enfermeros. Definiciones y clasificación. , 2012-2014)

Dominio: II Nutrición.	Clase: 1. Ingestión.	Necesidad alterada: Nutrición e hidratación.			
Diagnóstico de enfermería (NANDA).	Resultado (NOC).	Indicador.	Escala.	Puntuación Diana.	
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C tratamiento (ayuno) M/P peso corporal inferior, falta de alimentos, bajo tono muscular.	Estado nutricional del lactante.	<ul style="list-style-type: none"> - Relación peso/talla. - Administración parenteral de líquidos. - Ingestión por sonda de alimentos. 	1. Inadecuado. 2. Ligeramente inadecuado. 3. Moderadamente adecuado. 4. Sustancialmente adecuado. 5. Completamente adecuado.	1 3 1	3 5 3
Intervenciones NIC.					
<u>Administración de nutrición parenteral total (NPT).</u> Actividades: –Asegurar la colocación de la línea intravenosa adecuada en relación con la duración de la infusión de nutrientes. –Utilizar las vías centrales sólo para la infusión de nutrientes muy calóricos de soluciones hiperosmolares. –Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones de NPT. –Realizar un cuidado aséptico con regularidad del catéter venoso central, para asegurar un uso prolongado, seguro y sin complicaciones. –Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones de NPT. –Pesar al paciente diariamente. –Comprobar la glucosa en orina.			<u>Cuidados de la sonda gastrointestinal.</u> Actividades: –Observar la correcta colocación de la sonda, siguiendo el protocolo. –Fijar la sonda a la parte corporal correspondiente. –Proporcionar cuidados de la nariz y boca cuando sea necesario. –Proporcionar cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción de la sonda.		
Evaluación.					
El desequilibrio nutricional de la paciente continuó, manteniendo el peso inicial. Elevar su peso y tono muscular es complicado, debido al estado de sedación en el que se mantenía y el ayuno.					

(Gloria M. Bulechek, H. K. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)., 2014)

(NANDA, I. Diagnosticos enfermeros. Definiciones y clasificación. , 2012-2014)

Dominio: II Seguridad/protección.	Clase: 6. Termorregulación.	Necesidad alterada: Termorregulación.			
Diagnóstico de enfermería (NANDA).	Resultado (NOC).	Indicador.	Escala.	Puntuación Diana.	
Hipotermia R/C malnutrición M/P frialdad de piel, temperatura de 35°C, palidez de tegumentos.	Termorregulación.	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la temperatura cutánea. - Hipotermia. - Cambios de coloración. 	1. Gravemente comprometida. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	2	4
Intervenciones NIC.					
<u>Aplicación de calor.</u> Actividades: -Seleccionar el sitio de estimulación considerando lugares alternativos. -Comprobar la temperatura de la aplicación. Se colocó un chaleco térmico y la temperatura del agua debía estar a 38°C. -Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de calor.			<u>Monitorización de signos vitales.</u> Actividades: -Monitorizar la temperatura. -Colocar un dispositivo de control continuo de la temperatura. -Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia.		
Evaluación.					
La temperatura corporal de la paciente mejoró con las intervenciones, llegando a una temperatura máxima de 36.4 °C. Dada la condición física de la paciente, no se llevó a una temperatura corporal normal pero si hubo mejoría, sin presentar cambios en la coloración de tegumentos.					

(Gloria M. Bulechek, H. K. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)., 2014)

(NANDA, I. Diagnosticos enfermeros. Definiciones y clasificación. , 2012-2014)

Dominio: II Seguridad/protección.	Clase: 2. Lesión física.	Necesidad alterada: Moverse - Higiene.			
Diagnóstico de enfermería (NANDA).	Resultado (NOC).	Indicador.	Escala.	Puntuación Diana.	
Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilización física (sedación) M/P lesión en región occipital y sacra.	Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	<ul style="list-style-type: none"> - Integridad de la piel. - Lesiones cutáneas. 	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	1	4
Intervenciones NIC.					
<u>Cambio de posición.</u> Actividades: -Colocar sobre colchón terapéutico. -Proporcionar un colchón firme. -Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. -Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada. -Proporcionar un apoyo adecuado al cuello. -Girar al paciente al menos cada 2 horas.			<u>Cuidados de las úlceras por presión.</u> Actividades: -Mantener la úlcera hidratada. -Limpiar la úlcera con solución antiséptica. -Aplicación de pomadas. -Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. -Valoración para evitar la aparición de nuevas úlceras.		
Evaluación.					
Dado al estado de sedación en la que se encuentra la paciente, tiene un riesgo alto de presentar lesiones por presión, puntuación de 8 en la escala de Braden. Sin embargo se pudo mantener en estadio I la lesión en la región occipital y estadio II la lesión en la región sacra. Sin presentar nuevas lesiones por presión. *ver escala de Braden y clasificación de UPP en anexos.					

(Gloria M. Bulechek, H. K. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)., 2014)

(NANDA, I. Diagnosticos enfermeros. Definiciones y clasificación. , 2012-2014)

Dominio: 3 Eliminación e intercambio.	Clase: 1. Función urinaria.	Necesidad alterada: Eliminación.			
Diagnóstico de enfermería (NANDA).	Resultado (NOC).	Indicador.	Escala.	Puntuación Diana.	
Deterioro de la eliminación urinaria R/C sondaje vesical prolongado M/P distensión abdominal, orina concentrada, disminución de diuresis.	Eliminación urinaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Cantidad de orina. - Retención urinaria. 	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	3	5
Intervenciones NIC.					
<u>Monitorización de líquidos.</u> Actividades: -Monitorizar el peso. -Monitorizar las entradas y las salidas. -Llevar un registro preciso de entradas y salidas. -Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis, cuando este prescrito. -Auditar gráficas de entradas y salidas.			<u>Sondaje vesical.</u> Actividades: -Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado. -Fijar el catéter a la piel. -Monitorizar las entradas y salidas. -Cambiar el sistema de drenaje cuando sea necesario.		
Evaluación.					
Debido a la gravedad de la paciente se debe tener un mejor control de líquidos, por lo que la sonda vesical debe mantenerse instalada. Debido a las manifestaciones, se realizó un cambio de sonda vesical con lo que mejoró la diuresis y el perímetro abdominal bajo a 28 cm. Logrando así llevar al paciente a la puntuación deseada.					

(NANDA, I. Diagnosticos enfermeros. Definiciones y clasificación. , 2012-2014)

(Gloria M. Bulechek, H. K. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)., 2014)

8. PLAN DE ALTA.

La paciente MFMM que se encontraba en el servicio de UTIP en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, del ISSSTE, que ingresó el día 04 de marzo de 2017 a dicho servicio, el día 27 de abril de 2017 a las 11:35 a.m. cae en paro cardiaco. Se realizan las maniobras correspondientes por varios minutos sin tener respuesta.

El día 27 de abril de 2017 se declara la defunción de la paciente MFMM. Se le proporcionaron cuidados post mortem. Participando también en el duelo de los familiares.

9. CONCLUSIONES.

Enfermería, según Virginia Henderson, es una relación con entorno-paciente, en donde el objetivo es ganar la independencia de un individuo o tener una muerte tranquila. Para ello, enfermería ayuda al individuo sano o enfermo a realizar las actividades que no podría realizar sin fuerza, voluntad o conocimiento, y así lograr dicho objetivo. A esta ayuda o sustitución se le llama cuidado.

El Proceso de Atención Enfermería, basado en la teoría de Virginia Henderson tiene 14 necesidades básicas que son fundamentales para mantener la armonía y la integridad de la persona, cada necesidad está influenciada por componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, dichas necesidades interactúan entre ellas pero cada persona las satisface diferente. Por ello la enfermera no solo debe valorar las necesidades de cada paciente, sino también las condiciones y estados patológicos que lo alteran.

Virginia Henderson tiene una perspectiva holística, en donde la persona es un ser integral con componentes indivisibles, misma persona que tiene un entorno con factores que tienen un efecto positivo o negativo en la persona, dicho entorno se puede modificar por parte de la enfermera, viendo al paciente y familia como una unidad.

Entonces enfermería es la ayuda principal del individuo, enfermo o sano, para realizar actividades que contribuyan a la salud, que es la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas.

El objetivo del Proceso de Atención enfermería es identificar toda aquella necesidad alterada del paciente para así diseñar planes de cuidado dirigidos a tales necesidades. Aún con las intervenciones planeadas que se llevaron a cabo, no se logró el resultado esperado, pues al realizar la evaluación de los planes, no se lograba el objetivo más si una mejoría en las necesidades alteradas de la paciente.

En este proceso de cuidar, la enfermera tuvo una relación de nivel de sustitución con la paciente, pues se sustituyó totalmente a la misma, ya que se encontraba bajo sedación, la presencia de los familiares era muy poca y por su condición física en si, la enfermera debía realizar lo necesario para satisfacer las necesidades de la paciente. Siendo el compromiso algo indispensable para lograr los resultados esperados por parte de enfermería, y aunque no se llegó al objetivo, se lograron mantener algunas puntuaciones y en otras se logró una mejoría.

Ante tal esfuerzo y compromiso de todo el personal de salud, la paciente falleció después de una gran lucha ante su condición. Sin embargo, recordemos que enfermería es ayudar al individuo, en este caso enfermo, para una muerte en paz, dándole una atención de calidad, satisfaciendo sus necesidades de una manera específica para lo que ella necesitaba, brindándole un trato digno y respetuoso, y proporcionándole confort mientras estaba hospitalizada.

Hablando de pediatría, los cuidados que brindamos deben ser más precisos y exactos, sobre todo en un área como lo es Terapia Intensiva, tomando en cuenta siempre que nuestra atención debe basarse en fundamentación científica y actualización del conocimiento.

Aunque el objetivo principal de este Proceso no se logró por completo, se le pudieron brindar los cuidados a la paciente para una muerte tranquila, siendo este un papel importante dentro de nuestro quehacer como Enfermería.

10. BIBLIOGRAFÍA.

Berman, A., Snyder, S. J., Koziar, B., & Erb., G. (2008). Aplicación y evaluación. En A. Berman, S. J. Snyder, B. Koziar, & G. Erb., *Fundamentos de enfermería* (págs. 233-244). Madrid: Pearson Educación SA.

Berman, A., Snyder, S. J., Koziar, B., & Erb., G. (2008). Diagnóstico. En A. Berman, S. J. Snyder, B. Koziar, & G. Erb., *Fundamentos de enfermería* (págs. 195-209). Madrid: Pearson Educación SA.

Berman, A., Snyder, S. J., Koziar, B., & Erb., G. (2008). Planificación. En A. Berman, S. J. Snyder, B. Koziar, & G. Erb., *Fundamentos de Enfermería* (págs. 211-231). Madrid: Pearson Educación SA.

Berman, A., Snyder, S. J., Koziar, B., & Erb., G. (2008). Valoración. En A. Berman, S. J. Snyder, B. Koziar, & G. Erb., *Fundamentos de Enfermería* (págs. 174-194). Madrid: Pearson Education SA.

Diario Oficial de la Federación. (1995). NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y el recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Recuperado el 3 de enero 2019, de Diario Oficial de la Federación: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

Gloria M. Bulechek, H. K. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier.

González, E. (2012). La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio. Recuperado el 15 de octubre del 2018, de Tecnociencia Chihuahua 6(1): http://tecnociencia.uach.mx/numeros/v6n1/data/La_profesionalizacion_en_enfermeria_hacia_una_estrategia_de_cambio.pdf

IMSS (2015). Diagnóstico y tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en las/los Pacientes de 3 meses a 18 años en el Primero y Segundo Nivel de Atención. Recuperado el 16 de diciembre del 2018, de CENETEC:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/120_GPC_NEU_MONIA/Neumonia_ninos_evr_cenetec.pdf

IMSS (2015). Diagnóstico y tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en las/los Pacientes de 3 meses a 18 años en el Primero y Segundo Nivel de Atención. Recuperado el 16 de diciembre del 2018, de CENETEC: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/120_GPC_NEU_MONIA/Neumonia_ninos_rr_cenetec.pdf

Juárez. PA. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. Recuperado el 15 de octubre del 2018, de la Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Social 17(2): <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2009/eim092j.pdf>

NANDA, I. (2012 - 2014). *diagnosticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. Elsevier.

OMS (2019). Enfermería. Recuperado el 06 de enero del 2019, de la OMS: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>

Salazar, IY (2013). Proceso de Atención de Enfermería. Recuperado el 20 de octubre del 2018, de Publicaciones ENEO: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>

SS. (2011). Diagnóstico Prenatal del Síndrome de Down. Recuperado el 12 de enero del 2019, de CENETEC: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/66526/Diagnostico_Prenatal_del_Sindrome_de_Downs_ER.pdf

SS. (s.f). Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión en Primer Nivel de Atención. Recuperado el 7 de febrero del 2019, de CENETEC: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_Ulcerasion1NA/ULCERADECUBITO_1ER_NIVEL_RR_CENETEC.pdf

11. GLOSARIO.

Lactante: Período del ciclo vital que se extiende desde los 28 días de vida hasta los 24 meses y se subdivide en: lactante menor, de los 28 días hasta los 12 meses. Y lactante mayor, de los 12 meses hasta los 24 meses.

Estertor: Sonido crepitante que se produce a la inhalación.

Rinorrea: Secreción de una cantidad significativa de fluido nasal.

Polipnea: Aumento de la profundidad y frecuencia respiratoria.

Hiporexia: Ausencia o disminución del apetito.

Hipoxemia: Disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial por debajo de 80 mmHg.

Braquicefalia: Es un aplanamiento del cráneo de manera simétrica.

Epicanto: Es piel del párpado superior que cubre el ángulo interno o canto del ojo.

Micrognatia: Mandíbula pequeña.

Microtía: Es un defecto en el cual la oreja es pequeña y no se ha formado correctamente.

Clinodactilia: Angulación del dedo en el plano coronal o radiocubital. La deformidad generalmente es bilateral; y en raras ocasiones presenta limitación funcional.

Espujo: Material expulsado mediante la tos, que procede de los pulmones, contiene moco, restos celulares o microorganismos y, en ocasiones, sangre o pus.

Parénquima pulmonar: Es la porción del pulmón involucrado en intercambio de gases. Esto incluye a los alvéolos, a los conductos alvéolos y bronquiolos.

Lesión por presión: Es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él.

Inmunocompetente: Cuando el cuerpo puede producir una respuesta inmunitaria normal.

Hacinamiento: Relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles. Sinónimo de sobrepoblación crítica.

Neumopatía: Afección del pulmón. Conjunto de las patologías agudas o crónicas que afectan a los pulmones.

Inmunodeficiencia: Imposibilidad de producir respuesta inmunitaria adecuada.

Desnutrición: Resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades

Antimicrobiano: Sustancia química que a bajas concentraciones, actúa contra los microorganismos, destruyéndolos o inhibiendo su crecimiento.

Oximetría: Medir en forma sencilla y no invasiva la saturación arterial de oxígeno, oximetría de pulso.

Decúbito prono: Posición anatómica del cuerpo que se caracteriza por la colocación del paciente acostado boca abajo.

Decúbito supino: Posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por posición corporal acostado boca arriba.

Síncope: Pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas que se debe a una hipoperfusión cerebral general y transitoria.

Taquipnea: Aumento de la frecuencia respiratoria.

Taquicardia: Incremento de la frecuencia cardíaca.

Espasmo: Contracción brusca, involuntaria y persistente de las fibras musculares.

Hipercoagulabilidad: Tendencia a coagular la sangre más rápidamente de lo normal.

Fenotipo: Constituye los rasgos observables de un individuo, tales como la altura, el color de ojos, y el grupo sanguíneo.

Cromosoma: Estructuras microscópicas que se encuentran presentes en todas las células del organismo. Contienen los genes.

12. ANEXOS.

CUADRO II. CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Estadio I	Eritema cutáneo que no palidece, con piel intacta. La decoloración de la piel, el calor local, el edema y la induración; se pueden utilizar también como indicadores, particularmente en las personas con piel oscura.
Estadio II	Perdida parcial del grosor de la piel, que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas. La ulcera es superficial y se presenta clínicamente como una abrasión o una flictena.
Estadio III	La ulcera es mas profunda y afecta la totalidad de la dermis y al tejido subcutáneo, pudiendo afectar también a la fascia muscular pero no mas allá.
Estadio IV	Destrucción extensa, necrosis de tejidos o lesión del músculo, del hueso o de las estructuras de soporte, con o sin pérdida total del grosor de la piel.

Fuente: Prevención y tratamiento de úlceras por presión. Govern de les Illes Balears Conselleria de Salut i Consum

Figura I. Escala de Braden

<i>Percepción Sensorial</i> Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	1. Limitado completamente	2. Muy limitado	3. Limitado levemente	4. Sin impedimento
<i>Humedad</i> Grado de humedad de piel	1. Constantemente húmeda	2. Muy húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
<i>Actividad</i> Grado de actividad física	1. Confinado a la cama	2. Confinado a la silla	3. Ocasionalmente camina	4. Camina frecuentemente
<i>Movilidad</i> Control de posición corporal	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
<i>Nutrición</i> Patrón de ingesta alimentaria	1. Completamente inadecuada	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
<i>Fricción y roce</i> Roce de piel con sábanas	1. Presente	2. Potencialmente presente	3. Ausente	

Se considera como riesgo de desarrollar úlceras un puntaje menor o igual a 16.



ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURELIA SALDIERNA RODRÍGUEZ

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ACUERDO UNAM Núm. 07/06 del 30 de mayo de 2006
CLAVE DE INCORPORACIÓN 3382-12

VALORACIÓN DEL LACTANTE (28 DIAS A LOS 2 AÑOS) EN BASE A
LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: <u>MEMM</u>	Fecha: <u>24/04/2017</u>	
Edad: <u>5/12</u>	Sexo: M () F (X)	
No. De cama: <u>2</u>	Registro: <u>MACP831110/80</u>	Servicio: <u>UTIP</u>
Diagnóstico Médico: <u>Lactante Hipotrofica / Síndrome de Da. un / Hipertensión Pulmonar / NAC.</u>		
Fecha de Nacimiento: <u>26/oct/2016</u>	Lugar de Nacimiento: <u>Ciudad de México</u>	
Domicilio: <u>Calle Libertad 21. Int. 5. Col. Morelos</u>		
Procedencia: <u>Ciudad de México</u>	Teléfono: <u>55295302</u>	
Fecha de ingreso: <u>04/03/2017</u>	1ª vez: <u>Si</u>	Subsecuente: <u>-</u>
Fecha de egreso: <u>sigue hospitalizada</u>	Fuente de información: <u>Exp. Clínico - Madre</u>	
Fiabilidad: <u>-</u>	Próxima cita: <u>-</u>	

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Nombre del padre: MEM Edad: 29 años Edo. Civil: Casado
Peso: - Talla actual: - IMC: -
Lugar de nacimiento: - Domicilio: Calle Libertad 21. Int. 5. Col. Morelos
Ocupación: Empleado Federal Escolaridad: -
Grupo y Rh: - Antecedentes Patológicos y heredo familiares:
Sin patologías, negados por la esposa

Adicciones: Si () No (X) Alcoholismo: Si () No (X) Ocasionalmente () Tabaquismo: Si ()
No () Ocasionalmente (X)

Nombre de la madre: PMC Edad: 23 años Edo. Civil: Casada
Peso: - Talla actual: - IMC: -
Lugar de nacimiento: CD México Domicilio: Calle Libertad 21. Int. 5. Col. Morelos.
Ocupación: Maestra Escolaridad: Licenciatura
Grupo y Rh: - Antecedentes Patológicos y heredo familiares:
Sin patologías

Adicciones: Si () No (X) Alcoholismo: Si () No (X) Ocasionalmente () Tabaquismo: Si ()

No (X) Ocasionalmente ()

Gesta: 2 Para: 1 Abortos: 0 Cesáreas: 1
Período intergenésico: 2 años Método Anticonceptivo: Preservativo
Método utilizado: -

ANTECEDENTES PERINATALES

Control prenatal: Si No () Lugar: Unidad de Medicina Familiar.
No. de consultas prenatales: 6 Inmunizaciones durante el embarazo: Si () No
¿Cuáles? —
Durante el embarazo consumió: Ácido Fólico: Si No ()
Sulfato Ferroso: Si No () Otros: Calcio
Frecuencia/Dosis: 1 pastilla c/24 hrs.
Trastornos durante el embarazo: Si () No ¿Cuáles? —
Producto de: Parto: — Cesárea: Indicación: —
Forcéps: Si () No Lloró y respiró al nacer: Si No ()
Tuvo alguna complicación durante el parto: Si () No () ¿Cuál?: Fue cesárea.
Apgar al 1 minuto: 8/9 a los 5 minutos: — Silverman: — Capurro: —
Niño a término: Si () No Pretérmino: Si No ()
Edad Gestacional: 35 S/DG Reanimación cardiopulmonar: Si No ()
Realización del tamiz metabólico: Si No ()
Malformaciones congénitas presentes: Si () No ¿Cuál? —
Peso al nacimiento: 1.800 Kg Talla al nacimiento: 48 cm. PC: — PA: —
PT: — SS: — SI: — Pie: —
ASC: —
Al nacimiento estuvo en: Alojamiento conjunto: () Cunero: () Terapia ?
Causa: Hipotermia, Prematuridad
Alimentación al nacimiento: Seno materno Si () No Fórmula Artificial: Si No ()
Otro: — Porque: — ?

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Signos vitales: Tensión arterial: 81/54 FC: 131 FR: 36
Aleteo Nasal: No Retracción xifoidea: No Disociación taraco abdominal: Si
Ruidos respiratorios: Esteriores
Secreciones bronquiales: Cantidad: Abun. Consistencia: Espesa Color: Hemáticos
Olor: Inoloro
Oxígeno suplementario o Apoyo ventilatorio: Traqueostomía.
Ventilación mecánica.
Ruidos cardiacos: Normales Alteraciones cardiacas: —
Llenado capilar: 2" Coloración de lechos ungueales y peribucal: —
Coloración de la piel: Rosada — Cianótica — Pálida

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

1 a 6 meses de vida:

Alimentación: Seno materno _____ Fórmula _____ Mixta X
 Cuantas veces al día se alimenta AHNO Le da té o agua independientemente del seno materno
 o fórmula No cuál — Que cantidad le da — cuantas veces en 24
 hrs. —

6 a 12 meses de vida N/A.

Se alimenta al seno materno — cuantas veces se alimenta al seno materno
— Utiliza algún tipo de fórmula para complementar —
 Que tipo es _____
 Ha iniciado la ablactación — a que edad la inicio _____

De los siguientes alimentos mencione cuales consume y número de veces a la semana:

No aplica

Edad	Grupo de alimentos	Alimentos
6 meses	Frutas ()	Manzana, pera, plátano, durazno, mango papaya, uvas, guayavas.
7 meses	Vegetales y cereales ()	Zanahoria, chayote, ejotes, chícharos espinaca, calabaza, acelgas, cereales.
8 meses	Carne blanca, leguminosas ()	Carne de pollo o pavo, camote, papa, frijoles, lentejas, garbanzos, habas.
9 meses	Carnes rojas y cítricos ()	Ternera suave, naranja, limón, mandarina, toronja.
10 meses	Integración a la dieta familiar ()	3 comidas al día integrando a los niños a la dieta familiar, evitando condimentos, especias, y chile.
11 meses	Lácteos ()	Leche y derivados
12 meses	Huevo y pescado ()	Huevo cocido o frito, pescado cocido.

Presenta intolerancia a algún alimento: No inicio ablactación.
 Alergia algún alimento. —
 Presenta algún problema en la ingestión — cuál? AHNO
 Antes del consumo de los alimentos los lava? N/A desinfecta las frutas y
 verduras N/A que método utiliza para desinfectarlas N/A
 Integrado a la dieta familiar. N/A
 Cuáles son los alimentos preferidos. —
 Que alimentos rechaza. —

Lleva alguna dieta especial, : AHNO
Por qué? Tratamiento - Hospitalización
Mucosas orales: Deshidratadas
Come solo: Si No
Turgencia de la piel: Leve disminución / Abdomen.
Piezas dentales: No Características Sin brotar.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Frecuencia de evacuaciones: 1 a 2 veces al día
Color de la evacuación: Verdosa
Tipo de evacuación: P - Pastosa.

- F: Formada
- S.L.: Semi líquida:
- P: Pastosa
- L: Líquida
- C.S. Con sangre
- C.M. Con moco

Orina: Frecuencia Sonda vesical / Drenando poca cantidad
Características: Concentrada Olor: Indica Color: Ambar.
Sonda vesical: Si No Fecha instalación: 19/04/2017
Distensión abdominal: Si No P. A. _____

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

N/A. Sedación
Sostiene la cabeza: Si No
Se sostiene solo: Con ayuda
Camina solo: Con ayuda
Características de la marcha:
Capacidad muscular. Tono, fuerza y flexibilidad: Disminuida / Estado de sedación
Postura: Semi Fowler. Inducida

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO No valorable

Horas de sueño: _____ Horas de siesta: _____
Costumbres para dormir: _____
Duerme solo _____ Con sus papás _____ Con hermanos _____
Despierta: Irritable _____ Tranquilo _____ Asustado _____
Actividad después del sueño: Activo _____ Pasivo _____
Se observan ojeras: _____ Irritabilidad _____

6. NECESIDAD DE VESTIR PRENDAS ADECUADAS. No valorable

Intenta vestirse solo: Si No Sube y baja el cierre de su ropa: _____

Distingue las prendas de vestir: Si No
Se quita y pone los zapatos: Solo Con ayuda
Intenta amarrarse las agujetas: Si No
Preferencias en su vestir: _____
Viste de acuerdo a su edad: Si No Especifique: _____
Viste de acuerdo al clima: _____ A su sexo: _____
Vestido: Completo: Incompleto Limpio
Sucio

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Se adapta a los cambios de temperatura: No. Reacciones: Hipotermia
Temperatura ambiental que más le agrada: _____
Transpiración: Normal Excesiva Ausente
Condiciones de su entorno físico: Encamada - Hospitalización.
Temperatura corporal: 35°C.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Frecuencia de baño corporal: Diario
Horario preferido para el baño: _____
Tipo de baño: Tina Espanja Regadera _____
Se cepilla los dientes: Si No Frecuencia _____
Lo hace solo Con ayuda
Se lava las manos antes de comer: Si N/A No N/A
Aseo de las manos después de ir al baño: Si N/A No N/A
Aspecto corporal: Aliñado Desaliñado
Olor corporal: _____ Halitosis No
Estado del cuero cabelludo Escaso Uñas Sin alteración
Lesiones dérmicas (región): Occipital, Sacra. Lesiones por presión

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Lugar donde juega (preferido): N/A
Juguete preferido: N/A Juego preferido: N/A
En algún momento del día se queda solo: _____
Reconoce a los integrantes de su familia: Si No
Distingue los momentos de peligro: Si No
Condiciones físicas de hogar: _____
Actividad: Normal Sedación Hiperactivo Pasivo
Cuenta con todas sus vacunas: Si
Cuenta con servicio médico: Si ¿Cuál? ISSSTE.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Al hablarle le dice por su nombre Si Utiliza sobrenombre No Cuál -
Le escucha cuando le habla Si Es alegre - Serio -
Como le comunica sus necesidades con: N/A Mímica - Gestos - Palabras - Llanto -
Quienes conviven con el niño Padres
Quien lo cuida Madre. Visitas hospitalarias poco frecuentes
Como se relaciona el niño con las personas N/A
Asiste a guardería - desde que edad -
A qué edad inició el balbuceo -
A qué edad dijo sus primeras sílabas - Cuantas palabras aproximadamente conforman su vocabulario casi total N/A Ve televisión - Que Programas - Cuanto tiempo -
Escucha radio - Que estación - Cuanto tiempo -
Lleva algún aparato auditivo No Visual No
Como manifiesta su enojo N/A
Como lo consuela: N/A
Actitud del niño: Introverso - Extroverso -
No valorable

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión Católica Profesa su religión N/A Como la transmite al niño -
La familia requiere apoyo espiritual -
Qué tipo de valores le inculca a su hijo -
Su religión impide algún punto del tratamiento No
¿Cuál? -

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Como lo premia cuando logra realizar algo nuevo N/A
Le gusta convivir con otros niños - ¿Por qué? No valorable
Que actividades realiza con su hijo Ninguna
Cuanto tiempo le dedica a la enseñanza de nuevas actividades -
Muestra satisfacción por lo realizado - ¿Por qué? -
Le permite elegir su vestuario: N/A
Le permite jugar donde él (ella) desea: -
Le asigna actividades en el hogar: N/A

13. NECESIDAD DE JUGAR PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Tiene hermanos: Si Cuantos: 1 Edades: 2 años
Qué lugar ocupa entre sus hermanos: Segundo lugar
Juegos preferidos: N/A
Juega: Solo - Acompañado - Con quién -
Actividades recreativas que realiza: N/A
Estado de ánimo: Apático - Aburrido - Participativo -
No valorable

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Realiza actividades de acuerdo a su edad: Si A No X
Dibuja - Pinta - Traza líneas -
Hojea libros: Si - No -
Cuánto tiempo le lleva aprender N/A
Identifica los sonidos - Cuáles? No valorable
Los colores - Cuáles? No valorable Lo que usted le enseña lo aprende con facilidad - Trata de imitar lo que los demás hacen - Le fue difícil el control de esfínteres - Se relaciona fácilmente con los niños de su edad -
A notado alguna alteración durante su desarrollo Tiene Síndrome de Down
Está acostumbrado su hijo a la guardería -
Que sabe de la hospitalización de su hijo Acude muy poco al hospital
Presenta curiosidad por las cosas: -
De qué tipo? -

EXPLORACIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS.

Signos vitales:

Temperatura: 35°C F.C. 131 F. R. 36
T.A. 81/54 T.A.M. 49 Sat. O2 71%

Somatometría:

Peso: 2.500 Kg Talla: 58 cm PC: 13 cm PA: 32 cm
IMC: -

PIEL:

Turgencia: Levemente disminuida

Coloración: Palidez

Temperatura: 35°C.

CRÁNEO:

Forma: Normal

Simetría: Adecuada

Fontanelas: Normotensas

Palpación: Sin alteración

Cuero cabelludo: Con lesión en región occipital

OJOS:

Simetría: Adecuada

Cejas: Escasas

Pestañas: Normales

Párpados: Normales

Conjuntivas: Hidratadas artificialmente

Esclerótica: Normal

Córnea: Normal

Pupilas: Dilatadas

NARIZ:

Simetría: Normal

Mucosa: Sin alteración

OIDO:

Implantación: Baja. De acuerdo a la patología

Simetría: Adecuada

Audición: Sin alteración

BOCA:

Mucosa: Deshidratada

Labios: Resecos

Encías: Sin brotes dentales. Sin alteración

Lengua: Escamosa

Paladar: Sin alteración

Amígdalas: Sin alteración

CUELLO:

Tipo: _____

Movilidad: Mínima por traqueostomía

Adenomegalias: Ninguna

TORAX:

Respiración: Apoyo ventilatorio. Modo SMV+PCV

Movimientos Toracoabdominales: Simétricos

Columna vertebral: Sin alteración

Campos pulmonares: Presenta estertores a la auscultación

Alteraciones en la respiración: Es asistida con apoyo ventilatorio

AUSCULTACION CARDIACA:

Ruidos cardiacos: Normales

Soplos: No

Tipo de ruidos: —

ABDOMEN:

Regiones:

Hipocondrio: Izquierdo presenta HxQx.

Epigastrio: Sin alteración

Mesogastrio: Sin alteración

Hipogastrio: Sin alteración

Flancos: Sin alteración

Movimientos

Peristálticos: Disminuidos

Palpación de masas: Ausentes

Palpación de borde

hepático: Normal

Palpación de asas

intestinales: Normal

Cordón umbilical. Cicatriz umbilical.

MIEMBROS SUPERIORES:

Simetría: Normal

Tono muscular: Disminuida

Articulaciones: Sin alteración

Movimientos: Estado de sedación

MANOS:

Pliegues: Normales

Llenado capilar: 2"

Uñas: Sin alteración

MIEMBROS INFERIORES:

Simetría: Normal
Tono muscular: Disminuidos
Articulaciones: Sin alteración
Movimientos: Estado de sedación

GENITALES:

Hombre:

Pene: —

Implantación: —

Testículos: —

Escroto: —

Mujer:

Vulva: Sin alteración

Perine: Normal

Labios mayores y menores: Sin alteración

Orificio uretral: Instalación de sonda vesical

Orificio vaginal: Sin alteración

ANO Y RECTO:

Permeabilidad de orificio anal: Permeable.

EXPLORACION NEUROLOGICA:

Edo. Conciencia: Sedación.

Tono muscular: Disminuido.

Reflejos osteotendinosos: Ausentes por estado de sedación