



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

***“Proceso de Enfermería en un Escolar con  
Síndrome de Guillain-Barré”***

Presenta:

LE. Adriana Ordoñez Pérez

Para Obtener el Diploma de  
Especialista en Enfermería Pediátrica

Mayo, 2020.



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

***“Proceso de Enfermería en un Escolar con  
Síndrome de Guillain-Barré”***

Presenta:

LE. Adriana Ordoñez Pérez

Para Obtener el Diploma de  
Especialista en Enfermería Pediátrica

Mayo, 2020.



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

***“Proceso de Enfermería en un Escolar con  
Síndrome de Guillain Barré”***

Presenta:

LE. Adriana Ordoñez Pérez

Director de Tesina:

MCE. María del Rosario Amador Gómez

Codirector de Tesina:

DCE: Gudelia Nájera Gutiérrez

Para Obtener el Diploma de  
Especialista en Enfermería Pediátrica

Mayo, 2020.

Tesis: Proceso de Enfermería en un “Escolar con Síndrome de Guillain Barré”

Número de registro académico: SIEP/EEP/005/20

### Jurado de Examen de Grado

---

MCE. María del Rosario Amador Gómez  
Presidente

---

MCE. Sebastiana del Rosario Gargantua Aguila  
Secretaria

---

ME. María del Rosario Ricardez Ramírez  
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**

El principal agradecimiento a Dios que me ha guiado y me ha dado la fortaleza de seguir adelante.

Quiero agradecer a mis padres por haberme acompañado en esta nueva etapa de mi vida en la que tuve la oportunidad de seguir preparándome profesionalmente, por su apoyo incondicional y comprensión que me demostraron en todo momento ya que este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes.

Agradezco a mi hija Vanessa por la paciencia y sus palabras en el momento exacto, que me impulsaron a seguir adelante y no darme por vencida. Fuiste mi motivación más grande para concluir este proyecto.

Por último, les agradezco a las personas que invirtieron su tiempo para apoyarme revisando mi proyecto de tesis por sus palabras de ánimo en todo momento a ellos les agradezco con todo mí ser.

## **Dedicatorias**

Se lo dedico a mis papas por haberme apoyada en esta etapa nueva que emprendí ya que sin su apoyo no hubiera sido posible, muchos de mis logros, es gracias a ellos por haberme tenido paciencia y sus consejos que me motivaron para alcanzar mis anhelos.

También se lo dedico a mi hija Vanessa por tenerme la paciencia ya que fue mi principal motivación para seguir adelante y poder llegar a ser un ejemplo para ella.

A mis hermanos les agradezco por su apoyo moral en esos momentos que lo necesite y sus palabras que me animaron a continuar y no darme por vencida muchas gracias.

## Resumen

Candidata para el Grado de	Enfermera Especialista con Opción Terminal en: Pediatría.
Fecha de Graduación	junio 2020
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de las Tesina	“Proceso de Enfermería en un Escolar con Síndrome de Guillain Barré”
Número de páginas	99
LGAC	Cuidado Basado en Evidencia

**Introducción:** El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) se menciona como una enfermedad rara en la que el sistema inmunológico del paciente ataca los nervios periféricos, principalmente los que controlan los movimientos musculares, los que transmiten sensaciones dolorosas, térmicas y táctiles. Se refiere una incidencia a nivel mundial de 0.6 a 2.4 casos por 100,000 habitantes, se presenta en cualquier grupo etario, afecta a ambos géneros, es muy rara en menores de 2 años. La causa SGB aún no se ha identificado, sin embargo, se observa su relación con enfermedades agudas causadas por virus y bacterias. El diagnóstico es clínico se basa en la información de la anamnesis y exploración física, se apoya en estudios: como la toma de líquido cefalorraquídeo y pruebas electrofisiológicas. Las principales medidas terapéuticas incluyen la administración intravenosa de inmunoglobulina y de plasmaféresis.

**Marco Conceptual:** Se utilizó el proceso enfermero con sus cinco etapas, 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:** Otorgar cuidados de Enfermería a través de un proceso en donde se implementen los 11 patrones funcionales de Margory Gordon para obtener diagnósticos que guíen las intervenciones especializadas y personalizadas por el profesional de salud en un paciente pediátrico con Síndrome de Guillain Barré.

**Metodología:** Se realizó un caso clínico a un escolar con diagnóstico de enfermedad Síndrome de Guillain-Barré, como marco de referencia se utilizaron los patrones funcionales de Margory Gordon. Se identificaron diez diagnósticos de enfermería siendo el más prioritario el de Patrón respiratorio ineficaz, para el cual se dieron intervenciones de enfermería para ayudar a mejorar su problema de salud.

**Palabras Clave:** Síndrome de Guillain-Barre, Proceso de Enfermería, Cuidados de Enfermería, Intervenciones de Enfermería.

## Tabla de Contenido

Capítulo I	Pág.
Introducción	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Marco Referencial	08
1.3 Objetivo General	10
Capítulo II	
2.1 Diseño de Caso Clínico	11
2.2 Valoración inicial de Enfermería	12
2.3 Valoración por Patrones Funcionales	19
2.4 Valoración continua	23
2.5 Diagnósticos de Enfermería	27
2.6 Plan de Cuidados de Enfermería	31
2.7 Plan de Alta	65
Capítulo III	
3.1 Discusión	67
3.2 Conclusión	69
3.3 Recomendaciones	71
Referencias	72

Lista de apéndices	Pág.
Apéndice A. Asentimiento Informado	77
Apéndice B. valoración de enfermería del Niño	78
Apéndice C. Escala visual analógica (EVA)	86
Apéndice D. Escala de coma de glasgow (GCS)	87
Apéndice E. Escala de Discapacidad y Gravedad en el Síndrome de Guillain Barré	88
Apéndice F. Escala de Braden	89
Apéndice G. Escala de Heces de Bristol	90

## Capítulo I

### 1.1 Introducción.

La Organización Mundial de Salud (OMS, 2016) menciona que el Síndrome de Guillain-Barre es una enfermedad rara en la que el sistema inmunitario del mismo paciente ataca algunos nervios periféricos principalmente los que controlan los movimientos musculares así como los que transmiten sensaciones dolorosas, térmicas y táctiles.

El SGB es una de las causas de parálisis flácida más frecuente en niños previamente sanos, tiene una incidencia a nivel mundial de 0.6 a 2.4 casos por 100,000 habitantes, se presentan en cualquier grupo etario y afecta a ambos géneros. El mayor número de casos que se reportan son en la tercera edad y es menos frecuente en niños (0.38 a 0.91 casos por 100,000 habitantes) es muy rara en menores de 2 años (Mendoza, Blancas, & Gutiérrez, 2010).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016), reporta que 0.89-1.89 casos por 100,000 habitantes al año, se presenta en el género masculino con el 60% con un episodio infeccioso previo.

En México se reporta una incidencia de 0.89-1.89/100,000 habitantes por año y su mortalidad se aproxima a 0.16/100,000 personas por año, lo cual coincide con el reporte con la bibliografía internacional, reportada anteriormente (Domínguez et al, 2014).

Así mismo a pesar de su baja incidencia es una enfermedad que tiene un alto impacto en la vida de las personas que la padecen ya que les ocasiona parálisis transitoria,

atención en unidades de cuidados intensivos, procedimientos de alto costo, discapacidad en un 20% y mortalidad del 10% (Cea, Jara y Quevedo, 2015).

La causa del SGB aún no se ha identificado, sin embargo, se observa su relación con enfermedades agudas causadas por virus y bacterias. Siendo las más frecuentes el Citomegalovirus (CMV), *Campylobacter jejuni*, Epstein-Barr (EB), el *Mycoplasma pneumoniae*, y se asocia a eventos tales como una cirugía, traumatismos, embarazos, aplicación de vacunas etc. (Ávila, Mariona y Melano, 2002).

El SGB se clasifica en cuatro grupos desde el punto de vista fisiopatológico y entre ellas se describen: neuropatía axonal sensitivo-motora aguda (AMSAN), polirradiculopatía aguda inflamatoria desmielinizante (AIDP), neuropatía axonal motora aguda (AMAN) y síndrome de Miller-Fisher (SMF) (Erazo, 2009).

Las manifestaciones clínicas comunes son: debilidad muscular, fatiga de músculos del cuello y las extremidades o parálisis, falta de coordinación, cambios en la sensibilidad, adormecimientos, dolor muscular y parestesias. En la exploración física las manifestaciones clínicas comunes son: disfunción motora, disfunción sensitiva, disfunción autonómica (Diagnóstico y Manejo del Síndrome de Guillain Barré en la Etapa Aguda, en el Primer Nivel de Atención).

La enfermedad se presenta en tres etapas: progresión, estabilización y regresión, que evolucionan de 3 a 6 meses. La primera etapa de progresión comprende entre el inicio de las manifestaciones clínicas y el periodo de mayor intensidad de la enfermedad la cual llega a durar de horas hasta cuatro semanas. La segunda etapa de estabilización comprende entre el final de la progresión de la enfermedad y el inicio de la recuperación

la cual tiene una duración aproximadamente de diez días. La tercera etapa de regresión la cual comprende entre el inicio de la recuperación y su final. De ahí que a partir de entonces los daños neurológicos que persistan se consideran secuelas y el tiempo variara de un individuo a otro dependiendo de la gravedad del trastorno neurológico. El diagnóstico es principalmente clínico se basa en la información de la anamnesis y exploración física, también se apoya en los estudios de análisis del líquido cefalorraquídeo y pruebas electrofisiológicas (OPS, OMS 2016).

Las principales medidas terapéuticas del SGB incluyen la administración de la inmunoglobulina y la plasmáferesis. Debido a que el efecto es semejante, esta última ha caído en desuso principalmente por sus efectos adversos, de la necesidad de un equipo especializado y personal calificado. La dosis recomendada en niños/niñas de inmunoglobulina intravenosa es 2g/kg por 5 días. Además del tratamiento de soporte: control del dolor, profilaxis para la trombosis venosa, apoyo ventilatorio, traqueostomía, así mismo se recomienda que la persona con dicha patología sea valorada por el personal de rehabilitación de forma oportuna. (La Guía de Práctica Clínica del Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Guillain-Barré en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, 2016).

Es importante considerar el impacto del síndrome en la persona ya que después de los primeros signos y síntomas, la enfermedad tiende a progresar rápidamente en menos de 7 días y el tratamiento tardío, puede ocasionar discapacidad por un largo tiempo la cual puede tratarse con rehabilitación en un 30% de los pacientes. El curso de la enfermedad puede presentar una evolución rápida que suele requerir apoyo ventilatorio a los pocos días de presentar los síntomas. Los pacientes se recuperan en un 80% completamente y

el 15 % quedarán con secuelas permanentes, el resto llega a fallecer a pesar de la atención en una unidad de cuidados intensivos. Las Principales causas de muerte son: neumonía nosocomial, broncoaspiración, síndrome de dificultad respiratoria, embolia pulmonar o paro cardíaco (OPS, OMS 2016).

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

López (2015), realizó una revisión sistemática de artículos de revistas científicas en fuentes verídicas sobre el SGB, su objetivo fue realizar un plan de cuidados enfermeros dirigido a pacientes hospitalizados. El cual menciona la importancia de realizar una valoración de manera oportuna con la finalidad de disminuir las complicaciones y secuelas de dicha enfermedad, por lo que siguiendo con las necesidades establecidas según Virginia Henderson se desarrollaran una serie de cuidados e intervenciones de enfermería de acuerdo a la taxonomía NANDA (North American Nurses Diagnostics Association) NOC y NIC. 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.

Luna, Parra y Serrano (2015), presentaron un estudio tipo caso clínico donde el objetivo de su trabajo fue dar a conocer los problemas que presenta el SGB y elaboran un plan de cuidados de enfermería. La población de estudio fue un hombre de 40 años. Utilizo el marco teórico de Virginia Henderson y teniendo en cuenta los patrones alterados al ingreso al hospital realizo un plan de cuidados, utilizo la taxonomía

NANDA, NOC y NIC. Los diagnósticos enfermeros identificados fueron: deterioro de la movilidad física, déficit de autocuidado, debilidad y cansancio, riesgo de caídas, baja autoestima situacional. El paciente permaneció hospitalizado hasta la remisión de los síntomas, al cual se le inicio tratamiento de rehabilitación desde su ingreso, logrando al alta deambular de forma independiente. Finalmente infiere que entre más conocimientos tenga el personal de enfermería respecto a la patología podrá actuar de manera oportuna, así mismo disminuir las complicaciones y secuelas y poder integrar al paciente-familia a su nueva estilo de vida.

Mckinney (2015), realizo un estudio tipo caso-clínico donde su objetivo fue determinar los cuidados a realizar en un paciente con SGB en fase aguda hospitalaria, la población de estudio fue un adulto de 50 años de edad. Utilizo el modelo enfermero de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA, NOC y NIC. (Nursing Interventions Clasification). Los diagnósticos enfermeros identificados fueron: riesgo de deterioro de la integridad, riesgo de estreñimiento, riesgo de caídas, deterioro de la movilidad, ansiedad, temor. Con las intervenciones de enfermería consideradas en el plan de cuidados se logró disminuir las posibles complicaciones y tener una pronta recuperación logrando la ventilación voluntaria y decanulación. Asimismo, enfermería tiene un papel fundamental en el cuidado de este tipo de pacientes, además de trabajar en equipo con el resto de profesionales para tratar la enfermedad y evitar posibles complicaciones y ofrecer cuidados dirigidos al aspecto psicosocial, apoyo emocional y escucha activa tanto al paciente como a la familia.

Arenas (2018), elaboró un estudio de caso clínico con el objetivo de planificar los cuidados enfermeros básicos ante las alteraciones de pacientes diagnosticados con SGB,

manejados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). La población de estudio fue un hombre de 53 años de edad. Se basó en el marco teórico del autocuidado de Dorothea Orem y de acuerdo con la taxonomía NANDA, NOC y NIC se realizaron las intervenciones Como resultado identifiqué los siguientes diagnósticos: patrón respiratorio ineficaz, dolor agudo, limpieza ineficaz de las vías aéreas, deterioro de la movilidad física, desequilibrio nutricional, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, déficit de autocuidado, el paciente permaneció en la unidad de cuidados intensivos con apoyo ventilatorio por presentar dificultad respiratoria, posteriormente se le realizó traqueostomía, fue difícil el destete del ventilador mecánico, recuperé la movilidad física lentamente, mejoré su estado nutricional, integridad cutánea sin lesiones, reflejo de deglución presente, las funciones vitales se mantuvieron estables aunque ligeramente taquicárdico y continúa aun presentando gestos de ansiedad.

Nasser, Marín y Mojarro (2018), realizaron una revisión bibliográfica en bases de datos confiables, el objetivo de su trabajo fue realizar un plan de cuidados de enfermería en los pacientes con SGB en la segunda etapa de la enfermedad en una UCI. Basándose en el modelo de Virginia Henderson identifiqué las seis principales necesidades básicas del paciente donde refiere hacer mayor énfasis las cuales son: respirar normalmente, moverse y mantener una postura adecuada, comunicarse con los otros, comer y beber de forma adecuada, eliminar los desechos corporales y dormir y descansar. Concluyendo la importancia de realizar un plan de cuidados enfermero integral para dar atención a todas las necesidades humanas del paciente a través de un equipo multidisciplinario sin dejar a un lado a la familia y amigos.

La atención de un paciente pediátrico con SGB es un desafío para el equipo de salud. Al incorporar la atención física y psicológica, la enfermera de cuidados críticos puede adaptarse al plan de atención cambiante que acompaña a este diagnóstico. Como se ha dicho esta enfermedad inicia con una disminución de la fuerza muscular y termina cuando el paciente necesitara meses o incluso años de rehabilitación, por lo que es importante preparar al paciente para un periodo largo de tratamiento. Es decir que solo con la colaboración de un equipo multidisciplinario el diagnóstico, tratamiento, terapia de rehabilitación se podrán realizar para ayudar al paciente a recuperar su independencia poco a poco (Haldeman & Zulkosky , 2005).

Así mismo de acuerdo con la información anterior existe la evidencia que el Proceso Enfermero (PE) ayuda al profesional de enfermería a realizar el plan de cuidados correctos en los pacientes con SGB de manera oportuna y precisa, además brinda estrategias para disminuir las secuelas que ocasiona esta afección de manera que alcance una pronta recuperación el paciente (Ojeda, 2017). Es por ello que surge el interés de esta investigación como necesidad de demostrar que el sistema de salud cuenta con el (PE) como herramienta para la continuidad y monitorización de los cuidados enfermeros, lo cual contribuirá a la disciplina en el desarrollo de su autonomía en la toma de decisiones para la planificación de cuidados de calidad a este tipo de pacientes. Así como contribuir en el lenguaje estandarizado con la toma de conocimientos sobre cómo dar cuidado, centrado en el paciente y en el entorno familiar.

## 1.2 Marco Referencial

El proceso enfermero (PE) es un método de trabajo fundamental para el profesional de enfermería con el objetivo de brindar cuidados, el cual ha evolucionado con el tiempo, desarrollando un enfoque dirigido a los resultados esperados con respecto al problema de salud de la persona (González y Monroy, 2016).

Está compuesta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Valoración: consiste en la recolección de datos importantes del estado de salud de la persona a partir de la observación que se utiliza desde el primer contacto, la entrevista y la exploración física basada en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación, además de datos obtenidos de otras fuentes principalmente: la historia clínica, los laboratorios y pruebas diagnósticas.

El punto de partida para la valoración son los patrones funcionales de Marjory Gordon creados en 1973, surge de la evolución entre el cliente y el entorno y son once (11): cognitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutrición-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones del rol, autopercepción-autoconcepto, creencias-valores y descanso-sueño, se valoran uno a uno recolectando la información en un formato específico y vaciando la valoración de enfermería que nos permitirá identificar los patrones alterados y trabajar sobre ellos.

Diagnóstico: Consiste en identificar los problemas de salud para enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluyen diagnósticos reales o potenciales.

Planeación: Etapa en la que se establece las intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) que nos van a permitir prevenir, minimizar, controlar, corregir o eliminar los problemas detectados con base a los diagnóstico de enfermería. Es aquí donde se determinan los resultados esperados y se realizan intervenciones independientes e interdependientes.

Ejecución: etapa en la que se aplica el plan de cuidados y consta de tres fases: preparación, ejecución y documentación, donde interviene según la planificación, el paciente, enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo con la dirección de profesional de enfermería.

Evaluación: esta última etapa del proceso es donde se compara el estado de enfermedad o de salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Por último cabe mencionar, que esta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas mencionadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada etapa del proceso de enfermería (Reina, 2010).

### **1.3 Objetivo general**

Otorgar cuidados de Enfermería a través de un proceso en donde se implementen los 11 patrones funcionales de Margory Gordon para obtener diagnósticos que guíen las intervenciones especializadas y personalizadas por el profesional de salud en un paciente pediátrico con Síndrome de Guillain Barré

#### **1.3.1Objetivos específicos**

Elaborar diagnósticos de enfermería que conduzcan a planear intervenciones especializadas y personalizadas de un paciente con Síndrome de Guillain Barré.

Describir los 11 patrones funcionales de Margory Gordon, del paciente con Síndrome de Guillain Barré y su entorno.

Elaborar un plan de intervenciones de enfermería en un paciente con Síndrome de Guillain Barré

Describir los resultados obtenido a través del proceso enfermero del paciente con Guillain Barré.

## Capítulo II

### 2.1 Diseño de Caso Clínico

Se realizó caso clínico descriptivo, prospectivo y longitudinal. El sujeto de estudio es un escolar de 7 años con diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré, neumotórax derecho remitido, atelectasia izquierda remitida y probable sepsis en manejo. Este paciente se ubica en el servicio de 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 y los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Se realiza un análisis crítico de la obtención de datos objetivos y subjetivos para elaborar los diagnósticos de enfermería prioritarios. Se elabora 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: síndrome de Guillain Barré, proceso de enfermería, cuidados de enfermería, intervenciones de enfermería, nursing care, nursing interventions, Guillain Barré Syndrome, 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 Inicial de Enfermería

### Datos de Identificación:

Nombre de la paciente: N.P.M.	Parentesco del cuidador principal: Madrina
Peso a su ingreso: 23.200 kilogramos	Peso actual: 20 Kilogramos
Fecha de nacimiento: 11-octubre-2011	Ocupación: Estudiante
Edad: 7años	Escolaridad: 2do de primaria
Sexo: femenino	Lugar de residencia: Puebla, Pue
Religión: católica	

**Diagnósticos médicos:** Síndrome Guillain Barré, neumotórax derecho remitido, atelectasia izquierda remitida y probable sepsis en manejo.

### 2.2.1 Datos Ambientales:

Escolar que se encuentra en área de hospitalización de segundo nivel de atención médica en el servicio de pediatría, habitación de tipo universal con capacidad para 5 camas, ubicada en cama hospitalaria manual con colchón anti escaras de tipo enrejado, consola vertical con tomas de oxígeno, succión y toma corriente, mesa puente y buró para artículos personales del paciente, separando cada cama con cortinas antibacterianas de grado hospitalario. Con baño y lava manos únicos, para pacientes del servicio de lactantes y escolares, estando enfrente a la paciente. Habitación con los controles mínimos de temperatura, iluminación, silencio y ventilación. Originaria y residente de Puebla, católica, habita en casa rentada construida de materiales perdurables, cuenta con

los servicios básicos de urbanización, con tres recamaras, habitada por 5 personas, la paciente comparte habitación con prima de 7 años de edad, convivencia con animales domésticos un gato, hábitos higiénicos con baño cada tercer día, cambio de ropa diario, lavado y cepillado una vez al día, realiza tres comidas adecuados en cantidad y calidad aparentemente: pollo 2/7, carne 2/7, pescado 0/7, verdura 7/7, frutas 7/7, cereales 7/7, estudiante de primaria de segundo año de primaria con buen desempeño escolar, esquema de vacunación incompleto, falta la dosis de DPT de los 4 años, con antecedentes de aplicación de la vacuna de la influenza el 13/03/2019.

### **2.2.2 Antecedentes Heredofamiliares:**

Madre: edad 24 años, estado civil: unión libre, escolaridad: primaria, ama de casa, estado actual de salud: sano aparentemente, hemotipo: desconoce, toxicomanías: negadas.

Padre: edad 26 años, escolaridad secundaria, fuera del núcleo familiar con antecedentes de drogadicción y tabaquismo desconoce resto de antecedentes.

Tía materna: 26 años, ama de casa, sin escolaridad, niega toxicomanías, aparentemente sana.

Abuelo paterno: finado por complicaciones de DM 2.

Abuela materna: finada por cáncer cervicouterino.

### **2.2.3 Antecedentes Perinatales:**

Producto de la gesta uno, madre de 17 años edad, con control regular desde el primer trimestre, con un total de siete consultas, ingesta de multivitamínicos y ácido fólico, tres

ultrasonidos reportados como normales. Se obtuvo vía vaginal de término lloro y respiro al nacer desconoce las semanas de gestación, peso 2800 gramos, no recuerda talla, Apgar ni Silverman Anderson, egreso el binomio a las 72 horas sin complicaciones aparentemente.

#### **2.2.4 Antecedentes de Padecimientos Previos:**

Enfermedades propias de la infancia, niega transfusiones, niega hospitalizaciones, niega fracturas, niega traumatismos, alergias negadas.

#### **2.2.5 Datos Históricos:**

Refiere familiar (madrina) que inicia padecimiento 27/03/2019 después de la aplicación de la vacuna de la influenza que se aplicó el 13/03/19 presentando anorexia y adinamia por lo que es llevada al centro de salud donde solo recibe manejo con vitamínicos con lo que hubo una ligera mejoría.

El 18/04/19 comienza con debilidad en miembros inferiores que le imposibilita la bipedestación, presenta caída de su propia altura sin pérdida del estado de alerta, sin presencia de vómito ni movimientos anormales mostrando una mejoría mínima, el mismo día por la tarde se refiere parestesias en extremidades inferiores, seguido de debilidad en las misma forma ascendente a tronco y extremidades superiores, por lo que es llevada al médico particular y la refiere a un segundo nivel de atención con diagnóstico de SGB, sin embargo al llegar a su casa la menor refirió sentirse mejor, por lo que decidieron esperar.

El 18/04/19 presenta nuevamente debilidad muscular generalizada, motivo por el cual acude durante la noche al hospital, con familiar estando consciente y orientada donde es

valorada, se decide ingresar a urgencias observación de pediatría con el diagnóstico de polineuropatía en estudio permanece sin apoyo de oxígeno durante 12 horas, sin embargo, el día 19/04/19 a las 8.00 am presenta datos de dificultad respiratoria: tiraje, retracción supraesternal, polipnea, cianosis, por lo que se decide fase III de ventilación en modalidad de Ventilación Asistida-Controlada(ACV), posterior a la intubación se le inició analgesia con buprenorfina, sedación por razón necesaria, pupilas isocóricas de 2mm con respuesta al estímulo luminoso, movimientos oculares espontáneos. El día 20/04/19 a las 21:00 horas presenta datos de anisocoria hasta 21/04/19 a las 7:00. Al inicio estuvo sin apoyo aminérgico sin embargo el 22/04/19 se le inicia norepinefrina por presentar hipotensión que remite a la administración de cristaloides y la cual se suspende 25/04/19 por presentar frecuencias cardíacas con tendencia a la taquicardia. Permaneció en ayuno durante tres días, el día 22/04/2019 se inicia alimentación enteral por sonda nasogástrica, previa administración de procinético, con aporte de 1800 kilocalorías/día, dividida en 4 tomas de 400cc cada una en horarios de 8, 13, 18 y 23 para pasar en 120 minutos, en posición semi-fowler estricto, abdomen blando depresible, peristalsis disminuida, presenta evacuaciones diarreicas posterior a la administración de la alimentación enteral. Se le realizó 21/04/19 una TAC (tomografía axial computarizada simple de cráneo) por presentar anisocoria, sin evidencia de lesiones, punción lumbar: citológico y citoquímico de líquido cefalorraquídeo (LCR): proteínas 38, glucosa 57. Así como se le solicitó una electromiografía por neurología pediátrica para complementar protocolo de estudio. Con antecedentes de neumotórax derecho y atelectasia total izquierda remitidos. Paciente que no presenta automatismo respiratorio por lo que se valora después de 22 días de mantenerse con ventilación mecánica se le realiza traqueotomía y gastrostomía (13/05/2019).

### **2.2.6 Datos Actuales:**

Signos vitales: Frecuencia cardiaca 156 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 36 por minuto, temperatura axilar 37.5° grados, tensión arterial 126/65 mmHg, saturación de oxígeno por pulsíometría 92%, peso 20 kilogramos, talla 1:29, índice de masa corporal (IMC) 12 normal para su peso y talla.

14/05/19 Paciente femenina preescolar de 7 años de edad actualmente postrada en cama, intubada, cardiomonitorea en fase III de ventilación SIMV (modo ventilación mandatoria intermitente sincronizada) sin sedación solo con analgesia a base de paracetamol y buprenorfina, glasgow de 7 (Apertura ocular 4, respuesta verbal 1, respuesta motriz 2), sin presencia de movimientos anormales o crisis convulsivas al momento, aspecto motor fuerza 0/5 (según escala de discapacidad Hughes), extremidades superiores e inferiores con lesiones en zonas de presión, hipotónicas con pérdida de la fuerza muscular, reflejos osteotendinosos abolidos, presencia de movimientos voluntarios de boca y oculares, catéter central doble lumen funcional sin datos de infección en área de inserción, pasando solución para administración de medicamentos, con ligera palidez de tegumentos, mucosas hidratadas, frecuencia cardiaca (156) por arriba de percentiles asociadas a pico febril, pulsos periféricos sincronizados, llenado capilar de 2 segundos, se observa con cánula de traqueotomía (Shiley) funcional a la exploración se escucha con campos pulmonares ventilados, simétricos, con presencia de estertores bilaterales, abundantes secreciones, sonda de gastrostomía sin datos de infección o sangrado local, la cual se encuentra a derivación sin presencia de salida de líquido hasta el momento, abdomen distendido, timpánico, con dolor a la palpación, peristalsis disminuida, sonda vesical drenando orina color ámbar y pañal desechable ya

que no controla esfínteres, sin evacuaciones ni canalización de gases presentes hasta el momento. Continúa con tratamiento farmacológico: buprenorfina 66 mcg (microgramos) cada ocho horas, paracetamol 330 mg (miligramos) cada ocho horas, metilprednisolona 15mg cada ocho horas y metoclopramida 4.5mg cada ocho horas.

### **2.2.7 Estudios de Laboratorio:**

13/05/2019 Hb: 12.9g/dl, Hto: 36.9%, plaquetas: 388000u/l, leucocitos: 11.86nmil u/l, TP: 15.4 seg, TPT: 28.1 seg, INR: 1.09, glucosa: 120mg/DI, UREA: 32.1, BUN: 15, Creatinina: 0.20, Na: 135, K: 4.3, Ca: 9.9, CI: 99.

GASA: PH: 7.41, Pco2:52, po2: 121, Na: 143, K: 2.9, Ca: 1.23, Lac: 1.1, HCO3: 33, BE: 7, THbc: 12.6

### **2.2.8 Valoración Física (Cefalocaudal)**

**Piel:** tegumentos con datos de palidez, semihidratada y equimosis en sitios de punción.

**Cabeza:** normocefálica, con adecuada implantación de cabello largo deshidratado y pabellones auriculares bien implantados sin presencia de cerumen.

**Cuello:** cuello cilíndrico pulsos carotídeos presentes, no se palpan adenopatías, presencia de traqueotomía se observa ligeramente con enrojecimiento y abundantes secreciones.

**Ojos:** se observan simétricos, pupilas isocóricas y normoreflexivas.

**Boca y faringe:** mucosa oral hidratada, con halitosis, presencia de caries en piezas dentarias, faringe enrojecida con presencia de secreciones.

**Aparato respiratorio/exploración de tórax:** con presencia de traqueotomía, campos pulmonares bien ventilados, presencia de estertores bilaterales, tórax en forma cilíndrica.

**Aparato cardiovascular:** precordial normo dinámico, ruidos cardíacos con tendencia a la taquicardia y tensión arterial dentro de rangos normales.

**Abdomen:** abdomen distendido, ruidos aéreos presentes, doloroso a la palpación, presencia de sonda de gastrostomía la cual se encuentra a derivación sin presencia de salida de líquido.

**Extremidades:** extremidades simétricas e hipotrofias y sin sensibilidad, cuadripléjica, llenado capilar de 2 segundos, y presencia de úlceras por presión en miembros superiores codos, así como lesiones en miembros inferiores talones (grado II).

**Genitales:** se encuentra con sonda vesical a derivación funcional, y con pañal desechable, genitales adecuados para su edad.

**Columna vertebral:** se observa con presencia de ulcera a nivel de la región sacra (grado II).

## **2.3 Valoración por Patrones Funcionales.**

### **2.3.1 Patrón 1 Percepción de la Salud-Control de la Salud**

Refiere cuidadora que la salud de la niña había sido buena hasta el día de 19/04/19, posteriormente que se le aplicó la vacuna de la influenza, la niña empezó con falta de apetito y energía. Menciona que ha sido una niña sana, procuraba que tuviera una buena alimentación hacía tres comidas al día adecuados aparentemente en calidad y cantidad (pollo, carne, verduras, frutas, cereales). Cursaba el segundo año de primaria, realiza actividades deportivas solo en la clase de educación física y solían llevarla al parque a jugar. Su esquema de vacunación se encuentra incompleto (falta DPT de los 4 años). Se le aplico la vacuna de la influenza 13/03/19.

En este momento se encuentra en el servicio de hospitalización de pediatría donde no se cuenta con un área de atención crítica, en fase III de ventilación en modo SIMV, catéter central doble lumen el cual se encuentra sin datos de infección en sitio de inserción, cánula de traqueotomía (Shilley) funcional a la exploración con entrada de aire adecuado en ambos campos pulmonares, simétricos, presencia de estertores bilaterales, sonda de gastrostomía a derivación por presentar distensión abdominal y dolor a la palpación, sonda vesical a derivación funcional, extremidades hipotónicas con pérdida de la fuerza muscular, reflejos osteotendinosos abolidos. Continúa con tratamiento analgésico a base de paracetamol y buprenorfina.

### **2.3.2 Patrón 2 Nutricional-Metabólico**

Peso: 20, Talla: 1.29cm, IMC: 12 normal para su talla y peso.

Cuidador menciona que el apetito de N.P.M siempre había sido bueno (en el desayuno: fruta picada y leche, en la comida: verduras, carne, pollo, frijoles, tortillas, así como un litro de agua simple o de fruta durante el día, en la cena: pan y leche, refiere que comía de todo, que no son de su agrado las verduras, pero las consume, dulces llega a comerlos ocasionalmente, la dentición se observa con caries y mala higiene bucal. En la estancia dentro del hospital estuvo en ayuno 3 días posteriormente 22/04/2019 se inicia alimentación enteral previa administración de procinético, actualmente con aporte de 1800 kcal/día, dividida en 4 tomas de 400cc cada una en horarios de 8,13, 18 y 23 para pasar en 120 minutos, en posición semi-fowler estricto. Se encuentra hoy 14/05/2019 en ayuno por presentar distensión abdominal con dolor a la palpación, peristalsis disminuida, con sonda de gastrostomía a derivación sin presentar salida de líquido, sin datos de infección o sangrado local en sitio de inserción.

### **2.3.3 Patrón 3 Eliminación**

Cuidador menciona que no tenía problemas para controlar sus esfínteres, miccionaba de 3 a 5 veces de color claro, evacuaba una vez al día de color amarillo, duro y sin dolor. Sabe utilizar el baño desde pequeña. Hasta hora no controla esfínteres por lo que se colocó sonda vesical desde un inicio del padecimiento la cual se encuentra drenando orina de color, olor y cantidad normal, así como utiliza pañal desechable, presento evacuaciones diarreicas 22/04/2019 posteriormente que se le inicio la alimentación enteral. Actualmente 13/05/19 se encuentra en ayuno por presentar distensión abdominal, dolor a la palpación, sin evacuaciones y canalización de gases presentes hasta al momento.

### **2.3.4 Patrón 4 Actividad-Ejercicio**

Realizaba actividades deportivas cuando tomaba clases de educación física cerca de 30 minutos, solía llevarla al parque su cuidadora, no realizaba otro tipo de actividad. Actualmente su estado de salud le impide realizar cualquier tipo de movimiento ya que la enfermedad le ha ocasionado atrofia en extremidades superiores e inferiores así como falta de sensibilidad, sin embargo, recibe fisioterapia dos veces a la semana, así como se le capacita a los familiares para realizarle los ejercicios de 3 a 5 veces durante el día.

### **2.3.5 Patrón 5 Reposo-Sueño**

Refiere cuidador que no tenía problemas para conciliar el sueño que dormía de 8 a 10 horas diarias, no acostumbra a tomar siestas durante el día, tomaba un vaso de leche antes de dormir, a veces se quedaba su madrina con ella hasta que se dormía. Actualmente cursa con periodos de sueño intermitente de cinco a seis horas nocturnas, siestas matutinas y vespertinas de aproximadamente una hora ya que no cuenta con un ambiente adecuado para tener periodos de sueño fisiológico ya que comparte el área con 4 pacientes más, se despierta continuamente, así como por las actividades que realizan durante el día y la noche por el personal de enfermería como toma de signos vitales, el llanto de otros niños la inquieta y se observa cansada.

### **2.3.6 Patrón 6 Cognoscitivo-Perceptual**

Cuidador refiere que no tiene problemas de aprendizaje comprende fácilmente, tenía un buen aprovechamiento escolar, se encontraba cursando el segundo año de primaria. En este momento emite un lenguaje no audible por la afectación a los músculos del

habla, se da a entender con los ojos parpadeando, una vez es un “SI” y parpadear dos veces es un “NO”, es la forma que se ha encontrado para comunicarse.

### **2.3.7 Patrón 7 Auto Percepción**

No se puede expresar con palabras ya que su condición de salud no se lo permite, sin embargo madrina refiere que es una niña alegre y que le agrada interactuar con los demás integrantes de la familia.

### **2.3.8 Patrón 8 Rol Relaciones**

En casa convive con mamá 48 años, papá 52 años, prima de 7 años, tía materna 26 años, tío de 28 años de las cuales llevaba una buena relación con su prima de 7 años de edad. Es una niña que tiene un vínculo familiar de respeto con los demás integrantes de la familia y el cuidador menciona que le asigna pequeñas tareas como tender su cama, levantar sus juguetes, así como que realiza sus tareas escolares con su supervisión, tiene buena actitud con el personal de enfermería sonrío ante bromas. En algunas ocasiones se ve molesta cuando se realiza algún procedimiento de enfermería.

### **2.3.9 Patrón 9 Sexualidad-Reproducción.**

Genitales sin alteraciones, adecuados para su edad.

### **2.3.10 Patrón 10 Afrontamiento y Tolerancia al Estrés**

Cuidadora menciona que funge como tutor de la niña desde los 9 meses de edad ya que la madre biológica no pudo hacerse responsable de ella por lo que se la entregó a su cuidado. Hace poco la mamá se acercó y estuvo conviviendo con la menor, la cual externaba que no le agradaba y que prefería quedarse en su casa, era una situación que

angustiaba a la paciente. En este momento a pesar de su edad comprende se encuentra delicada y que su recuperación será larga, se observa tranquila en compañía de las personas que considera como su mamá y papá.

### **2.3.11 Patrón 11 Valores y Creencias**

Refiere ser católicos, cuentan con imágenes de Dios y la Virgen cerca de la cabecera de la niña. Durante su estancia hospitalaria los cuidadores oran y leen la biblia con fe y esperanza por la recuperación de la paciente.

## **2.4 Valoración Continua**

**Día 17 de Mayo de 2019 20:00 horas**

### **Patrón 1 Percepción de la Salud-Control de la Salud:**

Continúa alterado por la acumulación de secreciones tanto en boca como en traqueostomía por lo que se está realizando la aspiración de secreciones tres veces por turno, procedimiento que le causa malestar y se observa con facies de dolor (6 dolor fuerte) en escala de Escala visual analógica del dolor (EVA).

### **Patrón 2 Nutrición–Metabólico:**

Continua en ayuno por presentar distensión, dolor abdominal a la palpación y peristalsis disminuida por lo que se le suspendió la alimentación por gastrostomía.

### **Patrón 3 Eliminación:**

No controla esfínteres continúa con sonda vesical sin datos de infección de vías urinarias, sin presencia de evacuaciones, ni canalización de gases hasta el momento.

**Patrón 4 Actividad- Ejercicio:**

Presencia de úlceras en codos, región sacra y talones por la falta de movilidad así, como atrofia en extremidades superiores e inferiores, con pérdida de la fuerza muscular, reflejos osteotendinosos abolidos, (escala de Braden con riesgo de úlceras por presión alto).

**Patrón 5 Reposo-Sueño:**

Los periodos de sueño muy cortos se observan inquieta, irritable la falta de un área adecuada no permite que se lleve a cabo el sueño fisiológico debido a las interrupciones por parte del personal de enfermería durante la realización de los procedimientos como toma de signos vitales, así como también el llanto de los pacientes que se encuentran en el área de pediatría.

**Patrón 6 Cognoscitivo-Perceptual:**

La comunicación verbal continúa siendo nula por parte de la paciente, sin embargo, se le explica los procedimientos que se le van a realizar ya que comprende lo que sucede a su alrededor.

**Día 22 de mayo de 2019 20:00 horas**

**Patrón 1 Percepción de la Salud-Control de la Salud:**

Se encuentra con una disminución de secreciones ya que se realiza aspiración de secreciones de una manera más frecuente, mejorando el patrón respiratorio y manteniendo las vías aéreas permeables y se observa una mejoría en sus signos vitales.

**Patrón 2 Nutrición–Metabólico:**

Presenta disminución de distensión abdominal, peristalsis disminuida, se le reinicio la alimentación por sonda de gastrostomía la cual se proporciona con un aporte de con aporte de 1500 kcal/día, dividida en 4 tomas de 200cc cada una en horarios de 8,13, 18 y 23 para pasar en 120 minutos, en posición semi-fowler estricto.

**Patrón 3 Eliminación:**

Presenta evacuaciones 1/2 escala de Bristol 7, posteriores a que se le inicio la alimentación por sonda de gastrostomía, por lo que se sugiere se pase la alimentación en el tiempo indicado.

**Patrón 4 Actividad-Ejercicio:**

Continúa con atrofia en extremidades y falta de sensibilidad, sin embargo, hay una mejoría en la úlceras por presión en codos, región sacra y talones ya que inicia su epitelización, realizando intervenciones como curación de lesiones, colocación de colchón de agua, se realizan cambios posturales cada 2-3 horas, fisioterapia por parte de rehabilitación, así como el apoyo de parte de los cuidadores para realizarle los ejercicios.

**Patrón 5 Reposo-Sueño:**

Se observa con facies de cansancio e irritabilidad. Se le trato de ayudar para q tuviera un ambiente lo más tranquilo en lo posible para que descansara y disminuir las interrupciones.

**Patrón 6 Cognoscitivo-Perceptual:**

Se observa tranquila en compañía de familiares que considera como mamá y papá, a pesar de que su comunicación es prácticamente nula.

**Día 28 de mayo del 2019 20:00 horas.**

**Patrón 1 Percepción de la Salud-Control de la Salud:**

Se encontró una disminución de secreciones ya que se realiza aspiración de secreciones de una manera más frecuente por lo que se observa más tranquila al encontrarse con las vías aéreas despejadas.

**Patrón 2 Nutrición – Metabólico:**

Se continúa con la alimentación por sonda de gastrostomía la cual ha tolerado adecuadamente, peristalsis presente, con un aporte de 1600 kcal diarias dividida en 4 tomas de 400cc cada una en horarios de 8, 13,18 y 23 en 120 minutos, en posición semifowler.

**Patrón 3 Eliminación:**

Ha mejorado la consistencia de las evacuaciones las cuales de ser líquidas pasaron a ser semilíquidas (escala de Bristol 7/6) posteriores a la administración de la alimentación por sonda de gastrostomía.

**Patrón 4 Actividad- Ejercicio:**

Continúa con ejercicios para disminuir la atrofia de los músculos dos veces por semana por parte de fisioterapia, así como se capacita al cuidador para realizar forma

diaria los ejercicios de 3 a 5 veces al día. Las úlceras por presión en codos, región sacra y talones han mejorado se observan cicatrizadas y se continúa con su colchón de agua, así como cambios posturales cada 2-3 horas.

#### **Patrón 5 Reposo-Sueño:**

Se ha logrado que duerma por periodos más largos durante la noche procurando mantener las luces tenues durante la noche evitar y evitar las interrupciones constantes por parte del personal de enfermería.

#### **Patrón 6 Cognoscitivo-Perceptual:**

No hay una mejoría en el patrón de la comunicación.

### **2.5 Diagnósticos de Enfermería**

#### **Dominio 4: Actividad/reposo**

#### **Clase 04: Respuestas cardiovasculares/pulmonares**

*Diagnóstico de Enfermería 1:00032* Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro neuromuscular y músculo esquelético E/P disminución de la capacidad vital, disminución de la presión espiratoria e inspiratoria, disnea, alteración de los movimientos torácicos y patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo y profundidad).

**Dominio 12: Confort****Clase 1: Confort físico**

*Diagnóstico de Enfermería 2: 00132* Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico (Po. traqueotomía y gastrostomía) E/P expresión facial de dolor, cambios de parámetros fisiológicos (FC, FR, T/A.).

**Dominio 11: Seguridad/protección****Clase 2: Lesión física**

*Diagnóstico de Enfermería 3: 00031* Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C deterioro neuromuscular, vía aérea artificial, retención de las secreciones E/P alteración en el patrón respiratorio (FR), sonidos adventicios, excesiva cantidad de esputo.

**Dominio 3: Eliminación e intercambio****Clase 2: Función gastrointestinal**

*Diagnóstico de Enfermería 4: 00196* Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C alimentación enteral, dolor abdominal e inmovilidad E/ P abdomen distendido, cambios en los ruidos intestinales (hipoactivos), aceleración en el vaciado gástrico, ausencia de ventosidades, diarrea y dolor abdominal.

**Dominio 2: Nutrición****Clase 1: Ingestión**

*Diagnóstico de Enfermería 5:00002* Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C incapacidad para digerir e ingerir los alimentos E/P debilidad de los

músculos necesarios para la deglución y masticación, dolor abdominal, diarrea y pérdida de peso.

### **Dominio 11: Seguridad/protección**

#### **Clase 2: Lesión física**

*Diagnóstico de Enfermería 6: 00046* Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilización física, presión sobre las prominencias óseas E/P alteración en la integridad cutánea.

### **Dominio 05: Percepción/cognición**

#### **Clase 05: Comunicación**

*Diagnóstico de Enfermería 7: 00051* Deterioro de la comunicación verbal R/C deterioro neuromuscular, traqueostomía E/P dificultad para hablar, dificultad para usar las expresiones faciales y corporales.

### **Dominio 11: Seguridad/protección**

#### **Clase 1: Infección**

*Diagnóstico de enfermería 8: 00004* Riesgo de infección R/C alteración en la integridad cutánea, procedimientos invasivos (traqueotomía, gastrostomía, catéter intravenoso).

**Dominio 11: Seguridad/protección****Clase 2: Lesión física**

*Diagnóstico de Enfermería 9: 00155* Riesgo de caída R/C enfermedad aguda, deterioro de la movilidad, del equilibrio y disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.

**Dominio 4: Actividad/reposo****Clase 5: Autocuidado**

*Diagnóstico de Enfermería 10: 00102* Déficit de autocuidado: alimentación, baño, uso sanitario y vestido R/C deterioro neuromuscular M/P incapacidad para moverse, cuadriplejía.



**Intervenciones de Enfermería NIC: 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales**

Campo 2: Fisiológico complejo

Clase K: Control respiratorio

Actividades:

- Realizar lavado de manos.
- Usar el equipo de protección personal, (guantes, gafas y mascarilla que sea adecuado).
- Proporcionar una humidificación 100% al gas, oxígeno o aire inspirado.
- Inflar el globo de tubo endotraqueal/cánula de traqueostomía mediante una técnica mínimamente oclusiva.
- Mantener inflado el globo del tubo endotraqueal/cánula de traqueostomía a 10-15 mmHg durante la ventilación
- Realizar aspiración de traqueostomía según corresponda.
- Aspirar la orofaringe y las secreciones de la parte superior del tubo antes de proceder a desinflar el dispositivo.
- Auscultar la presencia de sonidos pulmonares bilaterales después de la inserción y de cambiar la sujeción del tubo endotraqueal de traqueostomía.
- Observar si hay presencia de crepitaciones y roncus en las vías aéreas de gran calibre.
- Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.
- Realizar cuidados orales (lavado de dientes, gasas húmedas, humectante bucal y labias) según corresponda

**Intervenciones de Enfermería NIC:3140 Manejo de la vía aérea**

Campo 2: Fisiológico complejo

Clase K: Control respiratorio

Actividades:

- Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de las vías aéreas.
- Eliminar las secreciones mediante succión.
- Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.
- Realizar la aspiración de traqueostomía según corresponda.
- Administrar broncodilatadores, según corresponda.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.

<b>Intervenciones de Enfermería NIC: 3320 Oxigenoterapia</b>	<b>Intervenciones de Enfermería NIC: 3350 Monitorización respiratoria</b>
<p>Campo 2: Fisiológico complejo Clase K: Control respiratorio</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales según corresponda.</li> <li>• Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</li> <li>• Vigilar el flujo de litros de oxígeno.</li> <li>• Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsimetría, gasometría arterial), según corresponda.</li> <li>• Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.</li> <li>• Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno, atelectasia por absorción.</li> </ul>	<p>Campo 2: Fisiológico complejo Clase K: control respiratorio</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad, y esfuerzo de las respiraciones.</li> <li>• Evaluar el movimiento torácico observando la simetría, utilización de los músculos accesorios y retracción de los músculos intercostales y supraclaviculares.</li> <li>• Observar si se producen respiraciones, como estridor o ronquidos.</li> <li>• Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno.</li> <li>• Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos.</li> <li>• Auscultar los sonidos respiratorios, observando las ares de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.</li> <li>• Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías áreas principales.</li> <li>• Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados.</li> <li>• Monitorizar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos de presiones inspiratorias y las disminuciones de volumen corriente.</li> </ul>

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ L.E. Adriana Ordoñez Pérez

## 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro neuromuscular y musculo esquelético E/P disminución de la capacidad vital, disminución de la presión espiratoria e inspiratoria, disnea, alteración de los movimientos torácicos y patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo y profundidad).

Nombre: N.P.M.Edad: 7 añosServicio: Pediatría EscolaresFecha: 14/05/19-28/05/19Hora: 20:00 – 08:00 pm

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p><b>3180 Manejo de las vías aéreas artificiales</b></p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar lavado de manos</li> <li>• Usar el equipo de protección personal, (guantes, gafas y mascarilla que sea adecuado)</li> <li>• Se aspiró la oro faringe y traqueostomía</li> <li>• Observar si hay presencia de crepitaciones y roncus en las vías aéreas</li> <li>• Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones</li> <li>• Realizar cuidados orales (lavado de dientes, gasas húmedas, humectante bucal y labias) según corresponda.</li> <li>• Se monitorizaron los niveles de saturación de oxígeno</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa:</b></p> <p><b>Resultado esperado:</b> Mejorar el estado respiratorio</p> <p><b>Puntuación basal:</b> Desviación sustancial 2</p> <p><b>Puntuación pos intervención:</b> Desviación leve</p> <p><b>Puntuación cambio:</b>+2</p> <p><b>Indicadores basales y pos intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia respiratoria (2 a 4)</li> <li>• Ritmo respiratorio (2 a 4)</li> <li>• Profundidad de la inspiración (2 a 4)</li> <li>• Ruidos respiratorios auscultados (3 a 3)</li> <li>• Vías áreas permeables (2 a 4)</li> <li>• Capacidad vital (2 a 4)</li> <li>• Saturación de oxígeno (3 a 5)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa:</b></p> <p>Con las intervenciones realizadas se logró asegurar la permeabilidad de las vías aéreas, así como la mejora de los signos vitales.</p>

## 2.6 Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: N.P:M. Edad: 7 años Fecha de Ingreso: 18/04/2019

Servicio/ Contexto: Escolares Diagnóstico Médico: Síndrome de Guillain-Barré

Dominio 12: Confort Clase 1: Confort físico	<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b>	Dominio V: Salud percibida Clase V: Sintomatología				
	<b>Resultado</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Puntuación Basal</b>	<b>Puntuación Diana</b>
00132 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>2102 Manejo del Nivel de dolor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor referido (3)</li> <li>• Expresiones faciales de dolor (3)</li> <li>• Inquietud (3)</li> <li>• Irritabilidad (4)</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>

<b>Intervenciones de Enfermería NIC: 1400 Manejo de dolor</b>	<b>Intervención de Enfermería NIC: 2210 Administración de analgésicos</b>
<p>Campo 1: Fisiológico básico Clase E: Fomento de la comodidad física</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.</li> <li>• Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</li> <li>• Utilizar medidas de control del dolor antes de que este sea muy intenso.</li> <li>• Fomentar periodos de sueño/descanso adecuados que finalmente el alivio del dolor.</li> <li>• Se le administre sus analgésicos a la hora adecuada para evitar picos de dolor intensos.</li> <li>• Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor cuando corresponda.</li> </ul>	<p>Campo 2: Fisiológico complejo Clase H: Control de fármacos</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.</li> <li>• Comprobar el historial de alergias a medicamentos.</li> <li>• Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto del analgésico óptimo</li> <li>• Elegir la vía intravenosa (IV) frecuentes de medicación contra el dolor.</li> <li>• Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario potencializar la analgesia</li> <li>• Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso</li> </ul>

Nombre del Estudiante:

L.E. Adriana Ordoñez Pérez

## 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
00132 Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico (P.O. de traqueostomía y gastrostomía) E/P expresión facial del dolor, cambio de parámetros fisiológicos (FC,FR,T/A)

Nombre: N.P.M.Edad: 7 años Servicio: Pediatría escolaresFecha: 14/05/19-28/05/19 Hora: 20:00 – 08:00 pm

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p><b>1400 Manejo de dolor</b></p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le administro sus analgésicos a la hora adecuada para evitar picos de dolor intensos.</li> <li>• Se eligió la vía IV, para la administración de medicación contra el dolor.</li> <li>• Fomentar periodos de sueño/descanso adecuados que favorezcan el alivio del 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>• Dolor referido (3 a 4)</li> <li>• Expresiones faciales de dolor (3 a 4)</li> <li>• Inquietud (3 a 3)</li> <li>• Irritabilidad (4 a 4)</li> <li>•</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>

## 2.6 Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: N.P:M. Edad: 7 años Fecha de Ingreso: 18/04/2019

Servicio/ Contexto: Escolares Diagnóstico Médico: Síndrome de Guillain-Barré

Dominio 11: Seguridad/Protección Clase2: Lesión física	<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b>	Dominio II: Salud fisiológica Clase E: Cardiopulmonar				
	<b>Resultado</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Puntuación Basal</b>	<b>Puntuación Diana</b>
00031 Limpieza ineficaz de las vías áreas R/C deterioro neuromuscular, vía área artificial, retención de las secreciones E/P alteración en el patrón respiratorio (FR), sonidos adventicios, excesiva cantidad de esputo.	<b>0410 Mejorar el estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia respiratoria (2)</li> <li>• Ritmo respiratorio (3)</li> <li>• Profundidad de la inspiración (3)</li> <li>• Capacidad de eliminar secreciones (2)</li> <li>• Ruidos respiratorios patológicos (3)</li> <li>• Acumulación de esputos (2)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave</li> <li>2. Desviación sustancial</li> <li>3. Desviación moderada</li> <li>4. Desviación leve</li> <li>5. Sin desviación</li> </ol>	Desviación Sustancial 2	<b>Mantener a: 2</b>  <b>Aumentar a: 3</b>

### Intervenciones de Enfermería NIC: 3160 Aspiración de las vías aéreas

Campo 2: Fisiológico Complejo  
Clase K: Control Respiratorio

Actividades:

- Realizar lavado de manos.
- Utilizar precauciones universales.
- Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración.
- Proporcionar sedación según corresponda.
- Hiperoxigenar con O<sub>2</sub> al 100% durante al menos treinta segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada pasada.
- Utilizar aspiración de sistema cerrado según este indicado.
- Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.
- Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad de, cánula de traqueostomía o vía área del paciente.

### Intervenciones de Enfermería NIC: 3160 Aspiración de la vía aérea

Campo 2: Fisiológico Complejo  
Clase K: Control Respiratorio

Actividades:

- Dejar conectado al paciente al ventilador durante la aspiración, si se utiliza un sistema cerrado o un adaptador de dispositivo de insuflar oxígeno.
- Utilizar la mínima cantidad de aspiración, cuando se utilice un aspirador de pared, para extraer de aspiración las secreciones (80-120 mmHg para los adultos).
- Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO<sub>2</sub> y SvO<sub>2</sub>), estado neurológico (p. ej. nivel de conciencia, PIC, presión de perfusión cerebral (PPC) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardiaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.
- Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.
- Limpiar la zona alrededor de la estoma traqueal después de terminar la aspiración traqueal, según corresponda.
- Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.

**Intervenciones de Enfermería NIC: 3230 Fisioterapia torácica**

Campo 1: Fisiológico complejo  
Clase K: Control respiratorio

Actividades:

- Determinar la presencia de contraindicaciones para el uso de fisioterapia torácica.
- Realizar la fisioterapia torácica al menos 2 horas después de comer.
- Monitorizar el estado cardiaco y respiratorio.
- Monitorizar la cantidad y las características de las secreciones.
- Determinar el segmento o los segmentos pulmonares que contienen secreciones excesivas.
- Golpear el tórax de forma rítmica y en sucesión rápida utilizando las manos ahuecadas sobre las zonas que se va a drenar durante 3 o 5 minutos.
- Aplicar sistemas neumáticos, acústicos o eléctricos de percusión torácica.
- Aspirar las secreciones aspiradas.

**Intervenciones de Enfermería NIC:3140 Manejo de la vía aérea**

Campo 2: Fisiológico complejo  
Clase K: Control respiratorio

Actividades:

- Eliminar las secreciones mediante succión.
- Auscultar los sonidos respiratorios.
- Realizar la aspiración endotraqueal.
- Administrar broncodilatadores, según corresponda.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

L.E. Adriana Ordoñez Pérez

## 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
00031 Limpieza ineficaz de las vías áreas R/C deterioro neuromuscular, vía área artificial, retención de las secreciones E/P alteración en el patrón respiratorio (FR), sonidos adventicios, excesiva cantidad de esputo y ausencia de tos

Nombre: N.P.M.Edad: 7 años Servicio: pediatría escolaresFecha: 14/05/19-28/05/19 Hora: 20:00 – 08:00 pm

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p><b>3160 Aspiración de las vías aéreas</b></p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se auscultar los sonidos respiratorios para verificar la presencia de secreciones.</li> <li>• Se realizó la aspiración endotraqueal.</li> <li>• Eliminar las secreciones mediante succión.</li> <li>• Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno.</li> <li>• Monitorizar las lecturas del ventilador mecánico.</li> </ul> <p>3230 Fisioterapia torácica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizó la fisioterapia torácica al menos 2 horas después de comer.</li> <li>• Se ausculto los segmentos pulmonares que contienen secreciones excesivas.</li> <li>• Se golpeó el tórax de forma rítmica y en sucesión rápida utilizando las manos ahuecadas sobre las zonas que se va a drenar durante 3 o 5 minutos.</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa:</b></p> <p><b>Resultado Esperado:</b> Mejorar el estado respiratorio</p> <p><b>Puntuación Basal:</b> Desviación sustancial 2</p> <p><b>Puntuación pos intervención:</b> Desviación moderada 3</p> <p><b>Puntuación cambio:</b> + 1</p> <p><b>Indicadores basales y pos intervención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia respiratoria (2 a 3)</li> <li>• Ritmo respiratorio (3 a 4)</li> <li>• Profundidad de la inspiración (3 a 3)</li> <li>• Capacidad de eliminar secreciones (2 a 2)</li> <li>• Ruidos respiratorios patológicos (3 a 3)</li> <li>• Acumulación de esputos (2 a 2)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa</b></p> <p>Con las intervenciones realizadas se logró disminuir estertores respiratorios para mantener las vías áreas permeables, mejora el patrón respiratorio y los niveles de saturación de oxígeno.</p>

## 2.6 Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: N.P:M. Edad: 7 años Fecha de Ingreso: 18/04/2019

Servicio/ Contexto: Escolares Diagnóstico Médico: Síndrome de Guillain-Barré

Dominio 3: Eliminación e intercambio Clase2: Función gastrointestinal	<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b>	Dominio II: Salud fisiológica Clase K: Digestión y nutrición				
	<b>Resultado</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Puntuación Basal</b>	<b>Puntuación Diana</b>
00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C alimentación enteral, dolor abdominal e inmovilidad E/P abdomen distendido, cambios en los ruidos intestinales (hipoactivos), aceleración en el vaciado gástrico, ausencia de ventosidades y diarrea.	<b>O501 Mejorar la eliminación gastrointestinal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de eliminación (1)</li> <li>• Control de movimientos intestinales (2)</li> <li>• Estreñimiento (2)</li> <li>• Ruidos abdominales (2)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	Sustancialmente comprometido 2	<b>Mantener a: 2</b>  <b>Aumentar a:3</b>

\*

<b>Intervenciones de Enfermería NIC: 04030 Control intestinal</b>	<b>Intervenciones de Enfermería NIC:0200 fomento del ejercicio</b>
<p>Campo 1: Fisiológico básico Clase B: Control de la eliminación</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anotar la fecha de la última defecación.</li> <li>• Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma. Volumen y color, según corresponda.</li> <li>• Monitorizar los sonidos intestinales.</li> <li>• Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos.</li> <li>• Informar si hay disminución de los sonidos intestinales.</li> <li>• Proporcionar alimentos de alto contenido en fibras.</li> <li>• Administrar líquidos calientes después de cada comida, si está indicado.</li> <li>• Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.</li> </ul>	<p>Campo 1: Fisiológico básico Clase A: Control de actividad y ejercicio</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar ejercicios con la persona, según corresponda.</li> <li>• Incluir a la familia y al cuidador en la planificación de ejercicios.</li> <li>• Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud en colaboración con el equipo multidisciplinario.</li> </ul>

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ L.E. Adriana Ordoñez Pérez

## 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C alimentación enteral, dolor abdominal e inmovilidad E/P abdomen distendido, cambios en los ruidos intestinales (hipoactivos), aceleración en el vaciado gástrico, ausencia de ventosidades y diarrea.

Nombre: N:P:MEdad: 7 añosServicio: Pediatría escolaresFecha: 14/05/19-28/05/19Hora: 20:00 – 08:00 pm

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p><b>04030 Control intestinal</b></p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se anotó la fecha de la última defecación.</li> <li>• Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma. Volumen y color, según corresponda.</li> <li>• Monitorizar los sonidos intestinales.</li> <li>• Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.</li> </ul> <p><b>0200 fomento del ejercicio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar ejercicios con el paciente pasivos.</li> <li>• Incluir al cuidador en la planificación de ejercicios.</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa:</b></p> <p><b>Resultado esperado:</b> Eliminación gastrointestinal</p> <p><b>Puntuación basal:</b> sustancialmente comprometido 2</p> <p><b>Puntuación pos intervención:</b> Moderadamente comprometido 3</p> <p><b>Puntuación cambio:</b>+1</p> <p><b>Indicadores basales y pos intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de eliminación (1 a 2)</li> <li>• Control de movimientos intestinales(2 a 3)</li> <li>• Estreñimiento(2 a 3)</li> <li>• Ruidos abdominales (2 a3)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa:</b></p> <p>Con la realización de las intervenciones se logró mejorar la motilidad gastrointestinal, disminuyendo la distensión y dolor abdominal.</p>

## 2.6 Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: N.P:M. Edad: 7 años Fecha de Ingreso: 18/04/2019

Servicio/ Contexto: Escolares Diagnóstico Médico: Síndrome de Guillain-Barré

Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión		<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)		Dominio II: Salud fisiológica Clase K: Digestión y nutrición				
		<b>Resultado</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Puntuación Basal</b>	<b>Puntuación Diana</b>
00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C incapacidad para digerir e ingerir los alimentos E/P debilidad de los músculos necesarios para la deglución, masticación, dolor abdominal, diarrea y pérdida de peso.		<b>1004 Mejorar el Estado Nutricional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingesta de nutrientes (2)</li> <li>• Ingesta de alimentos (2)</li> <li>• Ingesta de líquidos (2)</li> <li>• Nutrientes (3)</li> <li>• Relación peso/talla (4)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave</li> <li>2. Desviación sustancial</li> <li>3. Desviación moderada</li> <li>4. Desviación leve</li> <li>5. Sin desviación</li> </ol>	Desviación sustancial 2	<b>Mantener a: 2</b> <b>Aumentar a: 4</b>

**Intervenciones de Enfermería NIC: 1100 Manejo de la nutrición**

Campo 1: Fisiológico Básico  
Clase D: Apoyo Nutricional

Actividades:

- Determinar el estado de nutrición del paciente y su capacidad para satisfacer sus necesidades nutricionales.
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes para satisfacer sus necesidades nutricionales.
- Ajustar la dieta según sea necesario (es decir proporcionar alimentos con alto contenido proteico, aumentar o reducir las calorías, aumentar o disminuir las vitaminas, minerales o suplementos).
- Realizar o ayudar a los pacientes con los cuidados orales antes de comer.
- Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Monitorizar las calorías y la ingesta diaria.
- Monitorizar la tendencia de pérdida y aumento de peso.

**Intervención de Enfermería NIC: 1240 Ayuda para ganar peso**

Campo 1: Fisiológico Básico  
Clase D: Apoyo Nutricional

Actividades:

- Pesar al paciente a intervalos determinados.
- Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.
- Controlar el consumo diario de calorías.
- Fomentar el aumento de ingesta de calorías.
- Proporcionar alimentos adecuados al paciente: formulas mezcladas o comerciales por medio de sonda nasogástrica o de gastrostomía.
- Proporcionar suplementos dietéticos, según corresponda.
- Registrar la ganancia de peso en una gráfica.

**Intervenciones de Enfermería NIC: 1160 Monitorización nutricional**

Campo 1: Fisiológico básico

Clase D: Apoyo nutricional

Actividades:

- Pesar al paciente.
- Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.
- Identificar los cambios recientes del peso corporal.
- Observar la presencia de náuseas y vomito.
- Observar las anomalías de la defecación (p. ej. Diarrea, defecación irregular o dolorosa).
- Monitorizar la ingesta calórica y dietética.
- Determinar las recomendaciones energéticas basada en factores del paciente (p. ej., edad, peso, talla, sexo y nivel de actividad física).

Nombre del Estudiante:

L.E. Adriana Ordoñez Pérez

## 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C incapacidad para digerir e ingerir los alimentos E/P debilidad de los músculos necesarios para deglución y masticación, dolor abdominal y pérdida de peso.

Nombre: N.P.M.

Edad: 7 años Servicio: pediatría escolares

Fecha: 14/05/2019-28/05/19 Hora: 20:00 – 08:00 pm

<b>Intervenciones realizadas*</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p><b>1240 Ayuda para ganar peso</b></p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar al paciente</li> <li>• Observar la presencia de náuseas y vomito.</li> <li>• Proporcionar alimentos adecuados al paciente: formulas mezcladas o comerciales por medio de gastrostomía.</li> <li>• Registrar la ganancia de peso en una gráfica.</li> <li>• Calcular las calorías adecuadas para su edad y peso.</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa:</b></p> <p><b>Resultado Esperado:</b> Mejorar el estado nutricional</p> <p><b>Puntuación Basal:</b> Desviación sustancial 2</p> <p><b>Puntuación pos intervención:</b> Desviación leve 4</p> <p><b>Puntuación cambio:</b> +2</p> <p><b>Indicadores basales y pos intervención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingesta de nutrientes (2 a 4)</li> <li>• Ingesta de alimentos (2 a 4)</li> <li>• Ingesta de líquidos (2 a 2)</li> <li>• Nutrientes (3 a 5)</li> <li>• Relación peso/talla (4 a 4)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa</b></p> <p>Se logró tener un mejor del control sobre sus estado nutricional del paciente en base a su peso y talla</p>

## 2.6 Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: N.P:M. Edad: 7años Fecha de Ingreso: 18/04/2019

Servicio/ Contexto: Escolares Diagnóstico Médico: Síndrome de Guillain-Barré

Dominio:11 Seguridad/Protección Clase 2: Lesión física	Resultados Esperados (NOC)				
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b>	Dominio1: Salud funcional Clase: C: Movilidad				
Deterioro de la integridad cutánea R/C Inmovilización física y presión sobre las prominencias óseas E/P Alteración en la integridad cutánea	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
	<b>1101</b> <b>Mejorar la Integridad tisular: piel y membranas mucosas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura de la piel (4)</li> <li>• Sensibilidad (2)</li> <li>• Hidratación (4)</li> <li>• Transpiración (2)</li> <li>• Perfusión tisular (3)</li> <li>• Integridad de la piel (2)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	sustancialmente comprometido 2	<b>Mantener a: 2</b> <b>Aumentar a:3</b>

**Intervenciones de Enfermería NIC: 3520 Cuidados de  
ulceras por presión**

Campo 2: Fisiológico complejo  
Clase I: Control de la piel/heridas

Actividades

- Describir las características de la ulceras a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
- Controlar el calor, la temperatura, el calor edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
- Mantener la ulcera humedecida para favorecer la curación.
- Aplicar calor húmedo a la ulcera para mejorar la perfusión sanguínea y el de oxígeno a la zona.
- Limpiar la piel alrededor de la ulcera con jabón suave y agua.
- Debridar la ulcera, si es necesario.
- Anotar las características del drenaje.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.
- Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.
- Utilizar camas y colchones especiales.

**Intervenciones de enfermería NIC:3660 Cuidados de las  
heridas**

Campo 2 : Fisiológico complejo  
Clase I: Control de la piel/heridas

Actividades

- Monitorizar las características de las heridas, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Medir el lecho de la herida.
- Administrar cuidados de las ulceras cutáneas.
- Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión.
- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de la herida.
- Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida.

<b>Intervenciones de Enfermería NIC: 0840 Cambio de posición</b>	<b>Intervenciones de enfermería NIC: 3500 Manejo de presiones</b>
<p>Campo 1: Fisiológico básico Clase C: Control de la inmovilidad</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.</li> <li>• Proporcionar un colchón firme.</li> <li>• Explicar al paciente que se la cambiar de posición.</li> <li>• Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.</li> <li>• Colocar en posición de alineación corporal correcta.</li> <li>• Poner apoyos en las zonas lesionadas (almohadas).</li> <li>• Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas.</li> </ul>	<p>Campo 2: Fisiológico complejo Clase I: Control de la piel/heridas</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestir al paciente con prendas no ajustadas.</li> <li>• Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica.</li> <li>• Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada.</li> <li>• Elevar la extremidad afectada.</li> <li>• Girar al paciente inmovilizado por el menos cada 2 horas.</li> <li>• Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas sin apoyar en la cama.</li> <li>• Aplicar protectores de talones.</li> <li>• Observar si hay fuentes de presión y fricción.</li> </ul>

Nombre del Estudiante:

L.E. Adriana Ordoñez Pérez

## 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C Inmovilización física y presión sobre las prominencias óseas E/P Alteración en la integridad cutánea.

Nombre: N.P.M.Edad: 7 añosServicio: pediatría escolaresFecha: 14/05-28/05/19Hora: 20:00 – 08:00 pm

<b>Intervenciones Realizadas</b>	<b>Evaluación del Cuidado</b>
<p><b>0840 Cambio de posición.</b> Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se colocó sobre un colchón terapéutico.</li> <li>• Se le cambio de posición cada 2 horas.</li> <li>• Poner apoyos en las zonas lesionadas (almohadas).</li> </ul> <p><b>3500 Manejo de presiones</b> Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada.</li> <li>• Elevar la extremidad afectada.</li> <li>• Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada.</li> <li>• Elevar la extremidad afectada.</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa:</b>  <b>Resultado Esperado:</b> Integridad tisular de la piel y membranas  <b>Puntuación Basal:</b> Sustancialmente comprometido 2  <b>Puntuación pos intervención:</b> Moderadamente Comprometido 3  <b>Puntuación cambio:</b> +1</p> <p><b>Indicadores basales y pos intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura de la piel (4 a 4)</li> <li>• Sensibilidad (2 a 2)</li> <li>• Hidratación (4 a 4)</li> <li>• Transpiración (2 a 3)</li> <li>• Perfusión tisular (3 a 4)</li> <li>• Integridad de la piel (2 a 3)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa</b>            Se logró disminuir las presiones en talones y regiones óseas ocasionadas por la falta de movilidad del paciente y así mantener la integridad tisular.</p>

## 2.6 Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: N.P:M. Edad: 7 años Fecha de Ingreso: 18/04/2019

Servicio/ Contexto: Escolares Diagnóstico Médico: Síndrome de Guillain-Barré

Dominio 05: Percepción/Cognición Clase 05: Comunicación	<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b>	Dominio 02: 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>
00051 Deterioro de la comunicación Verbal R/C deterioro neuromuscular y traqueostomía E/P incapacidad para hablar, incapacidad para usar las expresiones faciales y corporales	<b>4976 Mejorar la comunicación: expresiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza un lenguaje escrito (1)</li> <li>• Utiliza un lenguaje hablado: vocal (1)</li> <li>• Utiliza el lenguaje no verbal (1)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	Gravemente comprometido 1	<b>Mantener a: 1</b>  <b>Aumentar a: 2</b>

<b>Intervenciones de Enfermería NIC: 4976 Mejorar la comunicación: Déficit del habla</b>	<b>Intervención de Enfermería NIC: 5820 Disminución de la Ansiedad</b>
<p>Campo 03: Conductual Clase Q: Potenciación de la comunicación</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos asociados con la capacidades del habla (</li> <li>• Identificar las conductas emocionales y físicas como formas de comunicación.</li> <li>• Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada P. ej., parpadeo, tabla de comunicación con imágenes, letras, señales u otros gestos.</li> <li>• Ajustar el estilo de la comunicación para cubrir las necesidades del paciente (p. ej., situarse frente a él, al hablar, hablar despacio evitando gritar.</li> <li>• Modificar el entorno para minimizar el exceso de ruido y disminuir el estrés emocional (limitar las visitas y un ruido excesivo de los aparatos)</li> <li>• Instruir al paciente o a la familia sobre el uso de ayudas para el habla tras una traqueostomía.</li> </ul>	<p>Campo03: Conductual Clase T: Fomento de la comodidad psicológica</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> <li>• Animar a la familia a permanecer con el paciente.</li> <li>• Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.</li> <li>• Administrar masaje en la espalda, cuello, según corresponda.</li> <li>• Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.</li> </ul>

Nombre del Estudiante:

L.E. Adriana Ordoñez Pérez

## 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
00051 Deterioro de la comunicación Verbal R/C deterioro neuromuscular y Traqueostomía E/P incapacidad para hablar, incapacidad para usar las expresiones faciales y corporales.

Nombre: N.P.M.Edad: 7 añosServicio: pediatría escolaresFecha: 25/05/19Hora: 20:00 – 08:00 pm

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p><b>4976 Mejorar la comunicación: Déficit del habla</b> Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se identificó métodos alternativos a la comunicación hablada P. ej., parpadeo, una vez era un “Si” y dos era un “NO”</li> <li>• Se ajustó al estilo de la comunicación para cubrir las necesidades del paciente (p. ej., situarse frente a ella al hablar, hablar despacio evitando gritar).</li> <li>• Se intentó modificar el entorno para minimizar el exceso de ruido y disminuir el estrés emocional (limitar las visitas y un ruido excesivo de los aparatos)</li> <li>• Se informó a la familia sobre el uso de ayudas para el habla tras una traqueostomía.</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa:</b>  <b>Resultado esperado:</b> Mejorar la comunicación: expresiva  <b>Puntuación basal:</b> Gravemente comprometido 1  <b>Puntuación pos intervención:</b> Sustancialmente comprometido 2  <b>Puntuación cambio:</b> + 1</p> <p><b>Indicadores basales y pos intervención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza un lenguaje escrito (1 a 1)</li> <li>• Utiliza un lenguaje hablado: vocal (1 a 1)</li> <li>• Utiliza el lenguaje no verbal (1 a 2)</li> <li>•</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa</b></p> <p>Con las intervenciones realizadas no hubo una mejoría significativa por el deterioro neuromuscular y la presencia de la traqueostomía no le permite emitir un lenguaje verbal audible.</p>

## 2.6 Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: N.P:M. Edad: 7años Fecha de Ingreso: 18/04/2019

Servicio/ Contexto: Escolares Diagnóstico Médico: Síndrome de Guillain-Barré

Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 1: Infección	<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
	Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase T: Control de riesgo y seguridad				
<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>
00004 Riesgo de infección R/C alteración en la integridad cutánea y procedimientos invasivos (traqueostomía, gastrostomía y catéter venoso)	<b>1924 Mejorar el Control de riesgo: proceso infeccioso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifica los factores de riesgo (2)</li> <li>Identifica signos de infección (2)</li> <li>Mantiene un entorno limpio(3)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nunca demostrado</li> <li>Raramente demostrado</li> <li>A veces demostrado</li> <li>Frecuentemente demostrado</li> <li>Siempre demostrado</li> </ol>	Raramente demostrado 2	<b>Mantener a: 2  Aumentar a:4</b>

### 1. Intervenciones de Enfermería NIC: 6540 Control de infecciones

Campo: 4 Seguridad  
Clase: (V) Control de riesgos  
Actividades:

- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
- Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado.
- 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 al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando se deben notificar al cuidador.
- Utilizar un sondaje intermitente para reducir la incidencia de infecciones de la vejiga.

### Intervención de Enfermería NIC: 4054 Manejo de un acceso venoso central

. Campo: Fisiológico: complejo  
Clase: N Control de la perfusión tisular  
Actividades:

- Utilizar una técnica aséptica estricta siempre que se manipule el catéter, se acceda a él o se use para administrar medicación, con el fin de reducir las infecciones sanguíneas relacionadas con el catéter.
- Respetar las precauciones universales.
- Aspirar la sangre del dispositivo para comprobar su permeabilidad antes de administrar el tratamiento prescrito, según corresponda a cada tipo de dispositivo.
- Aplicar un apósito transparente según una técnica antiséptica de forma semanal o antes si se mancha, se perfora o se despegas.
- 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.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

L.E. Adriana Ordoñez Pérez

## 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
00004 Riesgo de infección R/C alteración en la integridad cutánea y procedimientos invasivos (traqueostomía, gastrostomía y catéter venoso)

Nombre: N.P.M.

Edad: 7 años Servicio: Pediatría escolares

Fecha: 14/05/19-28/05/19 Hora: 20:00 – 08:00 pm

<b>Intervenciones Realizadas</b>	<b>Evaluación del Cuidado</b>
<p><b>6540 Control de infecciones</b> Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplicaron las precauciones de aislamiento designadas a la paciente.</li> <li>• Se reforzó al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.</li> <li>• Se pidió a familiares y profesionales de la salud a lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del 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>  <b>Resultado esperado:</b>Control de riesgo  <b>Puntuación basal:</b> raramente demostrado 2  <b>Puntuación pos intervención:</b> frecuentemente demostrado 4  <b>Puntuación cambio:</b> +2</p> <p><b>Indicadores basales y pos intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica los factores de riesgo (2 a 4)</li> <li>• Identifica signos de infección (2-4)</li> <li>• Mantiene un entorno limpio(3-5)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa</b>            Se logra que la paciente tuviera un mejor aseo en su cama, persona y en su ambiente. Así también a los familiares se les explico la importancia del lavado de manos para evitar infecciones a su paciente.</p>

## 2.6 Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: N.P:M. Edad: 7 años Fecha de Ingreso: 18/04/2019

Servicio/ Contexto: Escolares Diagnóstico Médico: Síndrome de Guillain-Barré

Dominio 11: Seguridad Protección Clase 2: Lesión Física	<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
	Dominio 4: Conocimiento y Conducta de Salud Clase T: Control del Riesgo y Seguridad				
<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>
00155 riesgo de caída R/C enfermedad aguda, deterioro de la movilidad, del equilibrio y disminución de la fuerza en las extremidades inferiores	<b>1909 conducta de prevención de caídas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloca barreras para prevenir caídas (3)</li> <li>• Proporciona iluminación adecuada (3)</li> <li>• Proporciona ayuda para movilidad (3)</li> <li>• Utiliza barandillas (4)</li> <li>• Control de inquietud (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. Frecuentement e demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	A veces demostrado 3	<p><b>Mantener a: 3</b></p> <p><b>Aumentar a: 4</b></p>

<b>Intervenciones de Enfermería NIC: 6490 Prevención de caídas</b>	<b>Intervención de Enfermería NIC: 6486 Manejo ambiental seguridad</b>
<p>Campo 4: Seguridad Clase 5: Control de riesgo</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar conductas y factores que afectan a riesgo de caídas.</li> <li>• Bloquear las ruedas de la silla, cama, camilla en la transferencia del paciente.</li> <li>• Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas cama baño etc.</li> <li>• Disponer colchones de cama de bordes firmes para un traslado para más sencillo.</li> <li>• Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuada para evitar caídas de la cama.</li> <li>• Disponer de una iluminación adecuada.</li> </ul>	<p>Campo 4: Seguridad Clase 5: Control del riesgo</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las señales de seguridad, según la función cognitiva y el historial de conducta del paciente.</li> <li>• Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.</li> <li>• Modificar el ambiente para minimizar los peligros y los riesgos.</li> <li>• Utilizar dispositivos de protección (barandillas).</li> </ul>

Nombre del Estudiante:

L.E. Adriana Ordoñez Pérez

## 2.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
00155 Riesgo de caída R/C Enfermedad aguda, deterioro de la movilidad, del equilibrio y disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.

Nombre: N.P.MEdad: 7 añosServicio: pediatría escolaresFecha: 14/05/19-28/05/19 Hora: 20:00 – 08:00 pm

<b>Intervenciones Realizadas</b>	<b>Evaluación del Cuidado</b>
<p><b>6490 Prevención de caídas</b> Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se utilizó técnica adecuada para levantar o mover a la paciente</li> <li>• Se indicó al paciente para que pida ayuda al moverse.</li> <li>• Se utilizaron barandillas laterales adecuadas para evitar caídas de la cama.</li> <li>• Se indicó a los familiares mantener los barandales de la cama en posición elevada sobre todo cuando el cuidador no esté presente.</li> <li>• Se mantuvo una buena iluminación durante la realización de algún procedimiento.</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa:</b>  <b>Resultado Esperado:</b> Conducta de prevención de caída  <b>Puntuación Basal:</b> A veces demostrado 3  <b>Puntuación pos intervención:</b> Frecuentemente demostrado 4  <b>Puntuación cambio:</b> +1</p> <p><b>Indicadores basales y pos intervención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloca barreras para prevenir caídas (3 a 4)</li> <li>• Proporciona iluminación adecuada (3 a 4)</li> <li>• Proporciona ayuda para movilidad (3 a 4)</li> <li>• Utiliza barandillas (4 a 4)</li> <li>• Control de inquietud (3 a 4)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa</b></p> <p>Se logró que la paciente se sienta más segura cuando la movemos en cama e incluso cuando está sola y cuando se realizan cambios posturales, de pañal o de cama.</p>

## 2.6 Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: N.P:M. Edad: 7 años Fecha de Ingreso: 18/04/2019

Servicio/ Contexto: Escolares Diagnóstico Médico: Síndrome de Guillain-Barré

Dominio 04: Actividad/Reposo Clase 05: Autocuidado	<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b>	Dominio 01: Salud funcional Clase D: Autocuidado				
	<b>Resultado</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Puntuación Basal</b>	<b>Puntuación Diana</b>
<i>00102</i> Déficit de autocuidado: alimentación, baño, uso sanitario y vestido R/C deterioro neuromuscular M/P incapacidad para moverse, cuadriplejia.	300 autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Come (1)</li> <li>• Se viste (1)</li> <li>• Usa inodoro (1)</li> <li>• Se baña (1)</li> <li>• Ambulación (1)</li> <li>• Realización de traslado (1)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	Gravemente comprometido 1	<b>Mantener a: 1</b>  <b>Aumentar a: 2</b>

**Intervenciones de Enfermería NIC: 0300 Ayuda con el autocuidado**

Campo 01: Fisiológico: Básico

Clase F: Facilitación del autocuidado

Actividades:

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia
- Usar la repetición constante de las rutinas sanitarias como medio de establecerlas.
- Enseñar a los padres/familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.
- Establecer una rutina de actividades de autocuidado.
- Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.

Nombre del Estudiante:

L.E. Adriana Ordoñez Pérez

## 2.5 Ejecución y Evaluación del Cuidado.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
00102 Déficit de autocuidado: alimentación, baño, uso sanitario y vestido R/C deterioro neuromuscular M/P incapacidad para moverse, cuadriplejia.

Nombre: N.P.M.

Edad: 7 años Servicio: pediatría escolares

Fecha: 25/05/19 Hora: 20:00 – 08:00 pm

<b>Intervenciones realizadas</b>	<b>Evaluación del cuidado</b>
<p><b>0300 Ayuda con el autocuidado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se proporcionó ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.</li> <li>• Se estableció una rutina de actividades de autocuidado.</li> <li>• Se proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.</li> </ul>	<p><b>Evaluación cuantitativa:</b>  <b>Resultado esperado:</b> Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)  <b>Puntuación basal:</b> Gravemente comprometido 1  <b>Puntuación pos intervención:</b> Sustancialmente comprometido 2  <b>Puntuación cambio:</b> + 1</p> <p><b>Indicadores basales y pos intervención)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Come (1-1)</li> <li>• Se viste (1-1)</li> <li>• Usa inodoro (1-1)</li> <li>• Se baña (1-1)</li> <li>• Ambulación (1-1)</li> <li>• Realización de traslado (1-1)</li> </ul> <p><b>Evaluación cualitativa</b>            Con las intervenciones realizadas no hubo una mejoría en cuanto a la capacidad del paciente de realizar actividades respecto a su autocuidado.</p>

## 2.7 Plan de Alta.

**Nombre de la Persona:** N.P.M    **Edad:** 7 años    **Fecha de Ingreso:** 18/04/20

**Servicio:** Escolares    **Diagnóstico Médico:** Síndrome Guillain Barré.

### Intervenciones de Enfermería

- Capacitar al cuidador sobre el manejo de la traqueostomía.
- Enseñar al principal cuidador sobre el manejo de la gastrostomía.
- Instalar una gasa húmeda con solución salina para cubrir una de las funciones nasales.
- Capacitar a la cuidadora sobre cómo realizar la aspiración de secreciones en caso necesario.
- Concientizar y orientar a los familiares sobre la importancia de mantener a la persona en posición semi-fowler antes de suministrar la dieta prescrita por sonda de gastrostomía.
- Orientar sobre la preparación, conservación y temperatura adecuada para su administración.
- Perímetro abdominal pre y postprandial.
- Medir residuo gástrico antes de iniciar la alimentación enteral.
- Aseo de la sonda antes y después de la alimentación.
- Velocidad de infusión de la alimentación enteral.

- Pedir a la familia paciencia en la comprensión del lenguaje del paciente.
- Utilizar palabras sencillas, frases cortas y dibujos.
- Estar de pie delante del paciente al hablar para visualizarnos en todo momento y crear un vínculo con el paciente.
- Continuar con ejercicios de fortalecimiento en su domicilio y las terapias que se le programen.
- Explicar a los cuidadores sobre las manifestaciones afecto y de cariño a la persona que se pueden implementar durante la realización de cada intervención.
- Estimular el desarrollo con actividades visuales.

## Capítulo III

### 3.1 Discusión

El presente trabajo tuvo como finalidad elaborar un proceso enfermero en un paciente pediátrico realizando una valoración a través de los patrones funcionales de Margory Gordon para obtener diagnósticos que guíen las intervenciones especializadas y personalizadas por el profesional de salud en un paciente pediátrico con Síndrome de Guillain Barré. 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: patrón respiratorio ineficaz, dolor agudo, limpieza ineficaz de las vías aéreas, motilidad gastrointestinal disfuncional, desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la comunicación verbal, riesgo de infección, riesgo de caída, déficit del autocuidado.

Con respecto al diagnóstico del patrón respiratorio ineficaz, siendo uno de los diagnósticos principales del paciente coincide con los autores López (2015), Arenas (2018), Nasser et al. (2018), menciona que las intervenciones de enfermería, de dicho problema de salud, están encaminadas para ayudar a mejorar este diagnóstico como: aspiración de las vías aéreas, manejo de las vías aéreas, monitorización de los signos vitales.

De acuerdo al diagnóstico de dolor agudo coincido con lo realizado por López (2015), Arenas (2018), donde mencionan la importancia de realizar una valoración del dolor del paciente apoyándonos si es preciso de escalas, así como para la correcta

interpretación de las mismas por lo que hay que valorar no sólo desde inicio que refiere el paciente dolor, sino los cambios que se producen al instaurar el tratamiento y asegurarse de que el paciente se le administre el tratamiento analgésico en los horarios indicados.

En relación al diagnóstico de limpieza ineficaz de las vías aéreas López (2015), Arenas (2018), coincide con las intervenciones que sugieren: aspirar secreciones traqueobronquiales y de vía oral cada vez que se requiera utilizando técnica estéril, manejo de las vías aéreas, fisioterapia respiratoria así logrando mejorar el patrón respiratorio.

De acuerdo al enfoque del diagnóstico deterioro de la integridad cutánea coincido con Mckinney (2015), Arenas (2018), realizando las mismas intervenciones cuidados de úlceras por presión, cambios de posición así disminuir el riesgo de lesiones por presión.

Referente al diagnóstico deterioro de la comunicación coincido con Arenas (2018), Nasser et al. (2018), que el paciente con traqueostomía no emite lenguaje verbal audible, pero se esfuerza, por lo que es importante proporcionar métodos alternativos para comunicarse (por ejemplo parpadeo, con imágenes sencillas, señales u otros gestos) mostrar interés, utilizar palabras sencillas y frases cortas, estar frente al paciente al interactuar con él.

De acuerdo al enfoque del diagnóstico riesgo de infección coincido con López (2015), con las intervenciones realizadas en cuanto control, de las infecciones fomentando el lavado de manos antes y después de cada actividad realizada con el paciente, utilizar una técnica estéril siempre que se manipule un catéter, se acceda a él o

se use para administrar medicación y disminuir las infecciones asociadas al mal manejo de los catéteres.

Así mismo el diagnóstico de riesgo de caída coincide con Luna et al. (2015)), mencionan que se deben llevar a cabo actividades encaminadas a la prevención de caídas a través del uso correcto de dispositivos de protección, utilizar barandillas de altura para evitar caídas de la cama y disponer de una iluminación adecuada durante la realización de algún procedimiento médico o enfermero.

En relación al diagnóstico déficit del autocuidado coincide con Luna et al. (2015) y Arenas (2018) de la necesidad de proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir su autocuidado recibiendo apoyo del personal de salud y familia.

Con referente al diagnóstico de enfermería de motilidad gastrointestinal disfuncional no existe evidencia para su justificación, sin embargo, se dieron las intervenciones y actividades en el paciente con SGB.

### **3.2 Conclusiones**

El proceso enfermero es una herramienta que los profesionales de enfermería utilizan para estandarizar el cuidado, por lo que en el presente trabajo se realizó un plan de cuidados en un paciente con SGB y poder realizar intervenciones en forma oportuna y disminuir las secuelas o complicaciones de dicha patología.

Sin embargo, cabe mencionar que al realizar la búsqueda de la literatura no se encontró mucha evidencia científica a nivel enfermería que haya abordado este problema de salud.

La enfermedad SGB a pesar de su baja incidencia a nivel mundial es una enfermedad que tiene un alto impacto debido a que ocasiona secuelas severas por lo que la calidad de vida del paciente pediátrico se ve afectada teniendo la mayoría de las veces una dependencia total hacia las intervenciones realizadas por el personal de enfermería y equipo multidisciplinario y la familia.

En este caso presentado la paciente no logró la recuperación, sin embargo, se obtuvo que el personal de enfermería y la familia se involucran en el proceso enfermero y a través de las intervenciones otorgadas se minimizaran las secuelas que le provocó el SGB. La paciente fue dada de alta del servicio con severas secuelas por lo que se capacito al cuidador para continuar con el plan de cuidados en su domicilio, así como tener en cuenta que su recuperación será por un periodo prolongado de tiempo.

Es importante que el personal de enfermería cuente con los conocimientos respecto al SGB que le permitirá identificar de manera temprana y oportuna las manifestaciones clínicas comunes e iniciar intervenciones de enfermería encaminadas a disminuir las complicaciones o secuelas de dicha enfermedad, así mismo poder ayudar al paciente a tener un mejor pronóstico de vida. Además es importante no dejar a un lado el apoyo psicológico al paciente-familia.

### **3.3 Recomendaciones**

1. Capacitar al personal de enfermería en forma continua sobre el manejo de pacientes con este problema de salud.
2. 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.
3. Explicarle al paciente que su 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.
4. Elaborar estudios de investigación sobre el SGB con la finalidad de que exista mayores evidencias científicas.
5. Difundir los resultados de las investigaciones científicas sobre este padecimiento.

## Referencias

- Arenas Vargas, V. (2018). Cuidados De Enfermería Al Paciente Con Síndrome De Guillain Barré Hospitalizado En UCI. *Tesis de especialidad*. Obtenido de file:///D:/carpeta%201/caso%20clinico%20SGB%20de%20%20Arenas%202018.pdf:  
file:///E:/Documentos%20perdidos/carpeta%201/caso%20clinico%20SGB%20de%20%20Arenas%202018.pdf
- Avilas Fuentes, J. A., Mariona-Montero, V. A., & Melano-Carranza, E. (2002). Síndrome de Guillain-Barré: Etiología y patogénesis. *Revista de investigacion clinica*, 54(4), 357-363. Obtenido de www.imbiomed.com.mx:  
file:///E:/Documentos%20perdidos/carpeta%201/etiologia%20Avila,%20Maramazonaws.com/academia.edu.documents/44190571/SGB\_etiologia\_y\_patogenesis.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3Defren\_MELANO\_Carranza.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA2
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2019). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. España Elsevier.
- Cea, G., Jara, P., & Quevedo, F. (2015). Características epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré en población chilena: estudio hospitalario en un período de 7 años. *Rev Med Chile*, 183-189. Obtenido de Rev Med Chile:  
file:///E:/Documentos%20perdidos/carpeta%201/SGB%20CEA,%20Jara%20y%

20Quevedo.pdf file:///D:/Nueva%20carpeta%20(2)/SGB%20CEA,%20Jara%20y%20Quevedo.pdf

Diagnostico y Manejo del Síndrome de Guillain-Barré en la Etapa Aguda en el Primer Nivel de Atención. (s.f.). *Guia De Referencia Rapida Catalogo Maestro de Guias de Practica Clinica: SSA-064-08*. Obtenido de SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Guillain Barré en el Segundo y Tercer nivel. (2016). *Centro Nacional de excelencia y tecnologia en salud [CENETEC]*. Obtenido de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/064\\_GPC\\_GuillanBarre1erNA/SSA\\_064\\_08\\_GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/064_GPC_GuillanBarre1erNA/SSA_064_08_GRR.pdf)

Domínguez-Moreno , R., TolosaTort , P., Patiño-Tamez , A., Quintero Bauman , A., Collado-Frías, D., & Miranda-Rodríguez, M. (2014). Mortalidad asociada al diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré en adultos ingresados en instituciones del sistema sanitario mexicano. *Revista de neurologia*, 4-10. Obtenido de [www.neurologia.com:file:///E:/Documentos%20perdidos/carpeta%201/martalidad%20asociada%20SGB%20Dominguez%20et%202014.pdf](http://www.neurologia.com:file:///E:/Documentos%20perdidos/carpeta%201/martalidad%20asociada%20SGB%20Dominguez%20et%202014.pdf) file:///D:/Nueva%20carpeta/datos%20epidemiologicos%20del%20sector%20salud%20Dominguez%202014.pdf

Gonzales Castillo, M., & Monroy Rojas , A. (2016). proceso enfermero de tercera generacion. *Enfermeria Universitaria*, 124-129. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rev.2016.03.003>

Haldeman , D., & Zulkosky , K. (2005). Treatment and nursing care for a patient with Guillain-Barré syndrome. *Dimens Crit Care Nurs.*, 24(6):267-272. doi:Dimens Crit Care Nurs. 2005;24(6):267-272. doi:10.1097/00003465-200511000-00004

Lopez Garcia, E. (2015). PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ. *Tesis de grado*. Obtenido de file:///D:/carpeta%201/plande%20cuidado%20en%20pacientes%20hospitalizados%20SGB%20Lopez%202015.pdf: file:///E:/Documentos%20perdidos/carpeta%201/SGB%20Lopez%202015.pdf

Luna Aljama, J., Parra Moreno, M. D., & Serrano Carmona, J. L. (2015). Síndrome de Guillain-Barré. A propósito de un caso. *MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, N. 22*. Cordoba España. Obtenido de file:///D:/carpeta%201/plan%20de%20cuidos%20SGB%20%20luna,parra%20y%20serrano2015.pdf: Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/232.php>

Mckinney Albar, S. (2015). CASO CLÍNICO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ. *Tesis de grado de enfermería*. Obtenido de file:///D:/carpeta%201/plan%20de%20cuidos%20SGB%20%20luna,parra%20y%20serrano2015.pdf: file:///E:/Documentos%20perdidos/carpeta%201/caso%20clinico%20de%20SGB%20Mckinney%20%202015.pdf

- Mendoza-Hernández, D., Blancas Galicia, L., & Gutiérrez Hernández, J. A. (2010).  
*Síndrome de Guillain-Barré. Artículo de Revisión Alergias, Asma e inmunologías pediátricas, Vol. 19(2), 56-63. Obtenido de www.medigraphic.org.mx*
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., Maas, M. L., & (6ta ed.). (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Medicion de Resultados en Salud. España Elsevier Health Sciences.
- Nanda Internacional. (2019). *Diagnosticos Enfermeros. Definicion y clasificacion 2018-2020*. polonia: Elsevier Health Sciences.
- Nasser Laaoula, O., Marín Cañado, C. M., & Mojarro Girol, S. (2018). Plan de cuidados enfermeros en el paciente con Síndrome de Guillain Barré en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Eledctronicsa de Portales medicos.com*. Obtenido de [evista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-enfermeros-en-el-paciente-con-sindrome-de-guillain-barre-en-una-unidad-de-cuidados-intensivos/](http://evista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-enfermeros-en-el-paciente-con-sindrome-de-guillain-barre-en-una-unidad-de-cuidados-intensivos/)
- Ojeda de Orrego , M. (2017). Plan de cuidados de enfermería a paciente con enfermedad autoinmune síndrome de Guillain-Barré. *Rev UN Med*, 6 (1): 87-174. Obtenido de <file:///E:/Documentos%20perdidos/carpeta%201/plan%20de%20cuidados%20SGB%20Ojeda%202017.pdf>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2016). *Síndrome de Guillain–Barré*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/guillain-barr%C3%A9-syndrome>

Organizacion Panamericana de Salud [OPS], & Organizacion Mundial de Salud [OMS].

(2016). Síndrome Guillain-Barré. *Boletín Informativo*. Obtenido de

file:///D:/Nueva%20carpeta%20(2)/Boletín%20Informativo%20sobre%20Guillain-Barre.pdf.

Reina G., Nadia Carolina. (2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA:

INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Redalyc.Org*(Umbral científico, 17),

18-23 INSS: 1692-3375. Obtenido de

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=304/30421294003>

**Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla.**

**Facultad de Enfermería.**

**Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado.**

**Apéndice A.**

**Asentimiento informado**

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

A quien corresponda:

Acepto de conformidad 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del

\_\_\_\_\_



**Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla.**

**Facultad de Enfermería.**

**Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado.**

## **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**

1. ¿Cómo es el apetito del niño?
2. 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:
    - Cuándo 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 alimentaria 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?

3.¿Qué comidas en especial le gustan y disgustan al niño?

4.¿Con que frecuencia va el niño a restaurantes de-comida rápida? ¿Qué pide normalmente?

5.¿Cuántos caramelos, otros dulces, aperitivos preparados y gaseosas toma el niño?

6.¿Tiene alguna preocupación sobre el apetito de su hijo, su conducta alimentaria 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**

7. ¿Tiene el niño alguna deficiencia en la percepción sensorial (audición, olfato, vista, tacto)? Descríbalo.
8. ¿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**

9. ¿Cómo le ha hecho sentirse la enfermedad de su hijo? ¿Qué es lo que más le preocupa?
10. Para niños en edad escolar y adolescentes: ¿Cómo te hace sentir tu enfermedad / lesión? ¿Por qué estás más preocupado?
11. 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 sus 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:

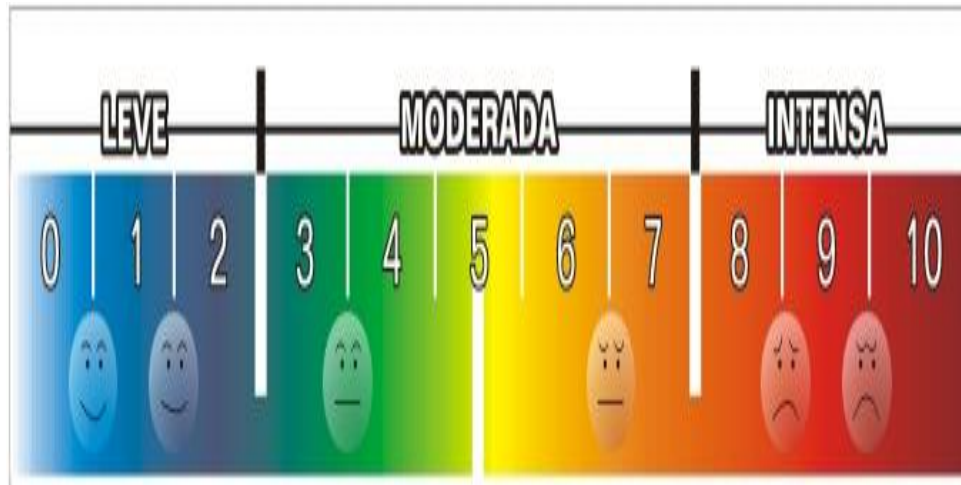
- Orientación
- Nivel de conciencia
- Dolor (presencia/ ausencia, localización, descripción)
- Uso del idioma (capacidad y cantidad)
- Capacidades personales- sociales (por ejemplo: autocuidado, comunicación no verbal)
- Crecimiento y desarrollo:
  - Desarrollo cognitivo
  - Desarrollo psicosocial



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

**Apéndice C.**

**Escala Visual analógica (Eva)**



[www.eletroterapia.Com.br](http://www.eletroterapia.Com.br)



**Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla.**

**Facultad de Enfermería.**

**Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado.**

### Apéndice D.

#### La escala de coma de glasgow (GCS)

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la **respuesta verbal**, la **respuesta ocular** y la **respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

OCULAR	4 ESPONTÁNEA	3 ORDEN VERBAL	2 DOLOR	1 NO RESPONDEN		
VERBAL	5 ORIENTADO Y CONVERSANDO	4 DESORIENTADO Y HABLANDO	3 PALABRAS INAPROPIADAS	2 SONIDOS INCOMPRESIBLES	1 NINGUNA RESPUESTA	
MOTORA	6 ORDEN VERBAL OBEDECE	5 LOCALIZA EL DOLOR	4 RETIRADA Y FLEXIÓN	3 FLEXIÓN ANORMAL	2 EXTENSIÓN	1 NINGUNA RESPUESTA
			(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)		

**ELSEVIER**



**Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla.**

**Facultad de Enfermería.**

**Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado.**

**Apéndice E.**

**Escala de Discapacidad y Gravedad en el Síndrome de Guillain Barré.**

<b>GRADO</b>	<b>DISCAPACIDAD</b>
<b>0</b>	Sin discapacidad.
<b>1</b>	Signos y síntomas menores, conserva capacidad de correr.
<b>2</b>	Capaz de caminar 10 metros sin ayuda, pero no puede correr.
<b>3</b>	Capaz de caminar 10 metros con ayuda.
<b>4</b>	Confinado a una cama o silla sin poder caminar.
<b>5</b>	Requiere asistencia respiratoria.
<b>6</b>	Muerte.

**Fuente: Hughes 1978; Fokke 2014.**



**Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla.**

**Facultad de Enfermería.**

**Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado.**

**Apéndice F.**

**Riesgo de UPP: Escala de Braden**

Pun tos	Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Fricción/ Deslizamien to
1	Completa mente 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	
Pun tos						

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

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



**Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla.**

**Facultad de Enfermería.**

**Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado.**

### Apéndice G.

#### Escala de Bristol



**Fuente: Lewis SJ, Heaton KW. Stoolform scale as a useful guide to intestinal transit time. Scand J Gastroenterol. 1997; 32 (9): 920-4**