



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

***“Proceso Enfermero a una Lactante Menor con Válvula  
Ventriculoperitoneal Disfuncional”***

Presenta:

L.E Bueno Coyopol Montserrat

Tesina presentada para obtener el Diploma de:  
Enfermera Especialista con Opción Terminal en Pediatría

Abril, 2021



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

***“Proceso Enfermero a una Lactante Menor con  
Válvula Ventriculoperitoneal Disfuncional”***

Presenta:

L.E. Montserrat Bueno Coyopol

Director de Tesina:

MCE. María del Rosario Amador Gómez

Tesina presentada para obtener el Diploma de:  
Enfermera Especialista con Opción Terminal en Pediatría

Abril, 2021.

Tesina: Proceso de Enfermería en una **“Lactante menor con válvula ventriculoperitoneal disfuncional”**

**Número de registro académico: SIEP/EEP/018/21**

### **Jurado de Examen de Grado**

---

MCE. María del Rosario Amador Gómez  
Presidente

---

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez  
Secretaria

---

MCE. María Luz de Ávila Arroyo  
Vocal

---

ME. Noé Xicali Morales  
Vocal

---

MCE. María del Rosario Amador Gómez  
Director de tesis

---

MCE. Erika Pérez Noriega  
Directora de la Facultad de Enfermería:  
Benemérita Universidad Autónoma de  
Puebla

---

DCE. Francisco Javier Báez Hernández  
Secretaría de Investigación y Estudios  
de Posgrado

## **Agradecimientos**

Al terminar esta etapa de mi vida me gustaría agradecer a quienes hicieron posible esta meta, aquellos que caminaron junto a mí en todo momento siendo mi apoyo, fortaleza e inspiración. Esta mención va dirigida para Dios, mi madre y mis hermanos, de igual manera agradecer a la Ronrona y Juan Carlos quienes estuvieron a mi lado en esas noches de desvelo. Gracias por demostrar que “el verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que este se supere”.

Mi gratitud también va dirigida a la Facultad de Enfermería y mi agradecimiento sincero a la asesora de mi tesina MCE María del Rosario Amador, gracias a los docentes que con sus enseñanzas constituyen la base de mi vida profesional.

Gracias a todos.

## **Dedicatorias**

Se lo dedico a mi madre por haberme apoyado en todo momento, sin su esfuerzo no hubiera llegado hasta aquí; la mayoría de mis logros se los debo a ella, incluyendo este.

## Resumen

Candidata para el Grado de	Enfermera Especialista con Opción Terminal en: Pediatría.
Fecha de Graduación	
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de las Tesina	“Proceso Enfermero a una lactante menor con válvula ventriculoperitoneal disfuncional”
Número de páginas	95
LGAC	Cuidado Basado en Evidencia

**Introducción:** La hidrocefalia es el incremento de líquido cefalorraquídeo en los ventrículos causado por la dificultad en la circulación o la absorción del mismo, Tiene una incidencia a nivel mundial de 0.36 a 0.75 casos por cada 1000 nacimientos vivos. Se clasifica en comunicante y no comunicante por su fisiopatología y congénita o adquirida por su etiología. El diagnóstico se basa por anamnesis, apoyándose de estudios como: ecografía, resonancia magnética o Tomografía Axial Computarizada dependiendo de la edad. La opción quirúrgica principal como tratamiento es la colocación de una derivación ventrículo peritoneal (DVP), siendo la falla mecánica la primera complicación de esta.

**Marco Conceptual:** Se utilizó las cinco etapas del proceso enfermero: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Como herramienta metodológica la clasificación taxonómica de la NANDA, NOC y NIC, así como la utilización de la enfermería basada en la evidencia, con las guías de práctica clínica.

**Objetivo:** Aplicar cuidados especializados a través de un Proceso Enfermero en una lactante menor con Válvula Ventrículo Peritoneal (VVP) disfuncional con la finalidad de mejorar su crecimiento y desarrollo.

**Metodología:** Se realizó un caso clínico a una lactante menor con diagnóstico de Válvula Ventrículo Peritoneal disfuncional, como marco de referencia se utilizaron los 11 patrones funcionales de Margory Gordon. Se identificaron diez diagnósticos de enfermería siendo los dos principales; Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz y Limpieza ineficaz de las vías aéreas, para el cual se dieron intervenciones de enfermería para ayudar a mejorar su problema de salud.

**Palabras Clave:** Hidrocefalia, Válvula Ventrículo Peritoneal, Proceso de Enfermería, Cuidados de Enfermería, Intervenciones de Enfermería.

## Contenido

Capítulo I	
1.1 Introducción.....	1
1.2 Marco de Referencial.....	6
1.3 Objetivo General.....	7
Capitulo II.....	8
2.1. Diseño de Caso Clínico.....	9
2.2 Valoración de Enfermería .....	10
2.3 Valoración por Patrones Funcionales .....	13
2.4 Valoración continua.....	15
2.5 Diagnósticos de Enfermería .....	18
2.6 Plan de Cuidados .....	21
2.8 Plan de Alta. ....	56
Capitulo III .....	58
3.1 Discusión.....	58
3.2 Conclusiones .....	59
3.3 Recomendaciones .....	61
Referencias .....	62

## Lista de apendices

Apendice A Consentimiento informado .....	65
Apéndice B Valoración de Enfermería del Niño, a Través de los “ <i>Patrones Funcionales De Marjory Gordon</i> ” .....	66
Apéndice C Instrumento de valoración por prioridades mediatas, inmediatas y tardías con enfoque de los 11 Patrones funcionales de Marjory Gordon en el paciente en estado crítico .....	74
Apéndice D Escala de Glasgow Lactantes.....	82
Apéndice E Escala de Braden .....	83
Apéndice F Escala del dolor en neonatos (NIPS) .....	84
Apéndice G Escala de Ámsterdam .....	85
Apéndice H Escala de Newman .....	86

## Capítulo I

### 1.1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS,2009), “los trastornos neurológicos son aquellas patologías que afectan al sistema nervioso central y al sistema nervioso periférico”, en relación a esto el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares en el 2010 incorpora a la hidrocefalia dentro de los trastornos neurológicos, definiéndola como “condición en la que la principal característica es la acumulación excesiva de líquido cerebroespinal dando como resultado la dilatación anormal de los espacios en el cerebro llamados ventrículos. Esta dilatación ocasiona una presión perjudicial en los tejidos del cerebro”.

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de la Hidrocefalia Congénita y Adquirida en menores de 1 año de Edad (2011), define a la Hidrocefalia como “una enfermedad que se caracteriza por incremento en el contenido de líquido cefalorraquídeo (LCR) causado por la dificultad para la circulación, incremento de la producción y absorción del mismo”.

En cuanto a la prevalencia de esta condición se encontró que a nivel mundial hay de 0.36 a 0.75 casos por cada 1000 nacimientos vivos (Wiig,2017), mientras que en Estados Unidos y otros países europeos es de 3 a 4 por cada 1000 nacidos vivos, incluyendo a estos pacientes como única alteración neurológica o como parte de un síndrome (GPC,2011); por otro lado, en Latinoamérica la incidencia es de 4 casos por 1000 nacidos vivos (Vega, 2016). Como único dato en México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) mencionó que ha tenido alrededor de 700 nuevos casos de hidrocefalia a nivel nacional, siendo Jalisco, Nuevo León y Coahuila los estados con mayor prevalencia de paciente. (IMSS,2020).

El LCR es generado por estructuras vasculares llamadas plexos coroideos localizadas en los ventrículos tercero, cuarto y lateral; el líquido se desplaza lenta y unidireccionalmente a través del sistema ventricular, brota del cuarto ventrículo hacia el espacio subaracnoideo y se absorbe a través de las granulaciones aracnoideas en dirección a los senos venosos y a la circulación sistémica. Normalmente la producción del LCR. en niños es de 0.35 ml/min, o sea 500 cc/día que se renuevan cada ocho horas.

Se distinguen 2 tipos de hidrocefalia:

- No comunicante: existe interferencia en la circulación del LCR dentro del sistema ventricular originadas en cualquiera de sus estructuras (acueducto de Silvio, agujeros de Monro, cuarto ventrículo, agujero de Luschka y/o agujero de Magendie).
- Comunicante: se encuentra un bloqueo en la absorción de LCR en las vellosidades aracnoideas. (Luna, 2016)

Esta patología se puede desarrollar intrauterinamente entre la tercera y cuarta semana de gestación debido a una alteración en el tubo neuronal, tumoración, infección, prematuridad, hemorragia intracraneal, lesión en el parto o formación anormal de los vasos sanguíneos.

El cuadro clínico se distingue por: macrocefalia, irritabilidad psicomotora, convulsiones, somnolencia, deficiencia en el tono y la fuerza muscular, hiporexia marcada con alteraciones en la succión, ojos fijos hacia abajo, insuficiencia postnatal, coma o herniación por hipertensión intracraneal severa. (Castro, 2019). Estas manifestaciones clínicas se pueden llegar a presentar posterior al nacimiento, haciendo difícil diferenciar entre un origen congénita u adquirida. (Nazar, 2009)

Su diagnóstico durante el embarazo como detección precoz, recién nacidos y lactantes menores es por medio de ecografía y resonancia magnética (RM). En lactantes mayores y escolares se hace uso de una Tomografía Axial Computarizada (TAC) y RM, estos estudios pueden definir la estructura del SNC y dar con exactitud la magnitud y etiología del proceso.

La opción quirúrgica es el principal tratamiento en esta patología, tratando de corregir la funcionalidad neurológica, siendo los principales procedimientos: flebectomía coroidea, remoción de la obstrucción, ventriculostomía, derivación ventriculoauricular o derivación ventriculopleural y derivación ventrículo peritoneal (DVP), siendo esta última la más utilizada en el área hospitalaria.

Las principales complicaciones de una DVP son: falla mecánica de la válvula (debido a una obstrucción, desconexión, migración y fallo del equipo), infección y drenaje anómalo de LCR. La infección es la segunda causa más común del mal funcionamiento de la DVP, con una tasa reportada del 8 a 15% aproximadamente entre los pacientes que optan por este procedimiento. (GPC Diagnóstico y Manejo de la Hidrocefalia Congénita y Adquirida en menores de 1 año de Edad, 2011).

Es importante considerar el impacto de la hidrocefalia congénita en la población, ya que puede ser diagnosticada en la etapa prenatal siendo esta un pilar fundamental en la identificación y corrección del riesgo de desarrollar esta patología, al igual que el abordaje quirúrgico precoz.

### **Estudios relacionados que han abordado esta condición de salud.**

Morales y cols (2019) realizaron un estudio transversal, retrospectivo y descriptivo de niños con hidrocefalia con el objetivo de conocer la prevalencia de casos de hidrocefalia en pediátricos en un hospital en un lapso de 3 años, la población de estudio fue de 287 paciente con hidrocefalia, como causa congénita el 63.7%; habiendo disfunción mecánica en el 4% y mortalidad del 1%, estas muertes están asociadas a infecciones sistémicas y el 0.6% a infección respiratoria. Ellos resaltan la importancia de su diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.

Insuasty y cols (2017) elaboraron un estudio tipo caso clínico con el objetivo de planificar cuidados enfermeros en un paciente con meningitis e hidrocefalia, siendo la población de estudio un paciente de 2 años 7 meses. Se basaron en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Como resultado los diagnósticos enfermeros fueron: patrón respiratorio ineficaz, dolor agudo, hipertermia, estreñimiento, riesgo de infección, riesgo de aspiración y riesgo de cansancio del rol del cuidador. Con las intervenciones realizadas en el plan de cuidados se logró disminuir las posibles complicaciones y una pronta recuperación siendo dado de alta el paciente. Las intervenciones continuaron a domicilio y se capacitó a los padres.

Orezano (2018) elaboró un estudio de caso clínico donde su objetivo fue determinar los cuidados a realizar en un paciente post operado de colocación de VVP, la población de estudio fue un adulto de 70 años de edad. Utiliza como base los 13 dominios del NANDA así como las taxonomías NIC y NOC; los diagnósticos enfermeros resultados son: dolor agudo, déficit de volumen de líquidos, deterioro de la integridad cutánea, disminución del gasto cardiaco, limpieza ineficaz de las vías aéreas,

riesgo de infección, afrontamiento familiar comprometido e hipertermia. El paciente permaneció hospitalizado hasta la recuperación total de la cirugía, se mantuvo en observación y valoración continua para verificar la funcionalidad de la VVP por parte de neurocirugía. Finalmente infiere en que la enfermera debe actualizar los conocimientos sobre el manejo de estos drenajes, así como el proceso es una herramienta científica que permitirá realizar un cuidado adecuado del paciente pos operado.

Velazco y Lobo (2019) realizaron una revisión sistemática de artículos en fuentes verídicas sobre pacientes con hidrocefalia de presión normal o crónica del adulto. Su objetivo fue realizar un plan de cuidado estandarizado específico con base en la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Ellos realizan una propuesta de proceso enfermero con los siguientes diagnósticos: Deterioro de la memoria, incontinencia urinaria funcional, riesgo de síndrome de fragilidad del anciano. Es decir, dependiendo de la progresión de la enfermedad las intervenciones de enfermería irán orientadas a las necesidades básicas del paciente. Por lo que concluye la importancia de realizar un plan de cuidados enfermeros desde el ingreso del paciente a la unidad hospitalaria hasta su egreso ya sea a su domicilio u otro centro de atención médica, así como hacer partícipe a la familia en todo el proceso.

Ceballos y cols (2019) realizaron un estudio de tipo caso clínico donde su objetivo fue realizar un plan de cuidados de enfermería a un paciente de 85 años con hidrocefalia en un hospital. Utilizó el modelo enfermero de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA, NOC y NIC. Los diagnósticos enfermeros identificados fueron: deterioro de la deglución, deterioro de la eliminación urinaria, incontinencia fecal, privación del sueño, riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, deterioro de la

comunicación verbal y deterioro de la movilidad física. Las intervenciones se enfocaron en la recuperación a corto y medio plazo de la capacidad física y cognitiva de las habilidades afectadas creando un entorno saludable para llevar a cabo las diversas actividades, con el apoyo del cuidador principal.

La profesionalización conlleva una gran responsabilidad, adquirir conocimiento y hacer uso de ellos adecuadamente para un cuidado especializado, el conocer de hidrocefalia nos lleva a participar rápidamente en los procesos de diagnóstico y tratamiento de la misma, asegurando una atención integral e individualizada, mayor calidad en los cuidados y apoyo a los pacientes y familias afectados; estos abarcan desde cuidados pre y postoperatorios, hasta el plan de alta. Todo esto con la finalidad de proporcionar autonomía para una mejora en la calidad de vida.

## **1.2 Marco de Referencial**

El proceso enfermero es una herramienta metodológica que otorga cuidados de una manera sistematizada. Está compuesta por cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Valoración: nos permite apreciar el estado de salud del paciente, familia o comunidad, se basa en la recolección, organización y confirmación de los datos referentes al estado de salud. Se usa como punto de partida los patrones funcionales de Marjory Gordon creados en 1973, valorando las áreas de: cognitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutrición-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones del rol, auto percepción-autoconcepto, creencias-valores y descanso-sueño, permitiendo identificar los patrones alterados y trabajar sobre ellos.

**Diagnóstico:** Es la identificación de las respuestas humanas a problemas de salud en donde se incluyen diagnósticos reales, de riesgo y salud.

**Planeación:** consiste en la determinación de prioridades inmediatas y sus intervenciones independientes e interdependientes, así como los resultados esperados.

**Ejecución:** es posterior a la elaboración de planes de cuidados mediante preparación, intervención y documentación.

**Evaluación:** en esta última etapa se miden los resultados obtenidos, recordando que es continuo y formal por lo aún están presentes las otras etapas del proceso.

(Alvarez,2017)

El siguiente trabajo es un proceso enfermero a un lactante menor con disfunción de VVP, en el que se utilizó: valoración cefalocaudal, los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, Escala de Glasgow (Apéndice D), Escala de Braden (Apéndice E), Escala de NIPS (Apéndice F), Escala de Newman, Instrumento de valoración por prioridades mediatas, inmediatas y tardías con enfoque de los 11 Patrones funcionales de Marjory Gordon en el paciente en estado crítico (Morales, 2014), y la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de la Hidrocefalia Congénita y Adquirida en menores de 1 año de Edad.

### **1.3 Objetivo General**

Aplicar cuidados especializados a través de un Proceso Enfermero a una lactante menor con Válvula Ventrículo Peritoneal (VVP) disfuncional con la finalidad de mejorar su crecimiento y desarrollo.

#### **1.3.1 Específicos**

- Describir los 11 patrones funcionales de Margory Gordon, del paciente con Válvula Ventriculoperitoneal Disfuncional y su entorno.

- Elaborar diagnósticos de enfermería que conduzcan a planear intervenciones especializadas y personalizadas de un paciente con Válvula Ventriculoperitoneal Disfuncional.
- Elaborar un plan de intervenciones de enfermería en un paciente con Válvula Ventriculoperitoneal Disfuncional.
- Describir los resultados obtenido a través del proceso enfermero del paciente con Válvula Ventriculoperitoneal Disfuncional.

## Capítulo II

### 2.1. Diseño de Caso Clínico

Se realizó un caso clínico descriptivo, prospectivo y longitudinal. El sujeto de estudio es una lactante menor con diagnóstico de Válvula Ventrículo Peritoneal Disfuncional. Este paciente se ubica en el servicio de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) y pediatría de un hospital de segundo nivel de atención del Estado de Puebla. Los instrumentos de recogida de información utilizados fueron: observación directa, valoración céfalo-caudal, historia clínica, revisión del expediente, laboratorios, pruebas diagnósticas, entrevista con el tutor de la niña, los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Se realizó un análisis crítico de la obtención de datos objetivos y subjetivos para elaborar los diagnósticos de enfermería prioritarios. Se elaboró un plan de cuidados especializados considerando los resultados de las intervenciones que conforman el plan y se lleva a cabo una valoración en donde se aplica una calificación ponderal.

La revisión bibliográfica fue realizada en las siguientes bases de datos: Scielo, Pubmed, Google académico, utilizando como criterios de búsqueda: Hidrocefalia congénita, válvula ventriculoperitoneal, proceso de enfermería, cuidados de enfermería, intervenciones de enfermería, nursing care, nursing interventions, hydrocephalus congenital, se seleccionan artículos en inglés y español. Se elabora un plan de Atención de Enfermería utilizando las taxonomías NANDA, NOC, NIC Y EBE con Guías de Práctica Clínica de la Comisión Permanente de Enfermería.

## 2.2 Valoración de Enfermería

### Datos de Identificación

Nombre de la paciente: R.H.I. Parentesco del cuidador principal: Madre

Peso a su ingreso: 3,145g    Peso actual: 3,100 g

Fecha de nacimiento: 09 de Julio de 2020

Edad:33 DVEU                      Sexo: Femenino

Lugar de residencia: Chignahuapan, Puebla                      Religión: Ninguna

### Diagnósticos médicos:

- Hidrocefalia Congénita
- PO colocación de VVP (12Julio 2020) y PO retiro de VVP (01 agosto 2020)

#### 2.2.1 Datos Ambientales:

Lactante que se encuentra en el área de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de un hospital de tercer nivel de atención médica, sala con capacidad para 3 camas, ubicada en cuna radiante, a la cabecera se muestran tomas de aire, vacío, oxígeno y corriente eléctrica; con cajonera para cosas personales, la misma tiene soporte para monitor. Habitación con los controles mínimos de temperatura, iluminación, silencio y ventilación.

#### 2.2.2 Antecedentes Heredofamiliares:

Madre de 27 años de edad, estado civil: unión libre, escolaridad: preparatoria, estilista, estado de salud: sano aparentemente, hemotipo: o (+), toxicomanías: negadas. FUR 15/10/2019.

Padre de 29 años, escolaridad: ingeniero civil, estado de salud: sano aparentemente, hemotipo: o (+), toxicomanías: tabaquismo positivo.

1 hijo de 5 años aparentemente sanos. Abuela materna: finada de DM2

### **2.2.3 Antecedentes Perinatales:**

Producto de gesta 2, partos 1, cesárea 1, abortos 0, vivos 1, SDG 37, recibe atención prenatal, 5 consultas recibidas, con uso de Hierro y ácido fólico a partir del 2do mes, se realiza 5 USG con reporte de hidrocefalia, sospecha de espina bífida. Sin trabajo de parto (TDP), se realiza cesárea, al nacimiento no respira ni llora, FC <100 lpm, presenta, Apgar 7/8, Silverman 2, Capurro 37SDG, apnea y acrocianosis ante esto colocan VPP 2 ciclos. Somatometría: Peso 3145, talla 50cm, Pc 40cm, t 31.5cm, Pa,30cm, pie 7cm.

### **2.2.4 Datos Históricos:**

Al momento del nacimiento se decide ingresar a la Unidad de Cuidados Neonatales (UCIN) para vigilancia de macrocefalia, se mantiene con campana cefálica a 3Lpm, en ayuno, sin presencia de apneas y/o movimientos involuntarios.

El día 12 de Julio de 2020 colocan VVP quedando funcional, regresa de quirófano con apoyo ventilatorio fase III el cual se retira hasta el día 15 de Julio, encontrándose estable.

Posteriormente el 28 de Julio de 2020 presenta apneas y pobre automatismo respiratorio, se intuba y queda en modo de Ventilación Mandatoria Intermitente Sincronizada (SIMV), presenta fuga de líquido en zona de implante de válvula, se toma citoquímico e inicia con esquema de antibióticos por probable neuro infección ya que extremo de válvula se exteriorizó, no se encuentran microorganismos en cultivo de LCR; se toma TAC con disminución de masa encefálica.

El día 01 de agosto de 2020 se realiza procedimiento quirúrgico: retiro de VVP, continua con apoyo ventilatorio en modo Asisto Control (AC), Fio2 60%.

### 2.2.5 Datos actuales:

Signos vitales: Frecuencia cardiaca 128 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 49 por minuto, temperatura axilar 36°, tensión arterial 96/48 (70) mmHg, saturación de oxígeno por pulso 97%, glicemia capilar 114mm/dl, peso 3100 kilogramos.

Lactante menor de 33 DVEU en UTIP, en cuna radiante al 35%, monitorizada, herida quirúrgica con eritema en área frontal derecha PO de retiro de VVP, con apoyo ventilatorio fase III con cánula endotraqueal en modo SIMV con Fio2 50%, Presión Positiva al final de la Espiración (PEEP) 5, frecuencia respiratoria 50, sin sedación, Glasgow 9 (Abertura ocular: 4, Respuesta verbal: 2, Respuesta motora: 3 ), Nips 6 ( Expresión facial: 1, llanto: 1, patrón respiratorio: 1, Movimientos en brazos: 1, Movimiento de piernas: 1, estado de despierto: 1), reflejo de moro (positivo disminuido), reflejo Babinski (disminuido), reflejo de succión (disminuido, reflejo palmar (no se valora por mantener empuñamiento de manos), reflejo plantar (disminuido), reflejo de tónico de cuello (se mantiene solo de un lado, con dificultad de cambio de posición), sin presencia de movimientos anormales o crisis convulsivas al momento; catéter central doble lumen funcional sin datos de infección en área de inserción, pasando solución para administración de medicamentos, con palidez de tegumentos, mucosas hidratadas, pulsos periféricos sincronizados, llenado capilar de 2 segundos, se observa con cánula endotraqueal funcional fijada en él #9.5, a la exploración se escucha con campos pulmonares ventilados, simétricos, con presencia de estertores bilaterales, moderadas secreciones, abdomen sin datos de distensión, peristalsis presente, cicatriz en abdomen por colocación de VVP, uso de pañal. Continua con tratamiento farmacológico: Omeprazol 3mg iv cada 24h, Vitamina K

2mg cada 24h, Cefepime 155mg iv cada 12h, Vancomicina 45mg iv cada 8h, Fluconazol 18mg iv cada 24h, Fenitoína 10mg iv cada 12h. Se espera termino de antibióticos para recolocación de nueva VVP.

### **2.2.6 Estudios de Laboratorio:**

09/08/20: Glucosa 42md/dl, urea12.9mg/dl, creatinina 0.3mg/dl, sodio en suero 79 mmol/L, Potasio en suero 6.94 mmol/L, Cloro en suero 74mmol/L.

11/08/20: Sodio en suero 83mmol/L.

GASA: PH: 7.56, Pco2:30 mmHg, po2: 134mmHg, Na: 90mmol/L, K: 3.7 mmol/L, Ca: 1.09 mmol/L, Lac: 6.1 mmol/L, HCO3: 26.9 mmol/L, BE: 4.6 mmol/L, THbc: 8.2 g/dl.

## **2.3 Valoración por Patrones Funcionales**

### **1. Patrón percepción-manejo de salud**

Ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) inmediatamente al nacimiento, madre refiere que en ecografía de 3er mes les diagnosticaron la macrocefalia, al hablarlo con su pareja deciden continuar con el embarazo. Se le coloca una VVP la cual se retira 16 días después por disfunción, en espera de recolocación de VVP y gastrostomía. Sin alergias ni vacunas hasta el momento. Se encuentra actualmente en área de UTIP.

### **2. Patrón nutricional-metabólico.**

Peso: 3100g

Se encuentra con ligera palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas, sonda orogástrica (SOG) para alimentación. En la estancia dentro del hospital estuvo en ayuno varios días debido a apneas: con reflejo de succión y deglución débil. El día 9/08/2020

se inicia alimentación por sonda orogástrica previa administración de procinético, actualmente con aporte de fórmula Hidrolizada de 10 ml por toma cada 3 horas, con horario de 9,12,15,18,21,24,3 en posición semi-fowler estricto.

### **3.Patrón eliminación.**

Miccionando y evacuando espontáneamente. Peristalsis presente.

### **4.Patrón actividad- ejercicio.**

Apoyo ventilatorio fase III con cánula endotraqueal No. 3.5 fijada en 8 en modo SIMV, FiO2 50%, peep 5, por presencia de apneas debido a la disminución de masa cefálica y aumento del tamaño de los ventrículos producto de la misma patología, abundantes secreciones por boca de tipo sialorreicas, en cánula se encuentran secreciones blanquecinas espesas, requiere de micronebulizaciones con combivent. Al disminuir parámetros del ventilador para el destete inicia con taquicardia, taquipnea y esfuerzo de músculos respiratorios. Newman (alto riesgo) Braden (alto riesgo).

Cuenta con catéter central doble lumen en subclavia derecha permeable sin datos de infección en área de inserción. En cuanto datos cardiovasculares se nota precordial normo dinámico, ruidos cardiacos normales para la edad y tensión arterial dentro de rangos normales.

### **5.Patrón sueño-descanso.**

Se encuentra hipoactiva, reactiva al dolor y cambio de posición, con dificultad para conciliar el sueño debido a actividades de enfermería y médicas.

### **6. Patrón cognitivo-perceptual.**

Presenta un NIPS de 6 (Expresión facial: 1, llanto: 1, patrón respiratorio: 1, Movimientos en brazos: 1, Movimiento de piernas: 1, estado de despierto: 1), Glasgow de 9, pupilas isocóricas normo reflexivas con un diámetro de 3mm cada una

**7. Patrón autopercepción-autoconcepto.**

NA

**8. Patrón rol-relaciones.**

Padres viven en unión libre, refieren estar dispuestos a prender los cuidados que requiere su hija.

**9. Patrón sexualidad-reproducción.**

Genitales sin alteraciones, adecuados para su edad.

**10. Patrón Afrontamiento - tolerancia al estrés.**

Padres tienen conocimiento del diagnóstico y pronóstico del paciente. Se encuentran tranquilos y cooperadores para la capacitación en cuidados para cuando egrese a piso su hija.

**11. Patrón valores-creencias.**

Refieren no ser católicos, pero si creyentes.

**2.4 Valoración continua**

**Día I: 10 de agosto de 2020 8:00 a 20:00 - UTIP**

**Patrón percepción-manejo de salud**

Continua en área de UTIP, aumenta PC y recolocan VVP el día 09 de agosto y gastrostomía debido a reflejo de succión y deglución nula. Alterado el patrón respiratorio por la acumulación de secreciones (sialorrea) en boca, se realiza aspiración de secreciones 2 veces por turno.

**Patrón Nutrición–Metabólico:**

Colocan sonda de gastrostomía por débil reflejo de succión y deglución, se encuentra con lesión dérmica por humedad en zona de inserción debido a fuga.

Alimentación de 30ml de fórmula extensamente hidrolizada cada 3 horas.

**Patrón Actividad- Ejercicio:**

En fase III de ventilación en modo SIMV al 45%, se programa extubación ese mismo día, siendo esta efectiva, queda con apoyo ventilatorio en fase I con c. cefálica y puritan al 35% a 3L´ desde las 11h de ese día. Sin presencia de lesiones por presión.

**Patrón Reposo-Sueño:**

Periodos de sueño cortos, con cierre palpebral incompleto, enrojecimiento de conjuntivas y sensibilidad a la luz por lo cual se coloca protección ocular.

**Día II: 29 de agosto 2020 8:00 – 20:00h****Patrón Percepción - manejo de la salud**

Se encuentra ya en el servicio de pediatría, se capacitó a madre para aspiración de secreciones, existe ya una disminución de estas, ya que se realiza prn y antes de cada toma de alimentación, mejorando el patrón respiratorio y manteniendo las vías aéreas permeables.

**Patrón Nutrición–Metabólico:**

Continua con tomas de F. hidrolizada 55ml cada 3 horas con horario de 6,9,12,15,18,21,24 y 3 más gastroclisis de 1pera más 6g de cafeína molida para 24h dividida en 3 tomas cada 8horas con horario de 6, 14, 22. Disminuyo la lesión alrededor de la gastrostomía, con uso de medicamentos recetados por el servicio de Clínica de heridas y estomas y curación de la misma.

**Patrón Reposo-Sueño:**

Continua con dificultad para cierre de parpados, se le proporciona hipromelosa cada 6h con horario de 6,12,18,24.

**Día III: 2 septiembre de 2020 8:00 – 20:00****Patrón Percepción – manejo de la salud:**

Hay un aumento de PC, por parte del servicio de neurología comentan que la válvula continua funcional, el aporte de oxígeno ya es mínimo (oxígeno indirecto a 1 L'), hay un aumento de secreciones tipo sialorreicas.

**Patrón Nutrición – Metabólico:**

Se continúa con la alimentación por sonda de gastrostomía, se modificó la toma de gastroclisis y formula, suspendiendo la toma de formula cuando se empalmen horarios.

**Patrón Eliminación:**

Paciente presenta distensión abdominal, esfuerzo en la defecación y disminución del nivel de heces desde hace 5 días, inicia con lactulax 2ml cada 8h dependiendo de las características de las evacuaciones; con un PA de 32cm. Escala de Ámsterdam se encuentra: consistencia (d) color (IV) y cantidad (2).

**Patrón Actividad- Ejercicio:**

Inicia con rehabilitación y ejercicios para reflejo de succión y deglución.

**Patrón Afrontamiento - tolerancia al estrés.**

Madre refiere encontrarse cansada siendo la cuidadora principal debido a que el papá tiene que trabajar todos los días, y otros familiares no viven cerca para apoyarla

## 2.5 Diagnósticos de Enfermería

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 4: Perfusión tisular

Diagnóstico de Enfermería 1: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz F/R lesión cerebral, prótesis valvular mecánica.

Dominio 11: Seguridad/Protección

Clase 2: Lesión física

Diagnóstico de Enfermería 2: Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C vía aérea artificial, deterioro neurovascular E/P mucosidad excesiva

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

Diagnóstico de Enfermería 3: Deterioro de la integridad cutánea (cefálica) R/C humedad. E/P alteración en la integridad cutánea, rubicundez.

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Diagnóstico de Enfermería 4: Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico (Po. Colocación de VVP y gastrostomía) E/P expresión facial de dolor, cambios de parámetros fisiológicos (FC, FR, T/A.).

## Dominio 2: Nutrición

### Clase 1: Ingestión

Diagnóstico de Enfermería 5: Deterioro de la deglución R/C problemas neurológicos, lesión cerebral, deterioro neuromuscular E/P succión ineficaz

## Dominio3: Eliminación e intercambio

### Clase 2: Función gastrointestinal

Diagnóstico de Enfermería 6: Estreñimiento R/C Disminución de la motilidad gastrointestinal, deterioro neurológico E/P Cambios en el patrón intestinal, disminución en el volumen de las heces, distensión abdominal, esfuerzo excesivo en la defecación.

## Dominio 11: Seguridad/Protección

### Clase 2: Úlcera por presión

Diagnóstico de Enfermería 7: Riesgo de úlcera por presión R/C disminución de la movilidad, largo periodo de inmovilidad sobre una superficie dura, presión sobre las prominencias óseas.

## Dominio 11: Seguridad/Protección

### Clase: 2 Lesión física

Diagnóstico de Enfermería 8: Riesgo de ojo seco F/R lesión neurológica con pérdida del reflejo sensorial o motor.

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 1: Infección

Diagnóstico de Enfermería 9: Riesgo de infección F/R procedimiento invasivo

Dominio 13: Crecimiento/ desarrollo

Clase 2: Desarrollo

Diagnóstico de Enfermería 10: Riesgo de retraso en el desarrollo F/R lesión cerebral, desorden congénito.

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 1: Rol de cuidador

Diagnóstico de Enfermería 11: Riesgo de cansancio del rol de cuidador F/R incremento en las necesidades de cuidado, cuidador femenino.

### 2.6 Plan de Cuidados

Nombre de la persona: RHI Edad: 33 días Fecha de ingreso: 9 Julio 2020  
 Servicio/ Contexto: UTIP/Pediatría Diagnóstico médico: Hidrocefalia

Dominio 4: Actividad/reposos Clase 4: Perfusión tisular	<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
	Dominio: II Salud fisiológica Clase: J Neurocognitiva				
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b>	<b>Resultado</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Puntuación Basal</b>	<b>Puntuación Diana</b>
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C lesión cerebral, prótesis valvular mecánica.	Valorar el estado neurológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciencia (3)</li> <li>• Patrón respiratorio (2)</li> <li>• Reactividad pupilar (3)</li> </ul>	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido.	<b>3</b> Moderadamente comprometido	Mantener a: 3  Aumentar a: 4
	Valorar la perfusión tisular: cerebral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquietud (3)</li> <li>• Agitación (3)</li> <li>• Deterioro Cognitivo (2)</li> <li>• Reflejos neurológicos alterados (3)</li> </ul>	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	<b>3</b> Desviación moderada del rango normal	Mantener a: 3  Aumentar a: 4

<b>Intervenciones de Enfermería</b>
<p><b>NIC: Mejora de la perfusión cerebral</b>            Campo: 2 Fisiológico Complejo            Clase: K Control Neurológico            Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos y mantener dichos parámetros dentro de ese rango.</li> <li>• Consultar con el médico para determinar la posición optima del cabecero de la cama (0, 15 o 30°) y controlar la respuesta del paciente a la posición de la cabeza.</li> <li>• Administrar analgésicos</li> <li>• Monitorizar el estado neurológico</li> <li>• Monitorizar la PAM</li> <li>• Monitorizar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones)</li> <li>• Monitorizar las entradas y salidas.</li> </ul> <p><b>Intervenciones de GPC Diagnóstico y manejo de la hidrocefalia congénita y adquirida en menores de 1 año de edad</b>            R= En lactantes buscar signos de alarma de daño neurológico: manos empuñadas, atrapamiento del pulgar y/o antebrazos en pronación            R= Verificar signos de alarma neurológica a cualquier edad: alteración en la succión, alteración en el llanto y falta de consuelo, presencia de asimetría en postura o movimiento y/o alteración del tono muscular.            R= La acetazolamida y la furosemida se han asociado a un riesgo incrementado en trastorno hidroelectrolítico y desequilibrio acido-base.</p>

<b>Intervenciones de Enfermería</b>
<p><b>NIC: Monitorización neurológica</b>            Campo 2: Fisiológico Complejo            Clase: K Control Neurológico            Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas</li> <li>• Vigilar el nivel de conciencia</li> <li>• Vigilar las tendencias en la escala de Glasgow</li> <li>• Monitorizar los signos vitales</li> <li>• Comprobar el estado respiratorio</li> <li>• Monitorizar la PIC</li> <li>• Explorar el tono muscular</li> <li>• Observar si hay temblor</li> <li>• Vigilar la respuesta de Babinski</li> <li>• Observar si hay respuesta de Cushing.</li> </ul>

### Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C lesión cerebral, prótesis valvular mecánica.

Nombre: R.H.I.

Edad: 33 días Servicio: UTIP

Fecha: 01/08/20 – 15/09/20 (T.3.1) Hora: 8:00 – 20:00

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p><b>Monitorización neurológica</b> Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se observo el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas</li> <li>• Se vigiló el nivel de conciencia y el estado respiratorio.</li> <li>• Se valoró la escala de Glasgow asi como sus signos vitales</li> <li>• Sé exploró el tono muscular</li> </ul> <p><b>Diagnóstico y manejo de la hidrocefalia congénita y adquirida en menores de 1 año de edad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se vigilaron signos de alerta neurológica como: alteración en la succión, llanto y falta de consuelo, presencia de asimetría en postura o movimiento y/o alteración del tono muscular.</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa</b> <b>Resultado esperado:</b> valorar el estado neurológico <b>Puntuación basal: (3)</b> sustancialmente comprometido <b>Puntuación pos intervención: (4)</b> Levemente comprometido <b>Puntuación cambio: +1</b> <b>Indicadores basales y post intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciencia (3-5)</li> <li>• Patrón respiratorio (2-4)</li> <li>• Reactividad pupilar (3-4)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa:</b> Con el cambio de la VVP y la monitorización adecuada se logró valorar la mejoría en el estado neurológico.</p>

## 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C lesión cerebral, prótesis valvular mecánica.

Nombre: R.H.I.

Edad: 33 días      Servicio: UTIP

Fecha: 01/08/20 – 15/09/20 (T.3.1)      Hora: 8:00 – 20:00

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p>Mejora de la perfusión cerebral</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar los parámetros hemodinámicos y mantenerlos dentro de ese rango.</li> <li>• Mantener la posición optima del cabecero de la cama (0, 15 o 30°) y controlar la respuesta del paciente a la posición.</li> <li>• Administrar analgésicos</li> <li>• Monitorizar la PAM</li> <li>• Monitorizar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones).</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa</b></p> <p><b>Resultado esperado:</b> valorar la perfusión tisular: cerebral</p> <p><b>Puntuación basal: (3)</b> Desviación moderada del rango normal</p> <p><b>6.Puntuación pos intervención: (4)</b> Desviación leve del rango normal</p> <p><b>Puntuación cambio: +1</b></p> <p><b>Indicadores basales y post intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquietud (3-4)</li> <li>• Agitación (3-5)</li> <li>• Deterioro Cognitivo (2-4)</li> <li>• Reflejos neurológicos alterados (3-4)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa:</b></p> <p>Lo que se logró fue la prevención de complicaciones post recolocación de VVP, mejorando a perfusión cerebral.</p>



<b>Intervenciones de Enfermería NIC: 3202 Manejo de la Ventilación mecánica</b>	<b>Intervenciones de Enfermería NIC: 3160 Aspiración de las vías aéreas</b>
<p>Campo: 2 Fisiológico Complejo Clase: K Control Respiratorio Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar protección facial para evitar daño en piel</li> <li>• Verificar que estén activadas las alarmas del ventilador.</li> <li>• Vigilar las actividades que aumenten el consumo de O<sub>2</sub> como dolor, ya que estas pueden alterar los ajustes de soporte del ventilador y causar desaturación de O<sub>2</sub></li> <li>• Proporcionar cambios posturales si lo amerita.</li> <li>• Cambiar circuitos del ventilador cada 24h</li> <li>• Realizar fisioterapia pulmonar (vibratoria).</li> </ul>	<p>Campo 2: Fisiológico Complejo Clase: K Control Respiratorio Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar si requiere aspiración oral y/o traqueal</li> <li>• Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración</li> <li>• Usar precauciones universales</li> <li>• Hiperoxigenar al 100% mínimamente 30segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después aspiración.</li> <li>• Utilizar la mínima cantidad de aspiración cuando se utilice un aspirador de pared (50-95mmHg neonatos).</li> <li>• Aspirar orofaringe después de terminar la aspiración traqueal.</li> <li>• Observar y registrar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.</li> </ul>

<b>Intervenciones de Enfermería NIC: 3320 Oxigenoterapia</b>
<p>Campo: 2 Fisiológico Complejo Clase: K Control Respiratorio Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsimetría, gasometría arterial).</li><li>• Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno</li><li>• Observar si hay atelectasia por absorción, producida por el exceso de oxígeno.</li></ul>

<b>Intervenciones de Enfermería NIC: 3350 Monitorización Respiratoria</b>
<p>Campo: 2 Fisiológico Complejo Clase: K control respiratorio Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Colocar oximetría de pulso continuo.</li><li>• Auscultar sonidos respiratorios, verificando si hay disminución o ausencia de ventilación y/o presencia de sonidos adventicios.</li><li>• Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para verificar los resultados.</li><li>• Verificar los parámetros ventilatorios anotando los aumentos de presiones inspiratorias y las disminuciones de volumen corriente.</li></ul>

## 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
Patrón Respiratorio Ineficaz R/C deterioro neurológico y neuromuscular E/P Disminución de la capacidad vital, disminución de la presión espiratoria e inspiratoria, apneas, alteración de los movimientos torácicos y patrón respiratorio anormal.

Nombre: R.H. I

Edad: 33 días Servicio: UTIP/ Pediatría

Fecha: 01/08/20 – 15/09/20 Hora: 8:00 a 20:00  
(T.3.1)

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p>Aspiración de las vías aéreas</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evaluó la necesidad de aspiración oral y/o traqueal así como la auscultación los sonidos respiratorios antes y después de cada intervención</li> <li>• Se aspiró primero tráquea y posterior la orofaringe.</li> <li>• Se anotó las características de las secreciones.</li> <li>• Se vigiló el estado respiratorio así como la frecuencia, ritmo, profundidad, y esfuerzo de las respiraciones</li> <li>• Se hizo uso de oximetría de pulso continuo.</li> </ul> <p>Manejo de la ventilación mecánica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se colocó protección facial para evitar daño por presión en la piel</li> <li>• Se vigiló las actividades que aumenten el consumo de O<sub>2</sub> como dolor.</li> <li>• Realizar fisioterapia pulmonar (vibratoria).</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa</b></p> <p><b>Resultado esperado:</b> Mejorar el estado respiratorio</p> <p><b>Puntuación basal:</b> (3) Moderada</p> <p><b>Puntuación post intervención:</b> (4) Leve</p> <p><b>Puntuación cambio:</b> (+1)</p> <p><b>Indicadores basales y post intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acumulación de esputo (3)</li> <li>• Deterioro cognitivo (3)</li> <li>• Sonidos respiratorios adventicios (3)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa:</b></p> <p>Se logró disminuir las secreciones y mantener una vía aérea permeable, mejorando el patrón respiratorio y niveles de saturación.</p>

## 2.6 Plan de Cuidados

Nombre de la persona: RHI Edad: 33 días Fecha de ingreso: 9 Julio 2020

Servicio/ Contexto: Pediatría Diagnóstico médico: Hidrocefalia

Dominio 11: Seguridad/protección Clase 2: Lesión física	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio 2: Salud Fisiológica Clase L: Integridad tisular				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Deterioro de la integridad cutánea R/C humedad. E/P alteración en la integridad cutánea, rubicundez en sitio de inserción de SGTT.	Mejorar la integridad tisular: piel y membranas mucosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pigmentación anormal (3)</li> <li>• Lesiones cutáneas (3)</li> <li>• Eritema (2)</li> </ul>	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	<b>3</b> Moderado	<i>Mantener a:</i> 3 <i>Aumentar a:</i> 5

<b>Intervenciones de Enfermería NIC: 3360 Cuidados de la herida.</b>	<b>Intervenciones de Enfermería NIC: 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico</b>
<p>Campo 02: Fisiológico Complejo Clase: Control de la piel/heridas. Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar las características del drenaje (color, tamaño y olor).</li> <li>• Realizar limpieza con solución fisiológica o un limpiador no toxico</li> <li>• Aplicar una crema adecuada en la piel/ lesión</li> <li>• Cambiar el apósito según la cantidad del exudado.</li> <li>• Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida</li> <li>• Enseñar al familiar los procedimientos de cuidado de a herida</li> <li>• Enseñar al familiar los signos de infección</li> <li>• Remitir al especialista de ostomías.</li> </ul>	<p>Campo 02: Fisiológico Complejo Clase: Control de la piel/heridas. Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espolvorear la piel con polvos medicinales</li> <li>• Cubrir las manos con guantes</li> <li>• Abstenerse de usar jabones alcalinos en la piel</li> <li>• Hacer uso de los servicios de especialización (heridas y estomas).</li> <li>• Inspeccionar diariamente la piel</li> <li>• Aplicar agente antiinflamatorio tópico en la zona afectada</li> </ul>

### 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
Deterioro de la integridad cutánea R/C extremos de edad, humedad. E/P alteración en la integridad cutánea, rubicundez.

Nombre: R.H. I

Edad: 33 días Servicio: Pediatría

Fecha: 10/08/20 – 15/09/20 Hora: 8:00 a 20:00  
(T.3.1)

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p>Cuidados de la herida</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar las características del drenaje (color, tamaño y olor).</li> <li>• Realizar limpieza con solución fisiológica o un limpiador no toxico</li> <li>• Cambiar el apósito según la cantidad del exudado.</li> <li>• Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida</li> <li>• Enseñar al familiar los procedimientos de cuidado de la herida</li> <li>• Enseñar al familiar los signos de infección</li> </ul> <p>Cuidados de la piel: tratamiento tópico</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espolvorear la piel con polvos medicinales (Hollister Adapt Polvo Hidrocoloide)</li> <li>• Hacer uso de los servicios de especialización (heridas y estomas).</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa</b></p> <p><b>Resultado esperado:</b> Mejorar la integridad tisular: piel y membranas mucosas</p> <p><b>Puntuación basal:</b> (3) Moderado</p> <p><b>Puntuación post intervención:</b> (5) Ninguno</p> <p><b>Puntuación cambio:</b> (+2)</p> <p><b>Indicadores basales y post intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pigmentación anormal (3-5)</li> <li>• Lesiones cutáneas (3-5)</li> <li>• Eritema (2-5)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa:</b></p> <p>Se realizo interconsulta con el servicio de heridas y estomas, se capacito al personal y familiar para realizar curación de área periestomal, se logró mejora en la integridad tisular.</p>

## 2.6 Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: R.H. I Edad: 33 días Fecha de Ingreso: 09/ Julio/2020

Servicio/ Contexto: Pediatría Diagnóstico Médico: Hidrocefalia

Dominio 12: Confort Clase 1: Confort físico	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio V: Salud percibida Clase V: Sintomatología				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico (Post operado de traqueostomía y gastrostomía) E/P expresión facial de dolor, cambios de parámetros fisiológicos (FC, FR, T/A)	<b>Manejo del Nivel de dolor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresiones faciales de dolor (3)</li> <li>• Inquietud (3)</li> <li>• Irritabilidad (4)</li> <li>• Llanto (3)</li> <li>• FR (2)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	Moderado 3	<b>Mantener a:3</b>  <b>Aumentar a:4</b>

**Intervenciones de Enfermería NIC: Manejo de dolor**

Campo 1: Fisiológico básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

**Actividades**

- Observar signos no verbales de dolor.
- Verificar que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Hacer uso de medidas de control del dolor antes de que este sea muy intenso.
- Fomentar periodos de sueño/descanso adecuado que finalmente el alivio del dolor.
- Se le administre sus analgésicos a la hora adecuada para evitar picos de dolor intensos.
- Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor cuando corresponda.

**Intervención de Enfermería NIC: Administración de analgésicos**

Campo 2: Fisiológico complejo

Clase H: Control de fármacos

**Actividades:**

- Definir las características, ubicación y gravedad del dolor antes de ministrar medicamentos.
- Comprobar si existe alguna alergia a medicamentos.
- Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto del analgésico óptimo
- Elegir la vía intravenosa (IV) frecuentes de medicación contra el dolor.
- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario potencializar la analgesia
- Anotar la respuesta al analgésico y cualquier reacción adversa.

### 2.7 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico (P.O. colocación de VVP y gastrostomía) E/P expresión facial del dolor, cambio de parámetros fisiológicos (FC, FR, T/A)

Nombre: R.H. I

Edad: 33 días      Edad: 33 días

Fecha: 10/08/20 – 15/09/20      Hora: 8:00-20:00  
(T.3.1)

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p><b>Manejo de dolor</b></p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le administro sus analgésicos a la hora exacta para evitar picos de dolor intensos.</li> <li>• Se eligió la vía IV, para la administración de medicación contra el dolor.</li> <li>• Se refirió a clínica de dolor</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa:</b></p> <p><b>Resultado esperado:</b> Nivel del dolor</p> <p><b>Puntuación basal:</b> Moderado 3</p> <p><b>Puntuación pos intervención:</b> Leve 4</p> <p><b>Puntuación cambio:</b> +1</p> <p><b>Indicadores basales y pos intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresiones faciales de dolor (3-4)</li> <li>• Inquietud (3-4)</li> <li>• Irritabilidad (4-4)</li> <li>• Llanto (3-4)</li> <li>• FR (2-4)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa</b></p> <p>Con la aplicación de los analgésicos adecuados se logró controlar el nivel de dolor, relacionado con los procedimientos quirúrgicos realizados.</p>

Nombre de la persona: RHI Edad: 33 días Fecha de ingreso: 9 Julio 2020

Servicio/ Contexto: UTIP/ Pediatría Diagnóstico médico: Hidrocefalia

Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión	<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
	Dominio 02: Salud Fisiológica Clase k: Digestión y nutrición				
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b>	<b>Resultado</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Puntuación Basal</b>	<b>Puntuación Diana</b>
Deterioro de la deglución R/C problemas neurológicos, lesión cerebral, deterioro neurovascular E/P succión ineficaz	Vigilar el estado de deglución	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantiene la comida en la boca (2)</li> <li>Controla las secreciones en la boca (3)</li> <li>Momento del reflejo de succión (3)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Gravemente comprometido</li> <li>Sustancialmente comprometido</li> <li>Moderadamente comprometido</li> <li>Levemente comprometido</li> <li>No comprometido</li> </ol>	<b>3 Moderadamente comprometido</b>	<p><i>Mantener a: 3</i></p> <p><i>Aumentar a: 4</i></p>

Intervenciones de Enfermería NIC	Intervenciones de Enfermería NIC
<p><b>Alimentación enteral por sonda</b>            Campo 01: Fisiológico Básico            Clase E: Fomento de la comodidad física            Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insertar una sonda orogástrica</li> <li>• Observar si la colocación de la sonda es correcta</li> <li>• Colocar una marca como guía en el tubo como medida de verificación.</li> <li>• Elevar la cabecera de 30 a 45° durante la alimentación</li> <li>• Utilizar una técnica higiénica</li> </ul>	<p><b>Precauciones para evitar la aspiración</b>            Campo 04: Seguridad            Clase V: Control de riesgos            Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar el estado de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso, y capacidad deglutoria.</li> <li>• Mantener permeable una vía aérea</li> <li>• Para la alimentación por SNG se recomienda una posición de más de 30° o 90° (lo más incorporado posible), así como posterior a la alimentación (30-45 minutos)</li> <li>• Mantener el equipo de aspiración disponible</li> <li>• Comprobar la colocación de la SOG o SGTT antes de la alimentación.</li> <li>• Comprobar el residuo de la sonda de alimentación antes de la toma.</li> <li>• Proporcionar cuidados orales.</li> </ul>

### 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

Diagnóstico de Enfermería
Deterioro de la deglución R/C problemas neurológicos, lesión cerebral, deterioro neurovascular E/P succión ineficaz

Nombre: R.H. IEdad: 33 días Servicio: UTIP/ PediatríaFecha: 09 /07/20- 15/09/20 Hora: 8:00 a 20:00

Intervenciones realizadas	Evaluación del cuidado
<p><b>Alimentación enteral por sonda</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insertar una sonda orogástrica</li> <li>• Elevar la cabecera de 30 a 45° durante la alimentación</li> <li>• Utilizar una técnica higiénica</li> </ul> <p><b>Precauciones para evitar la aspiración</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se vigiló el estado de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso, y capacidad deglutoria.</li> <li>• Para la alimentación por SNG se colocó en una posición de más de 30° o 90° (lo más incorporado posible), así como posterior a la alimentación (30-45 minutos)</li> <li>• Se comprobó la colocación de la SOG o SGTT al igual que el residuo de la sonda de alimentación antes de la toma.</li> <li>• Se proporcionaron cuidados orales.</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa</b></p> <p><b>Resultado esperado:</b> Vigilar el estado de deglución</p> <p><b>Puntuación basal: (3)</b> Moderadamente comprometido</p> <p><b>Puntuación post intervención: (4)</b> Levemente comprometido.</p> <p><b>Puntuación cambio: (+1)</b></p> <p><b>Indicadores basales y post intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene la comida en la boca (2-3)</li> <li>• Controla las secreciones en la boca (3-4)</li> <li>• Momento del reflejo de succión (3-4)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa:</b></p> <p>Debido al daño neurológico el reflejo de succión y deglución quedó afectado, la alimentación continuó por SGTT y se capacitó a los padres para su adecuado cuidado y funcionamiento en domicilio.</p>

## 2.6 Plan de Cuidados

Nombre de la persona: RHI Edad: 33 días Fecha de ingreso: 9 Julio 2020

Servicio/ Contexto: Pediatría Diagnóstico médico: Hidrocefalia

Dominio3: Eliminación e intercambio Clase 2: Función gastrointestinal	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio 2: Salud fisiológica Clase F: Eliminación.				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
<i>Estreñimiento</i> R/C Disminución de la motilidad gastrointestinal, deterioro neurológico E/P Cambios en el patrón intestinal, disminución en el volumen de las heces, distensión abdominal, esfuerzo excesivo en la defecación.	Mejorar la eliminación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de eliminación (3)</li> <li>• Control de movimientos intestinales (3)</li> <li>• Cantidad de heces en relación de la dieta (3)</li> <li>• Eliminación fecal sin ayuda (2)</li> <li>• Facilidad de eliminación de las heces (3)</li> </ul>	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3 Moderadamente comprometido	<i>Mantener a:</i> 3  <i>Aumentar a:</i> 4

**Intervenciones de Enfermería NIC: 0450 Manejo del estreñimiento, impactación fecal.**

Campo 1: Fisiológico Básico.

Clase B: Control de la eliminación.

Actividades

- Registrar las características de las heces (frecuencia, consistencia, forma, volumen y color).
- Vigilar la existencia de peristaltismo
- Mantener un control de entradas para el contenido nutricional
- Sugerir el uso de laxantes / ablandadores de heces.
- Identificar los factores (medicación)
- Pesarse al paciente regularmente

### 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
<i>Estreñimiento</i> R/C Disminución de la motilidad gastrointestinal, deterioro neurológico E/P Cambios en el patrón intestinal, disminución en el volumen de las heces, distensión abdominal, esfuerzo excesivo en la defecación.

Nombre: R.H. I

Edad: 33 días Servicio: Pediatría

Fecha: 01/09/20- 15/11/20 Hora: 8:00 a 20:00

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p>Manejo del estreñimiento, impactación fecal</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se registró las características de las heces (frecuencia, consistencia, forma, volumen y color).</li> <li>• Se vigiló la presencia de peristaltismo así como un control de entradas para el contenido nutricional</li> <li>• Se hizo uso de laxantes.</li> <li>• Se identificó factores de medicación (Fenitoína).</li> <li>• Se pesó al paciente regularmente.</li> <li>• Se realiza estimulación rectal y masaje abdominal.</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa:</b></p> <p><b>Resultado esperado:</b> Mejorar la eliminación intestinal</p> <p><b>Puntuación basal: (3)</b> Moderadamente comprometido</p> <p><b>Puntuación post intervención: (4)</b> Levemente comprometido</p> <p><b>Puntuación cambio: (+1)</b></p> <p><b>Indicadores basales y post intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de eliminación (3-4)</li> <li>• Control de movimientos intestinales (3-4)</li> <li>• Cantidad de heces en relación de la dieta (3-4)</li> <li>• Eliminación fecal sin ayuda (2-4)</li> <li>• Facilidad de eliminación de las heces (3-5)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa:</b></p> <p>Con el apoyo de laxantes, estimulación y masaje abdominal se logró disminuir y controlar el estreñimiento, debido a que es por daño neurológico la paciente se fue con tratamiento a casa.</p>



<b>Intervenciones de Enfermería NIC: 3540Prevención de úlceras por presión</b>	<b>Recomendaciones (GPC)</b>
<p>Campo: Seguridad Clase: Control de Riesgos Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer uso de escalas de valoración de riesgo para valorar factores de riesgo (Braden).</li> <li>• Registrar el estado de la piel a diario así como zonas enrojecidas.</li> <li>• Colocar barreras de protección</li> <li>• Cambio de posición ca 1-2 horas</li> <li>• Vigilar la piel en puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día</li> <li>• Mantener la cama de la ropa seca y limpia, evitar arrugas</li> <li>• Utilizar camas y colchones especiales</li> <li>• Enseñar a la familia a vigilar signos de solución de continuidad de la piel</li> </ul>	<p>Prevención y Tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario</p> <p>R= Utilice la escala de Braden o Norton para valorar el riesgo de desarrollar UPP</p> <p>R= No realizar masaje en la piel que cubre prominencias óseas (cizallamiento produce lesión en microcirculación provocando hipoxia)</p> <p>R= Proteja la piel con productos como películas de poliuretano y óxido de zinc</p> <p>R= Movilizar al paciente evitando el arrastre que produce fricción y movimientos de cizalla</p> <p>R= No utilizar flotantes y cojines en forma de dona (provoca edema y congestión venosa).</p>

## 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
Riesgo de úlcera por presión R/C disminución de la movilidad, largo periodo de inmovilidad sobre una superficie dura, presión sobre las prominencias óseas, extremo de vida.

Nombre: R.H. I

Edad: 33 días Servicio: UTIP/ Pediatría

Fecha: 09 /07/20- 15/09/20 Hora: 8:00 a 20:00

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p>Prevención de úlceras por presión</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar el estado de la piel a diario así como zonas enrojecidas.</li> <li>• Colocar barreras de protección y cambio de posición cada 1-2 horas</li> <li>• Vigilar la piel en puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día</li> <li>• Mantener la cama de la ropa seca y limpia, evitar arrugas</li> </ul> <p>Prevención y Tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario</p> <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilice la escala de Braden o Norton para valorar el riesgo de desarrollar UPP</li> <li>• No realizar masaje en la piel que cubre prominencias óseas (cizallamiento produce lesión en microcirculación provocando hipoxia)</li> <li>• Proteja la piel con productos como películas de poliuretano y óxido de zinc</li> <li>• No utilizar flotantes y cojines en forma de dona (provoca edema y congestión venosa).</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa</b></p> <p><b>Resultado esperado:</b> Control del riesgo: herida por presión (ulcera por presión)</p> <p><b>Puntuación basal: (3)</b> Frecuentemente demostrado</p> <p><b>Puntuación post intervención: (5)</b> Siempre demostrado</p> <p><b>Puntuación cambio: (+2)</b></p> <p><b>Indicadores basales y post intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica los signos y síntomas de la úlcera por presión (4-5)</li> <li>• Verifica el enrojecimiento de las prominencias óseas (2-5)</li> <li>• Reduce la exposición de la piel a la orina y heces (3-5)</li> <li>• Identifica limitaciones de movilidad (3-5)</li> <li>• Cambia de posición al menos cada 2 horas (4-5)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa:</b></p> <p>El personal de salud se capacitó para la prevención de úlceras por presión, siendo efectiva ya que el paciente durante la estancia no presentó ninguna lesión.</p>

Nombre de la persona: RHI Edad: 33 días Fecha de ingreso: 9 Julio 2020

Servicio/ Contexto: UTIP/ Pediatría Diagnóstico médico: Hidrocefalia

Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 2: Lesión física  <b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b>	<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
	Dominio 06: Salud percibida Clase V: Sintomatología				
	<b>Resultado</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Puntuación Basal</b>	<b>Puntuación Diana</b>
Riesgo de ojo seco R/C lesiones neurológicas con pérdida de reflejo sensorial o motor	Vigilar la severidad del ojo seco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierre palpebral incompleto (3)</li> <li>• Sensibilidad a la luz (3)</li> <li>• Enrojecimiento de la conjuntiva (4)</li> </ul>	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	3 Moderado	<i>Mantener a:</i> 3  <i>Aumentar a:</i> 4

<b>Intervenciones de Enfermería NIC: Prevención de la sequedad ocular</b>	<b>Intervenciones NIC: Cuidados de los ojos</b>
<p>Campo 01: Fisiológico Básico  Clase E: Fomento de la comodidad física  Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar los signos y síntomas de sequedad ocular</li> <li>• Valorar el reflejo de parpadeo</li> <li>• Brindar cuidados oculares al menos dos veces al día, aplicando lubricantes.</li> <li>• Colocar protección ocular.</li> <li>• Notificar los síntomas y signos anormales al médico</li> </ul>	<p>Campo 01: Fisiológico Básico  Clase F: Facilitación del autocuidado  Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración</li> <li>• Observar el reflejo corneal</li> <li>• Aplicar lubricante.</li> <li>• Mantener el ojo cerrado con esparadrapo.</li> </ul>

### 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
Riesgo de ojo seco R/C lesiones neurológicas con pérdida de reflejo sensorial o motor

Nombre: R.H. I

Edad: 33 días Servicio: UTIP/ Pediatría

Fecha: 09 /07/20- 15/09/20 Hora: 8:00 a 20:00

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p>Prevención de la sequedad ocular</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se monitorizaron los signos y síntomas de sequedad ocular al igual que el reflejo de parpadeo</li> <li>• Se administraron cuidados oculares al menos dos veces al día y la aplicación de lubricantes</li> <li>• Se notificaron los síntomas y signos anormales al médico inmediatamente así como su evolución.</li> </ul> <p>Cuidados de los ojos</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se observó el reflejo corneal y se aplicó protección ocular</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa</b></p> <p><b>Resultado esperado:</b> Vigilar la severidad del ojo seco</p> <p><b>Puntuación basal: (3)</b> Moderado</p> <p><b>Puntuación post intervención: (4)</b> Leve</p> <p><b>Puntuación cambio: (+1)</b></p> <p><b>Indicadores basales y post intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierre palpebral incompleto (3-4)</li> <li>• Sensibilidad a la luz (3-4)</li> <li>• Enrojecimiento de la conjuntiva (4-5)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa:</b></p> <p>Debido al daño neurológico el reflejo palpebral quedo dañado, lo que se logro es una hidratación/lubricación y disminución de daño corneal.</p>

## 2.6 Plan de Cuidados

Nombre de la persona: RHI Edad: 33 días Fecha de ingreso: 9 Julio 2020

Servicio/ Contexto: UTIP/ Pediatría Diagnóstico médico: Hidrocefalia

Dominio 11: Seguridad/protección	<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b>	Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase T: Control de riesgo y seguridad				
	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo (catéter venoso central, gastrostomía, VVP)	<b>Mejorar el control de riesgo: proceso infeccioso</b> (Dirigido a personal de salud y familiar)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce los factores de riesgo (4)</li> <li>• Identifica el riesgo de infección en las actividades diarias (4)</li> <li>• Controla el entorno para identificar factores asociados al riesgo (4)</li> <li>• Mantiene un entorno limpio (4)</li> <li>• Practica la higiene de las manos (4)</li> </ul>	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	<b>Frecuentemente Demostrado 4</b>	<i>Mantener a:</i> <b>4</b>  <i>Aumentar a:</i> <b>5</b>

## 1. Intervenciones de Enfermería NIC

### Control de infecciones

Campo: 4 Seguridad

Clase: V Control de riesgos

Actividades:

- Capacitar al personal sobre el correcto lavado de manos.
- Ordenar a los familiares a realizar la higiene de manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
- Hacer uso de jabón antimicrobiano.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente.
- Usar guantes estériles, según corresponda.
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuadas.
- Instruir a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando se deben notificar.

## Intervención de Enfermería NIC

### Manejo de un acceso venoso central

Campo: Fisiológico complejo

Clase: N Control de la perfusión tisular

Actividades:

- Utilizar una técnica aséptica cuando se manipule el catéter, se acceda a él o se use para administrar medicación.
- Respetar las precauciones universales.
- Verificar la permeabilidad del catéter antes de administrar el tratamiento prescrito, según corresponda a cada tipo de dispositivo.
- Realizar curación de forma semanal o antes si se mancha, se perfora o se despegó la fijación.
- Utilizar clorhexidina al 2% en una solución de alcohol isopropílico al 70% para limpiar la herida de salida y el catéter en todos los cambios de apósito.

### 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	Nombre: <u>R.H. I</u>
Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo	Edad: <u>33 días</u> Servicio: <u>UTIP/ Pediatría</u>
	Fecha: <u>09 /07/20- 15/09/20</u> Hora: <u>8:00 a 20:00</u>

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p><b>Control de infecciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se reforzó al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.</li> <li>• Se pidió a familiares y personal de salud a lavarse las manos antes y después de brindar atención al paciente.</li> <li>• Se utilizó un agente antibacteriano adecuado para limpiar la piel del paciente.</li> <li>• Se aseguró que se usara una técnica de cuidados de heridas adecuadas.</li> <li>• Se instruyó al paciente y a la familia sobre los signos y síntomas de infección y cuando debe ser necesario notificar al profesional de salud.</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa</b></p> <p><b>Resultado esperado:</b> Control de Riesgo</p> <p><b>Puntuación basal: (4)</b></p> <p><b>Puntuación post intervención: (5)</b></p> <p><b>Puntuación cambio: (+1)</b></p> <p><b>Indicadores basales y post intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce los factores de riesgo (4-5)</li> <li>• Identifica el riesgo de infección en las actividades diarias (4-5)</li> <li>• Controla el entorno para identificar factores asociados al riesgo (4-5)</li> <li>• Mantiene un entorno limpio (4-5)</li> <li>• Practica la higiene de las manos (4-5)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa:</b></p> <p>Se logra que el paciente no presente ninguna infección intra hospitalaria, así como a los familiares se les explica la importancia del lavado de manos.</p>

## 2.6 Plan de Cuidados

Nombre de la persona: RHI Edad: 33 días Fecha de ingreso: 9 Julio 2020

Servicio/ Contexto: Pediatría Diagnóstico médico: Hidrocefalia

Dominio 13: Crecimiento/ desarrollo Clase 2: Desarrollo	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio 1: Salud funcional Clase B: Crecimiento y Desarrollo				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Riesgo de retraso en el desarrollo F/R lesión cerebral, desorden congénito.	Valorar el desarrollo infantil: 1 mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflejo de Moro (3)</li> <li>• Reflejo tónico del cuello (2)</li> <li>• Reflejo de Babinski (3)</li> <li>• Reflejo de succión (1)</li> <li>• Reflejo palmar (1)</li> <li>• Reflejo plantar (3)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	A veces demostrado 3	<p><b>Mantener a:</b> 3</p> <p><b>Aumentar a:</b> 4</p>

Intervenciones de Enfermería NIC	Intervenciones de Enfermería NIC
<p><b>Fomentar el desarrollo: Lactantes</b>            Campo 5: Familia            Clase Z: Cuidados de crianza de un nuevo bebé            Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir a los padres sobre una nutrición y hábitos adecuados</li> <li>• Enseñar como tratar y evitar la dermatitis por pañal</li> <li>• Ayudar a identificar la presencia de alteraciones del ciclo del sueño – vigilia</li> <li>• Proporcionar información precisa sobre los riesgos, beneficios, contraindicaciones y efectos secundarios de las vacunas</li> <li>• Apoyar a los padres a encontrar maneras de integrar al lactante en el sistema familiar</li> <li>• Animar a los progenitores a proporcionar estimulación auditiva y visual agradable</li> <li>• Enseñar los reflejos a los progenitores y explicar su significado en el cuidado del lactante</li> <li>• Demostrar técnicas para tranquilizar</li> </ul>	<p><b>Enseñanza: estimulación del lactante (0 a 4 meses)</b>            Campo 3: Conductual            Clase S: Educación de los pacientes            Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la interacción cara a cara con el lactante, de igual manera a tocarlo y abrazarlo con frecuencia.</li> <li>• Enseñar a los progenitores a hablar, cantar y sonreír al lactante mientras se le cuida así como decir su nombre con frecuencia.</li> <li>• Enseñar a bañar al bebé acariciándole con un masaje</li> <li>• Enseñar a dar un masaje al lactante con una loción, con caricias suaves pero firmes</li> </ul>

### 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
Riesgo de retraso en el desarrollo F/R lesión cerebral, desorden congénito

Nombre: R.H. I

Edad: 33 días Servicio: Pediatría

Fecha: 10/08/20 – 15/09/20 Hora: 8:00 a 20:00  
(T.3.1)

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p><b>Fomentar el desarrollo: Lactantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sé enseñó a los padres sobre una nutrición y hábitos adecuados</li> <li>• Se mostraron los reflejos a los progenitores y explicar su significado en el cuidado del lactante</li> <li>• Sé ayudó a los progenitores a encontrar maneras de integrar al lactante en el sistema familiar por medio de la siguiente intervención</li> </ul> <p><b>Enseñanza: estimulación del lactante (0 a 4 meses)</b> Se les enseñó a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interactuar cara a cara con el lactante, de igual manera a tocarlo y abrazarlo con frecuencia.</li> <li>• A los padres a hablar, cantar y sonreír al lactante mientras se le cuida así como decir su nombre con frecuencia.</li> <li>• A bañar al bebé acariciándole con un masaje</li> <li>• A dar un masaje al lactante con una loción, con caricias suaves pero firmes</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa</b> <b>Resultado esperado:</b> Valorar el desarrollo infantil: 1 mes <b>Puntuación basal:</b> (3) A veces demostrado <b>Puntuación post intervención:</b> (3) <b>Puntuación cambio:</b> (0) <b>Indicadores basales y post intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflejo de Moro (3-3)</li> <li>• Reflejo tónico del cuello (2-4)</li> <li>• Reflejo de Babinski (3-3)</li> <li>• Reflejo de succión (1-2)</li> <li>• Reflejo palmar (1-1)</li> <li>• Reflejo plantar (3-3)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa:</b> Debido al daño neurológico el riesgo de retraso del desarrollo es alto, los reflejos van de la mano del daño.</p>

## 2.6 Plan de Cuidados

Nombre de la persona: RHI Edad: 33 días Fecha de ingreso: 9 Julio 2020

Servicio/ Contexto: Pediatría Diagnóstico médico: Hidrocefalia

Dominio 7: Rol/relaciones Clase 1: Rol de cuidador	<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
	Dominio 6: Salud Familiar Clase W: Ejecución del cuidador familiar				
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b>	<b>Resultado</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Puntuación Basal</b>	<b>Puntuación Diana</b>
Riesgo de cansancio del rol de cuidador F/R incremento en las necesidades de cuidado, cuidador femenino.	Valorar la resistencia del papel del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descanso para el cuidador familiar (3)</li> <li>• Apoyo del profesional sanitario al cuidador (3)</li> <li>• Suministros para los cuidados (3)</li> <li>• Apoyo social para el cuidador familiar (3)</li> </ul>	1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado	Moderadamente Adecuado 3	<i>Mantener a:</i> 3  <i>Aumentar a:</i> 5

<b>Intervenciones de Enfermería: Apoyo al Cuidador Profesional</b>	<b>Intervenciones de Enfermería: Mejora del afrontamiento</b>
<p>Campo 05: Familia Clase X: Cuidados durante la vida Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el nivel de conocimientos del cuidador</li> <li>• Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador</li> <li>• Demostrar técnicas de manejo de estrés</li> <li>• Actuar en lugar del cuidador si se hay sobrecarga de trabajo</li> <li>• Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo</li> </ul>	<p>Campo 03: Conductual Clase R: Ayuda para el afrontamiento Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar un ambiente de aceptación</li> <li>• Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante</li> <li>• Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo</li> </ul>
<b>Intervenciones de Enfermería: Cuidados por relevo</b>	
<p>Campo 05: Familia Clase X: Cuidados durante la vida Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponer los preparativos para el cuidador sustituto</li> <li>• Seguir la rutina habitual de cuidados</li> <li>• Proporcionar cuidados, como ejercicios, deambulación e higiene.</li> <li>• Proporcionar un informe al cuidador habitual de regreso</li> <li>• Coordinar los soportes de soporte comunitario</li> </ul>	

### 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
Riesgo de cansancio del rol de cuidador F/R incremento en las necesidades de cuidado, cuidador femenino.

Nombre: R.H. I

Edad: 33 días Servicio: Pediatría

Fecha: 10/08/20 – 15/09/20 Hora: 8:00 a 20:00  
(T.3.1)

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p><b>Cuidados por relevo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se proporciono cuidados al familiar apoyándole en prestaciones del servicio de regaderas, apoyo alimenticio y ropa para una mejor higiene y comodidad mientras se realizó el relevo.</li> </ul> <p><b>Apoyo al cuidador principal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se le enseñó técnicas de manejo de estrés como leer un libro.</li> <li>Cuando el cuidador tenía que salir a desayunar o arreglar documentación se actuaba en su lugar, haciendo compañía a su paciente.</li> <li>Se apoyó al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo</li> </ul> <p><b>Mejora del afrontamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se ayudó al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa</b></p> <p><b>Resultado esperado:</b> Valorar la resistencia del papel del cuidador</p> <p><b>Puntuación basal:</b> Moderadamente Adecuado (3)</p> <p><b>Puntuación post intervención:</b> Completamente adecuado (5)</p> <p><b>Puntuación cambio:</b> (+2)</p> <p><b>Indicadores basales y post intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Descanso para el cuidador familiar (2-4)</li> <li>Apoyo del profesional sanitario al cuidador (3-5)</li> <li>Suministros para los cuidados (3-5)</li> <li>Apoyo social para el cuidador familiar (3-5)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa:</b></p> <p>Con las intervenciones realizadas se logró que la cuidadora tuviera un adecuado descanso, un apoyo tanto del personal de salud, trabajo social y otros familiares de pacientes.</p>

## 2.8 Plan de Alta.

**Nombre:** R.H.I    **Edad:** 3 meses    **Fecha de Ingreso:** 09/07/2020

**Servicio:** Pediatría    **Diagnóstico Médico:** Hidrocefalia

### Intervenciones de Enfermería

Capacitación a padres sobre:

#### S. Digestivo

- Enseñar a la familia sobre el manejo de la sonda de gastrostomía
- Orientar a la familia sobre la importancia de mantener a la paciente en posición semi-fowler antes de suministrar la dieta prescrita por sonda de gastrostomía y a que altura se debe proporcionar (gravedad), así como el aseo de la sonda antes y después de la alimentación.
- Orientar sobre la preparación, conservación y temperatura adecuada para la administración de la alimentación.

#### S. Respiratorio

- Capacitar a la madre sobre cómo realizar la aspiración de secreciones en caso necesario.
- Orientar sobre los cambios respiratorios y cuando traer a urgencias.

#### Antropometría

- Mencionar que la medición del perímetro abdominal pre y postprandial es importante para función intestinal y de la VVP

- Medir PC semanalmente si fuese necesario para valoración de funcionamiento de la VVP.

#### Rehabilitación

- Continuar con ejercicios y terapias que se le programen.

#### Familia

- Se refirió a trabajo social para apoyo en cuanto a madre.

## Capítulo III

### 3.1 Discusión

El presente trabajo tuvo como finalidad elaborar un proceso enfermero en una lactante menor realizando una valoración a través de los patrones funcionales de Margory Gordon para obtener diagnósticos que guiaron las intervenciones especializadas y personalizadas por el profesional de salud en una paciente con válvula ventrículo peritoneal disfuncional. Así como lo reportado por otros autores que han estudiado sobre el mismo tema.

Se describieron los diagnósticos enfermeros que se identificaron en orden de prioridad: riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz, limpieza ineficaz de las vías aéreas, deterioro de la integridad cutánea (cefálica), dolor agudo, deterioro de la deglución, estreñimiento, riesgo de úlcera por presión, riesgo de ojo seco, riesgo de infección, riesgo de retraso en el desarrollo y riesgo de cansancio del rol del cuidador.

Con respecto al diagnóstico de limpieza ineficaz de las vías aéreas, siendo uno de los diagnósticos principales del paciente coincide con Orezano (2018), menciona que las intervenciones de enfermería de dicho problema de salud, están encaminadas para ayudar a mejorar este diagnóstico como: manejo de la vía aérea, oxigenoterapia, estado de los signos vitales y manejo de la medicación.

Así mismos de acuerdo al enfoque del diagnóstico deterioro de la integridad cutánea corresponde con lo que menciona Orezano (2018) que, al aplicar las intervenciones de vigilancia del estado de la piel, aplicar crema y observar si hay enrojecimiento se mejora el estado de salud referente a la piel.

A cerca del diagnóstico de dolor agudo en los estudios realizados por Insuasty (2017) y Orezano (2018) aplican intervenciones como administración de analgésicos y apoyo clínico lo cual se implementó en el presente caso clínico.

Ceballos y cols (2019) en un estudio realizado solo hacen referencia al diagnóstico de deterioro de deglución sin desarrollar intervenciones de enfermería específicas, por lo que coincide con el elaborado en el presente trabajo además de planear e implementar las acciones oportunas que tuvieron un avance significativo.

En relación al diagnóstico de estreñimiento Insuasty (2017), coincide con las intervenciones que sugieren como control intestinal y manejo del estreñimiento.

De acuerdo al diagnóstico de riesgo de infección coincido con lo realizado por Insuasty y cols (2017) y Orezano (2018) donde mencionan la importancia de realizar un adecuado lavado de manos, así como la vigilancia de la piel, cuidados del catéter venoso central y la válvula ventriculoperitoneal.

En el diagnóstico de riesgo de cansancio del rol del cuidador Insuasty y cols, (2017), hacen referencia que las intervenciones de enfermería mejoran el afrontamiento y se logran disminuir las posibles complicaciones del paciente y el cansancio del cuidador para continuar el cuidado en su domicilio.

Referente a los diagnósticos de enfermería de riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz, riesgo de ojo seco y riesgo de retraso en el desarrollo no existe evidencia para su discusión, sin embargo, al elaborarlos en el presente caso clínico, planear sus intervenciones e implementarlas, se logra mejoría significativa en una lactante menor con VVP disfuncional.

### **3.2 Conclusiones**

La aplicación del proceso enfermero basado en la valoración por patrones funcionales de M. Gordon permitió identificar y tratar las necesidades afectadas a través de cuidados de enfermería con fundamento científico como el uso de las GPC, escalas de valoración y NOM, con la finalidad de establecer prioridades en la atención brindada a la paciente.

Sin embargo, cabe mencionar que al realizar la búsqueda de la literatura no se localiza la suficiente evidencia científica en estudios desarrollados por profesionales de enfermería que hayan abordado este problema de salud.

La Hidrocefalia es una patología que puede ser detectada y tratada a tiempo en el periodo perinatal, si no se logra una detección temprana es necesario aplicar los conocimientos adecuadas para la mejora de la calidad de vida de los pacientes con este problema de salud.

La paciente que se presenta en este caso clínico, no logra la recuperación total, sin embargo, se logra que el personal de enfermería y la familia se involucren en el proceso enfermero.

Es necesario recordar que el objetivo de los especialistas en pediatría, es desarrollar el pensamiento crítico para identificar las alteraciones de los niños, implementado intervenciones específicas independientes e interdependientes de acuerdo a sus necesidades.

### **3.3 Recomendaciones**

1. Identificar de manera oportuna los signos y síntomas de una hidrocefalia para una intervención oportuna evitando futuras complicaciones.
2. Capacitar al profesional de enfermería en forma continua sobre el manejo de pacientes con este problema de salud.
3. Capacitar a los familiares sobre los cuidados que se realizarán al paciente una vez dado de alta a su domicilio ya que requerirán de intervenciones especiales durante su control.
4. Explicarle al familiar que la recuperación será por un periodo prolongado por lo que deberá tener una actitud positiva y que se seguirá trabajando con un equipo de salud multidisciplinario.
5. Elaborar estudios de investigación sobre hidrocefalia y VVP con la finalidad de que exista mayores evidencias científicas.
6. Difundir los resultados de las investigaciones científicas sobre este problema de salud.
7. Fomentar la integración social de estos niños para mejorar su crecimiento y desarrollo.

## Referencias

- Álvarez, E., & González, E. (2014). Bases fisiopatológicas de los trastornos del sodio en pediatría. *Revista chilena de pediatría*, 85(3), 269-280.
- Castro Castillo, J. B., & Paz Nicolalde, L. C. (2019). Hidrocefalia en niños (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).
- Ceballos Linares, A. (2019) Hidrocefalia crónica del adulto. Intervención de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de la Macarena. Sevilla.
- Escala de Amsterdam Modificado de Bekkali N, Hamers SL, Reitsma JB, Van Toledo L, Benninga MA. Infant Stool Form Scale: Development and results. *J Pediatr*. 2009; 154: 521-9
- Figuroa, w. A. G. (2015). Disfunción del sistema de derivación ventriculoperitoneal (doctoral dissertation, universidad de San Carlos de Guatemala).
- González, S., Carbonaro, M., Fedullo, A., Sormani, M. I., Ceinos, M. D. C., González, R., & Rosanova, M. T. (2018). Infecciones asociadas a sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo en pediatría: análisis epidemiológico y de factores de riesgo de mortalidad. *Arch Argent Pediatr*, 116(3), 198-203.
- Grille, Pedro, Costa, Gonzalo, Biestro, Alberto, & Wajskopf, Saúl. (2007). Manejo del drenaje ventricular externo en la unidad de cuidados intensivos. Guía práctica. *Revista Médica del Uruguay*, 23(1), 50-55. Recuperado en 17 de agosto de 2020, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902007000100007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902007000100007&lng=es&tlng=es)

Guía de manejo Neurocirugía (2013) Edición 2 Neurocoop.

<http://www.neurocoop.com.co/>

Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de Ulceras por Presión a Nivel Intrahospitalario, México: Secretaria de Salud: 2009.

Guía de Práctica Clínica: Diagnostico y Manejo de la hidrocefalia Congénita y adquirida en menores de 1 año de edad, México: Secretaria de Salud,2011.

Insuasty, M. C. L., Villa, K. F., Arévalo, T. M. N., Calderín, O. C., & Ruíz, P. I. (2017). Proceso enfermero en paciente pediátrico con meningitis e hidrocefalia. *Eugenio espejo*, 11(2), 45-55.

López, L. G., Cubells, C. L., Clará, J. C., Calvo, M. P., Rodrigo, J. M., Rico, A. P., & Fernández, J. P. (1998). Complicaciones de las válvulas de derivación de líquido cefalorraquídeo. *An Esp Pediatr*, 48, 368-370.

Morales, C., et al (2019) Hidrocefalia en población pediátrica. Experiencia en el servicio de neurocirugía del hospital pediátrico Baca Ortiz, Quito-Ecuador, 2016-2019. *Perú J Neurosurg* 2020; 2(3): 81-87.

Nazar, N. (1997). Hidrocefalia congénita. *Rev. méd. hondur*, 23-5

Orezano Francisco, D. (2018). Cuidados de enfermería en paciente post operado de colocación de sistema de drenaje ventricular externa por hidrocefalia.

Riveros Escobar, E. A. (2019). Factores de riesgo asociados a infección en derivación ventrículo peritoneal en niños con hidrocefalia. Recuperado de:  
[http://www.dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/15429/RiverosEscobar\\_E.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/15429/RiverosEscobar_E.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Temoltzin Pérez, Y. M. (2016). Factores de riesgo para neuro infección en pediátricos con válvula de derivación ventrículo peritoneal (Doctoral dissertation, Universidad Veracruzana. Facultad de Medicina. Región Veracruz.).
- Velasco Fernández, L., & Loba Mancilla, N. (2019). Cuidados estandarizados para el adulto mayor con hidrocefalia de presión normal o crónica del adulto (Doctoral dissertation, Universidad Santiago de Cali).
- Villegas Adriázola, E., Brun Sanjines, J., & Arequipa Cubillas, G. (2006). Causas de hidrocefalia en menores de 13 años de edad. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 45(2), 85-89.
- Wiig, U. S., Zahl, S. M., Egge, A., Helseth, E., & Wester, K. (2017). Epidemiology of benign external hydrocephalus in Norway—a population-based study. *Pediatric Neurology*, 73, 36-41.
- Zweckberger K, Sakowitz OW, Unterberg AW, et al. (2009). Intracranial pressure-volume relationship. *Physiology and pathophysiology Anaesthetist*. 58:392-7

**Apéndice A****Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla.****Facultad de Enfermería.  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado.****Consentimiento informado**

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

A quien corresponda:

Acepto participar de manera voluntaria en la aplicación de un proceso enfermero a través de patrones funcionales de M. Gordón a mi hija, el cual tiene el propósito de identificar los factores de riesgo reales y potenciales que ponen en riesgo su salud. Se me ha informado que se me realizara una entrevista y a mi hija un examen físico. También se me aseguro que se respetará nuestra privacidad, nuestros derechos como seres humanos y que la información que proporcione será confidencial, así mismo de retirarme en el momento que lo crea pertinente.

Conociendo lo anterior doy mi consentimiento y autorización para que se me realicen las preguntas y la valoración necesaria a mi hija.

Firma del Tutor

Firma Del Profesional de Salud

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Apéndice B

### Valoración de Enfermería del Niño, a Través de los “*Patrones Funcionales De Marjory Gordon*”.

#### I. Información de Identificación

**Iniciales del niño:**

**Fecha de nacimiento:**

**Edad:**

**Sexo:**

**Peso:**

**Percentil:**

**Longitud o talla:**

**Percentil:**

**Circunferencia craneal (si es adecuado):**

**Percentil:**

**Alergias:**

#### II. Valoración de datos básico

##### A.-PATRON DE PERCEPCION DE LA SALUD-CONTROL DE LA SALUD

###### 1. Para todos los niños:

- a) ¿Cómo es la salud de su hijo en general?
- b) ¿Cómo está de salud su hijo hoy?
- c) ¿Qué hace para que su hijo se mantenga bien?

- Nutrición
- Oportunidades para el ejercicio y juego
- Cuidado sanitario profesional
- Vacunación
- ¿Algún medicamento habitual? ¿Qué es? ¿Para qué sirve?

###### 2. Para el niño hospitalizado o enfermo:

- a) ¿Por qué ingresó su hijo en el Hospital?
  - ¿Qué le produjo la enfermedad / lesión?
  - ¿Cuándo empezó la enfermedad?
- b) ¿Qué tratamiento se le está dando a su hijo?
  - ¿Cómo entiende el propósito de tratamiento?
  - ¿Cómo piensa que está funcionando el tratamiento?
- c) ¿Ha sido hospitalizado antes su hijo? ¿Por qué razón? ¿Cómo fue para usted y su hijo?

- d) ¿Qué expectativas tiene hacia esta hospitalización?
- e) ¿Prevé algún problema para cuidar a su hijo cuando vaya a casa? ¿Qué problemas prevé?

**3. Para niños sanos como enfermos.** (Aplicar este rubro a todos los niños que tengan menos de 24 meses de edad con problemas de salud, como ejemplo incapacidades en el desarrollo, complicaciones por ser prematuro, etc.).

- a) ¿Tuvo la madre cuidado prenatal? ¿Cuánto tiempo?
- b) ¿Tomó la madre alguna medicación durante el embarazo?
- c) ¿Hubo algunas complicaciones durante el embarazo?
- d) ¿Cuál fue el peso y longitud del niño al nacer?
- e) ¿Cuánto duró la gestación?
- f) ¿Hubo alguna complicación con el niño durante su primer mes de vida?

## **B.- PATRON NUTRICIONAL-METABOLICO**

¿Cómo es el apetito del niño?

Describa un día típico para su hijo, en términos de lo que consume y bebe en las comidas y como aperitivos:

- a) Alimentación materna:
  - ¿Con que frecuencia?
  - ¿Cuánto tiempo en cada toma?
  - ¿Algún problema?
  - Planes para continuar o destetarlo
- b) Biberón:
  - Nombre de la palilla.
  - Número de tomas en 24 horas.
  - Cantidad tomada en cada toma.
  - Problemas percibidos.
  - Planes para continuar o cambiarlo.
- c) Alimentos sólidos:
  - Cuando empezó.
  - Grupos de alimentos que toma el niño.
  - Cantidades aproximadas en cada comida.
  - Describa una merienda típica después del colegio.
- d) General:
  - ¿Existe alguna restricción alimentaría o dieta especial debida a alergias, intolerancias, otros problemas de salud o prácticas religiosas?
  - ¿Qué vitamina y/o suplementos toma el niño?
  - ¿Cuánta leche bebe el niño en 24 horas?

➤ ¿Utiliza el niño la botella o una taza?

1. ¿Qué comidas en especial le gustan y disgustan al niño?
2. ¿Con que frecuencia va el niño a restaurantes de comida rápida? ¿Qué pide normalmente?
3. ¿Cuántos caramelos, otros dulces, aperitivos preparados y gaseosas toma el niño?
4. ¿Tiene alguna preocupación sobre el apetito de su hijo, su conducta alimentaría o dieta?

### C.- PATRON DE ELIMINACION

#### 1. Intestino:

- a) ¿Cuántas deposiciones hace su hijo al día?
- b) ¿De qué color, cantidad y consistencia?
- c) ¿Sabe utilizar el retrete?
- d) ¿Necesita laxantes, enemas o supositorios alguna vez? ¿Con qué frecuencia? ¿Cómo decide si necesita de lo anterior?
- e) ¿Cuál es el cuidado normal de su colostomía / ileostomía (si es aplicable).

#### 2. Vejiga:

- a) ¿Tiene su hijo algún problema con la micción?
  - Moja la cama (enuresis).
  - Escozor u otra disuria.
  - Goteo.
  - Oliguria.
  - Poliuria.
  - Retención urinaria.
- b) ¿Se utiliza algún sistema de ayuda?
  - Sondaje intermitente.
  - Sonda vesical.
  - Estoma para el drenaje urinario – describa los cuidados rutinarios.
- c) ¿Sabe el niño cómo utilizar el retrete?
  - Durante el día
  - Durante la noche
  - ¿Accidentes?

#### 3. Piel:

- a) ¿Tiene algún problema su hijo con la piel alguna vez (por ejemplo: picor, hinchazón, rash, ¿llagas, acné o cambios en el color temperatura)?  
 Descríbalo.

## D.-PATRON DE ACTIVIDAD-EJERCICIO

1. Capacidades motoras groseras.
  - a) ¿Cuándo empezó su hijo a rodar sobre sí mismo? ¿A sentarse solo? ¿A caminar solo? ¿A subir escaleras? ¿A montar en triciclo? (etc.). (Obtener información adecuada a la edad del niño y capacidades de desarrollo.)
  - b) ¿En qué deportes / ejercicios participa el niño y le gustan?
  - c) ¿Tiene alguna preocupación sobre las capacidades del niño en estas áreas?
  
2. Capacidades motoras finas.
  - a) ¿Alcanza a las cosas su hijo? ¿Agarra? ¿Cambia los objetos de una mano a otra? ¿Utiliza los dedos para coger las cosas? ¿Come solo las galletas? ¿Utiliza la cuchara?
  - b) ¿Qué entretenimientos tiene su hijo?
  - c) ¿Tiene alguna preocupación sobre la capacidad del niño para utilizar las manos?
  
3. Capacidades o actividades de auto cuidado.
  - a) ¿Qué independencia tiene su hijo para alimentarse? Describa la ayuda que necesita, si la necesita.
  - b) ¿Cuánta ayuda necesita su hijo para ir al retrete? Si se utilizan sistemas de ayuda, ¿es independiente el niño o necesita ayuda? Descríbalo. ¿Utiliza el niño pañales, una silla con orinal o el retrete?
  - c) ¿Cuánta ayuda necesita el niño para vestirse (botones, lazos, zapatillas, etc.)?
  - d) ¿Cuánta ayuda necesita el niño con las prácticas higiénicas (bañarse, lavarse los dientes, etc.)? ¿Prefiere el baño o la ducha?

## E.- PATRONES DE REPOSO-SUEÑO

1. ¿Cuántas horas duerme el niño de cada 24 horas?
  - a) Por la noche.
  - b) Siestas.
  
2. ¿Cuál es la rutina del sueño normal del niño?
  - a) A la hora de acostarse.
  - b) A la hora de la siesta.
  - c) Rituales (cuentos, bebidas, etc.)
  - d) Objetos que le den seguridad.
  
3. ¿Tiene algún problema en relación con el sueño?
  - a) Pesadillas
  - b) Dificultad para dormirse
  - c) Rehúsa acostarse
  - d) Se despierta durante la noche.

## F.- PATRON COGNITIVO-PERCEPTUAL

5. ¿Tiene el niño alguna deficiencia en la percepción sensorial (audición, olfato, vista, tacto)? Descríbalo.
6. ¿En qué curso está el niño?
  - a) ¿Cómo le va en el colegio?
  - b) ¿Qué problemas, si los hay, se perciben por parte de los padres, profesor o por el niño con respecto al logro escolar?

## G.- PATRON DE AUTO-PERCEPCION

7. ¿Cómo le ha hecho sentirse la enfermedad de su hijo? ¿Qué es lo que más le preocupa?
8. Para niños en edad escolar y adolescentes: ¿Cómo te hace sentir tu enfermedad / lesión? ¿Por qué estás más preocupado?
9. Para niños mayores en edad escolar y adolescentes. ¿Qué piensas sobre ti mismo?

## H.- PATRON DE ROL-RELACION

1. Comunicación.
  - a) Desarrollo del lenguaje.
    - ¿Cuándo empezó el niño a arrullar? ¿A balbucear? ¿A decir palabras? ¿Frases? ¿Oraciones? ¿A utilizar pronombres? (Hacer las preguntas adecuadas a la edad del niño y a sus capacidades de desarrollo.)
    - ¿Utiliza el niño el lenguaje adecuado para su edad?
    - ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo del lenguaje de su hijo o sobre las características del discurso?
  - b) ¿Qué idioma se habla en casa?
2. **Relaciones:**
  - a) Describa la vida familiar:
    - Composición del ambiente en casa (miembros de la familia, edades)
    - Panorama cultural
    - Roles
    - Panorama laboral y cultural de los adultos
    - Patrones de toma de decisiones
    - Patrones de comunicación
    - Disciplina
    - Problemas (por ejemplo: económicos, violencia familiar, problemas con los padres, problemas matrimoniales)
  - b). Relaciones con los compañeros:
    - ¿Juega con los otros niños? Describa la calidad del juego de niño (por ejemplo, es solitario, paralelo, interactivo, cooperativo, agresivo)
    - ¿Tiene el niño “un mejor amigo” del mismo sexo? ¿Pertenece a alguna pandilla?

- ¿Prefiere el niño los compañeros de juego de la misma edad, mayores, más jóvenes?
- ¿Tiene el niño compañeros de juego imaginario?
- ¿Tiene alguna preocupación sobre las relaciones de su hijo con los demás?

### **I.- PATRON DE SEXUALIDAD-FUNCION SEXUAL**

- 1.- ¿Qué interés tiene su hijo hacia la sexualidad /función sexual?  
 ¿Qué piensa sobre ello?  
 ¿Cómo trata la curiosidad y la conducta del niño?

### **J.- PATRON DE CONTROL DE ESTRÉS-ADAPTACION**

- 1.- ¿Ha habido alguna pérdida o cambio en su vida en el pasado? (por ejemplo: traslado, muerte de persona allegada o mascota, pérdida de trabajo del padre).
- 2.- ¿A quién le pide apoyo y ayuda cuando se siente con estrés?
- 3.- ¿Cómo controla el cuidado del niño, el trabajo de la casa y las otras responsabilidades?
- 4.- ¿Qué puede hacer la enfermera para ayudarle durante su hospitalización?

### **K.- SISTEMA DE VALORES Y CREENCIAS**

- 1.- ¿Cuál es su afiliación o preferencia religiosa?
- 2.- ¿Hay alguna persona o práctica religiosa que desearía durante su hospitalización?  
 (dieta, libro, ritual)

### **L.- VALORACION FISICA**

- 1.- Aspecto general
- 2.- Temperatura (anotar si es oral, rectal o axilar)
- 3.- Piel:
  - Color
  - Temperatura
  - Turgencia
  - Lesiones
  - Edema
  - Excoriaciones
- 4.- Cabeza:
  - Tamaño, forma
  - Fontanelas y suturas craneales
- 5.- Cuello:
  - Piel
  - Ganglios
  - Tráquea
  - Ingurgitación yugular

6.- Ojos (aspecto, drenaje)

- Pupilas (tamaño, iguales, reactivos a la luz)
- Visión

7.- Boca y faringe:

- Mucosas (color, humedad, lesión)
- Dientes (número, primarios y /o secundarios, estado, aparatos de ortodoncia)
- Faringe (enrojecido, exudado, amígdalas)

8.- Oídos (aspecto, drenaje)

- Audiometría
- Responde a estímulos auditivos
- Utiliza aparatos auditivos

9.- Pulsos: (radial, apical, periférico)

- Frecuencia
- Ritmo
- Calidad

10.- Presión arterial: (anotar si se toma por palpación, Doppler)

11.- Respiraciones:

- Frecuencia
- Calidad (incluyendo signos de compromiso respiratorio)
- Sonidos respiratorios

12.- Abdomen:

- Ruidos abdominales
- Cicatrices
- Prótesis

13.- Genitales:

- Tamaño
- Coloración
- Descenso de los testículos
- Secreción

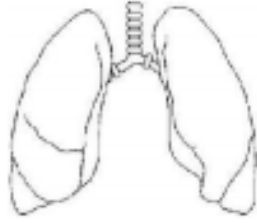

14.- Capacidad funcional (movilidad y seguridad):

- Presencia/ ausencia de reflejos primarios
- Capacidad motora gruesa y fina
- Mano dominante
- Movilidad y uso de las cuatro extremidades
- Fuerza, agarre
- Uso de aparatos (silla de ruedas, prótesis, muletas)

15.- Estado mental:

- Orientación
- Nivel de conciencia
- Dolor (presencia/ ausencia, localización, descripción)
- Uso del idioma (capacidad y cantidad)
- Capacidades personales- sociales (por ejemplo: autocuidado, comunicación no verbal)
- Crecimiento y desarrollo:
  - Desarrollo cognitivo
  - Desarrollo psicosocial



I. Problemas de Primer Nivel de Prioridad ( Mediatas)				
PATRÓN ACTIVIDAD/ EJERCICIO				
<b>a) Problemas con las vías:</b>				
VÍA AÉREA				
Permeable		Obstruida:		
PRESENCIA DE SECRECIONES		POSICIÓN DE CABEZA Y CUELLO		
SI NO		LINEAL DEFORMIDAD LINEAL		
Presencia de Tubo Endotraqueal		Presencia Cánula de Traqueotomía		
SI No		SI No		
OXIGENOTERAPIA				
NECESITA OXIGENO		SaO <sub>2</sub>	FIO <sub>2</sub>	Litros x min
NO SI				
Tipo de Dispositivo				
Puntas Nasales	Mascarilla de Venturi	Nebulizador (Puritan)	Tubo Endotraqueal	CPAP NASAL O FACIAL
Características de los Ruidos Respiratorios (Sonidos Respiratorios Adventicios)				
Claros	Estertores	Sibilancias	Crepitaciones	Prolongados
Tipo de tos				
Seca	Espujo	Paroxística	Hemoptisis	Purulenta
Disnea				
No presenta	Al dormir	En trabajos ligeros	En cada actividad	Después de la actividad de 10 min
<b>b) Problemas Respiratorios</b>				
Respiración				
Normal	Apnea	Hiper-ventilación	Uso de los Músculos Accesorios	Respiración de Cheyne-Stones o Kussmaul
Procedimientos Invasivos				
Drenaje Torácico				
Derecho	Izquierdo			
Neumotórax				
Hidrotórax				
Neumotórax				
Quilotórax				
Grado de Oxemia				
HIPOXEMIA la PvO <sub>2</sub> medida es < que la esperada				
NORMOXEMIA la PvO <sub>2</sub> medida es = a la esperada				
HIPOXEMIA la PvO <sub>2</sub> medida es > que la esperada				
Estado de Ventilación Alveolar				
VENTILACIÓN ALVEOLAR NORMAL CON NORMOCAPNIA				
HIPOVENTILACIÓN ALVEOLAR CON HIPERCAPNIA				
HIPERVENTILACIÓN ALVEOLAR CON HIPOCAPNIA				
Tipo de Insuficiencia Respiratoria				
1) Insuficiencia Respiratoria Tipo I HIPOXEMIA + NORMOCAPNIA O HIPOCAPNIA				
2) Insuficiencia Respiratoria Tipo II HIPOXEMIA + HIPERCAPNIA				
Apoyo Ventilatorio				
Modo	Frecuencia Respiratoria	PEEP	PPI	
Asistido Control (AC)				
Ventilación Mandatoria Intermitente Sincronizada (SIMV)				
CPAP Traqueal-Nasal				
CPAP Nasal				
CPAP Facial				
FIO <sub>2</sub>	Volumen Respiratorio	TI	Flujo	
Catéter Venoso				
Central	Periférico	Swan-Ganz		
Catéter Venoso				
Mahurkar	Arterial			
Características de las Respiraciones				
Rítmica	Taquipnea	Bradipnea	Otra	
Cianosis				
No presenta	Central	Periférica	Enterogena	
<b>b) Problemas Respiratorios</b>				
Respiración				
Respiración de Kussmaul	Esfuerzo respiratorio	Suspiros	Pauca Respiratoria	Disnea
<b>c) Problemas Cardíacos-Circulatorios</b>				
Pulso:		Llenado Capilar		
Regular	Irregular	< 2 Segundos	>2 Segundos	
Pulsos Centrales				
Carotídeos		Femoral		
Presente	Ausente	Presente	Ausente	
Pulsos Periféricos				
Radial		Cubital		
Presente	Ausente	Presente	Ausente	
Temporal				
Presente	Ausente			
Problemas con el sistema de Conducción del Corazón				
				



PATRÓN COGNITIVO / PERCEPTUAL

**Estado de conciencia:**  
 Alerta  Letargia  Obnubilación   
 Estupor  Coma

**Alteraciones sensoriales:** Si  No   
**Presenta dolor:** Si  No   
**Localización:** \_\_\_\_\_  
**Intensidad:** \_\_\_\_\_

ESCALA DE COMA DE GLASGOW- PITTSBURGH en Adultos			
<b>RESPUESTA OCULAR</b>	Espontánea	4	15 a 13 leve, 12 a 9 moderado > 9 severo compromiso central
	Orden Verbal	3	
	Estímulo Doloroso	2	
<b>RESPUESTA VERBAL</b>	Ninguna	1	
	Orientado	5	
	Confuso	4	
<b>RESPUESTA MOTORA</b>	Palabras Inapropiadas	3	
	Palabras Incomprensibles	2	
	Sin respuesta	1	
<b>RESPUESTA PUPILAR</b>	Obedece órdenes	6	
	Localiza el dolor	5	
	Retirada al dolor	4	
	Flexión al dolor	3	
	Extensión al dolor	2	
<b>REFLEJOS DE NERVIOS CRANIALES</b>	Sin respuesta	1	
	Normal	5	
	Respuesta lenta	4	
	Desigual	3	
	Anisocoría	2	
<b>CONVULSIONES</b>	Ausente	1	
	Todos presentes	5	
	Palpebral ausente	4	
	Corneal ausente	3	
	Ojo de muñeca "ausente"	2	
<b>RESPIRACIÓN</b>	Todos ausentes	1	
	Normal	5	
	Periódica	4	
	Hiperventilación central	3	
	Irregular	2	
	Apnea	1	

**Diámetro Pupilar:**  
**Derecho** \_\_\_\_\_ mm **Izquierdo:** \_\_\_\_\_ mm

Tamaño: Derecha \_\_\_\_\_ mm Izquierdo: \_\_\_\_\_ mm

2 3 4 5 6 7 8

9 10

**Respuesta al Estímulo Luminoso:**

Normal

Midriasis

Miosis

Anisocoría

**Presión Intracraneal:** \_\_\_\_\_

Escala de comportamiento de dolor para paciente con Ventilación Mecánica (Adaptado de Payen et al.)		
Ítem	Descripción	Puntuación
<b>Expresión Facial</b>	Relajado	1
	Parcialmente tenso	2
	Totalmente tenso	3
	Muecas	4
<b>Extremidades superiores</b>	No movimientos	1
	Parcialmente doblados	2
	Totalmente doblados con flexión de dedos	3
	Permanentemente retróidos	4
<b>Compliance con el Ventilador</b>	Tolera el movimiento	1
	Tose pero tolera ventilación la mayor parte del tiempo	2
	Lucha contra el ventilador	3
	Imposible controlar la ventilación	4

*Se observa el comportamiento del paciente en expresión facial, movimientos de extremidades superiores y compliance con la ventilación mecánica. Se suma la puntuación de cada ítem. El rango será de 3 a 12 puntos. A puntuación más alta, más dolor.*

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY	
Nivel	Características
1	Paciente despierto, ansioso, agitado o inquieto
2	Paciente despierto, cooperador, orientado y tranquilo
3	Paciente dormido con respuesta a órdenes
4	Paciente dormido con respuestas breves a la luz y el sonido
5	Paciente dormido responde solo al dolor
6	El paciente no responde a ningún estímulo (luz, sonido o dolor).

ESTADIOS CLÍNICOS DE LA ENCEFALOPATÍA

Estadio	Estado Mental
I	Euforia o depresión, confusión ligera, habla confusa, trastorno del sueño.
II	Letargo, confusión moderada
III	Confusión intensa, habla incoherente, dormido pero se le puede despertar.
IV	Coma al principio responde a estímulos dolorosos, posteriormente no.

**Diagnósticos de Enfermería:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



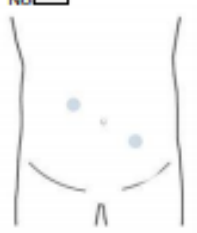
Dispositivo de eliminación: Si  No   
 Cuál: Sonda Vesical  Urostomía   
 Tiempo y fecha de colocación: \_\_\_\_\_

---

Diálisis peritoneal: Si  No   
 Características de la piel circundante al sitio de entrada de catéter: \_\_\_\_\_  
 Tiempo de colocación del catéter: \_\_\_\_\_

---








Estomas: Si  No   
**Tipo:** \_\_\_\_\_  
 Eliminación \_\_\_\_\_  
 Nutrición \_\_\_\_\_  
 Oxigenación \_\_\_\_\_



Localización: \_\_\_\_\_

Características del estoma y la piel periestomal: \_\_\_\_\_  
 Tiempo de colocación: \_\_\_\_\_

**(c) GRÁFICO DE HECE DE BRISTOL**

<b>TIPO 1</b>		Trozos duros, separados, como nueces
<b>TIPO 2</b>		Con forma de salchicha, pero gruesa
<b>TIPO 3</b>		Con forma de salchicha, pero con grietas
<b>TIPO 4</b>		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
<b>TIPO 5</b>		Bolos suaves con bordes definidos
<b>TIPO 6</b>		Trozos suaves con los bordes desiguales
<b>TIPO 7</b>		Acuosa, sin trozos sólidos. Totalmente líquida

■ LOS TIPOS 4 Y 5 SON CONSIDERADOS NORMALES

Prescripción de laxantes: Si  No   
 Cuales: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico de Enfermería: \_\_\_\_\_

**III. Problemas de Tercer Nivel de Prioridad (Tardías)**

**PATRÓN PERCEPCIÓN DE LA SALUD – MANEJO DE SALUD**

Alergias: Si  No  Cuáles: \_\_\_\_\_  
 Enfermedades crónicas: Si  No  Cuales: \_\_\_\_\_  
 Conocimiento del paciente sobre su diagnóstico: Si  No   
 Conocimiento del paciente de sus autocuidados: Si  No   
 Conocimiento de los familiares acerca de su diagnóstico: Si  No   
 Recibió recomendaciones al alta sobre su enfermedad: Si  No

Criterios de Valoración	Conceptualización	Valor	Especificación
Limitación Física	Impedimento, defecto o restricción que reduce las posibilidades de realizar actividades por sí mismo	2	Edad: Menores de 16 años y mayores de 65 años.
			Ateraciones en marcha, en las percepciones sensitivas, óseas. Patología articular: artritis, Deformidades de la columna vertebral. Pérdida del tono muscular de los miembros inferiores.
Estado Mental Alterado	Desactivación del estado, equilibrio y adaptación activa que no permite al individuo interactuar con el medio ambiente	3	Convulsiones. Cuadros confusionales.
			Falta de coherencia en las respuestas en el momento de la valoración de enfermería. Diagnóstico médico: accidente vascular cerebral, autismo, bipolaridad y depresión.
Tratamiento Farmacológico que Implica Riesgo	Medicamentos que por su naturaleza provocan efectos específicos o secundarios considerados de riesgo.	3	Diurético      Antiarrítmicos      Antihipertensivos
			Laxantes      Neurolepticos      Digitálicos
Problemas de Comunicación (Idioma o Socioculturales)	Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la comunicación.	2	Insulínicos      Hincolunemánticos      Antidépresivos y Sedantes
			Paciente que habla otro idioma o dialecto.
Sin factores de Riesgo	Personas que carecen de factores o circunstancias para estar expuestas a un peligro.	1	Bareras en la comunicación enfermera-paciente.
			Sordomudez en el paciente.

Determinación del Grado de Riesgo de Caídas		
Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4-10	Rojo
Mediano Riesgo	2-3	Amarillo
Bajo Riesgo	0-1	Verde

### PATRÓN SUEÑO/ DESCANSO

¿Considera que está durmiendo de manera adecuada?

¿Qué dificultades ha tenido para descansar dentro del hospital?

Duerme bien: si  No  Por qué: \_\_\_\_\_ No. De Horas \_\_\_\_\_

¿Tiene medicamentos prescritos para poder dormir? Si  No

Cuales:

Comentarios:

Diagnóstico de Enfermería:

### PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

¿Cuáles han sido sus sentimientos desde que llegó al hospital?

¿Cómo piensa que le ha afectado emocionalmente el hecho de estar hospitalizado?

Comentarios:

Diagnóstico de Enfermería:

### PATRÓN ROL / RELACIONES

¿Cómo piensa usted que ha afectado su vida familiar y laboral el hecho de estar hospitalizado?

Necesita cuidador: Si  No

Cuidador principal: \_\_\_\_\_

Se siente seguro con los cuidados recibidos por el cuidador: Si  No

Diagnóstico de Enfermería:

### PATRÓN SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

¿Quisiera usted expresar algo de su sexualidad que le preocupe?

Su problema de salud le afecta a su sexualidad: Si  No

Porque:

Diagnóstico de Enfermería:

### PATRÓN ADAPTACIÓN /TOLERANCIA AL ESTRÉS

¿Cómo está afrontando su situación de estar hospitalizado?

¿Cuáles son los apoyos con los que cuenta para afrontar la situación de estar hospitalizado?

Su enfermedad le causa estrés: Si  No

Diagnóstico de Enfermería:

PATRÓN VALORES CREENCIAS
¿Cómo piensa Usted que sus creencias religiosas pueden ayudarlo para sobrellevar esta situación?
Comentarios:
Diagnóstico de Enfermería:

## Apéndice D

### Escala de Glasgow Lactantes

ESCALA DE GLASGOW (LACTANTES)	
ACTIVIDAD	PUNTOS (mejor respuesta)
<b>Abertura ocular</b>	
Espontánea	4
Al hablarle	3
Al dolor	2
Sin respuesta	1
<b>Respuesta verbal</b>	
Gorjeos, balbuceos	5
Irritable	4
Llanto al dolor	3
Quejido al dolor	2
Sin respuesta	1
<b>Respuesta motora</b>	
Localiza dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión al dolor	3
Extensión al dolor	2
Sin respuesta	1

## Apéndice E

### Escala de Braden

Puntos	Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Fricción/Deslizamiento
1	Completamente limitada	Siempre húmeda	En cama	Inmóvil	Muy Pobre	Problema
2	Muy limitada	Muy húmeda	En silla	Muy limitada	Probable inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasional húmeda	Camina ocasional	Ligeramente limitada	Adecuada	No hay problema
4	Sin limitaciones	Rara vez húmeda	Camina con frecuencia	Sin limitaciones	Excelente	
Puntos						

< 12 = Riesgo alto   
 13-15= Riesgo medio   
 >16= Riesgo Bajo

Ocronos. Revista Médica y de Enfermería – ISSN no 2603-8358

## Apéndice F

### Escala del dolor en neonatos (NIPS)















**Cuadro 3. NIPS (Neonatal Infants Pain Scale). Escala para valorar el dolor en neonatos**

<b>Parámetros</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>Total</b>
Expresión facial	Normal	Gesticulación (ceja fruncida, contracción naso labial y/o de párpados)		
Llanto	Sin llanto	Presente-consolable	Presente continuo y no consolable	
Patrón respiratorio	Normal	Incrementado o irregular		
Movimiento de brazos	Reposo	Movimientos		
Movimiento de piernas	Reposo	Movimientos		
Estado de despierto	Normal	Despierto continuamente		
				<b>Total</b>

La puntuación máxima es de 7 (si la puntuación es de 0 no hay dolor; si es de 7 hay dolor grave)  
 \*Tomado y modificado de referencia 8

## Apéndice G

### Escala de Ámsterdam

Cantidad	Consistencia	Color	
 1. Mancha	 A. Acuosa		I. Amarillo
 2. Menos del 20%	 B. Blanda		II. Anaranjado
 3. Del 20 al 50%	 C. Formada		III. Verde
 4. Más del 50%	 D. Dura		IV. Marrón
			V. Meconio
			VI. Arcilla

## Apéndice H

### Escala de Newman – Riesgo de Caídas

<b>VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE</b>		
<b>Factores de riesgo</b>		<b>Puntos</b>
Limitación física		2
Estado mental alterado		3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos		2
Problemas de idioma o socioculturales		2
Paciente sin factores de riesgo evidentes		1
Total de puntos		10
<b>DETERMINACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS</b>		
Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 – 10	Rojo
Mediano riesgo	2 – 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 - 1	Verde