



República de El Salvador  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Dirección de Regulación

## **UNIDAD DE ENFERMERIA**

### **SERIE 1: RECTORÍA DEL SECTOR SALUD**

# **GUÍA PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN LA NIÑEZ**



San Salvador, El Salvador C.A.





**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN**



**UNIDAD DE ENFERMERÍA**

**G**UÍA PARA LA APLICACIÓN DEL  
PROCESO DE ATENCIÓN DE  
ENFERMERÍA EN LA NIÑEZ



Programa de Apoyo a la Modernización

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A. 2003



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN

UNIDAD DE ENFERMERÍA

GUÍA PARA LA APLICACIÓN DEL  
PROCESO DE ATENCIÓN DE  
ENFERMERÍA EN LA NIÑEZ



La presente guía fue elaborada con la asesoría de la Unidad de Enfermería del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la participación de Enfermeras de Hospitales Nacionales e Instituciones Formadoras.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN  
UNIDAD DE ENFERMERÍA

# GUÍA PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA NIÑEZ

Dr. José Francisco López Beltrán  
*Ministro*

Dr. Herbert Habraham Betancourt  
*Viceministro*

Dr. Roberto Rivas Amaya  
*Director de Regulación*

Dr. Humberto Alcides Urbina Vásquez  
*Director de Aseguramiento de la Calidad*

Licda. Judith Zárate de López  
*Directora Administrativa*

SAN SALVADOR, MAYO 2003



## PRESENTACIÓN



El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de la Unidad de Enfermería, es responsable de proveer las herramientas técnico administrativas para la provisión de cuidados de enfermería a usuarias y usuarios de la red hospitalaria y comunitaria del sector salud que permitan asegurar la calidad y calidez de las intervenciones de prevención, curación y rehabilitación que proporciona el personal de enfermería.

Lo anterior fundamenta la necesidad de poner a disposición el presente documento "*Guía para la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la Niñez*", para que se convierta en

material de consulta y oriente en los establecimientos de salud el cuidado que se proporciona al niño (a), aplicando las dimensiones de la calidad y los principios científicos que fundamentan la función independiente de enfermería.

Se espera que los contenidos de esta publicación se incorporen en la práctica y a los procesos de formación de enfermería para contribuir al logro de los principales retos que es la entrega de servicios de salud con calidad y calidez a la población salvadoreña.



Dr. José Francisco López Beltrán  
Ministro de Salud Pública y Asistencia social

The first part of the book is devoted to a general introduction to the subject of the history of the world. It is divided into two main sections: the first section deals with the pre-historic period, and the second section deals with the historical period. The pre-historic period is divided into three sub-sections: the Stone Age, the Bronze Age, and the Iron Age. The historical period is divided into two sub-sections: the ancient world and the modern world. The ancient world is divided into three sub-sections: the Greek world, the Roman world, and the Byzantine world. The modern world is divided into two sub-sections: the Middle Ages and the Renaissance.

The second part of the book is devoted to a detailed study of the history of the world. It is divided into two main sections: the first section deals with the history of the world from the beginning of the world to the end of the Middle Ages, and the second section deals with the history of the world from the beginning of the Renaissance to the present day. The first section is divided into three sub-sections: the pre-historic period, the ancient world, and the Middle Ages. The second section is divided into two sub-sections: the Renaissance and the modern world.

The third part of the book is devoted to a study of the history of the world from the beginning of the Renaissance to the present day. It is divided into two main sections: the first section deals with the history of the world from the beginning of the Renaissance to the end of the 17th century, and the second section deals with the history of the world from the beginning of the 18th century to the present day.



This is a very faint line of text at the bottom of the page, possibly a page number or a reference.



## Coordinadoras Técnicas

---

### **Ana Dionicia Montoya**

Unidad de Enfermería  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

### **María Consuelo Olano de Elías**

Unidad de Enfermería  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

## Coordinadora Administrativa

---

### **Elena Elizabeth Reyes de Guzmán**

Unidad de Enfermería  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

## Autoras

---

### **Alejandra del Carmen Castillo**

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

### **Ana Luz García Quinteros**

Instituto Especializado de Educación Superior de  
Profesionales de la Salud de El Salvador, sede San Miguel

### **Antonia Díaz George**

Hospital "San Rafael" de Santa Tecla

### **Berta Irene Juárez**

Instituto Especializado de Educación Superior de  
Profesionales de la Salud de El Salvador, sede Santa Ana

### **Gloria del Pilar Quintanilla de Cruz**

Hospital "San Juan de Dios" de San Miguel

### **Sonia Margarita Batres Escobar**

Hospital "San Juan de Dios" de Santa Ana

## **Validadoras**

---

**Ana Isabel Álvarez Contreras**  
Hospital "Francisco Menéndez", Ahuachapán

**Aracely Elizabeth Morán de Delgado**  
Hospital "San Juan de Dios" de Santa Ana

**Beatriz Peña de Peraza**  
Instituto Especializado de Educación Superior de  
Profesionales de la Salud, Sede Santa Ana

**Cinia Vanegas Gómez**  
Universidad Nacional Autónoma de Santa Ana

**Claudia Carolina Herrera de Cruz**  
Hospital "San Juan de Dios" de San Miguel

**Felícita Consuelo Macal de Urbina**  
Hospital Nacional "Dr. Luis Edmundo Vásquez", Chalatenango

**María Hilda Valladares Urías**  
Hospital Nacional "Santa Teresa", Zacatecoluca

**Maritza Mena Portillo**  
Hospital Nacional Zacamil

**Marta Margarita Servino de Flores**  
Hospital "Dr. Jorge Saldaña"

**Martha Lilian Ávila**  
Universidad Evangélica de El Salvador

**Reina Ester Vásquez Rodríguez**  
Instituto Especializado de Educación Superior de  
Profesionales de la Salud de El Salvador, Región San Miguel

**Rosa Aminta Serrano de Zelaya**  
Instituto Especializado de Educación Superior de  
Profesionales de la Salud de El Salvador, Sede San Salvador

**Ruth E. Aparicio**  
Hospital Nacional "San Rafael" de Santa Tecla

**Sandra Yaneth Martínez de Hernández**  
Universidad "Doctor Andrés Bello"

**Saraí Acevedo de Ponce**  
Hospital "Enfermera Ángela Vidal de Najarro" de San Bartolo



**Silvana Campos Ayala**  
Hospital Nacional "San Pedro", Usulután

**Yanira Roxana López Martínez**  
Escuela Técnica para la Salud





# INDICE

INTRODUCCIÓN .....	Xiii
<b>I. GENERALIDADES</b>	
A. Propósito .....	3
B. Objetivos .....	3
1. General .....	3
2. Específicos .....	3
C. Metodología .....	3
<b>II. CARACTERIZACIÓN EN LA ETAPA DE LA NIÑEZ</b>	
A. Situación epidemiológica del niño(a) .....	7
B. ¿Qué es un niño(a)? .....	7
C. Crecimiento y desarrollo en la niñez .....	8
1. Generalidades .....	8
2. Etapa del recién nacido (0 a 28 días) .....	10
2.1 Gastrointestinal .....	10
2.2 Temperatura corporal .....	10
2.3 Sistema nervioso central .....	11
2.4 Reflejos .....	11
2.5 Comportamiento social .....	11
2.6 La enfermera en el cuidado del neonato.....	12
3. Etapa de la lactancia (1 mes a 3 años) .....	12
3.1 Desarrollo físico .....	13
3.2 Desarrollo psicomotor.....	13
3.3 Lenguaje .....	13
3.4 Dentición .....	14
4. Etapa preescolar (3 a 5 años) .....	16
4.1 Desarrollo físico .....	16
4.2 Neurológico .....	16
4.3 Lenguaje .....	16
4.4 Psicosocial .....	16
5. Etapa escolar (6 a 12 años) .....	17
5.1 Desarrollo biológico .....	17
5.2 Desarrollo fisiológico .....	18
5.3 Desarrollo psicosocial .....	18
5.4 Desarrollo cognoscitivo .....	18

### III. JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES EN LA NIÑEZ SEGÚN ABRAHAM MASLOW.

A. Teorías de enfermería y su relación con el proceso de atención.....	21
B. Necesidades básicas del niño según Abraham Maslow.....	22
1. Necesidades fisiológicas o de supervivencia.....	23
1.1 Alimentación / nutrición .....	24
1.2 Aire / oxígeno .....	26
1.3 Circulación .....	28
1.4 Agua / líquidos .....	29
1.5 Temperatura corporal .....	30
1.6 Eliminación .....	31
1.7 Actividad .....	33
1.8 Descanso y sueño .....	35
2. Necesidades de seguridad y protección .....	38
3. Amor y pertenencia .....	38
4. Necesidad de autoestima .....	39
5. Necesidad de autorrealización .....	39

### IV. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA.

A. Características de la enfermería pediátrica .....	43
B. Proceso de atención de enfermería en pediatría .....	44
1. Concepto .....	44
2. Fases del proceso de atención de enfermería y su relación con la teoría de Maslow. ....	45
2.1 Fase de valoración .....	46
2.2 Fase de diagnóstico .....	55
2.3 Fase de planificación .....	63
2.4 Fase de ejecución .....	74
2.5 Fase de evaluación .....	77

### V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

A. Guía de entrevista de enfermería .....	85
B. Guía de valoración física .....	87
C. Formato para análisis y ordenamiento de datos .....	88
D. Plan de cuidados de enfermería .....	89

<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>91</b>
---------------------------	-----------

<b>ANEXOS</b> .....	<b>95</b>
---------------------	-----------



## INTRODUCCIÓN

La Guía tiene el propósito de orientar a las enfermeras para que proporcionen un cuidado integral al niño(a) y a sus padres o responsables, tomando como marco de referencia la satisfacción de las necesidades básicas. En la Guía se abordan aspectos elementales de la práctica de enfermería en sus dimensiones científica, técnica y humana; a fin de que en la atención que se proporcione al niño(a) en los establecimientos de salud se evidencie el interés que tiene la enfermera por valorar y dar asistencia para lograr su bienestar, apoyar en su tratamiento, prevenir las complicaciones o favorecer la realización de acciones que le permitan mantener calidad de vida. Para fines didácticos la guía está diseñada con cinco capítulos.

**Capítulo I Generalidades:** contiene el propósito, los objetivos que se esperan lograr con la implementación de la guía y la metodología sugerida para facilitar la aplicación del proceso.

**Capítulo II Caracterización en la etapa de la niñez:** desarrolla los contenidos más importantes que fundamentan el conocimiento científico y técnico que cualifican al personal que participa en la atención al niño(a) y que orienta a los padres o responsables de su cuidado en el hogar (Situación Epidemiológica del Niño(a), ¿Qué es un niño?, Crecimiento y Desarrollo en la Niñez).

**Capítulo III Jerarquización de las Necesidades en la Niñez Según Abraham Maslow:** que contiene las Teorías de Enfermería y su Relación con el Proceso de Atención y la descripción de Las Necesidades Básicas del Niño Según Abraham Maslow.

**Capítulo IV Proceso de Atención de Enfermería en Pediatría:** en donde se presentan los Conceptos, las Características del Proceso de Atención de Enfermería en Pediatría y las Fases del Proceso de Atención de Enfermería.

## Capítulo V Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la Niñez

**Hospitalizada:** documenta la valoración, organización y el análisis de los datos; y el plan de atención en un paciente con neumonía.

Después de los capítulos se agrega la bibliografía para que el lector y la lectora amplíe y profundice el conocimiento sobre el tema y se anexa información y formularios básicos que ayuden a concretizar en la práctica el propósito de esta guía.



# CAPITULO I

## **G**eneralidades

---

---

CAPITULO I

Introducción

---



## A. PROPÓSITO

Proporcionar las bases teóricas sobre el proceso de atención de enfermería con el fin de facilitar su aplicación en la entrega de los cuidados a la niñez hospitalizada con calidad y calidez.

## B. OBJETIVOS

### 1. GENERAL

Aplicar en el niño y la niña hospitalizada(o) el proceso de atención de enfermería fundamentado en la jerarquía de necesidades de Maslow.

### 2. ESPECIFICOS

- ✓ Identificar las particularidades de la atención de enfermería en pediatría.
- ✓ Facilitar la implementación del Proceso de Atención de Enfermería como una herramienta para la práctica de enfermería en pediatría.
- ✓ Estandarizar los instrumentos de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

## C. METODOLOGÍA

El Comité Nacional del Proceso de Atención de Enfermería en Pediatría, propone una guía metodológica que facilite la aplicación del proceso, al brindar cuidados al niño(a), tomando en cuenta las necesidades básicas del ser humano.

Se recomienda iniciar con el análisis y comprensión de las memorias tituladas: "Desarrollo de la Educación de Enfermería en Pediatría" en donde se abordan temas sobre las características de la atención y el desarrollo de la educación de enfermería pediátrica en Japón y El Salvador, la situación actual del proceso de enseñanza aprendizaje en enfermería pediátrica en El Salvador y la otra memoria sobre "Proceso de la Atención de Enfermería en Pediatría" que contiene los conocimientos básicos y necesarios para desarrollar el proceso de atención de enfermería en pediatría y la aplicación de la metodología en procesos de atención en pacientes con neumonía y diarrea.



Para llevar a cabo el proceso de atención de enfermería en pediatría, es necesario tener conocimientos de las características de crecimiento y desarrollo del niño(a) por etapas, analizar su situación epidemiológica, tomando como marco de referencia las necesidades básicas planteadas por Abraham Maslow y conocer esquemas de valores normales que permitan evaluar anormalidades en el niño(a).

Además otro conocimiento fundamental es la fisiopatología de la enfermedad (signos y síntomas), que toma en cuenta el análisis de exámenes de laboratorio y otros, tratamiento médico indicado, también es importante el dato obtenido de la entrevista con la madre o responsable, la observación, valoración física en forma cefalocaudal; realizada con las técnicas semiológicas y el uso de los formularios e instrumentos para registrar la información.

Todos los elementos anteriores se integran para desarrollar el proceso en su fase de valoración, lo que lleva a la definición del diagnóstico de enfermería utilizando sus componentes, clasificación y beneficios que nos facilita la fase de planificación, en donde se plasma el diagnóstico con su objetivo o resultado esperado que da lugar a las acciones, las cuales a su vez se subdividen en tres tipos de planes: de observación, de atención y educación, evidenciando en ellos especialmente las acciones independientes de enfermería, lo que garantiza una calidad de atención en la fase de ejecución, que facilita la evaluación del proceso.

## CAPITULO II

# C

aracterización en la Etapa  
de la Niñez

---





## A. SITUACIÓN EPIDEMIOLOGICA DEL NIÑO(A)

La condición de salud y desarrollo del niño(a) esta determinada por diversos factores: biológicos (hereditarios), socioeconómicos (las condiciones de vida de la familia y de la sociedad), aspectos culturales y educacionales, así como también aspectos en el sistema de salud (políticas, programas).

La situación de salud del niño(a) varía de acuerdo a las etapas de crecimiento y desarrollo en que se encuentre.

Hay diversidad de enfermedades que afectan seriamente la salud física y emocional del niño(a) por ejemplo, en el año 2001 a nivel nacional las enfermedades de mayor incidencia fueron: Las infecciones de vías respiratorias, enfermedades gastrointestinales, desnutrición y traumatismo. Ver anexo 1.

Al hacer un análisis comparativo de las primeras diez causas de morbi mortalidad a nivel local (Hospital Nacional de Santa Ana, Hospital Bloom y Hospital Nacional de San Miguel) en el año 2002; las enfermedades que más prevalecen siguen siendo las infecciones respiratorias, enfermedades gastrointestinales, desnutrición, convulsiones entre otras. Ver anexo 2 y 3.

Todas ellas en su mayoría son prevenibles a través de la educación que es un elemento muy importante y que realizado por parte del equipo multidisciplinario, puede contribuir a mejorar los indicadores de salud.

## B. ¿QUÉ ES UN NIÑO(A)?

Un niño(a) es un individuo con necesidades específicas de acuerdo a la edad y al nivel de desarrollo y crecimiento. Es un individuo que evoluciona hacia ser un adulto, pero que mientras es niño(a), siempre necesita de la asistencia de alguien para satisfacer

sus necesidades básicas; que lo oriente, lo controle y lo supervise en las acciones que puede realizar por sí mismo.

Los cambios continuos y rápidos del niño(a) en su crecimiento y desarrollo le dan características específicas a la atención de enfermería en pediatría lo cual requiere de parte del personal que lo atiende, competencias (conocimientos, habilidades y destrezas) que le permitan responder con seguridad y de manera integral a sus necesidades.

Los niños(as) son el presente y el futuro, los adultos nos debemos completamente a ellos, proporcionándoles lo mejor; son seres humanos en desarrollo que dependen de los adultos para resolver sus necesidades básicas, por lo que los aspectos que afectan a la familia y el entorno en que crecen, tendrán influencia en su condición física, emocional, social, cultural y espiritual.

## C. CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LA NIÑEZ

### 1. GENERALIDADES.

El crecimiento y desarrollo del ser humano son fenómenos fisiológicos muy importantes y característicos, sobre todo en la infancia, conocemos que cualquier situación que afecte el estado de salud del niño(a) afectará el proceso y sus capacidades físicas e intelectuales.

*Crecimiento:* “Es el aumento de la masa corporal producido por el aumento en el número y tamaño de las células y la acumulación de nuevos productos extra celulares”.

*Desarrollo:* “Es un fenómeno cualitativo de progreso en el grado de organización y la complejidad funcional de los distintos órganos y sistemas corporales”.

Existen factores genéticos, ambientales y hormonales que intervienen en el crecimiento y desarrollo del niño(a); éstos se presentan en la siguiente tabla:

FACTORES		
GENÉTICOS	AMBIENTALES	HORMONALES
Crecimiento intrauterino (factores del medio materno)	❖ Nutricionales. ❖ Socioeconómicos ❖ Emocionales.	❖ Hormona GH y factores de crecimiento. ❖ Hormonas tiroideas. ❖ Esteroides sexuales (andrógenos y estrógenos)

TABLA 1 : Factores que intervienen en el crecimiento y desarrollo del niño(a).

Los indicadores que se utilizan para valorar el crecimiento en el niño(a) son: la talla, el peso y el perímetro cefálico, torácico y abdominal, los resultados de esta medición se comparan con estándares de crecimiento establecidos en tablas (anexo 4), para determinar si las medidas obtenidas del niño(a), están dentro o fuera de los límites normales.

El desarrollo psicomotor y social del niño(a) esta determinado por el “progreso en la maduración del sistema nervioso”.

El desarrollo de habilidades motoras tiene una progresión cefalocaudal, de tal manera que el niño(a) adquiere primero el control de la cabeza (sostiene la cabeza); luego de los brazos (presión voluntaria de objetos), el tronco (se sienta) y , por ultimo de las extremidades inferiores (se mantiene de pie, camina)”. En el anexo 5 se presentan los principales indicadores para valorar el desarrollo psicomotor del niño(a) de cero a cinco años.

Existen pruebas psicométricas que permiten diferenciar el desarrollo normal de los que pueden presentar problemas; pero no miden el retraso, el mas conocido es el test de Denver, que valora el desarrollo en cuatro áreas: Motoras, motoras finas adaptativas, lenguaje y personales-sociales.

A continuación se describen las principales características de crecimiento y desarrollo que presenta el niño(a) en las diferentes etapas.



## 2. ETAPA DE RECIEN NACIDO (0 a 28 días)

En ésta etapa el bebé comienza a respirar y alimentarse fuera del útero; tiene que adaptarse a un medio confuso y diferente, lo cual constituye un gran reto relacionado a aspectos fisiológicos de dependencia y contacto con la madre.

Después del nacimiento, su sistema circulatorio debe funcionar por si sólo, la función cardiaca del neonato es rápida e irregular siendo sus valores normales de 140 a 150 x minuto.

El recién nacido experimenta cambios muy importantes al nacer, cuando se producen las primeras respiraciones, se llenan los pulmones de aire, se reduce la resistencia pulmonar y aumenta el flujo sanguíneo a los pulmones, ocasionando un mayor retorno circulatorio; por todo lo anterior al separarse la placenta deja de circular sangre por las venas umbilicales y se cierra el conducto venoso, estos cambios provocan el cierre del foramen oval e inicia la respiración del niño(a) a través de su propio sistema, respiración que inicia con normalidad a los 30 segundos de nacido.

### 2.1 Gastrointestinal

El recién nacido tiene un fuerte reflejo de succión, su alimentación deberá ser exclusivamente seno materno durante los primeros días, elimina meconio que es una materia de desecho pastosa, color verde oscuro, pueden desarrollar ictericia neonatal debido a la inmadurez hepática, la cual es tratada mediante la fototerapia o mediante los rayos solares (cuando la ictericia no es tratada oportunamente, puede causar daño cerebral).

### 2.2 Temperatura Corporal

A pesar de los cambios de temperatura los recién nacidos, mantienen la temperatura corporal debido a las capas de grasa que desarrollan en los últimos dos meses de vida intrauterina.

## 2.3 Sistema Nervioso Central

Al nacer el cerebro del niño aún no a terminado su crecimiento, el encéfalo tiene el 25% de su peso de adulto, alcanza un 70% en el primer año de vida y a partir de ese momento continua creciendo lentamente hasta los 12 años.

## 2.4 Reflejos

Al nacer muchos reflejos están presentes, entre los principales tenemos:

*El reflejo palpebral:* Cuando hacemos llegar bruscamente una luz sobre los ojos del recién nacido, se produce el cierre de los párpados aunque el niño esté dormido.

*Reflejo de succión:* Al introducir un dedo u otro objeto en la boca del niño, éste inicia movimientos de succión.

*Reflejo de búsqueda:* Consiste en la estimulación táctil en algún punto alrededor de la boca, lo que provoca movimientos rápidos de búsqueda, dirigiendo la boca hacia la zona estimulada.

*Reflejo de moro:* Estando el niño en decúbito dorsal, se levanta suavemente del plano de la cuna unos 5 – 8 cm.; al soltarlo bruscamente, se produce la extensión y abducción de los miembros superiores, apertura de las manos y llanto.

*Reflejo de agarre o*

*de presión palmar:* Al colocar un objeto, como un dedo o un lápiz en la palma de la mano, se produce el cierre de ésta sobre el objeto.

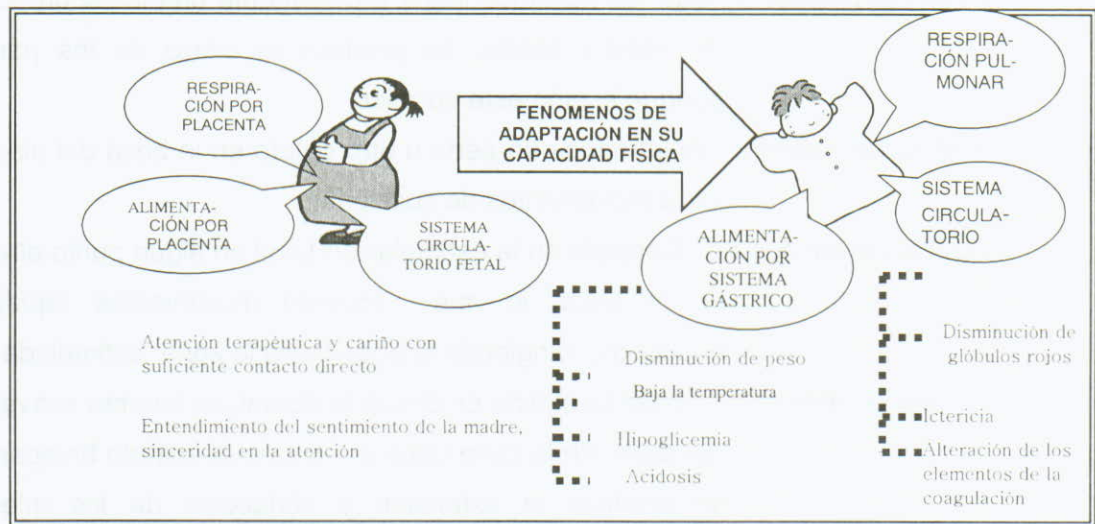
*Reflejo de babinski:* Consiste en la dorsificación del primer dedo del pie con los demás dedos en abanico, éste desaparece cuando comienza la locomoción.

## 2.5 Comportamiento social.

El recién nacido hace ruidos guturales breves, llora al sentir hambre o incomodidad, duerme 20 de las 24 horas del día.

## 2.6 La enfermera en el cuidado del neonato

Además de realizar cuidados higiénicos y proporcionar un ambiente cariñoso y humano, debe ser observadora, conocedora y comunicativa de las áreas a evaluar en el niño(a), debe ser un apoyo para la madre especialmente en el caso de presentar el recién nacido anomalías congénitas. En el cuadro 1 se presentan las características de la atención de enfermería en pediatría en la etapa de recién nacido.



CUADRO 1: Características de la Etapa del Recién Nacido.

## 3. ETAPA DE LACTANCIA (1 MES A 3 AÑOS)

Durante esta etapa, el niño(a) se enfrenta a la tarea de desarrollar una sensación de confianza básica para mantener una relación materna satisfactoria, cuando se produce una enfermedad o incapacidad esta relación queda afectada potencialmente. Ejemplo de ello, un defecto visible interfiere en el vínculo afectivo por parte de los padres apenados de no tener un hijo perfecto.

La enfermedad por si sola afecta al niño(a) ya que las experiencias sensomotrices son críticas a esa edad, la enfermedad, la incapacidad o ambos pueden alterar las capacidades psicomotrices del niño(a) reduciendo su contacto con el ambiente, para



compensar algunos de estos sentimientos, la enfermera debe ocupar el lugar de los padres especialmente el de la madre. Cuando el niño(a) comienza a caminar inicia la etapa de autonomía, es el desarrollo del dominio locomotor y del lenguaje. Parece que los niños(as) tienen gran capacidad de soportar el estrés siempre que se mantenga la unión con los padres.

### 3.1 Desarrollo físico

En los primeros 2 años de vida el niño(a) crece con más rapidez que en otras etapas, al 5º mes duplica su peso y al año lo triplica, en el 2º año de vida cuadruplica el peso que tenía al nacer, los niños(as) bien alimentados y cuidados crecerán más altos y pesados que quienes tengan deficiencia en esos aspectos, también lograrán más rápido su madurez sexual y la estatura definitiva. Las enfermedades renales, cardíacas e infecciosas afectan el crecimiento del niño(a).

### 3.2 Desarrollo psicomotor

De 2 a 6 meses el niño(a) parece sentirse bien con los familiares que con extraños. A los 3 meses tiene control de la cabeza, a los 4 meses, ríe en voz alta muestra desagrado con los cambios de expresión por parte de los adultos, protesta con el llanto.

A los 7 meses pueden mantenerse sentados con la espalda recta, entre 8 a 9 meses son capaces de gatear, de 9 – 10 meses comienzan a dar pasos, si se sostiene. A los 12 meses pueden dar pocos pasos y levantarse solos. Ver anexo 2 (Evaluación del desarrollo).

### 3.3 Lenguaje

A los 6 meses el niño(a) emite sonidos de consonantes repetitivos y entre 8 a 9 meses entiende al llamarle por su nombre y puede emplear algunas palabras como agua, pacha. A los 18 meses mantiene un vocabulario de más o menos 10 palabras; pueden hacer jerigonzas sin significado, a los 24 meses la mayoría de los niños(as) pueden pronunciar de 2 a 3 palabras juntas.

En el ambiente hospitalario, la enfermera como sustituta de la madre debe ser observadora y detectar en el niño(a) como la enfermedad afecta cada una de éstas áreas, lo que requiere de atención individualizada, para contribuir a evitar un retraso en su desarrollo y crecimiento durante su estancia hospitalaria.

### 3.4 Dentición.

La dentición en el niño es un proceso fisiológico y cuando la corona dentaria rompe la membrana periodontal experimenta algunas molestias como: babeo, enrojecimiento e inflamación de encías, se chupa mas el dedo o muerden objetos duros; otros niños(as) se muestran muy irritables, tienen dificultad para dormir y no quieren comer. Los signos como fiebre, vómitos o diarrea no guardan relación con la dentición; sino con alguna enfermedad.

La edad de la erupción es muy variable pero el orden de aparición es bastante regular y predecible. Los dientes que salen primero son los incisivos centrales inferiores, que aparecen aproximadamente entre los 6 y 8 meses, posteriormente aparecen los incisivos centrales superiores. A los 30 meses el niño (a) ha adquirido un total de 20 dientes primarios (de leche) en una secuencia característica. Los primeros dientes secundarios (permanentes) salen alrededor de los 6 años de edad. En la figura 1 se muestra el brote de los dientes permanentes y deciduos.

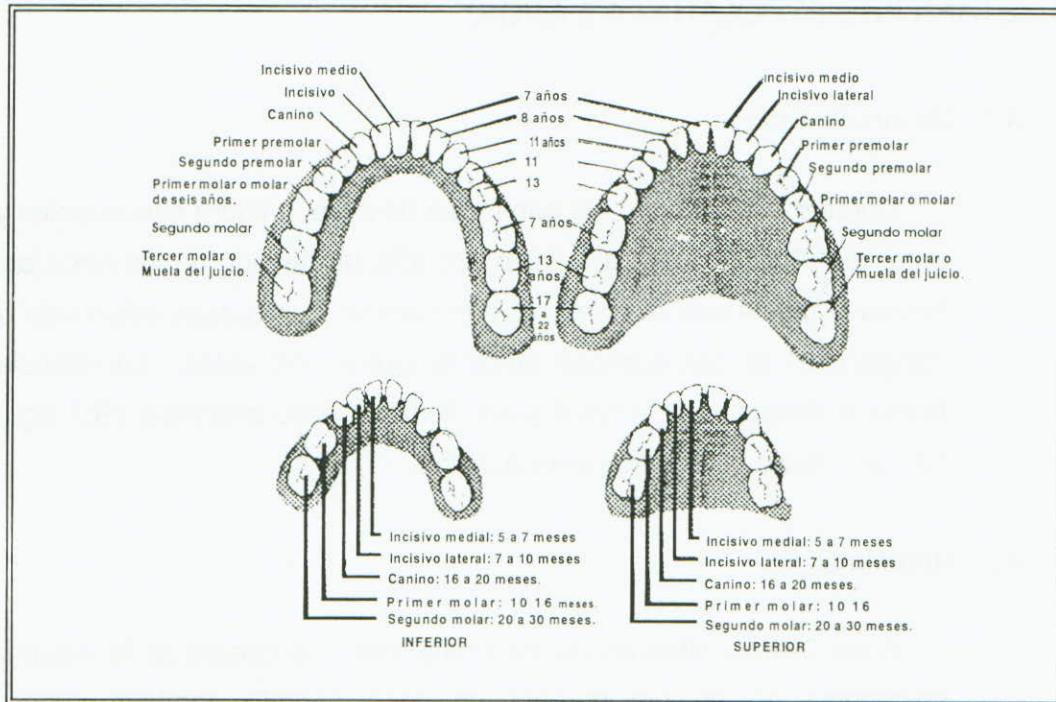


FIGURA 1: Brote de los Dientes Permanentes y Deciduos.

En el cuadro 2 se presentan las características de la atención de enfermería en pediatría en la etapa de lactancia.

El lactante tiene mas desarrollo que en otras etapas

3 meses

➔

12 meses

En esta edad no puede entender sobre la *enfermedad y el tratamiento*

**TIENE TEMOR A  
LOS EXTRAÑOS**

- La enfermera tiene que adecuar los cuidados de acuerdo a la edad en meses
- Apoyarlo para que se adapte al ambiente extraño lo más pronto posible
- Ganar la confianza de la madre para que deje con tranquilidad al niño(a) en manos de las enfermeras.

CUADRO 2: Características de la Etapa del Lactante.



#### 4. ETAPA PRE-ESCOLAR (3 A 5 AÑOS)

##### 4.1 Desarrollo Físico

Durante este período las ganancias de peso y altura son estables y oscilan entre los 2.3 Kg. y los 6 a 8 cm por año, la mayoría de los niños(as) saltan, lanzan la pelota con la mano, pueden atarse los zapatos, están más delgados comparando la configuración corporal que tenían antes. La infancia precoz tiende a desaparecer a los 4 años, tiene un peso promedio 16.7 Kg, estatura 103 cm , dobla la talla que tenía al nacer.

##### 4.2 Neurológico

A los 3 años alternan los pies para subir las escaleras, la mayoría puede sostenerse en un pie durante un corto periodo, también puede dibujar toscamente y conoce colores.

##### 4.3 Lenguaje

Pregunta mucho, usa palabras inadecuadas si las escucha, comienza a juntar frases para mantener una conversación corta.

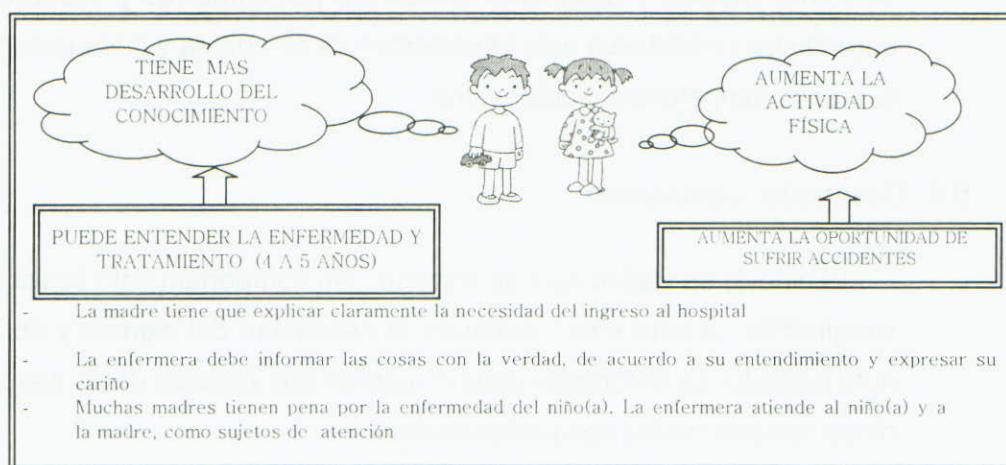
##### 4.4 Psicosocial

A los 3 años los niños(as) en su mayoría pueden decir su edad, desde los 4 años a los 6 años, van buscando modelos adecuados y asumen hábitos de pensamiento, sentimiento y acción, participan en juegos sociales con más niños.

La etapa más crítica en el niño(a) es de 3 – 4 años, utiliza vocabulario cada vez más rico para interactuar con el ambiente. La velocidad de adquirir mayor vocabulario no lleva la capacidad mental o grado de comprensión, lo que le da lugar a tartamudear, el momento adecuado de corregir este problema es hasta los 7 años.



Es importante que la enfermera (o) conozca estos cambios en el pre-escolar, para ayudar al niño(a) a llevar un crecimiento y desarrollo excelente, antes, durante y después de la hospitalización, antes sería mediante una adecuada promoción de la salud óptima, orientando sobre alimentación, patrón de sueño, salud mental y como prevenir accidentes. Durante la hospitalización, estimulándolo de acuerdo a la etapa de crecimiento y desarrollo para evitar retraso en cada una de ellas durante el periodo de la enfermedad y ayudar al buen retorno a su hogar. En el siguiente cuadro se presentan características de la atención de enfermería en pediatría en la etapa pre-escolar.



**CUADRO 3:**Características de la Etapa Preescolar

## 5. ETAPA ESCOLAR (6 A 12 AÑOS)

En esta etapa inicia la influencia del entorno del colegio, que tiene un impacto importante en el desarrollo y las relaciones, el niño(a) se asocia con otros de su misma edad, aprende la cultura de la infancia y establece las primeras relaciones fuertes fuera del grupo familiar.

### 5.1 Desarrollo biológico

En esta etapa los niños crecerán una medida de 5 centímetros por año y casi doblarán su peso, aumentando de 2 a 3 kilos por año.

## 5.2 Desarrollo fisiológico

La primera dentición permanente en los niños denominada molares, suele empezar a aparecer durante el sexto año de vida, iniciando la muda con la misma secuencia que la adquisición de los dientes, los segundos molares permanentes suelen aparecer hacia los 14 años.

## 5.3 Desarrollo psicosocial

En esta etapa el niño(a) adquiere capacidad para comunicarse, conceptuar de forma limitada y desarrollar conductas psicomotrices y sociales complejas; aprende las habilidades más importantes de su cultura y desarrolla el sentido de la propia competencia y autoestima.

## 5.4 Desarrollo cognoscitivo

El niño(a) se vuelve fácil de corregir. Su comportamiento social tiene mucha imaginación, a esta edad entiende la necesidad del ingreso y colabora en su auto cuidado. La enfermera debe mantener una relación de confianza con estos niños comprenderlos con profesionalismo.

En el cuadro 4 se presentan las características de la atención de enfermería en pediatría en la etapa escolar.



CUADRO 4 : Características de la Etapa Escolar.

## CAPITULO III

# *S*erarquización de Necesidades en la Niñez Según Abraham Maslow.

---

---

CAPITULO III

El presente capítulo tiene por objeto  
establecer los principios generales  
que rigen el procedimiento de  
admisión de solicitudes de  
patentes.

---



## A. TEORIAS DE ENFERMERIA Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.

Una teoría de enfermería es “la conceptualización de algunos aspectos de la enfermería expresados con el propósito de describir, explicar, predecir y/o prescribir un cuidado de enfermería<sup>1</sup>”; así tenemos por ejemplo la teoría del déficit de auto cuidado de Dorotea Orem, Virginia Henderson con las catorce necesidades, Margory Gordon con el Modelo de Enfermería que se basa en los patrones funcionales. Los elementos contenidos en estas teorías “ofrece a la enfermera una perspectiva para considerar la situación del cliente, una forma de organizar los datos y un método para analizar e interpretar la información”<sup>2</sup>.

La teoría es la generación del conocimiento científico específico de enfermería utilizado en la práctica. “El proceso es el método para aplicar la teoría o los conocimientos”<sup>3</sup> en la atención al usuario; Torres (1986) dice que la integración de la teoría y el proceso es la base de la enfermería profesional.

Además de las teorías específicas de enfermería también están las interdisciplinarias, las cuales dependen de otras ciencias como las físicas, sociales, del comportamiento y otras, que son adoptadas por enfermería para comprender y explicar aspectos en la atención al usuario, lo cual le da más solidez científica a la profesión; por ejemplo Abraham Maslow, psicólogo, ha tenido gran influencia en el ejercicio de la enfermería y en la asistencia sanitaria con sus teorías sobre la jerarquía de necesidades del ser humano; según Maslow los seres humanos nacen con necesidades básicas que deben ser satisfechas para sobrevivir y ser un individuo con funcionamiento óptimo; entre estas necesidades las fisiológicas como el respirar, comer, eliminar, entre otras, tienen prioridad sobre otras como el autoestima, por ejemplo.

En esta guía se ha tomado como marco de referencia para la atención de enfermería en pediatría, la satisfacción de las necesidades básicas del niño o niña según Maslow,

---

<sup>1</sup> Pother, Patricia A. Enfermería Mosby, Fundamentos de Enfermería, Tomo 1, Quinta Edición, Ediciones Harcourt, S.A. 2001, Página 89.

<sup>2</sup> IBID, página 89.

<sup>3</sup> IBID, página 89.

con el fin de identificar necesidades de asistencia, orientar, definir y priorizar los cuidados de enfermería, además de integrar en el proceso, necesidades específicas del niño de acuerdo a la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre.

La guía se enfoca a orientar las intervenciones de enfermería en la satisfacción de las necesidades básicas del niño(a) enfermo(a), pero hace énfasis en aspectos educativos que podrían desarrollar en la madre y grupo familiar conocimiento y responsabilidad del cuidado de la salud y desarrollo óptimo del niño(a), integrándolos como objetivo de la atención de enfermería en pediatría. El niño(a) asiste (es llevado) a los establecimientos de salud porque tienen necesidades interferidas (una neumonía le dificulta respirar, una diarrea le interfiere para alimentarse y eliminar); en este sentido a continuación se describen los elementos básicos que se han de considerar para evaluar la satisfacción de las necesidades básicas del niño(a) enfermo(a), para desarrollar el proceso de atención de enfermería.

## B. NECESIDADES BÁSICAS DEL NIÑO SEGÚN ABRAHAM MASLOW.

Maslow (1908-1970) jerarquizó las necesidades del ser humano en 5 categorías de prioridad:

**Fisiológicas**

**Protección y Seguridad**

**Amor y Pertenencia**

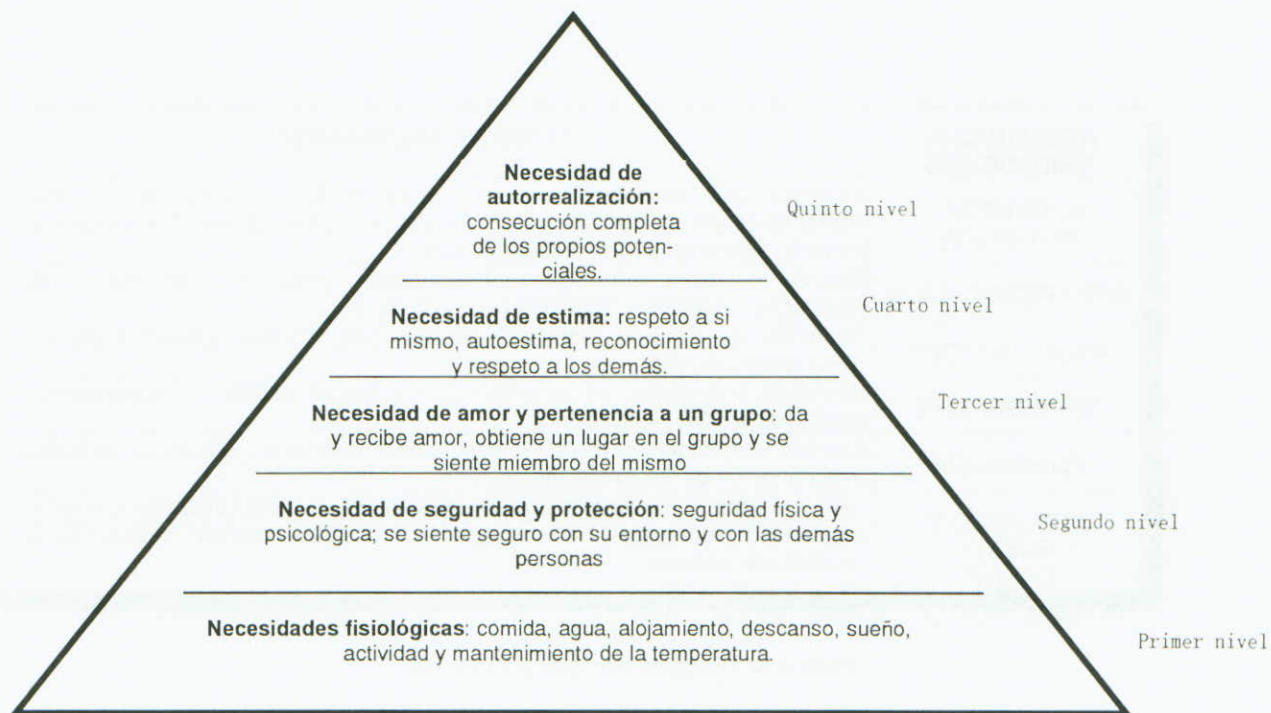
**Autoestima**

**Autorrealización personal**

Se considera que las fisiológicas son las más importantes por que se refieren a la sobrevivencia de la persona (comida, agua, alojamiento, descanso, sueño, actividad y mantenimiento de la temperatura), en comparación con las otras las que tienen que ver con los sentimientos de seguridad y pertenencia (amor y pertenencia), lo que se muestra en la figura 2 <sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Morrison, Michelle. Enfermería Mosby, Fundamentos de Enfermería en Salud Mental, primera edición, Harcourt Barcelona España 1999, página 70



**FIGURA 2:** Clasificación de las Necesidades Básicas del Ser Humano, según Maslow

## 1. NECESIDADES FISIOLÓGICAS O DE SUPERVIVENCIA

En este apartado se realiza una descripción de cada necesidad, en la que se abordan algunos elementos entre ellos: concepto, aspectos relevantes de anatomía y fisiología; parámetros normales y puntos de referencia para la observación, factores psicológicos y sociales que influyen en la satisfacción de la necesidad. La tabla 2 detalla los parámetros de valoración de la clasificación de las necesidades de supervivencia del ser humano según Abraham Maslow. Lo cuál resulta especialmente útil para ayudar al profesional de enfermería a establecer prioridades en la recolección de datos.



NECESIDADES FISIOLÓGICAS	DATOS DE VALORACIÓN
ALIMENTOS / NUTRICIÓN	Anorexia, falta de interés por la comida, pérdida o ganancia de peso, alteraciones en el sentido del gusto, tipo de alimentación: seno materno, fórmula, alimentos según requerimientos.
AIRE / RESPIRACIÓN	Disnea, cianosis, confusión, inquietud, gasometría anormal, ruidos respiratorios anómalos, retención de secreciones.
AGUA / LÍQUIDOS	Sequedad de piel o membranas mucosas, sed, náuseas, debilidad, vómitos persistentes, edema
TEMPERATURA	Elevación o descenso de la temperatura corporal, escalofríos, ruborización, piel caliente o fría, sudoración.
ELIMINACIÓN	Diarrea, estreñimiento, disuria, incontinencia, distensión abdominal, aumento o disminución de los ruidos intestinales.
DESCANSO Y SUEÑO	Fatiga al despertar, ojeras, cefaleas, irritabilidad, dificultad para concentrarse.
DOLOR	Informes de dolor, gesticulaciones, apretar el área dolorida, cambios en la postura o la marcha.

**TABLA 2:** Necesidades de supervivencia<sup>5</sup>

### 1.1 Alimentación / nutrición

*Concepto:* Es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber los alimentos que necesita para funcionar de manera óptima, especialmente en el niño(a), el cual necesita una cantidad y calidad adecuada de nutrientes y líquidos indispensables para asegurar el mantenimiento y desarrollo de sus tejidos y la energía indispensable para su crecimiento.

En los primeros años de vida el niño(a) necesita mayores cantidades de nutrientes debido a que los requerimientos de proteínas son mayores para formar huesos y tejidos musculares. El recién nacido y el lactante están preparados para recibir y utilizar los nutrientes de la leche materna. Existen factores biológicos, psicológicos y sociológicos que influyen en la satisfacción de la alimentación, estos se presentan en la siguiente tabla.

<sup>5</sup> Iyer, Patricia W. Taptich, Barbara J. PROCESO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA, tercera edición, McGRAW – HILL Interamericana Editores, S.A. de C.V., México, 1997, página 47



<b>Factores biológicos:</b>	Edad y crecimiento, actividades físicas, regularidades del horario en las comidas.
<b>Factores psicológicos:</b>	Emociones y ansiedad: la ingestión de comida esta muy relacionada con la satisfacción de la necesidad de seguridad, de amor y de sentirse bien, ya que se remite a la fase oral donde el niño(a) recibió mucho afecto y amor a través de la lactancia o de la toma de alimentos dado por un ser querido.
<b>Factores sociológicos:</b>	Clima, status socioeconómicos, religión, cultura.

**TABLA 3 :** Factores que Influyen en la Satisfacción de las Necesidades.(alimentación –nutrición)

En el siguiente cuadro se presenta un resumen de los aspectos que se valoran en la necesidad básica de alimentación.

<p><b>CONDICIONES DE LA BOCA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dientes alineados y en número suficiente de acuerdo a la edad</li> <li>✓ Mucosa bucal rosada y húmeda</li> <li>✓ Lengua rosada</li> <li>✓ Encías rosadas y adheridas a los dientes</li> </ul> <p>Buena succión o masticación lenta, boca cerrada Reflejo de deglución Digestión lenta (cuatro horas en el estómago) sin malestar</p> <p><b>HÁBITOS ALIMENTARIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lactancia exclusiva a libre demanda los primeros 6 meses</li> <li>✓ Lactancia y papilla cuando se inicia los alimentos sólidos</li> <li>✓ Horario: 3 comidas al día, espaciados por períodos de 4 a 5 horas</li> <li>✓ Duración de las comidas: 30 a 45 minutos por comida</li> <li>✓ Tomar un refrigerio entre comidas</li> <li>✓ Apetito, hambre, saciedad</li> <li>✓ Utilización de los cuatro grupos de alimentos, en la composición del menú</li> </ul> <p><b>HIDRATACIÓN:</b> la ingestión diaria de líquido, particularmente agua, es de 150 ml por Kg de peso en los niños pequeños y de 1000 a 1500 ml., en los mayores. La cantidad de líquido ingerido debe ser equivalente a la cantidad excretada.</p> <p><b>PARTICULARIDADES según los grupos de edad:</b> el aporte diario de alimentos y líquidos ingeridos, tanto en cantidad como en calidad, varía según las etapas de crecimiento y desarrollo.</p> <p>Elección personal de alimentos preferidos o degustación alimentaria. Restricción alimentaria relacionada con una religión, una cultura o el status social. Comidas tomadas en solitario o en compañía, en el hogar, en el trabajo o en el restaurante. Significado personal de la comida: amor, castigo, consuelo o alivio.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**CUADRO 5:** Aspectos Normales en la Necesidad de Alimentación

## 1.2 Aire / oxigenación

El proceso de la respiración que tiene como finalidad el aporte de oxígeno ( $O_2$ ) a las células y eliminar el gas carbónico ( $CO_2$ ) producido por la combustión celular, se compone de tres fases: Ventilación pulmonar, flujo mecánico del aire de la atmósfera hacia los pulmones (inhalación o inspiración) y la salida del gas carbónico ( $CO_2$ ) a la atmósfera que es espiración o exhalación.

Factores esenciales para una buena ventilación son: la madurez del centro y del sistema respiratorio, la proporción de oxígeno en el aire ambiental, la permeabilidad de las vías respiratorias y el funcionamiento adecuado de los mecanismos reguladores de la respiración.

Respiración Externa, que se refiere al intercambio de gases entre los alvéolos pulmonares y la sangre en los capilares de estos órganos, el flujo de sangre de los capilares recibe  $O_2$  y entrega  $CO_2$ . y los factores esenciales para que se realice este proceso están determinados por las presiones y grosor de la membrana alveolar y la difusión de los gases.

Respiración Interna, intercambio de gases entre los capilares del resto del cuerpo y las células de los tejidos, es la respiración celular en la cual la sangre entrega  $O_2$  y recibe  $CO_2$ . Este proceso se ve afectado por la cantidad de hemoglobina y su afinidad por el oxígeno, la permeabilidad arterial periférica y el gasto cardíaco.

Estos procesos tienen sus características propias, en los(as) lactantes y niños(as) las vías aéreas son estrechas y además tienen poca capacidad para expulsar las secreciones por lo tanto fácilmente se obstruyen causando dificultad para respirar, el mantener la permeabilidad de estas vías es responsabilidad de la enfermera(o).

En la siguiente tabla se presenta los factores biológicos, sociológicos, psicológicos que influyen en la satisfacción de la necesidad de oxigenación y en



el cuadro 6 se presentan aspectos de la valoración normal de la respiración por edades.

<b>Factores biológicos:</b>	<p><u>Postura:</u> una buena alineación corporal y una posición adecuada favorecen la expansión torácica; aunque un niño sano puede respirar en cualquier posición.</p> <p><u>Ejercicio:</u> la actividad física como el llanto y los juegos, suponen una demanda suplementaria de oxígeno y mayor formación de CO<sub>2</sub>.</p> <p><u>Alimentación:</u> una adecuada hidratación contribuye al mantenimiento de la humidificación de las mucosas respiratorias, el aporte de glucosa en cantidad suficiente asegura el buen funcionamiento del diafragma y de los músculos que intervienen en la respiración.</p> <p><u>Estatura:</u> afecta el volumen pulmonar, los niños delgados y altos tienen una capacidad vital mayor.</p> <p><u>Sueño:</u> el sueño influye en la amplitud y el ritmo respiratorio, el organismo en reposo necesita menor cantidad de oxígeno.</p>
<b>Factores sociológicos:</b>	<p><u>Aire ambiental:</u> el aire ambiental debe contener una cantidad de oxígeno adecuada, una tasa de humedad confortable, una cantidad mínima de polvo químico, de suciedad y de bacterias.</p> <p><u>Clima:</u> el calor aumenta la frecuencia respiratoria, el frío provoca una vasoconstricción. En los lugares expuestos a vientos fríos y violentos el niño puede tener dificultad para captar la cantidad de oxígeno necesario para su organismo.</p> <p><u>Vivienda:</u> para favorecer la necesidad de respirar debe reunir las siguientes condiciones: humedad y calor confortable, aislamiento y ventilación adecuada.</p>
<b>Factores psicológicos:</b>	<p><u>Emociones:</u> la ansiedad, el temor, la cólera y el llanto aumenta el ritmo respiratorio y es más superficial.</p>

**TABLA 4:** Factores que Influyen en las Satisfacción de la necesidad de oxigenación.

Respiración libre por la nariz	
Ritmo respiratorio regular	
Frecuencia respiratoria:	
✓ Recién nacido:	35-50/min
✓ 1 mes a 1 año:	30/ min.
✓ 2 años:	25-35/min
✓ 12 años:	15-25/min
✓ Adulto:	14-20/min
✓ Persona mayor:	15-25/min
Amplitud respiratoria:	
✓ Profunda o superficial	
✓ Respiración costal: mujer	
✓ Respiración diafragmática: niño, hombre	
Ruidos respiratorios:	respiración silenciosa
Coloración rosada de piel:	mucosa y uñas
Reflejo de la tos	
Mucosidades en pequeña cantidad	

**CUADRO 6 :** Valoración Normal de la Respiración.

### 1.3 Circulación

Es la necesidad que está íntimamente relacionada con la respiración ya que el oxígeno es necesario para vivir, la función de los sistemas cardíacos y respiratorio es satisfacer las necesidades orgánicas de oxígeno.

La función del sistema cardíaco es llevar a los tejidos oxígeno, nutrientes y otras sustancias, además de retirar productos de desecho del metabolismo celular por medio de la bomba cardíaca, el sistema vascular circulatorio y la integración de los sistemas (respiratorio, digestivo y renal).<sup>6</sup>

El funcionamiento óptimo del corazón asegura un aporte adecuado de O<sub>2</sub> a los tejidos. La hemorragia, la deshidratación y otros problemas que pueden afectar el volumen de sangre circulante, afectan esta función.

La presión arterial es la presión de la sangre sobre la paredes de las arterias e indica la elasticidad de las mismas, la resistencia vascular periférica, la eficiencia del bombeo del corazón y del volumen sanguíneo. En la tabla 5 se presenta valores normales de la presión arterial por edades. .

El pulso es la onda de choque que viaja por las fibras de las arterias, cuando el corazón se contrae al tomar el pulso se registran frecuencias, ritmo y fuerza, con ello se pueden detectar irregularidades que indican el estado general del corazón y del sistema circulatorio. Ver valores normales, según edad en la tabla 6.

---

<sup>6</sup> Riopelle, Lise. **Cuidados de Enfermería**. Un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona, Editorial McGraw – Hill Interamericana de España, 1993, página 25.



TENSIÓN ARTERIAL		
EDAD	PULSACIONES/ MINUTO	TENSIÓN DIASTÓLICA
Niño pequeño	75 a 90 mm	Aproximadamente 50 mm
Niño	90 a 110 mm	Aproximadamente 50 mm
Adolescente	100 a 120 mm	Relativamente constante entre 60-80 mm
Adulto	125 a 130 mm	
Persona mayor	140 a 150 mm	

**TABLA 5:** Valores Normales de Presión Arterial

PULSACIÓN	
EDAD	PULSACIONES/ MINUTO
NEONATO	120 A 160
5 años	135
10 años	90
15 años	80
20 años	75
25 -40 años	70
80 años	75

**TABLA 6:** Valores Normales del

#### 1.4 Agua /Líquidos

Los líquidos corporales están constituidos principalmente por agua ( $H_2O$ ) y solutos y forma del 45 al 60% del total del cuerpo del adulto y de un 70% hasta un 80% en los lactantes y recién nacidos. Los líquidos en el organismo se encuentran principalmente, en el espacio intracelular (más de la mitad) y el resto en el espacio extracelular (líquido intersticial, plasma o líquido intravascular y el cerebro espinal). La cantidad del líquidos del organismo está determinada por el equilibrio entre la ingesta y eliminación diaria de los mismos. El centro de control de la sed se encuentra en el hipotálamo, ésta aparece cuando hay pérdida del 0.5% de líquidos corporales, los niños(as) son susceptibles a los trastornos del equilibrio hídrico.

Los líquidos transportan el  $O_2$  y nutrientes a las células y eliminan los productos de desecho de las mismas, conservan un ambiente físico y químico dentro de nuestro cuerpo, para esta función son esenciales los electrolitos, el sodio, potasio, cloro y otros, en su estado normal el organismo conserva el equilibrio hidroelectrolítico; el cual puede verse afectado debido a muchos factores tales como: diarreas, intolerancia de la vía oral, afecciones respiratorias, manifestaciones clínicas como fiebre y la ingesta inadecuada de líquidos (ver tabla 7, valoración de la deshidratación).

	LEVE	MODERADA	GRAVE
CANTIDAD PERDIDA	40 – 50 ML/KG	60-90 ML/KG	100 – 110 ML/KG
% DISMINUCIÓN DE PESO	4 – 5 %	6 – 9 %	10 % o más
ESTADO GENERAL	Se siente mal	Ansiedad, palidez	Debilidad muscular
SED	Tiene	Sediento	No se sabe (está inconsciente)
MUCOSAS BUCALES	Normal	Secas	Resecas
PIEL	Seca	Fría, seca	Fría, cianosis
TURGENCIA	Normal	Disminuida	Muy disminuida
GLOBOS OCULARES	Normal	Hundidos	Hundidos
FONTANELA	Normal	Hundida	Hundida
TONO MUSCULAR	Normal	Normal	Flacidez
PRESIÓN ARTERIAL	Normal	Normal baja	a Shock
CANTIDAD DE ORINA	Normal	Reducida	Sin flujo durante horas. Vejiga llena
DENSIDAD DE ORINA	1020 a 1025	+ 1025	

**TABLA 7:** Escala de Valoración de la Deshidratación, (Memoria Seminario Taller en Proceso de Atención de Enfermería en Pediatría).

### 1.5 Temperatura corporal

Es el nivel de calor producido por los procesos corporales que se generan a través del metabolismo de los alimentos y se pierde por la superficie corporal, la producción y pérdida de calor, se regula y controla en el hipotálamo, las variaciones en los niveles normales son los principales indicadores de enfermedad y las alteraciones pueden ser temperaturas anormalmente bajas o elevadas.

El mantenimiento de la temperatura es función de dos mecanismos opuestos la termogénesis (producción de calor) y termólisis (eliminación del calor). El calor corporal es eliminado por la piel que es la principal fuente y por otras vías como los pulmones, riñones, etc.

La pérdida de calor se realiza por diferentes procedimientos físicos tales como: evaporación (transpiración, respiración) radiación (tiempo frío, aire acondicionado), conducción (baños rápidos), convección (pérdida por circulación de aire, ventiladores, vientos fríos).

En la tabla 8 se detallan los factores que afectan la satisfacción de la necesidad; en el cuadro 7 valores normales de temperatura corporal por edades y características de la piel.

<b>Factores biológicos:</b>	Sexo, edad, ejercicios, alimentación, horas del día
<b>Factores psicológicos:</b>	Ansiedad
<b>Factores sociológicos:</b>	Factores sociológicos: lugar de trabajo, clima, vivienda

**TABLA 8:** Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad (temperatura)

<b>GRADOS DE TEMPERATURA CORPORAL</b>	
Neonatos	36.1 a 37.7 °C
2 años:	37.8°C
3 años:	37.2 °C
7 años:	37.0 °C
Adulto:	37.0 °C
Persona mayor:	+ ó -35.0 °C
<b>PIEL</b>	
Coloración rosada	
Temperatura tibia	
Transpiración mínima	
Sensación de bienestar frente al calor y al frío	
Temperatura ambiental recomendada: 18.3 - 25 °C	

**Cuadro 7:** Valores normales de temperatura corporal.

## 1.6 Eliminación

Es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de deshechos se produce principalmente por la orina y las heces.



### *1.6.1 Defecación*

Es la expulsión de desechos de sustancias no digeribles, bacterias, células que se esfacelan del revestimiento del tubo digestivo y materiales digeribles que no fueron absorbidos. Algunos residuos alimenticios se evacuan las primeras 24 horas y otros varios días después. El control de esfínteres está determinado por el desarrollo neuromuscular en los niños(as) alrededor de los 2 años de edad.

### *1.6.2 Eliminación de orina*

Los riñones eliminan la mayor parte de productos nitrogenados del metabolismo celular, exceso de cuerpos cetónicos y el exceso de electrolitos. En tabla 9 se resumen los elementos normales de la excreción de orina y heces y en la tabla 10 se describen los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad.

En los primeros años de vida existe dificultad en el control de la micción lo cual se logra con exactitud hasta los 2 años. La cantidad y el número de micciones varía de acuerdo a la edad del niño(a), algunas alteraciones orgánicas como la fiebre, la diarrea, hemorragias y las quemaduras favorecen el desequilibrio hidroelectrolítico, en el niño(a) puede llegar a ser fatal.



VALORACIÓN NORMAL				
ELIMINACIÓN	NEONATO	NIÑO	ADULTO	PERSONA MAYOR
ORINA: Coloración Olor	Paja, ámbar, transparente Aromática débil 4.5 a 7.5 ligeramente ácida 1.010 a 1.025			
PH				
Densidad	30 a 300 ml/día	500-1200 kl/día	1200-1400 ml/día	1200-1400 ml/día
Cantidad	Micciones frecuentes	4-5 veces/día	5-6 veces/día	6-8 veces/día
Frecuencia				
HECES: Coloración	Meconio los primeros días, seguidamente amarilla.	Marrón		
Olor	Difiere de una persona a otra			
Consistencia	blanda y dura			
Frecuencia	1 – 2 veces/día	1 vez por día o por 2 días		
SUDOR: Cantidad	Mínima			
Olor	Variable según alimentación, clima y condiciones higiénicas			
AIRE ESPIRADO	Evaporación de agua a través de la espiración			

TABLA 9: Valoración Normal de Eliminación de Orina, Heces, Sudor y Aire Espirado.

<b>Factores biológicos:</b>	Alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal.
<b>Factores psicológicos:</b>	Estrés
<b>Factores sociológicos:</b>	Normas sociales

TABLA 10: Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad. (eliminación)

## 1.7 Actividad

El movimiento es un acto voluntario desencadenado por el cerebro. El impulso se transmite al sistema nervioso que, a través de la placa motora, entra en contacto con el tejido muscular y comunica el impulso que desencadena el movimiento. Ver tabla 11.

MOVIMIENTO				
TIPOS	EJERCICIOS FÍSICOS	CARACTERÍSTICAS	EJECUCIÓN	ACTIVIDADES FÍSICAS
Abducción Aducción Circunducción Eversión Extensión Flexión Hiperextensión Inversión Rotación Supinación	Activos Pasivos Isométricos De resistencia	Coordinados Armoniosos Completo	Levantarse Caminar Inclinarse Sentarse Acostarse Correr Agacharse Arrodillarse Levantar pesos Estirarse Coger objetos Alcanzar objetos	Formas: Violentas Moderadas Frecuencia Duración

**TABLA 11:** Valoración de los movimientos.

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y bien alineados permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. Ver tabla 12.

POSTURA ADECUADA		
- De Pie	- Sentado	- Acostado
- Cabeza recta sin flexionar	- Cabeza recta	- Dorsal
- Espalda recta	- Espalda recta y apoyada	- Lateral
- Brazos a los lados	- Brazos apoyados	- Ventral
- Caderas y piernas derechas	- Muslos en posición horizontal	
- Pies en ángulo recto con las	- Pies en el suelo o sobre un taburete	

**TABLA 12:** Valoración Normal (postura)

En la tabla 13 se detallan los factores que influyen en la satisfacción de la actividad.

<b>Factores biológicos:</b>	Edad y crecimiento, constitución y capacidades.
<b>Factores psicológicos:</b>	Emociones y personalidad.
<b>Factores sociológicos:</b>	Cultura, roles sociales, organización social.

**TABLA 13:** Factores que Influyen en la Satisfacción de la Necesidad de Actividad.

## 1.8 Descanso y sueño

Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo. La salud física y emocional depende de la satisfacción de estas necesidades.

*Descanso:* Estado de tranquilidad, relajación, caracterizado por la disminución en la tensión emotiva. Todas las personas tienen sus propios hábitos para descansar; se puede descansar realizando otras actividades como: leer, colorear, jugar, ver televisión; actividades que también se pueden llamar pasatiempos o de recreación.

*Sueño:* Es un estado de reposo caracterizado por una disminución de la actividad física y psicológica. En la tabla 14 se presentan los factores que influyen en la satisfacción de la necesidad y en la tabla 15 resumen de los elementos para valorar la necesidad.

<b>Factores biológicos:</b>	edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño
<b>Factores psicológicos:</b>	Ansiedad
<b>Factores sociológicos:</b>	Factores sociológicos: horario de trabajo

**TABLA 14:** Factores que Influyen en la Satisfacción de la Necesidad de Descanso y Sueño.



VALORACIÓN NORMAL			
SUEÑO	PERÍODOS DE REPOSO	PERIODOS DE TRANQUILIDAD Y DE OCIO	MEDIOS UTILIZADOS PARA DESCANSAR TRANQUILIZARSE
<u>CANTIDAD</u>	Número de períodos de descanso en el día.	Número de períodos de descanso y de ocio	Ocio
<b>EDAD    NÚMERO DE HORAS</b>			Pasatiempos
Recién nacido    16-20	Duración de estos períodos	Duración de estos períodos.	Siestas
1 año    14-16			
3 años    10-14			
5-11 años    10-14			
Adolescentes    12-14			
Personas Mayores    6-8			

TABLA 15: Valoración Normal del Sueño.

### 1.8.1 Dolor

**En el niño(a) hospitalizado(a), el dolor es una sensación que le acompaña en muchos procedimientos y que interfiere con el descanso.**

Es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño tisular real o potencial, causada por estimulación de terminaciones nerviosas especializadas. Es una indicación de que los tejidos están siendo dañados. También puede verse como un fenómeno de desequilibrio a una reacción física o psicológica.

El manejo adecuado del dolor beneficia al niño(a) en el sentido que lo incorpora en menor tiempo a las actividades normales, disminuye la estancia y el costo de la hospitalización.



*Principios para manejar el dolor.*

Produce consecuencias físicas y psicológicas negativas a corto y largo plazo, se debe prevenir el dolor antes, durante y después de la cirugía u otro procedimiento que lo cause.

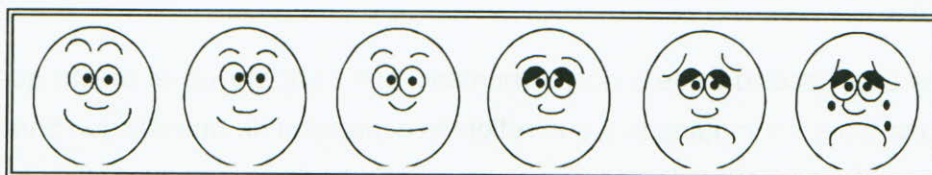
Se deben utilizar estrategias agresivas para asegurar que el niño(a) sufra el menor dolor posible y hacer intervenciones adecuadas, y si el dolor es inesperado e intenso en particular si es súbito y se asocia con alteraciones de signos vitales debe ser evaluado inmediatamente.

La relación entre la familia, niño(a) y la enfermera(o) es importante para su valoración, manejo y para animarlos a expresar sus inquietudes, temores y preferencias. En la tabla 16 se presentan factores que influyen en el manejo del dolor.

<b>Factores biológicos:</b>	Trastornos músculo esqueléticos, trastornos viscerales, trastornos vasculares e inflamación
<b>Factores psicológicos:</b>	Duelo, depresión
<b>Factores sociológicos:</b>	Factor económico, estabilidad intrafamiliar, alcoholismo y drogadicción

**TABLA 16:** Factores que Influyen en el manejo del dolor.

La siguiente figura representa la escala de valoración del dolor.



**FIGURA 3 :** Escala de valoración del dolor mediante caras de Wong- Baker. Se señala cada cara, y se utilizan las palabras para describir la intensidad del dolor. Pedir al paciente que escoja la cara que mejor describa su dolor y registrar el número correspondiente. La escala se recomienda para personas de 3 años de edad y mayores. (De Wong DL, et al; Whaley and Wong's nursing care of infants and children, ed 6, St. Louis, 1999, Mosby. Copyright de Mosby. Reproducido con autorización).

## 2. NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

Es una necesidad de todo ser humano que debe protegerse de toda agresión interna o externa para mantener así su integridad física y psicológica. En las tablas 17 y 18 se describen los factores que pueden influir en la satisfacción de dicha necesidad y medidas preventivas para evitar el peligro, en el anexo 6 se presenta el esquema de vacunación.

<b>Factores biológicos:</b>	Edad y crecimiento, constitución y capacidades.
<b>Factores psicológicos:</b>	Emociones y personalidad.
<b>Factores sociológicos:</b>	Cultura, roles sociales y organización social.

**TABLA 17:** Factores que Influyen más.

<b>SEGURIDAD FÍSICA</b>	<b>SEGURIDAD PSICOLÓGICA</b>	<b>SEGURIDAD SOCIOLÓGICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas de prevención de accidentes, de infecciones, de enfermedades y de agresiones del medio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas de reposo, de relajación y de control de las emociones.</li> <li>- Utilización de mecanismos de defensa según las situaciones.</li> <li>- Práctica de una religión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salubridad del medio.</li> <li>- Calidad y humedad del aire entre 30 y 60%.</li> <li>- Temperatura ambiente entre 18.3 y 25 °C.</li> </ul>

**TABLA 18:** Necesidades de Seguridad, Protección y Medidas de Prevención

## 3. AMOR Y PERTENENCIA

Es una necesidad de todo ser humano que consiste en el afecto que busca el bien verdadero o imaginado y que refleja la capacidad de un individuo para asociarse o interaccionar con los demás de su entorno. En la siguiente tabla refleja la valoración de la necesidad de amor y pertenencia.

NECESIDADES DE AMOR Y PERTENENCIA	DATOS DE VALORACIÓN
AMOR	Ausencia de unión entre madre e hijo, expresión tras la pérdida de un ser querido.
PERTENENCIA	Separación de la familia, discrepancia manifiestas entre el sujeto y los demás, alteración en las interacciones interpersonales.
PROXIMIDAD	Aislamiento debido al proceso de la enfermedad, separación, hospitalización prolongada.

**TABLA 19:** Valoración que Refleja las Necesidades de Amor y Pertenencia

#### 4. NECESIDAD DE AUTOESTIMA

Es la necesidad de respeto por parte de si mismo y de los demás. El individuo se esfuerza por lograr reconocimiento, utilidad, independencia, dignidad y libertad. En la tabla 20 se presenta la valoración de la necesidad de autoestima.

NECESIDADES DE ESTIMA	DATOS DE VALORACIÓN
ESTIMA	Manifestación de autoestimulación, expresiones de vergüenza o culpa, ausencia de contacto visual, conducta pasiva, dificultad para tomar decisiones, apatía, evitación de conflictos.

**TABLA 20:** Valoración que Refleja las Necesidades de Estima

#### 5. NECESIDAD DE AUTORREALIZACIÓN

Es la necesidad de conseguir el máximo provecho de sus competencias físicas, mentales, emocionales y sociales para poder sentir que es la clase de persona que desearía ser. A continuación en la tabla 21 se refleja la valoración de la necesidad de autorrealización.



NECESIDADES DE ESTIMA	DATOS DE VALORACIÓN
<b>AUTORREALIZACIÓN</b>	Preocupación manifestada por conflictos de roles, cambios en la autopercepción, limitaciones físicas que afectan a las funciones de los roles, preocupación acerca del patrón de responsabilidad habitual, interrupción en las rutinas de la prestación de cuidados, pérdida de control percibida, rechazo a participar en actividades preferidas, período largo de negación o enfado por los cambios en el estado de salud.

**TABLA 21:** Valoración que Refleja las Necesidades Autorrealización.



## CAPITULO IV

P

roceso de Atención de Enfermería  
en la Niñez.

---

---

## A. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERÍA PEDIATRÍCA.

El proceso de atención en el (a) niño (a) se diferencia del adulto, por poseer su propia característica la cual consiste en tomar la unidad familiar como punto de base, para dar solución a los problemas detectados en el niño(a). En la atención de enfermería brindada con un enfoque consistente y sistemático, se incluye una evaluación integral del niño(a) en la que la enfermera aplica los conocimientos que posee acerca del crecimiento y desarrollo normal, parámetros fisiológicos, el proceso de enfermar, fisiopatología, signos y síntomas. Esta base de conocimientos más la aplicación del juicio crítico, las habilidades y destrezas de la enfermera para dar solución a los problemas identificados, están determinando su competencia y profesionalismo en la atención al niño(a), y lo demuestra en la práctica.

La realización de la entrevista y el examen físico, como partes esenciales del proceso, son similares para el adulto(a) y en el niño(a), varían en cuanto a la secuencia del examen y en algunas técnicas y métodos que son específicas para los niños (as), de determinada edad (neonatos, lactantes, escolares, etc.). La obtención de datos oportunos, exactos y completos, posibilitan la obtención de un diagnóstico preciso.

Algunas habilidades fundamentales que la enfermera ha de desarrollar para obtener la información que necesita de la madre o responsable, lograr que acepten los cuidados y participen activa y concientemente son:

- Establecer una relación de confianza con la madre o responsable del niño y demostrar interés.
- Permitir a la madre o responsable del niño hablar libremente y expresar con sus propias palabras, sus inquietudes, con relación a cualquier aspecto del estado de salud del niño.
- Dedicar tiempo para responder preguntas, aclarar dudas y aconsejar.
- Sonreír y demostrar simpatía, cortesía y humildad.
- Presentarse a sí misma y explicar a la madre o responsable la razón de su presencia y lo que se desea hacer.
- Mostrar una actitud relajada, no muy formal, sin llegar a mucha familiaridad.

- Recurrir al silencio y a escuchar activamente, sin hacer comentarios o aclaraciones, a lo que ellos manifiestan.
- Ser observadora, esta habilidad en la enfermera, aporta mayor información.
- La interacción con la madre o responsable del niño no debe ser apresurada, realizar una sesión tranquila, abierta, pausada, poniendo especial atención a observar.
- Realizar preguntas abiertas al inicio, para lograr que el entrevistado hable ampliamente; y después hacer aquellas que requieren una respuesta más concreta.

## B. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA

En este apartado se presenta el proceso de atención de enfermería en sus diferentes etapas, como un método para hacer un diagnóstico y determinar el estado de salud del niño (a); y en el cual, la enfermera, utilizando el juicio crítico y la clínica para analizar la información, obtiene una lista de problemas y el plan para solucionarlos.

### 1. CONCEPTOS

“El proceso de enfermería es una serie de pasos que se realizan para identificar el problema de enfermería que tiene el paciente y solucionarlo al ejecutar el cuidado organizado y sistematizado; adecuado para cada paciente”.<sup>7</sup>

“Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permite alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud”.<sup>8</sup>

“Es el método (herramienta) que permitirá no solo entender totalmente al sujeto de enfermería sino que dar atención de alta calidad científica, intencionada y continuamente”.<sup>9</sup>

Para el proceso de atención de enfermería del niño (a) se ha tomado y adaptado el concepto según Yura y Walsh (1998), que dice: “el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo del profesional de

---

<sup>7</sup> MSP/ JICA MEMORIA TALLER PROCESO DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA, 2001, Pág. 11

<sup>8</sup> MSP/ JICA MEMORIA TALLER PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA ADULTEZ, 2001, Pág. 18

<sup>9</sup> IBID, Pág. 18



enfermería, mantener el bienestar óptimo del niño(a) y su familia, y, si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarla de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el proceso de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del niño(a), elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible".<sup>10</sup>

Considerando que el centro de la atención de enfermería en pediatría es el niño(a) y el grupo familiar, el objetivo del proceso es satisfacer sus necesidades básicas individuales, estableciendo una relación de interacción entre los profesionales de enfermería, el usuario y la familia, dando como resultado una asistencia individualizada.

## 2. FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA TEORÍA DE MASLOW

En esta guía se ha considerado el proceso de atención de enfermería con sus 5 fases (ver tabla 22).

<b>VALORACIÓN:</b>	Reunir los datos necesarios y examinarlos (Análisis y clasificación de los datos).
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	Enunciado de los problemas de salud (reales o potenciales) o formulación de los diagnósticos de enfermería y validación.
<b>PLANIFICACIÓN:</b>	Fijar los objetivos y elaborar un plan de cuidados concreto
<b>EJECUCIÓN:</b>	Realizar el plan de cuidados
<b>EVALUACIÓN:</b>	Identificar hasta donde se han logrado los objetivos

**TABLA 22:** Fases del Proceso de Atención de Enfermería.

<sup>10</sup> Iyer, Patricia W. PROCESO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA, tercera edición, editorial Mc Graw- Hill Interamericana, año 1995  
Pág. 11

## 2.1 Fase de Valoración

*Definición:* Es la primer fase del proceso de atención de enfermería y se describe como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes, para analizar el estado de salud del niño(a); en este proceso se consideran los siguientes pasos (ver tabla 23).

RECOLECCIÓN DE DATOS	Prueba de los datos
ORDENAMIENTO DE DATOS	Clasificación de los datos
ANÁLISIS DE DATOS	Interpretación de los datos.

**TABLA 23** : Pasos del Proceso de Valoración.

### 2.1.1 *Recolección de datos*

En este paso se recolecta y acumula en forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas sanitarias del niño(a) e identificar los factores que intervienen en dichas respuestas, lo cual será la base para las restantes fases del proceso de atención de enfermería.

#### **Finalidad de la recolección de datos**

Permite conocer mejor al enfermo y planificar los cuidados apropiados, proporciona una imagen global del estado de salud del niño(a) que permite al profesional de enfermería emitir uno o varios juicios clínicos específicos, es decir, identificar los problemas después de las observaciones y preguntas, y tratar de resolverlos en el marco de las siguientes funciones:

- Descubrir los deseos y necesidades mas inmediatas de la persona.
- Saber cuales son sus reacciones frente a su problema de salud (ansiedad, miedo, dolor, etc)
- Determinar las modificaciones del estado de salud de la persona (pérdida de peso, náusea, estreñimiento, etc.)

- Descubrir los factores de riesgo que puedan constituir una amenaza para el niño(a).
- Conocer sus hábitos de vida (alimentación equilibrada, deporte al aire libre, número de horas de sueño)
- Recoger la información que permita elaborar una hipótesis de diagnóstico de enfermería.

En la figura 4 se presentan los elementos de la recolección de datos:

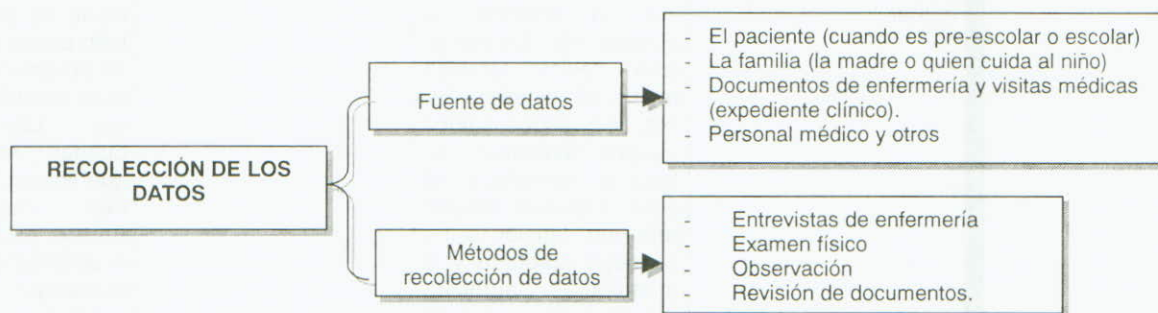


FIGURA 4: Elementos de la Recolección de Datos.

La observación, el interrogatorio y el examen físico son los métodos para la recolección de datos.

**La observación** es una “habilidad de alto nivel de la enfermera”<sup>1</sup>, se inicia desde el primer contacto de la enfermera con el paciente y se continua durante la relación enfermera – paciente y familia; se basa en la capacidad del ser humano de captar el mundo exterior por medio de los sentidos, cuando es sistemática, une la inteligencia con los sentidos y es la aptitud de la enfermera para ver a la persona, escucharla, percibir ciertos fenómenos mediante el tacto y el olfato para hacer una suposición del estado de salud y formular posteriormente el diagnóstico de enfermería.



En la tabla 24 se presenta aspectos que se pueden observar en la recolección de datos<sup>11</sup>

LENGUAJE NO VERBAL	LA MIRADA Y LA MÍMICA	LOS GESTOS Y LA POSTURA	EL SILENCIO Y LAS LAGRIMAS
La expresión facial, la mirada, el tono de voz, las lágrimas, los sollozos, la postura, los gestos, la distancia entre las personas y en general su manera de actuar.	La mirada es un espejo que refleja confianza en uno mismo, el miedo o el deseo de poder, la agresividad, la ansiedad, la sinceridad, el malestar, la indiferencia, la tristeza, la alegría, etc. La expresión facial también revela el estado interior: los rasgos caídos pueden demostrar tristeza o depresión; el ceño fruncido indican reflexión, tensión o ira; el rostro apretado y la mandíbula apretada reflejan generalmente un intenso dolor.	El cuerpo entero por su tensión y posición; y el modo de andar expresa lo que sentimos (el estado afectivo, tensión o relajación).	El silencio es un modo de comunicación no verbal, puede decir más que las palabras; puede significar un momento de reflexión o de pensar lo que se va decir. El silencio también puede estar cargado de emociones negativas (hostilidad, rencor, ira). Las lágrimas pueden ser válvulas que liberan las emociones muy fuertes (miedo, ansiedad, pena o amargura); se deben considerar como una señal de alarma o que la persona necesita ayuda.

**TABLA 24:** Diferentes Formas de Observar.

**El interrogatorio:** en la historia de enfermería tiene un propósito específico, obtener información que le sirva a la enfermera para planificar la atención y se enfoca principalmente en la percepción que tiene la madre o el niño de la enfermedad y como le afecta. Los datos obtenidos son confidenciales y se deben mantener dentro de la relación profesional. Se elabora un formato organizado para realizar la entrevista y obtener los datos que se necesitan (formulario 1). La relación enfermera paciente y familia, también puede tener un carácter informal en la relación cotidiana que la enfermera tiene al realizar la atención; la enfermera tiene la capacidad de dar cuidados físicos y simultáneamente poner atención a lo que la o él paciente y la familia dicen.

<sup>11</sup> Phaneuf, Margot. La Planificación de los Cuidados Enfermeros, primera edición, editorial McGRAW – HILL Interamericana, México 1999.

## FORMULARIO 1

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD  
UNIDAD DE ENFERMERÍA

## GUIA DE ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO MÉDICO \_\_\_\_\_ PROCEDENCIA:  Emergencia,  UCI,  Otros  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  URBANO,  RURAL

¿Cómo le dicen al niño(a)? _____ Quién lo (a) cuida? _____ Miembros de la familia: _____		Edad y escolaridad de los padres: _____ Madre: _____ Padre: _____	Ocupación de los Padres: Madre: _____ Padre: _____
Características del niño(a): _____			
<b>NECESIDADES FISIOLÓGICAS</b>			
<b>ALIMENTACIÓN / NUTRICIÓN:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración <u>Dificultad para:</u> <input type="checkbox"/> la masticación, <input type="checkbox"/> la deglución, <input type="checkbox"/> tolerancia a la ingesta <u>Presenta:</u> <input type="checkbox"/> náuseas, <input type="checkbox"/> vómitos, <input type="checkbox"/> sonda; <input type="checkbox"/> alteración del peso, <input type="checkbox"/> por exceso, <input type="checkbox"/> por defecto; <input type="checkbox"/> necesita ayuda, <input type="checkbox"/> dieta especial <input type="checkbox"/> refrigerio, <input type="checkbox"/> enteral, <input type="checkbox"/> parenteral; observaciones: _____	<b>AIRE / OXIGENACIÓN:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración <u>Presenta:</u> <input type="checkbox"/> disnea de esfuerzo, <input type="checkbox"/> disnea en reposo, <input type="checkbox"/> tos seca, <input type="checkbox"/> tos productiva observaciones: _____	<b>CIRCULACIÓN:</b> <input type="checkbox"/> sin alteraciones <input type="checkbox"/> Palpitaciones, <input type="checkbox"/> entumecimiento, <input type="checkbox"/> extremidades frías, <input type="checkbox"/> edemas, <input type="checkbox"/> dolor precordial, <input type="checkbox"/> catéteres Observaciones: _____	
<b>AGUA / LIQUIDOS:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración <input type="checkbox"/> disminución de peso; <u>estado general:</u> <input type="checkbox"/> ansiedad, <input type="checkbox"/> debilidad; <input type="checkbox"/> sed, <input type="checkbox"/> mucosas orales secas, <input type="checkbox"/> piel seca, <input type="checkbox"/> turgencia disminuida <u>tono muscular:</u> <input type="checkbox"/> flacidez; <input type="checkbox"/> Fontanela hundida, <input type="checkbox"/> Cantidad de orina anormal	<b>TEMPERATURA CORPORAL:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración <input type="checkbox"/> Hipotérmico(a), <input type="checkbox"/> hipertérmico(a); observaciones: _____	<b>ELIMINACIÓN:</b> <u>Orina</u> <input type="checkbox"/> sin alteración, <input type="checkbox"/> Incontinencia, <input type="checkbox"/> retención, <input type="checkbox"/> disuria, <input type="checkbox"/> coluria, <input type="checkbox"/> hematuria, <input type="checkbox"/> sonda vesical; observaciones _____ <u>Intestinal (defecación):</u> <input type="checkbox"/> sin alteración, <input type="checkbox"/> frecuencia anormal, <input type="checkbox"/> estreñimiento, <input type="checkbox"/> diarreas, <input type="checkbox"/> incontinencia, <input type="checkbox"/> acolia, <input type="checkbox"/> melena; <input type="checkbox"/> ostomía, <input type="checkbox"/> autocura, <input type="checkbox"/> necesita ayuda; observaciones: _____	
<b>ACTIVIDAD:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración, <input type="checkbox"/> dependiente <u>Requiere:</u> <input type="checkbox"/> uso de equipo o dispositivo, <input type="checkbox"/> de ayuda de otra persona, <input type="checkbox"/> de enseñanza, <input type="checkbox"/> supervisión. <u>Estado de conciencia:</u> <input type="checkbox"/> consciente, <input type="checkbox"/> desorientado, <input type="checkbox"/> con tendencia al sueño, <input type="checkbox"/> coma; observaciones: _____	<b>DESCANSO Y SUEÑO:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración <u>Patrón de sueño:</u> <input type="checkbox"/> discontinuo, <input type="checkbox"/> insomnio, <input type="checkbox"/> necesita ayuda/medicación; <input type="checkbox"/> dolor Observaciones: _____		
<b>NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</b>			
<input type="checkbox"/> sin alteración, <input type="checkbox"/> capacidad de autoprotección, <input type="checkbox"/> riesgo de autolesión, <input type="checkbox"/> riesgo de caída, <input type="checkbox"/> riesgo de infección, <input type="checkbox"/> riesgo de úlcera, <input type="checkbox"/> necesita ayuda para la higiene personal, <input type="checkbox"/> necesita enseñanza; tiene recreación: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si: <input type="checkbox"/> ve televisión, <input type="checkbox"/> juega, <input type="checkbox"/> lee.			
¿Qué piensan los padres de la enfermedad del niño (a) ? _____, <input type="checkbox"/> no sabe sobre la enfermedad, <input type="checkbox"/> necesita educación.			
<input type="checkbox"/> asiste el niño a control de salud, <input type="checkbox"/> esquema de vacunación incompleto; enfermedades que padece frecuentemente _____			
Enfermedades crónicas _____ medicaciones _____ Alergia <input type="checkbox"/> si, a qué _____			
Cirugías previas _____ Antecedentes perinatales (neonatos) _____			
<input type="checkbox"/> acompañamiento de los familiares en la hospitalización; ¿Cuándo el niño(a) se enferma a donde acude primero? _____			
Accesibilidad a los servicios de salud: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no, ¿por que? _____			
Accesibilidad a los servicios básicos: <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no ¿cuales? _____			
Estado de salud actual de los miembros de la familia: _____		Tipo de vivienda: _____	

<b>NECESIDAD DE AMOR Y PERTENENCIA:</b>
<input type="checkbox"/> sin alteración, <input type="checkbox"/> acompañamiento de los padres o responsable, <input type="checkbox"/> separación de la familia, <input type="checkbox"/> aislamiento, <input type="checkbox"/> hospitalización prolongada, religión de los padres: _____ ; participación del niño en grupos <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí, ¿cuáles?
<b>NECESIDAD DE AUTOESTIMA:</b>
<input type="checkbox"/> sin alteración, <input type="checkbox"/> manifiesta seguridad y confianza, <input type="checkbox"/> vergüenza, <input type="checkbox"/> ausencia de contacto visual, <input type="checkbox"/> conducta pasiva, <input type="checkbox"/> aislamiento, <input type="checkbox"/> dificultad para tomar decisiones, <input type="checkbox"/> apatía; observaciones:
<b>NECESIDADES DE AUTORREALIZACION:</b>
<input type="checkbox"/> sin alteración, <input type="checkbox"/> cambio en la autopercepción, <input type="checkbox"/> limitaciones físicas que dificulten la función corporal, <input type="checkbox"/> alteración de la imagen, <input type="checkbox"/> pérdida del control del rol, <input type="checkbox"/> rechazo a participar en actividades preferidas, <input type="checkbox"/> ansiedad, <input type="checkbox"/> agresividad, <input type="checkbox"/> trabajo
Escolaridad: <input type="checkbox"/> sí, grado _____ <input type="checkbox"/> no, ¿por que?
<b>Crecimiento y desarrollo según edad:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración
<b>Deficiencia:</b> <input type="checkbox"/> motora, <input type="checkbox"/> coordinación, <input type="checkbox"/> socioafectiva, <input type="checkbox"/> lenguaje; observaciones:
<b>HISTORIA CLÍNICA Y CONDICIONES DE INGRESO</b>
<b>MOTIVO DE INGRESO</b>
<b>Indicación médica</b>
<b>Resultados de los exámenes</b>

FIRMA: \_\_\_\_\_



**Examen físico** (formulario 2): es una actividad que complementa la recolección de datos, se realiza con el permiso de los padres o encargados, cuando ya se ha explicado el procedimiento y preparado el ambiente; es decir que se ha establecido una relación de confianza. Se ha de realizar en un ambiente tranquilo, cómodo, seguro (retirar elementos que puedan constituir peligro para el niño), sin corrientes de aire, tener a la mano elementos de distracción para facilitar la valoración; las áreas de valoración que generan angustia o dolor se deben dejar al final del procedimiento y establecer prioridades.

Generalmente se realiza en un sentido cefalocaudal, las áreas comprometidas identificadas con los otros métodos de valoración, indican la atención especial que hay que dedicar en el momento del examen físico; no es necesario realizar en un examen rutinario la valoración completa, la decisión se toma considerando el valor de la información que se obtendrá según el motivo de consulta.

También con frecuencia no se hace la valoración de manera sistemática y ordenada, algunas veces la enfermera se adapta a la actividad del niño(a), en otras ocasiones se tiene que repetir la medición, como por ejemplo al contar la frecuencia respiratoria en un lactante pequeño. La exploración de alguna área puede ser realizada cuando la madre o responsable tienen en sus brazos al bebé, sobre todo en la valoración de los ruidos respiratorios o la medición de los signos vitales en los que el niño debe estar tranquilo.

Otros aspectos importantes del examen físico en el niño de acuerdo a la edad, deberán ser revisados con mayor profundidad en las enfermerías pediátricas.

## FORMULARIO 2

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN

UNIDAD DE ENFERMERÍA

### GUIA DE VALORACIÓN FÍSICA

Tº:	PULSO/FC:	R:	T.A.:	SaO <sub>2</sub>
PESO:	TALLA:	PC:	PT:	
APARIENCIA GENERAL				
PIEL Y ANEXOS:				
GANGLIOS:				
CABEZA:				
OJOS:				
NARIZ:				
BOCA:				
OÍDOS:				
GARGANTA:				
CUELLO:				
TÓRAX:				
PULMONES:				
CORAZÓN:				
ABDOMEN:				
GENITALES:				
RECTO:				
EXTREMIDADES:				
EXAMEN NEUROLÓGICO:				
CRECIMIENTO Y DESARROLLO:				

CLAVE

FC: Frecuencia cardíaca, TA: Tensión arterial, SaO<sub>2</sub>: Saturación de oxígeno, PC: Perímetro cefálico, PT: Perímetro torácico,

R: Respiración.

### 2.1.2 Ordenamiento de datos: (clasificación)

Con la información recolectada en la observación, la entrevista y el examen físico, se hace necesario ordenarla y clasificarla, existen muchas formas de organizar la información obtenida; pero cada profesional debe guiarse por su experiencia, emplear la que le funcione mejor o según el referente teórico que ha tomado. En esta guía de Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en Pediatría, el ordenamiento de la información se basa en la escala de clasificación de las necesidades, descrita por Abraham Maslow (formulario 3), quien postuló que todos los seres humanos tenemos necesidades básicas comunes que pueden organizarse de acuerdo a las siguientes categorías (cuadro 8).

Necesidades Fisiológicas
Necesidades de Protección / Seguridad
Necesidades de Amor y Pertenencia
Necesidades de Autoestima
Necesidades de Autorrealización

**CUADRO 8 :** Escala de Clasificación de las Necesidades según Abraham Maslow.

Además de ordenar y clasificar la información usando los niveles de necesidades de Maslow es necesario considerar el nivel de crecimiento y desarrollo individual. Cada edad cronológica tiene actividades de desarrollo que se corresponden, tanto físicas como psicológicas.

El siguiente formato es una guía para organizar los datos:



**FORMULARIO 3**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN

UNIDAD DE ENFERMERÍA

**CUADRO DE ORDENAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

HISTORIA DE ENFERMERÍA	EXAMEN FÍSICO	OTRAS FUENTES	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	PROBLEMA DE ENFERMERÍA.
<p>Necesidades fisiológicas:</p> <p>Protección y seguridad:</p> <p>Amor y pertenencia:</p> <p>Autoestima:</p> <p>Autorrealización:</p> <p>Crecimiento y desarrollo.</p>				

No se debe considerar al niño(a) solo como un problema de carácter corporal o físico, si no un ser humano, como un conjunto de cuerpo físico, psicológico y social, si se recolectan datos solamente con el enfoque médico puede que se logre el apoyo al tratamiento médico pero ¿hacia donde se fue la esencia de enfermería?.

### *2.1.3 Análisis e interpretación de datos*

Analizar significa escrutar, examinar la información recolectada, descubrir sus relaciones a fin de comprenderlas mejor y poder clasificarlas, para llegar a una conclusión, en la etapa de interpretación.

Interpretar significa darle sentido a la información recibida y obtener una conclusión que sería un juicio clínico que conduzca a las actividades normales del cuidado, al diagnóstico de enfermería y a la planificación de cuidados especiales. Por ello este análisis e interpretación llevan a la enfermera(o) a reconocer en primer lugar los datos que denotan una necesidad inmediata, de vigilancia y de cuidados. Por ejemplo: la dificultad que presenta un niño(a) para respirar llevará a la enfermera(o) a emitir un juicio clínico sobre la necesidad de planificar una postura especial.

Este proceso la lleva inmediatamente a preguntarse sobre la naturaleza de los problemas y sobre sus causas, es decir, a establecer uno o varios diagnósticos de enfermería y a plantearse como hacer para ayudar a satisfacer su necesidad de respirar.

## **2.2 Fase de diagnóstico**

Es la segunda fase del proceso de atención de enfermería donde se determina la "respuesta humana correcta mostrada por el usuario." Se divide en dos etapas: Formulación del diagnóstico de enfermería y Validación.

### 2.2.1 Formulación del diagnóstico de enfermería

Según NANDA (North American Nursing Diagnoses Association)

**DEFINICIÓN:** Es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería con el fin de lograr los objetivos que son responsabilidad de la enfermera (o).

Según Gordon (1982): Problemas de salud visibles y latentes que pueden ser tratados por la misma enfermera(o), por su educación, experiencia y el campo que la licencia le permite; se refieren a las funciones independientes que la enfermera realiza sin la indicación de otro profesional del equipo de salud, por ejemplo:

- *Enfoques preventivos como la educación*
- *Cambios de posición y detección de potenciales complicaciones*
- *Enfoques correctivos como la administración obligada de líquidos, el cuidado de la piel y asesoramiento.*

La tabla 25 compara la utilización que se hace del término diagnóstico

EL TERMINO DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA SE HA UTILIZADO EN 3 CONTEXTOS		
Segunda fase del proceso de enfermería, la enfermera analiza los datos recogidos al evaluar el estado de salud. Algunas de las conclusiones derivadas del análisis de los datos conducirán a diagnósticos de enfermería, pero otras no.	Una lista de etiquetas o denominaciones diagnósticas. El propósito de establecer estas denominaciones fue definir y clasificar el campo de acción de la enfermería. Estas denominaciones describen estado de salud que los (as) enfermeras (os) pueden legalmente diagnosticar y tratar.	Enunciado en dos o tres partes. Enfermería utiliza el término diagnóstico de enfermería para describir un enunciado de dos o tres partes respecto a la respuesta de un individuo, familia o un grupo, a una situación o a un problema de salud.

**Tabla 25:** Significado de Diagnóstico de Enfermería

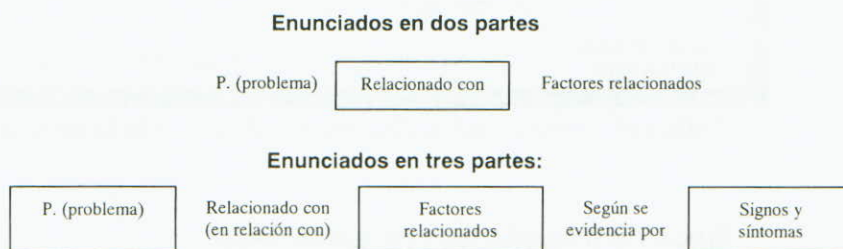


## Componentes de los diagnósticos de enfermería

El diagnóstico de enfermería tiene dos componentes:

*Componente taxonómico:* Cuya base son los criterios para organizar la información recolectada, de acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería según el marco teórico o modelo conceptual escogido.

*Componente estructural:* como se detalla a continuación.



**Figura 5:** Enunciados del Componente Estructural del Diagnóstico de Enfermería

El problema o manifestación identificada en el paciente nunca se relacionará con el diagnóstico médico, las diferencias se pueden ver en la tabla 26.

DIAGNOSTICO MEDICO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
- Identifica una enfermedad concreta.	- Identifica una respuesta real o potencial a la enfermedad.
- Las manifestaciones clínicas indican una necesidad médica.	- Las respuestas indican una necesidad de enfermería.
- Implica intervenciones médicas asociadas.	- Implica intervenciones de enfermería asociadas.
- Considera principalmente el funcionamiento de los órganos y sistemas.	- Considera a la persona como un todo así como el funcionamiento de los órganos y sistemas.

**TABLA 26:** Diferencias del Diagnóstico de Enfermería con el Diagnóstico Médico

En la tabla 27 se comparan los diagnósticos médicos y de enfermería.

DIAGNOSTICO MEDICO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.
HEPATITIS.	Afrontamiento individual inefectivo relacionado a aislamiento prolongado.
DIABETES MELLITUS.	Déficit de conocimientos (cuidados de los pies) relacionado con la incapacidad para retener información.
SIDA.	Alteración de la protección relacionada con los efectos del sistema inmunitario deficiente .
CÁNCER.	Alteración de la mucosa oral relacionada con los efectos de la quimioterapia.
INFARTO DEL MIOCARDIO.	Negación ineficaz relacionada con el temor a la incapacidad.

TABLA 27: Comparación de Diagnósticos Médicos y de Enfermería.

### Tipos de diagnósticos de enfermería

La estructura de un diagnóstico de enfermería (componentes) depende de su tipo: Real, alto riesgo, posible, de bienestar o síndrome.

*Diagnóstico de enfermería real:* Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables, ejemplo: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con el dolor

*Diagnóstico de enfermería con alto riesgo:* Es un juicio clínico de que un individuo, una familia o una comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar, ejemplo: alto riesgo de aspiración relacionado con secreciones orales en exceso.

*Diagnósticos de enfermería posibles:* Son enunciados que describen problemas sospechados, para el que se necesitan datos adicionales. Hay que reservarse los juicios hasta que se haya recopilado y analizado toda la información necesaria para alcanzar una conclusión científica sólida, ejemplo: Posible trastorno de la autoestima.

*Diagnóstico de enfermería de bienestar o síndrome:* Es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado, ejemplo: Síndrome de estrés por traslado (inadaptación a un cambio de ambiente).

#### Directrices para la redacción de un diagnóstico de enfermería

- a) Escriba el diagnóstico de enfermería en términos de la respuesta del niño, en lugar de las necesidades de la enfermera.

INCORRECTO	CORRECTO
Necesita aspiración porque tiene muchas secreciones.	Alto riesgo de aspiración relacionado con secreciones orales en exceso.

- b) Usar **relacionado con** en lugar de debido a, o causado por, para conectar los dos enunciados del diagnóstico.

INCORRECTO	CORRECTO
Patrón ineficaz del lactante debido a los efectos de la prematuridad.	Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado con los efectos de la prematuridad.

- c) Redactar los diagnósticos en términos legalmente aconsejables.

INCORRECTO	CORRECTO
Deterioro de la integridad cutánea relacionado con cambios posturales infrecuentes.	Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la inmovilización prolongada.

- d) Redactar los diagnósticos sin juicio de valor.

INCORRECTO	CORRECTO
Alteración parental relacionada con una escasa vinculación al hijo.	Alteración parental relacionada con una larga separación del hijo.



- e) Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico.

INCORRECTO	CORRECTO
Disminución de la ingesta calórica relacionada con la alteración de la nutrición.	Alteración de la nutrición por defecto relacionado con la disminución de la ingesta calórica.

- f) Evitar el uso de indicios aislados en el primer enunciado del diagnóstico, un indicio aislado no es un diagnóstico de enfermería, aunque puede proporcionar información para ayudar a definir la respuesta. Se pueden producir diagnósticos incorrectos si se centran en un signo o síntoma aislado. Al redactar el diagnóstico de "intranquilidad relacionado con cambios en el entorno", sugiere que la respuesta es la intranquilidad.

En efecto la presencia de intranquilidad puede ser un indicio de otra respuesta, como la limpieza ineficaz de las vías aéreas, la alteración del afrontamiento o del temor.

- g) Los enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo.

INCORRECTO	CORRECTO
Incapacidad para alimentarse sin ayuda relacionado con problemas para alimentación.	Déficit de autocuidado en la alimentación sin ayuda relacionado con dolor en los dedos de la mano.

- h) Expresar el factor relacionado con términos que se puedan modificar.

INCORRECTO	CORRECTO
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con enfermedad pulmonar crónica.	Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con secreciones abundantes y espesas.

- i) No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería.

INCORRECTO	CORRECTO
Patrón respiratorio ineficaz relacionado con enfisema.	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la retención de secreciones.

- j) Exponer el diagnóstico de forma clara y concisa.

INCORRECTO	CORRECTO
Alteración de las interacciones entre marido y mujer y la madre y el hijo de dos años relacionado con las visitas de la madre al hospital.	Alteración de los procesos familiares relacionado con las visitas de la madre al hospital.

### **Beneficios que se obtienen con el diagnóstico de enfermería.**

*Proporciona las normas de clasificación y efecto:* El diagnóstico proporciona una gran cantidad de información, eleva los resultados y es un compendio sobre comunicación, además cuenta con una declaración común que permite la cooperación entre médico, educadores, estudiantes e investigadores y es útil como base para la continuidad de la atención.

*Muestra las metas y métodos para el proceso de enfermería:* Acelera la investigación y la educación. Contribuye a la expansión del sistema de conocimientos de la propia enfermería.

*Muestra una función propia de enfermería*

*Incrementa las obligaciones:* Profundiza los conocimientos, técnica y profundiza la auto comprensión y la sensibilidad a las necesidades de los demás.



En esta guía de aplicación del proceso de enfermería en pediatría se aplicará la taxonomía de la NANDA en la elaboración de los diagnósticos de enfermería, la cual fue propuesta por un grupo de teóricos de enfermería convocados por la NANDA en 1978. Estos 14 teóricos de enfermería, mediante un proceso democrático, coincidieron en algunas conclusiones básicas y propusieron que los nueve patrones de respuesta humana (de intercambio, comunicación, relación, valoración, elección, movimiento, percepción, conocimiento y sentimiento) formaran el sistema para la organización de los diagnósticos.

Respuesta humana: forma en que el individuo responde a un estado de salud o de enfermedad.

La lista de diagnósticos de enfermería continua ampliándose a medida que los profesionales de enfermería identifican y validan designaciones que describen el campo de la práctica de enfermería. También se espera que la taxonomía de respuesta humana cambie, a medida que los profesionales de enfermería continúen aclarando el concepto de diagnóstico de enfermería y desarrollen métodos de organización eficaces.

### *2.2.2 Validación o confirmación de un diagnóstico de enfermería.*

La formulación de un diagnóstico debe ser comprobado (validado), a través del niño(a), la familia, el equipo de cuidados y la bibliografía de referencia. La terminología reconocida es la de la NANDA (por ejemplo el Manual de Diagnósticos de Enfermería, L.J. Carpenito), en el se describen los elementos que forman la categoría del diagnóstico de NANDA:



*Categoría de diagnóstico de Enfermería:* descripción de un problema de salud.

*Definición:* explicación del contenido y significado del diagnóstico.

*Características que los definen:* datos clínicos que señalan la existencia del diagnóstico de enfermería real.

*Factores relacionados:* en el diagnóstico real es la causa que da origen al diagnóstico, factores de riesgo, lo factores relacionados al diagnóstico de tipo riesgo.

**CUADRO 9:** Elementos que forman la categoría del diagnóstico de NANDA

La taxonomía de NANDA es un conjunto de enunciados diagnósticos los cuales pueden distribuirse de acuerdo al marco conceptual que se ha adoptado o de acuerdo a los patrones funcionales de salud. En esta guía será según la clasificación que hace Maslow de las necesidades del ser humano.

## 2.3 Fase de planificación

### 2.3.1 Significado de la Planificación

Es la fase en la que se elabora un plan de cuidados individualizado dirigido al logro de objetivos, diseñado para prevenir, resolver o controlar los problemas y ayudar a la persona a lograr un óptimo nivel de funcionamiento; teniendo como base las fases anteriores: valoración (recolección y organización de datos) y la formulación de los diagnósticos de enfermería.

### 2.3.2 Proceso de la planificación

Se identifican tres pasos en el proceso de planeación: establecer prioridades, identificar objetivos y planear las acciones de enfermería.

### Definición del orden de prioridades

Definir el orden de resolución de los problemas (priorización) de acuerdo a los siguientes aspectos:

- *¿Cuál es el problema que debe tratarse urgentemente?*
- *¿Cuál es el problema que debe prevenirse, mitigarse y resolverse rápidamente?*
- *¿Cuál es el problema por el que debe pedirse ayuda?*
- *¿Hay algún problema que para su resolución debe resolver otro con el que está interrelacionado?*

Generalmente se dispone de poco tiempo para realizar las diversas actividades en la atención al usuario (a), por lo que se hace necesario establecer prioridades y de esta manera tratar los problemas más urgentes en primer orden. La clasificación que hace Maslow de las necesidades básicas del ser humano puede orientar en la priorización.

La enfermera debe ocuparse en primer lugar, de un diagnóstico cuyo problema:

- *Afecte las necesidades fisiológicas esenciales y suponga un riesgo para la vida:* Amenace el equilibrio homeostático, suponga un peligro para la vida de la persona; por ejemplo, un patrón respiratorio ineficaz, un déficit importante del volumen de líquidos o una hipotermia grave.
- *Presenta un riesgo para la seguridad:* puede comprometer la seguridad de la persona o la de los demás; por ejemplo un riesgo de violencia con autolesiones o lesiones a otros, un déficit sensorial o una alteración del pensamiento que ponga en peligro de accidente.
- *Entrañe un sufrimiento físico o psicológico:* provoque un considerable gasto de energía y una reacción psicológica importante; por ejemplo el dolor, la ansiedad y el miedo.
- *Multiplique las dependencias y conduzca a una disfunción:* determine un nivel importante de dependencia que repercuta sobre las otras

necesidades, por ejemplo, una limitación de la movilidad que impida a la persona comer y beber sola.

- *Altere el confort:* provoque sensaciones desagradables, por ejemplo náusea, deterioro de la integridad cutánea.
- *Dificulte el funcionamiento afectivo, cognitivo o social:* que pueda atentar contra la propia imagen.

### **Establecimiento de los objetivos y resultados esperados**

Es el segundo paso del proceso de planificación y se refiere al objetivos de enfermería que se establece para orientar los cuidados y se define como: "el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería."<sup>12</sup>

Cuando se habla de objetivos y resultados esperados se debe tener en cuenta las siguientes diferencias:

*Objetivo:* es el comportamiento que se espera lograr en el individuo, con las intervenciones que se realizan (de una manera global).

*Resultado:* los resultados deben ser observables y en algunos casos medibles, es decir que son los datos que evidencian el logro de los objetivos.

*Ejemplo:* La madre demostrará conocimiento del tratamiento de su hijo (medicamentos), evidenciado por la capacidad para hacer una lista de los nombres de los fármacos, sus acciones, dosis y efectos secundarios.

*Importancia de elaborar los objetivos:* Los objetivos son la escala que miden la efectividad del plan de atención; ya que a partir de los objetivos se dirige la intervención de enfermería: ¿Se puede saber que hacer si no

---

<sup>12</sup> Atkinson, Leslie D. Proceso de Atención de Enfermería, primera edición, editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México 1983, página 32.



se sabe a donde llegar?. Los objetivos se convierten en una motivación cuando se evalúan los resultados.

En la tabla 28 se presenta un listado de los verbos medibles y no medibles:

VERBOS MESURABLES (MEDIBLES)			VERBOS NO MESURABLES	
Describir	Obtener	Ejercitar	Saber	Pensar
Realizar	Demostrar	Comunicar	Comprender	Aceptar
Relatar	Compartir	Toser	Apreciar	Sentir
Explicar	Expresar	Caminar		
Verbalizar	Tener un	Permanecer		
Enumerar	Aumento de	Sentarse		
	Tener una disminución de	Discutir		

**Tabla 28:** Listado de Verbos Medibles y no Medibles.

Los resultados esperados centrados en el usuario, se clasifican en tres dominios: cognitivo, afectivo y psicomotor (ver tabla 29).

DOMINIOS	EXPLICACIÓN	VERBOS REPRESENTATIVOS	
<b>DOMINIO COGNOSCITIVO</b>	Resultados esperados asociados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales.	Enseñar Discutir Describir Hacer una lista	Manifestar Identificar Explorar
<b>DOMINIO AFECTIVO</b>	Resultados esperados asociados con cambios de actitudes, sentimientos o valores.	Expresar Escuchar Relatar	Compartir Comunicar
<b>DOMINIO PSICOMOTOR</b>	Resultado esperado asociados con el desarrollo de habilidades psicomotoras.	Hacer en la realidad Dar	Practicar Ejecutar Caminar

**TABLA 29:** Dominios del Objetivo y del Resultado Esperado.

En la tabla 30 se presentan los elementos de la estructura de los resultados esperados: sujeto, verbo, condición, criterio y momento específico.

1. Sujeto: ¿Quién alcanza el resultado esperado?.	Chepito.
2. Verbo: ¿Qué acciones debe realizar para lograr el resultado?.	Caminará
3. Condición: ¿Bajo que circunstancias va a realizar las acciones?.	Con una muleta
4. Criterio: ¿En que medida tiene que realizarlas?.	Por lo menos hasta el final del pasillo y regresará a su habitación.
5. Momento específico: ¿Cuándo se espera que las realice?.	Viernes.

**TABLA 30:** Estructura del Resultado Esperado

Otros aspectos que hay que considerar al elaborar objetivos son: edad y sexo del paciente; capacidad para enfrentar situaciones de cambio; actitud ante la participación en el tratamiento cuando es niño preescolar, escolar y además la madre o responsable del niño(a), tomando en cuenta su estilo de vida.

Considerando el problema, las causas y las capacidades del usuario, los objetivos pueden ser trazados a largo plazo (los resultados se logran en semanas o meses) y a corto plazo (se alcanzan relativamente rápidos, menos de una semana).

#### **Directrices para la redacción de objetivos.**

- *Se obtienen de los diagnósticos de enfermería.*
- *Se documentan como metas mensurables.*
- *Se formulan conjuntamente con el usuario(a).*
- *Son realistas en relación con las capacidades actuales y potenciales del usuario.*
- *Son realizables en relación con los recursos del usuario.*
- *Incluyen un cálculo de tiempo para su consecución.*
- *Marcan la dirección para la continuidad de la asistencia.*

En la siguiente tabla se presentan los diagnósticos de enfermería con los resultados esperados que podrían plantearse, haciendo una comparación de lo incorrecto con lo correcto.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO INCORRECTO	RESULTADO ESPERADO CORRECTO
Alteración de la nutrición por defecto, relacionado con dificultades para la masticación.	Ausencia de signos de pérdida de integridad cutánea durante la hospitalización.	Consumo 1800 calorías alimentos en puré y líquidos e periodo de 24 horas.
Alto riesgo de infección relacionado con debilidad prolongada e inmovilidad.	Expresa verbalmente disminución de la debilidad a las 24 horas	Ausencia de signos de infección relacionado con la debilidad prolongada e inmovilidad.
Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con la disminución de la movilidad.	Evitar la pérdida de integridad cutánea.	Ausencia de signos de pérdida de integridad cutánea relacionado con la disminución de la movilidad.

**TABLA 31:** Ejemplos de Diagnósticos de Enfermería y Resultados Esperados Incorrectos y Correctos.

### Planificación de las intervenciones de enfermería.

*Definición:* "Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al usuario a conseguir los objetivos."<sup>13</sup> Tienen su fundamento en las causas identificadas en los diagnósticos de enfermería. Por tanto, las intervenciones de enfermería definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a la respuesta humana, es decir, las acciones propias de la disciplina realizadas por la enfermera para prevenir, curar y controlar los problemas de salud.

*Tipos de intervenciones de enfermería:* **Intervenciones interdependientes:** definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Las intervenciones pueden suponer la colaboración con asistentes sociales, dietistas, terapeutas, técnicos y médicos que pueden añadir detalles acerca de cómo se van a llevar a cabo las indicaciones promovidas por el médico.

Ejemplo: Pedro Álvarez es un usuario con insuficiencia renal, la indicación medica dice: "limitar la administración de líquidos a 580 ml por

<sup>13</sup> Iyer, Patricia W. PROCESO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA, tercera edición, editorial Mc Graw- Hill Interamericana, año 1995, Página 186.



vía oral más 720 ml de dextrosa al 5% en solución de cloruro sódico al 45% I.V c/24 h ”

Para definir como se realizara esto, usted y el dietista calculan la cantidad de líquido que puede recibir Pedro en cada turno. Las intervenciones de enfermería serán las siguientes: **Administrar líquidos I.V** : a una velocidad de 30 ml/h (total de 240 ml por turno) a través de una bomba de infusión intravenosa. **Ingesta de líquidos por vía oral:** 7:30 a 15:30 total de 315 ml V.O; 240ml en los alimentos de la dieta; 75 ml para la medicación; 15:30 a 23:30 total de 195 ml V.O; 120 ml en los alimentos de la dieta; 75 ml para la medicación; 23:30 a 7:30 total de 80 ml V.O para la medicación

En este ejemplo la dietista y la enfermera(o) colaboran para individualizar el plan de cuidados. Este esfuerzo conjunto detalla la forma en que se va a ejecutar la indicación del médico.

**Intervenciones independientes:** Son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico, son actividades que puede ordenar en forma independiente y están definidas por los diagnósticos de enfermería. Estas son las respuestas que el profesional de enfermería esta autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia.

Ejemplo: Juanita Campos es una escolar de 11 años que se cayó por un barranco y sufrió una fractura de cadera. Ya tiene indicada el alta, pero debe seguir con reposo en cama durante 3 semanas. Debido a sus limitaciones físicas y a las quejas de Juanita de aburrimiento, como profesional de enfermería de asistencia domiciliaria reconoce que Juanita está experimentando un déficit de actividades recreativas y escribe los siguientes diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones. Ver tabla 32.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES
Déficit de actividades recreativas relacionado con aislamiento social.	Al cabo de una semana habrán disminuido las quejas de aburrimiento.	Estudio con Juanita actividades interesantes para ella y como se pueden llevar a cabo de forma programada. Colaboro con la madre para estudiar la posibilidad de programar visitas de amigos en forma diaria.

TABLA 32: Ejemplo de un diagnóstico de enfermería

En el siguiente cuadro se resumen las características principales que debe reunir las intervenciones descritas en el plan de atención.

#### CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES

- a. El plan es individualizado: Son las intervenciones concretas que tratan las necesidades del usuario y que lo diferencian de otro aunque tengan diagnósticos de enfermería o médico similar.
 

*Directrices a utilizar en el desarrollo de las intervenciones.*

  - Centrarse en el factor o factores relacionados del diagnóstico de enfermería. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para establecer intervenciones de enfermería individualizadas. El factor relacionado o de riesgo especifica el origen de la respuesta humana y marca la dirección para las intervenciones de enfermería concretas.
  - Considerar las fuerzas y debilidades del usuario(a) y de la familia: para la planificación de los cuidados será preciso identificar y utilizar los valores positivos del usuario(a). Entre las fuerzas se pueden incluir la motivación, inteligencia, apoyo familiar, educación y recursos económicos.
  - Tener en cuenta la urgencia y gravedad de la situación: En ocasiones, es posible que la gravedad o la urgencia del problema del cliente influyan en la actuación de enfermería.
- b. El plan se desarrolla conjuntamente con otros: las ideas de otros prestadores de atención sanitaria pueden ser útiles para desarrollar intervenciones de enfermería. La aportación de una perspectiva diferente o de la experiencia de otros con un usuario(a), puede ser útil para resolver problemas y determinar intervenciones que sean específicas para el usuario(a).
- c. El plan refleja la práctica actual del profesional de enfermería: las intervenciones deben estar actualizadas e incluir los hallazgos de los estudios de investigación.
- d. Las intervenciones de enfermería tienen una justificación científica: los profesionales de enfermería deben partir de su base de conocimientos, que incluye las ciencias naturales, de la conducta y las humanísticas. Cada intervención de enfermería debe estar apoyada por principios científicos.
- e. El plan establece la continuidad de la atención: Las intervenciones de enfermería no deben entrar en conflicto con los enfoques terapéuticos de otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es importante que los miembros de las diferentes disciplinas comuniquen sus objetivos y definan sus enfoques para conseguir dichos objetivos. Cualquier diferencia debe ser resuelta para mantener la continuidad de la atención.

CUADRO 10 : Características principales que debe reunir las intervenciones descritas en el plan de atención



### **Selección de intervenciones de enfermería**

El profesional de enfermería utiliza el razonamiento crítico cuando desarrolla el plan de cuidados. En el proceso de atención de enfermería en pediatría las intervenciones se subdividen en tres planes: Plan de Observación, Plan de Atención y Plan de Educación (ver formulario 4).

*Documentación del plan:* Definición: El plan de cuidados es un método de comunicación de la información importante sobre el usuario(a). El formato del plan le ayuda a procesar la información obtenida durante la fase de valoración y de diagnóstico. El plan sirve de centro receptor cuando lo utiliza para documentar los resultados de la fase de planificación. Facilita la comunicación mediante la identificación de la información oportuna. También proporciona un mecanismo para la evaluación de los cuidados prestados. El desarrollo de planes de cuidados adecuados exige habilidades de valoración, diagnósticas, de razonamiento crítico y de comunicación.

*Objetivo:* el plan de cuidados sirve como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del usuario(a). Proporciona un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de atención sanitaria. Además, establece normas para la documentación de las notas de las enfermeras y para la evaluación de la eficacia de los cuidados prestados.

*Características:* Independientemente del marco en que estén escritos, los planes de cuidados tiene ciertas características deseables, como son: ser elaborados por profesionales de enfermería, ser iniciado después de la primera interacción con el usuario(a), debe estar accesible y debe ser actualizado.



Un plan de enfermería consta de todas las actividades necesarias escritas en detalle suficiente para que otra enfermera al leerlas las comprendan y puedan realizarlas. Esto es indispensable porque ninguna persona puede permanecer en el trabajo las 24 horas y no es posible transmitir verbalmente los planes a seguir de todos los usuarios(as).

El plan de enfermería no es algo estático, sino que requiere revisión continua e ir agregando datos de valoraciones subsecuentes. Además, cuando la valoración revela que no se ha logrado el objetivo esperado respecto al problema de un usuario(a) en particular, pueden hacerse cambios en las actividades de enfermería, los cuales deberán anotarse en el plan.

## FORMULARIO 4

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN  
UNIDAD DE ENFERMERÍA

## PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ CUNA N° \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		PLAN DE OBSERVACIÓN	
		PLAN DE ATENCIÓN	
		PLAN DE EDUCACIÓN	

## 2.4 Fase de ejecución<sup>14</sup>

### 2.4.1. *Definición*

Es la administración real de la atención al usuario(a), es decir, el inicio de la realización de las intervenciones de enfermería que le ayudan a conseguir los objetivos deseados; la fase de ejecución esta dividida en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

### 2.4.2 *Preparación*

Consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso del razonamiento crítico: revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse que son compatibles con el plan de cuidados establecido: análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias; reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas, proporcionar los recursos necesarios (tiempo, profesional, material) y preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarias (ambiente agradable tanto físico como psicosocial, seguridad para prevenir accidentes).

### 2.4.3 *Intervención*

Es el inicio de las intervenciones de enfermería para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del usuario(a), puede incluir acciones independientes e interdependientes diseñadas para satisfacerlas, pueden ser numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales.

---

<sup>14</sup> Iyer, Patricia W. PROCESO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA, tercera edición, editorial Mc Graw- Hill Interamericana, año 1995, Página 224.



**Las intervenciones de enfermería pueden clasificarse en las siguientes categorías:**

*Refuerzo de las cualidades:* ayudar a la madre o responsable del niño(a) a identificar las cualidades, felicitarlo por los esfuerzos realizados, lograr que acepte un rol diferente o un cambio en sus actividades, fortalecer su adaptación y actuación en los momentos de crisis.

Cualidades del usuario (a) o responsable que favorecen la intervención de enfermería:

- *Alto nivel educativo*
- *Motivación para aprender o cambiar una conducta*
- *Familia unida que apoya*
- *Condiciones de vivienda, trabajo y educativos que fomentan la actividad sana y sin riesgos*
- *La accesibilidad a los servicios de salud*
- *Capacidad para afrontar situaciones de estrés y de cambios importantes*
- *Estilos de vida saludables sin adicciones al alcohol, drogas, etc.*
- *Recursos económicos suficientes*

*Ayuda en las actividades de la vida diaria:* la asistencia en la satisfacción de las necesidades básicas del niño: alimentación, eliminación, movilización, higiene, etc. Esta interacción le da oportunidad a la enfermera para valorar nuevos problemas, obtener otros datos sobre las necesidades del niño(a), valorar las cualidades del niño(a) o responsable, comentar con ellos los logros y actividades futuras, evaluar la eficacia de los cuidados.

*Supervisión del trabajo de otros profesionales:* la delegación del cuidado del niño aun cuando se delegue en otro miembro del equipo de salud siempre es responsabilidad del profesional de

enfermería por lo que se tiene que considerar la capacidad técnica y científica de la persona a la que se asigna.

*Comunicación con otros miembros del equipo de salud:* es una responsabilidad del profesional de enfermería establecer una relación de colaboración y coordinación de la atención del niño con los responsables, la familia, otros colegas, otros miembros del equipo de salud, para asegurar la continuidad del cuidado.

*Educación:* en el proceso de enseñanza-aprendizaje que se realiza para los niños(as) de acuerdo a la edad y responsables-familia se incluyen: nuevos conocimientos, motivación para cambiar actitudes y el desarrollo de habilidades; también cambios de conducta relacionados con el mantenimiento de la salud. En este sentido, las intervenciones de la enfermera se enfocan en conocer y evaluar en el niño(a), los responsables y la familia: las necesidades de aprendizaje, determinar como se les facilita aprender, desarrollar objetivos realistas, identificar estrategias apropiadas, dar los contenidos de manera comprensible utilizando los recursos adecuados, valorar el aprendizaje y readecuar el plan de enseñanza según sea necesario.

#### 2.4.4 Documentación

La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería. Debe registrarse por escrito las intervenciones realizadas, hora en que se efectuaron y firma de quien las realizó.

**Existen diferentes tipos de sistemas de documentación de los cuidados de enfermería realizados:**

*Gráficas narrativas (registros o notas de enfermería narrativas):* el registro tradicional donde cada miembro del equipo que trata al

niño(a) tiene su respectivo formato (notas de enfermería, notas de evolución médica).

*Registros orientados hacia el problema (SOAP):* es un registro paralelo al proceso de enfermería en donde se realiza una valoración, un diagnóstico, desarrollo y ejecución del plan de cuidados y la evaluación del logro de objetivos. También la utilizan otros profesionales, las siglas significan: S- datos subjetivos, O- datos objetivos, A- valoración (assessment) y P- plan.

*Gráficas por excepción:* son hojas de curso clínico para las indicaciones de enfermería o médicas que documentan los hallazgos de la valoración y las intervenciones de enfermería durante 24 horas.

*Registros computarizados:* son programas computarizados que contiene todo el expedientes del usuario(a) y entre ellos los registros de enfermería.

## 2.5 Fase de evaluación<sup>15</sup>

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con el usuario(a); cuando el profesional de enfermería compara el estado de salud con los objetivos o resultados esperados definidos; es una parte compleja y sistemática del proceso de enfermería. En ella se revisa el diagnóstico de enfermería (respuesta humana y factores relacionados o de riesgo y actuaciones). Cada fase del proceso de enfermería esta ligada a la evaluación.

Algunos individuos utilizan erróneamente las palabras "valorar" y "evaluar" de forma indistinta. En el proceso de enfermería la valoración consiste en la recolección de datos y la evaluación se produce cuando se comparan los datos con los objetivos o resultados esperados y realiza un juicio sobre el progreso del

---

<sup>15</sup> Iyer, Patricia W. PROCESO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA, tercera edición, editorial Mc Graw- Hill Interamericana, año 1995, Página 288.



usuario(a). Los objetivos de este juicio pueden llevar a la revisión del plan de cuidados.

La evaluación es un proceso continuado y sistemático utilizado para juzgar cada componente del proceso de enfermería y para evaluar la calidad de los cuidados. El término se utiliza generalmente para describir decisiones tomadas acerca del logro de objetivos por parte de los usuarios(as). Si los objetivos no se consiguen, el profesional de enfermería evalúa cada parte del plan de cuidados y realiza las revisiones necesarias para hacer cambios y mejorar la calidad de los cuidados.

**La evaluación se lleva a cabo planteando una serie de preguntas<sup>16</sup>**

- ¿Se consiguió el objetivo o resultado esperado?: tras la obtención de los datos, compare el estado de salud actual del cliente con los resultados esperados identificados en el plan de cuidados.
- ¿Si la respuesta es no. ¿era adecuado el resultado esperado?: el objetivo o resultado esperado que usted definió con el cliente puede ser ya no aplicable para la necesidad del mismo. En ocasiones, los cambios en las circunstancias o el estado del cliente invalidan el resultado esperado y exigen un cambio en el plan de cuidados.
- ¿Se resolvió el diagnóstico de enfermería?, ¿Describe el diagnóstico de enfermería un problema o respuesta humana continuados o se ha resuelto la pregunta?: En caso de que el diagnóstico de enfermería no se haya resuelto, obtenga información añadida para determinar si la respuesta humana o los factores de riesgo o relacionados del diagnóstico de enfermería eran exactos. En ocasiones, el cliente no consigue el resultado esperado porque el diagnóstico de enfermería no es exacto, aplicable o adecuado.
- ¿Eran adecuadas las acciones de enfermería?: al estudiar y evaluar cada parte del plan de cuidados, incluido los resultados esperados y los diagnósticos de enfermería, juzgará también las actuaciones o acciones. Puede elegir y continuar las actuaciones después de determinar que son adecuadas.

---

<sup>16</sup> IBID, página 288.

- ¿Necesita ser revisado el plan de cuidados?: la evaluación de la consecución de los resultados esperados lleva al personal de enfermería a la revisión de cualquiera de los componentes del proceso de enfermería. Para finalizar la evaluación se debe continuar, modificar o finalizar el plan de cuidados de acuerdo al logro de resultados esperados o situaciones nuevas que el paciente presente.

### **Razonamiento crítico y evaluación**

Esta claro que la evaluación no puede tener lugar sin el razonamiento crítico. El proceso de realización de juicios se basa en la capacidad de analizar de forma crítica la información presentada. Cuando usted ordena los datos y determina, que otros hechos necesita para evaluar el progreso del usuario(a), utiliza el razonamiento crítico y la habilidad analítica.

### **Métodos que se pueden utilizar para evaluación:**

Revisión y chequeo del registro diario de enfermería (o registro del proceso) del usuario(a).

- *Conversación con el niño(a), responsables o su familia*
- *Conversación incorporando miembros importantes del grupo médico, el usuario(a), persona cercana y especialistas.*

En el anexo 8 se presentan los instrumentos con sus instructivos para documentar el proceso de acuerdo a las necesidades básicas.

The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that proper record-keeping is essential for the success of any business and for the protection of the interests of all parties involved. The text also mentions the need for regular audits and the importance of having a clear system in place for handling financial data.

In addition, the document highlights the role of technology in modern business operations. It suggests that investing in reliable software and hardware can significantly improve efficiency and reduce the risk of errors. The text also touches upon the importance of data security and the need to implement robust protocols to protect sensitive information from unauthorized access.

Furthermore, the document addresses the importance of clear communication and collaboration within an organization. It states that effective communication is key to ensuring that all team members are on the same page and that any potential issues are identified and resolved promptly. The text also mentions the value of regular meetings and the importance of having a clear chain of command.

Finally, the document concludes by reiterating the importance of staying up-to-date on industry trends and regulations. It suggests that businesses should invest in ongoing education and training for their employees to ensure they have the skills and knowledge needed to succeed in a competitive market. The text also mentions the importance of having a contingency plan in place to handle any unforeseen circumstances.

In summary, the document provides a comprehensive overview of the key factors that contribute to the success of a business. It covers a wide range of topics, from financial management to human resources, and offers practical advice and suggestions for each area. The text is clear, concise, and easy to understand, making it a valuable resource for anyone looking to improve their business operations.



## CAPITULO V

# *A*plicación del Proceso de Atención de Enfermería

---

CAPITULO V

El estudio del proceso de  
la vida de la planta

---



En este capítulo se documenta el caso de una niña de 5 meses de edad, con diagnóstico médico de neumonía, utilizando para desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería la teoría de necesidades, según Abraham Maslow:

- A. Guía de Entrevista de Enfermería
- B. Guía de Valoración Física
- C. Formato para Análisis y ordenamiento de los datos
- D. Plan de atención de Enfermería



... ..  
... ..  
... ..

... ..  
... ..  
... ..

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD  
UNIDAD DE ENFERMERÍA

## A. GUIA DE ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

INSTITUCIÓN: H.S.J.de D. Santa Ana SERVICIO: Pediatría REGISTRO: 4437-01 FECHA: 10-10-02

NOMBRE: Julissa Carolina Chávez EDAD: 5 meses SEXO: femenino TALLA: 62 cm.

DIAGNÓSTICO MÉDICO neumonía PROCEDENCIA:  emergencia,  UCI,  otros  
DIRECCIÓN: Calle la Empalizada, Santa Ana  URBANO,  RURAL

¿Cómo le dicen al niño(a)? <u>Julissa</u>		Edad y escolaridad de los padres:		Ocupación de los Padres:	
¿Quién lo (a) cuida? <u>La madre</u>		Madre: <u>20 años, cuarto grado</u>		Madre: <u>oficios domésticos</u>	
Miembros de la familia: <u>4</u>		Padre: <u>22 años, quinto grado</u>		Padre: <u>agricultor</u>	
<b>Características del niño(a): risueña, se sostiene con ayuda</b>					
<b>NECESIDADES FISIOLÓGICAS</b>					
<b>ALIMENTACIÓN / NUTRICIÓN:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración <b>Dificultad para:</b> <input type="checkbox"/> la masticación, <input type="checkbox"/> la deglución, <input checked="" type="checkbox"/> tolerancia a la ingesta <b>Presenta:</b> <input type="checkbox"/> náuseas, <input type="checkbox"/> vómitos, <input type="checkbox"/> sonda; <input type="checkbox"/> alteración del peso, <input type="checkbox"/> por exceso, <input type="checkbox"/> por defecto; <input type="checkbox"/> necesita ayuda, <input type="checkbox"/> dieta especial <input type="checkbox"/> refrigerio, <input type="checkbox"/> enteral, <input type="checkbox"/> parenteral; <b>observaciones:</b> seno materno exclusivo, actualmente lo rechaza.		<b>AIRE / OXIGENACIÓN:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración <b>Presenta:</b> <input type="checkbox"/> disnea de esfuerzo, <input checked="" type="checkbox"/> disnea en reposo, <input type="checkbox"/> tos seca, <input type="checkbox"/> tos productiva <b>observaciones:</b>		<b>CIRCULACIÓN:</b> <input type="checkbox"/> sin alteraciones <input type="checkbox"/> Palpitaciones, <input type="checkbox"/> entumecimiento, <input type="checkbox"/> extremidades frías, <input type="checkbox"/> edemas, <input type="checkbox"/> dolor precordial, <input type="checkbox"/> catéteres <b>Observaciones:</b>	
<b>AGUA / LIQUIDOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> sin alteración <input type="checkbox"/> disminución de peso; <b>estado general:</b> <input type="checkbox"/> ansiedad, <input type="checkbox"/> debilidad; <input type="checkbox"/> sed, <input type="checkbox"/> mucosas orales secas, <input type="checkbox"/> piel seca, <input type="checkbox"/> turgencia disminuida <b>tono muscular:</b> <input type="checkbox"/> flacidez; <input type="checkbox"/> Fontanela hundida, <input type="checkbox"/> Cantidad de orina anormal		<b>TEMPERATURA CORPORAL:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración <input type="checkbox"/> Hipotérmico(a), <input checked="" type="checkbox"/> hipertérmico(a); <b>observaciones:</b>		<b>ELIMINACIÓN:</b> <b>Orina</b> <input checked="" type="checkbox"/> sin alteración, <input type="checkbox"/> Incontinencia, <input type="checkbox"/> retención, <input type="checkbox"/> disuria, <input type="checkbox"/> coluria, <input type="checkbox"/> hematuria, <input type="checkbox"/> sonda vesical; <b>observaciones</b> _____ <b>Intestinal (defecación):</b> <input checked="" type="checkbox"/> sin alteración, <input type="checkbox"/> frecuencia anormal, <input type="checkbox"/> estreñimiento, <input type="checkbox"/> diarreas, <input type="checkbox"/> incontinencia, <input type="checkbox"/> acolia, <input type="checkbox"/> melena; <input type="checkbox"/> ostomía, <input type="checkbox"/> autocura, <input type="checkbox"/> necesita ayuda; <b>observaciones:</b>	
<b>ACTIVIDAD:</b> <input checked="" type="checkbox"/> sin alteración, <input type="checkbox"/> dependiente <b>Requiere:</b> <input type="checkbox"/> uso de equipo o dispositivo, <input type="checkbox"/> de ayuda de otra persona, <input type="checkbox"/> de enseñanza, <input type="checkbox"/> supervisión. <b>Estado de conciencia:</b> <input type="checkbox"/> consciente, <input type="checkbox"/> desorientado, <input type="checkbox"/> con tendencia al sueño, <input type="checkbox"/> coma; <b>observaciones:</b>		<b>DESCANSO Y SUEÑO:</b> <input checked="" type="checkbox"/> sin alteración <b>Patrón de sueño:</b> <input type="checkbox"/> discontinuo, <input type="checkbox"/> insomnio, <input type="checkbox"/> necesita ayuda/medicación; <input type="checkbox"/> dolor <b>Observaciones:</b>			
<b>NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> sin alteración, <input type="checkbox"/> capacidad de autoprotección, <input type="checkbox"/> riesgo de autolesión, <input type="checkbox"/> riesgo de caída, <input type="checkbox"/> riesgo de infección, <input type="checkbox"/> riesgo de úlcera, <input checked="" type="checkbox"/> necesita ayuda para la higiene personal, <input type="checkbox"/> necesita enseñanza; tiene recreación: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si: <input type="checkbox"/> ve televisión, <input type="checkbox"/> juega, <input type="checkbox"/> lee.					
¿Qué piensan los padres de la enfermedad del niño (a) ? <u>preocupación</u> , <input type="checkbox"/> no sabe sobre la enfermedad, <input type="checkbox"/> necesita educación.					
<input checked="" type="checkbox"/> asiste el niño a control de salud, <input type="checkbox"/> esquema de vacunación incompleto; enfermedades que padece frecuentemente _____					
Enfermedades crónicas _____ medicaciones _____ Alergia <input type="checkbox"/> si, a qué _____					
Cirugías previas _____ Antecedentes perinatales (neonatos) parto <u>extrahospitalario, atendido por partera</u>					
<input checked="" type="checkbox"/> acompañamiento de los familiares en la hospitalización; ¿Cuándo el niño(a) se enferma a donde acude primero? <u>a la unidad de salud</u>					
Accesibilidad a los servicios de salud: <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no, ¿por que? _____ Accesibilidad a los servicios básicos: <input checked="" type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no ¿cuales? _____					
Estado de salud actual de los miembros de la familia: <u>sanos</u> Tipo de vivienda: <u>adobe, piso de tierra, techo de lámina</u>					

**NECESIDAD DE AMOR Y PERTENENCIA:**

sin alteración,  acompañamiento de los padres o responsable,  separación de la familia,  aislamiento,  hospitalización prolongada,  
religión de los padres: católica ; participación del niño en grupos  no  si, ¿cuáles?

**NECESIDAD DE AUTOESTIMA:**

sin alteración,  manifiesta seguridad y confianza,  vergüenza,  ausencia de contacto visual,  conducta pasiva,  aislamiento,  
 dificultad para tomar decisiones,  apatía; observaciones:

**NECESIDAD DE AUTORREALIZACIÓN**

sin alteración,  cambio en la autopercepción,  limitaciones físicas que dificulten la función corporal,  alteración de la imagen,  pérdida del control del rol,  rechazo a participar en actividades preferidas,  ansiedad,  agresividad,  trabajo  
Escolaridad:  si, grado ;  no, ¿por que?

Crecimiento y desarrollo según edad:  sin alteración

Deficiencia:  motora,  coordinación,  socioafectiva,  lenguaje; observaciones:

**HISTORIA CLÍNICA Y CONDICIONES DE INGRESO****MOTIVO DE INGRESO**

La madre refiere que la niña ha tenido calenturas desde hace 3 días, tos y cansancio con bastante salida de secreciones, la llevo a consultar a U. de S. Donde le medicaron acetaminofen y nebulizaciones con salbutamol, pero no mejoró, por lo que consulta a este hospital. La niña se observa irritable, inquieta, disneica, febril al tacto, en brazos de su madre quien se observa preocupada y ansiosa por el estado de salud de su hija.

**Indicación Médica**

Seno materno a tolerancia, reposo con respaldo 30°, Signos Vitales c/4h.

Vigilar patrón respiratorio Oxihood al 60%.

Bajar temperatura por medios físicos si aumenta a 38.5°C

Terapia respiratoria.

DW al 5%, 250 CC + ClNa (20%) 3.6cc+ KCl (2 meqcc) 2.5 cc a 9 gotas por minuto.

Penicilina sódica 200,000u. EV c/4 h.

Nebulizaciones con salbutamol 6gotas + 3cc SSN c/4h.

**Resultado de exámenes de laboratorio**

Examen general de orina: Normal

Examen general de heces: Normal:

Hb. 10.7 HT.29.1

Leucocitos 10.100 xml.

Rx Tórax. Se observa broncograma aéreo signos de hiperreacción pulmonar, infiltrado inflamatorio, silueta cardiaca tamaño normal

FIRMA: \_\_\_\_\_



B. GUIA DE VALORACIÓN FÍSICA

Tº: 39	PULSO/FC: 142 x´	R: 64 x´	T.A. : 90/60	SaO <sub>2</sub> : 90%
PESO: 7 Kg.	TALLA: 62 cm	P. Cefálico: 42	P. Torácico: 39	
APARIENCIA GENERAL	<i>Lactante de 5 meses, inquieta, irritable, febril, con dificultad respiratoria, se observa limpia, buen estado nutricional.</i>			
PIEL Y ANEXOS:	<i>Febril Tº 39°C, hidratada, mucosas húmedas, uñas y piel limpias, presencia de catéter, EV en mano derecha, no se observa edema, ni enrojecimiento.</i>			
GANGLIOS:	<i>Normal</i>			
CABEZA:	<i>Sin anormalidades</i>			
OJOS:	<i>Enrojecidos por el llanto, presencia de lágrimas</i>			
NARIZ:	<i>Aleteo nasal, presencia de secreciones mucosas hialinas</i>			
BOCA:	<i>Sin anormalidades</i>			
OÍDOS:	<i>Normales</i>			
GARGANTA:	<i>Faringe hiperemica</i>			
CUELLO:	<i>Normal</i>			
TÓRAX:	<i>Tiraje intercostal y subcostal, disneico</i>			
PULMONES:	<i>Estertores crepitantes bilaterales + roncus a la auscultación, no sibilancias.</i>			
CORAZÓN:	<i>Sin anormalidades</i>			
ABDOMEN:	<i>Sin anormalidades</i>			
GENITALES:	<i>Normales</i>			
RECTO:	<i>Sin anormalidades</i>			
EXTREMIDADES:	<i>Normales</i>			
EXAMEN NEUROLÓGICO:	<i>Irritable, reflejos presentes, buen tono y fuerza.</i>			
CRECIMIENTO Y DESARROLLO:	<i>Psicomotor adecuado para su edad, sostuvo cabeza a los 3m., fontanela posterior cerrada, se sienta con ayuda.</i>			

ABREVIATURAS: FC: Frecuencia cardíaca, TA: Tensión arterial, SaO<sub>2</sub>: Saturación de oxígeno, PC: Perímetro cefálico, PT: Perímetro torácico, R: Respiración

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD  
UNIDAD DE ENFERMERÍA

C. FORMATO PARA ANÁLISIS Y ORDENAMIENTO DE DATOS.

HISTORIA DE ENFERMERIA	EXAMEN FÍSICO	OTRAS FUENTES	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	PROBLEMAS DE ENFERMERÍA
Necesidad fisiológica Cansancio, rinorrea hialina, tos cianotizante.	Aleteo nasal, retracción intercostal, disnea, estertores crepitantes bilaterales y roncus, presencia de abundantes secreciones.	Rx. Tórax Broncograma aéreo con signos de hiperreacción pulmonar, infiltrados inflamatorios.	El niño de 5 meses de edad todavía no tiene fuerza en el músculo abdominal; por lo tanto los órganos abdominales hacen presión sobre el diafragma, disminuyendo el volumen respiratorio y con la presencia de abundantes secreciones se produce una respiración ineficaz.	Patrón respiratorio ineficaz.
Necesidad fisiológica Dificultad para alimentarse por cansancio.	Disnea e irritabilidad, dificultad para la succión del seno materno.		La disnea dificulta la ingesta por vía oral lo que favorece la posibilidad de deshidratación y pérdida de peso y energías.	Patrón de alimentación ineficaz del lactante.
Necesidad fisiológica Calenturas desde hace 3 días, no cuantificada.	T° 39°C, taquicardia de 142x'	Leucocitos de 10.100xml.	La fiebre es una reacción inmunológica del organismo ante la presencia de microorganismos patógenos, que debe ser controlada por sus complicaciones.	Hipertermia.
Seguridad y pertenencia. Preocupación de los padres porque la niña no come, ni respira normalmente.	Niña inquieta, irritable y disneica.		Se puede producir temor como respuesta a un problema de salud por falta de conocimiento de los signos y síntomas que puede presentar el niño.	Temor.
Crecimiento y desarrollo Lactante de 5 meses, peso de 7Kg, talla 62 cm.	Crecimiento y desarrollo adecuado para su edad.		La hospitalización lleva a un cambio en el entorno habitual, influyendo en la estimulación para el desarrollo normal del niño.	Riesgo de deterioro en su desarrollo.

D. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
1. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con acumulo de secreciones, evidenciado por disnea.	Que Julissa mantenga una saturación de O <sub>2</sub> de 90 a 95% durante el turno.	<p><b>Plan de observación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar patrón respiratorio, frecuencia y características.</li> <li>- Vigilar que se mantenga suministro O<sub>2</sub> necesario.</li> <li>- Vigilar permeabilidad de vías aéreas</li> <li>- Vigilar que mantenga posición adecuada.</li> <li>- Vigilar características de las secreciones</li> </ul> <p><b>Plan de atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de S.V. c/2 hrs. 8- 10- 12- 2- 4- 6- 8- 10- 12- 2- 4- 6.</li> <li>- Monitoreo continuo de saturación de oxígeno.</li> <li>- Mantenerla en reposo con respaldo a 30° y rodete bajo hombros.</li> <li>- Mantenerla con ropa cómoda sin hacer presión en abdomen.</li> <li>- Limpieza de fosas nasales las veces necesarias.</li> <li>- Aspirar secreciones las veces necesarias.</li> <li>- Mantenerla con oxihood al 60%.</li> <li>- Cumplir nebulizaciones con 6 gts. de salbutamol + 3cc SSN c/4h. 10-2-6-10-2-6.</li> <li>- Corroborar el cumplimiento de terapia respiratoria x fisioterapeuta.</li> <li>- Mantener un ambiente tranquilo.</li> </ul> <p><b>Plan de educación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar a la madre que si observa cambios en el patrón respiratorio y otra anomalía informe de inmediato.</li> <li>- Orientar a la madre sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento.</li> </ul>	Julissa mantuvo SaO <sub>2</sub> de 92% durante el turno.
2. Hipertermia relacionado con proceso infeccioso, evidenciado por resultado de leucograma - leucocitos 10, 100mm y Tº 39º C.	Que Julissa mantenga temperatura corporal dentro de límites normales de 36.5 a 37º C durante el turno.	<p><b>Plan de Observación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar estado general del niño.</li> <li>- Vigilar y reportar signos y síntomas de complicaciones en relación a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratación</li> <li>• Estado neurológico</li> <li>• Estado nutricional</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Plan de Atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajar temperatura con baño friccionado de agua tibia si la temperatura es mayor o igual a 38.5°C</li> <li>- Cumplir antibióticos indicados tomando en cuenta los 5 correctos.</li> </ul> <p><b>Plan de Educación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar a madre sobre el procedimiento para bajar la fiebre y la importancia de éste.</li> <li>- Explicar sobre las complicaciones por el aumento de temperatura.</li> </ul>	Julissa mantuvo temperatura de 37.2 a 37.5°C durante el turno.



DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
3. Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado con dificultad respiratoria, evidenciado por rechazo a seno materno.	Ausencia de signos de pérdida de peso, durante su estancia hospitalaria	<p><b>Plan de Observación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar ingesta de seno materno c/2 hrs. 8- 10- 12- 2- 4- 6- 8- 10- 12- 2- 4- 6</li> <li>- Vigilar y reportar tolerancia de seno materno.</li> <li>- Vigilar que la madre proporcione adecuadamente seno materno.</li> </ul> <p><b>Plan de Atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar el tiempo adecuado a la madre para dar seno materno.</li> <li>- Hacer un horario para dar lactancia materna.</li> <li>- Corroborar que no exista acumulo de secreciones antes del amamantamiento.</li> <li>- Pesar a la niña cada día.</li> </ul> <p><b>Plan de educación.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar a la madre la importancia del lavado de manos.</li> <li>- Orientar a la madre como dar seno materno correctamente.</li> <li>- Orientar sobre la importancia de dar seno materno en el horario establecido.</li> </ul>	Julissa al ser dada de alta mantiene su peso. (7 Kg.)
4. Temor de los padres relacionado con déficit de conocimiento de la enfermedad de la niña.	Que los padres de Julissa expresen su confianza en el personal que atiende a la niña, en un tiempo máximo de 8 horas.	<p><b>Plan de Observación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar actitudes de los padres.</li> <li>- Observar costumbres de los padres.</li> </ul> <p><b>Plan de Atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir que la madre acompañe a su hija.</li> <li>- Dedicación de tiempo a los padres por parte del personal de enfermería ofreciendo confianza y seguridad.</li> <li>- Propiciar la comunicación efectiva y afectiva entre el equipo de salud y padres.</li> </ul> <p><b>Plan de Educación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar a madre sobre: normas del servicio.</li> <li>- Cuidados que ella puede brindar a su hija.</li> <li>- Orientar sobre la enfermedad de su hija.</li> </ul>	A las 4 horas los padres de la niña expresan tener confianza en el personal que atiende a su hija.
5. Alto riesgo de alteración en el desarrollo psicomotor relacionado con hospitalización.	Ausencia de signos de retraso en el desarrollo psicomotor durante su estancia intrahospitalaria.	<p><b>Plan de observación.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar apariencia general de la niña: actividad, estado anímico, estado neurológico.</li> <li>- Observar la relación padres e hija.</li> </ul> <p><b>Plan de atención.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a la niña por medio del tacto y hablándole aprovechando los momentos de acercamiento.</li> <li>- Colocar estímulos visuales en la cuna.</li> <li>- Realizar cambios de posición las veces necesarias.</li> <li>- Permitir la estancia de la madre con la niña.</li> </ul> <p><b>Plan de educación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar a los padres sobre la importancia de la estimulación temprana.</li> <li>- Explicarle a la madre formas de brindar estimulación.</li> </ul>	Julissa mantiene sus capacidades de desarrollo normales durante su estancia hospitalaria.














# Bibliografía

---

libreria 

---



-  Aguilar Cordero, Maria José, **Manual de Técnicas y Valoración en Enfermería Infantil**, primera edición, Editorial de Universidad de Granada, año 2000.
-  Arlene Burroughs, Med,RN. **Enfermería Materno Infantil** séptima edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana, México.
-  Atkinson, Leslie D. **Proceso de Atención de Enfermería**, editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. México, 1985.
-  Behrman, Richard E. **Manual de Pediatría de Nelson**, Editorial McGRAW HILL Interamericana de España, 1995.
-  Carpenito, Lynda Juall, **Diagnósticos de Enfermería**, quinta edición, Editorial McGRAW -HILL Interamericana de España, 1995.
-  Carpenito, Lynda Juall, **Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería**, primera edición, Editorial McGRAW -HILL Interamericana de España, 1994.
-  Correa V, José Alberto. Gómez R, **Fundamentos de Pediatría, tomo I**, Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín, Colombia, año 1994.
-  Gómez García, C.I. **Enfermería de la Infancia y la Adolescencia**, McGRAW- HILL Interamericana de España, año 2001.
-  Gordon, Marjory. **Enfermería Mosby 2000**, Diagnóstico enfermero, tercera edición, Editorial Harcourt Brace. Madrid, España.
-  Dickason, Elizabeth Jean. **Enfermería Materno Infantil**, tercera edición, Editorial Harcourt Brace de España S.A. 1999.
-  Esneda Martínez, C. Julia Lerma G. **Valoración del Estado de Salud. Atención Primaria de Salud**, primera edición. Organización Panamericana de la Salud 1990.
-  Iyer, Patricia W. **Proceso y Diagnóstico de Enfermería**, tercera edición, McGRAW -HILL Interamericana de España, año 1997.
-  Masson, S.A. **Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas**, 13ª Edición, Barcelona, 1992.

- 📖 Miller, Benjamín F y Keane Brackman. **Diccionario Enciclopédico de Enfermería**, quinta edición, Editorial Interamericana, 1996.
- 📖 Phaneuf, Margot. **La Planificación de los Cuidados Enfermeros**, Editorial McGraw-Hill, México, 1999.
- 📖 Papalia, Diane E y Wendkos Olds Sally, **Psicología del Desarrollo Infancia y Adolescencia**, Editorial McGRAW- HILL Interamericana, México, 1997.
- 📖 Riopelle, Lise. **Cuidados de Enfermería**. Un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona, Editorial McGraw –Hill Interamericana de España, 1993.
- 📖 Roper, Nancy. **Diccionario de Enfermería**, 16ª Edición, Editorial Interamericana, Editorial McGraw- Hill Interamericana, México, 1991.
- 📖 Sánchez Moreno, Antonio. **Enfermería Comunitaria**. primera edición, Editorial McGraw –Hill Interamericana de España S.A.U. 2000.
- 📖 Schulte, Elizabeth B. **Enfermería Pediátrica de Thompson**, octava edición, Editorial McGraw –Hill Interamericana de España, año 2002.
- 📖 Wong, Donna L. **Enfermería Pediátrica**, cuarta edición, Editorial Mosby / Dogma libros, España, 1995.
- 📖 Velasco – Whetsell, Martha. **Enfermería Pediátrica**. Editorial McGraw-Hill Interamericana de España, 2002.
- 📖 Ayala, Maria de los Ángeles, **Fundamentos de Enfermería. Teoría - Práctica, tomo II**, primera edición, Colección de textos para estudiantes, San Salvador, El Salvador, año 2000, páginas 140-152.
- 📖 **Guía Atención de Enfermería en la Adulthood**, Proyecto Fortalecimiento de la Educación para Enfermería, año 2002.
- 📖 Memoria de seminario taller “ **Proceso de la Atención de Enfermería en Pediatría**”. San Salvador, El Salvador, C.A. Año 2001.

*A* nexos

---



REVISED

---

## ANEXO 1

ENFERMEDADES DE MAYOR INCIDENCIA EN EL NIÑO, NIVEL NACIONAL, AÑO 2001

<b>ENFERMEDAD</b>	<b>MENOR DE 1 AÑO</b>	<b>DE 1 A 4 AÑOS</b>	<b>DE 5 A 9 AÑOS</b>	<b>DE 10 A 19 AÑOS</b>	<b>TOTAL</b>
Infecciones respiratorias	286,800	577,952	327,766	200,497	1,393,015
Gastrointestinales	86,585	163,907	68,318	48,456	367,266
Desnutrición	8,150	24,549	5,985	2,292	40,976
Traumas	46	258	496	3,059	3,859

## ANEXO 2

PRIMERAS DIEZ CAUSAS DE EGRESO  
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM, ENERO A DICIEMBRE 2002  
(Fuente Unidad de Estadísticas y Documentos médicos Hospital Bloom).

NUMERO	DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIA
1	Traumatas en general	1538
2	Neumonías no especificadas	979
3	Neoplasias y tumores	852
4	Enfermedades del apéndice	799
5	Diarrea/gastroenteritis de presunto origen infeccioso	627
6	Dengue (clásico y hemorrágico)	485
7	Quemaduras y corrosiones	382
8	Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	333
9	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	224
10	Malformaciones congénitas del sistema nervioso central	215
	Otros diagnósticos de egreso	7568
	Total de egresos	14002

PRIMERAS DIEZ CAUSAS DE MORBILIDAD,  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA, ENERO A DICIEMBRE 2002.  
(Fuente Departamento de Estadísticas y Documentos Médicos).

NUMERO	DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Bronconeumonía bilateral más neumonías	1319	23.48
2	Síndrome diarreico agudo	617	10.98
3	Fracturas	480	8.55
4	Traumatismos	275	4.90
5	Convulsiones	242	4.31
6	Dengue mas sospecha de fiebre del dengue	205	3.65
7	Asma bronquial	179	3.19
8	Apendicitis aguda	144	2.56
9	Desnutrición	124	2.21
10	Infección de vías urinarias	100	1.78
	Subtotal	3685	65.60
	Otros causas	1932	34.40
	Total	5617	-



PRIMERAS DIEZ CAUSAS DE MORBILIDAD,  
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL, ENERO A DICIEMBRE 2002.  
 (Fuente Departamento de Estadísticas y Documentos Médicos).

NUMERO	DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Diarrea/gastroenteritis de presunto origen infeccioso	905	13.4
2	Bronconeumonía no especificada	650	23.0
3	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membranas	345	28.1
4	Asma no especificada	227	31.4
5	Otros recién nacidos a pretermino	197	34.3
6	Apendicitis aguda no especificada	176	36.9
7	Otras convulsiones y las no especificadas	173	39.5
8	Infección de vías urinarias sitios no especificados	136	41.5
9	Neumonía congénita, organismo no especificado	135	43.5
10	Traumatismos intracraneal no especificado	114	45.2
	<b>Total</b>	<b>6769</b>	

## ANEXO 3

PRIMERAS DIEZ CAUSAS DE DEFUNCIÓN  
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM, ENERO A DICIEMBRE 2002.

(Fuente: Registros de mortalidad Unidad de Epidemiología, Hospital Bloom).

NUMERO	DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIA
1	Problemas respiratorios originados en el período perinatal	107
2	Malformaciones congénitas del corazón no especificadas	73
3	Neumonía bacteriana, no especificadas	69
4	Neoplasias y tumores	47
5	Diarrea/gastroenteritis de presunto origen infeccioso	35
6	Traumatismos no especificados	30
7	Meningitis, no especificada	24
8	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	17
	Malformaciones congénitas del sistema nervioso central	16
9	Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana	14
10	(otras)	
	Otros diagnósticos	271
	<b>Total defunciones</b>	<b>655</b>

PRIMERAS DIEZ CAUSAS DE MORTALIDAD,  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA, ENERO A DICIEMBRE 2002.

(Fuente Departamento de Estadísticas y Documentos Médicos).

NUMERO	DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Septicemia	25	27.78
2	Bronconeumonía más neumonías	12	13.33
3	Sepsis neonatal	9	10.00
4	Desnutrición	6	6.67
5	Meningitis	5	5.56
6	Estatus convulsivo	5	5.56
7	Traumatismos	4	4.44
8	Cardiopatía congénita	4	4.44
9	Hemorragia intracraneana	2	2.22
10	Síndrome diarreico agudo	2	2.22
	<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>-</b>



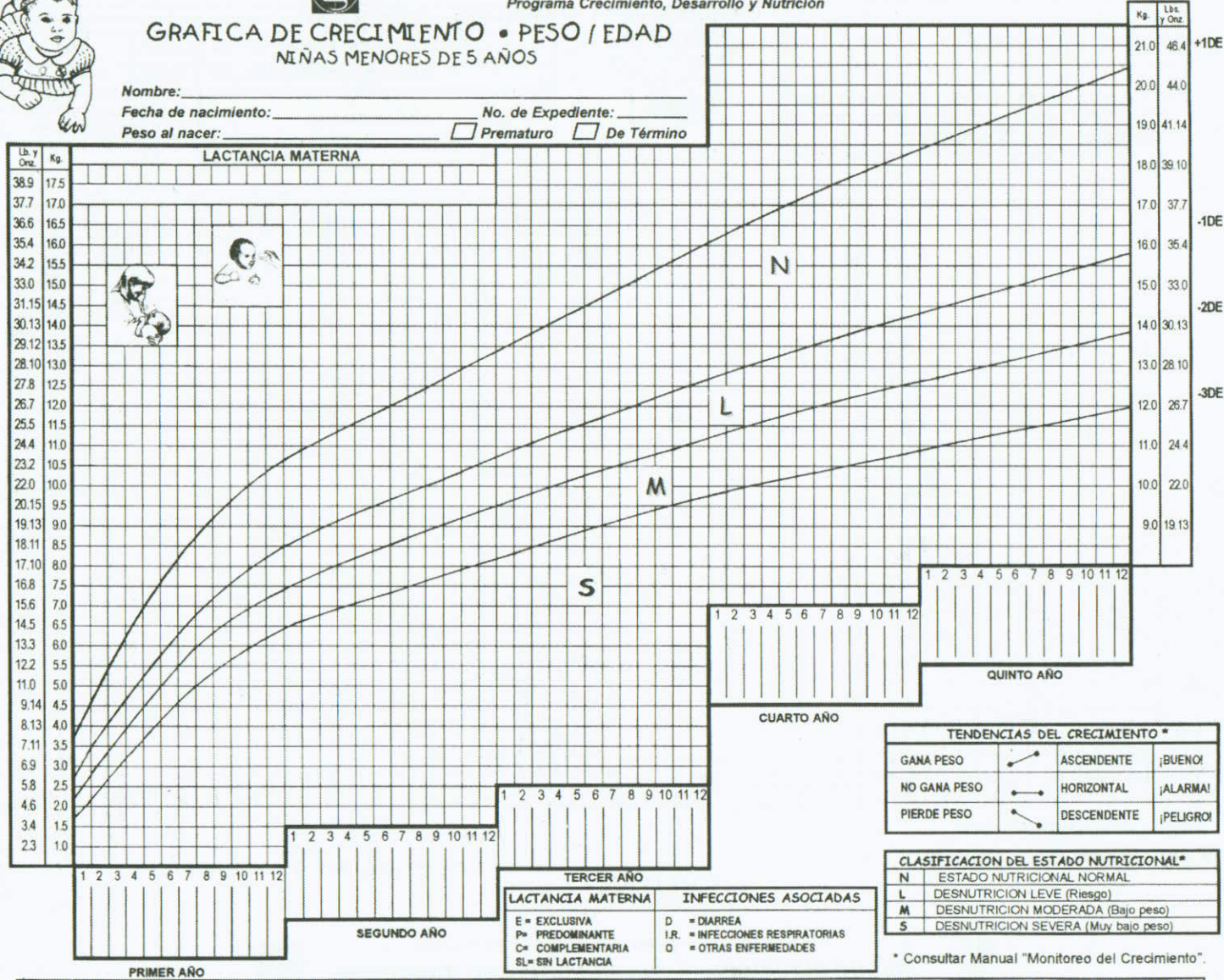
ANEXO 4



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Programa Crecimiento, Desarrollo y Nutrición

GRAFICA DE CRECIMIENTO • PESO / EDAD  
NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Expediente: \_\_\_\_\_  
 Peso al nacer: \_\_\_\_\_  Prematuro  De Término



GANA PESO		ASCENDENTE	¡BUENO!
NO GANA PESO		HORIZONTAL	¡ALARMA!
PIERDE PESO		DESCENDENTE	¡PELIGRO!

N	ESTADO NUTRICIONAL NORMAL
L	DESNUTRICION LEVE (Riesgo)
M	DESNUTRICION MODERADA (Bajo peso)
S	DESNUTRICION SEVERA (Muy bajo peso)

LACTANCIA MATERNA	INFECCIONES ASOCIADAS
E = EXCLUSIVA	D = DIARREA
P= PREDOMINANTE	I.R. = INFECCIONES RESPIRATORIAS
C= COMPLEMENTARIA	O = OTRAS ENFERMEDADES
SL= SIN LACTANCIA	

\* Consultar Manual "Monitoreo del Crecimiento".

Referencias: Desviaciones Standar - Población de Referencia del N. C. H. S.

El Salvador, C.A. 1999



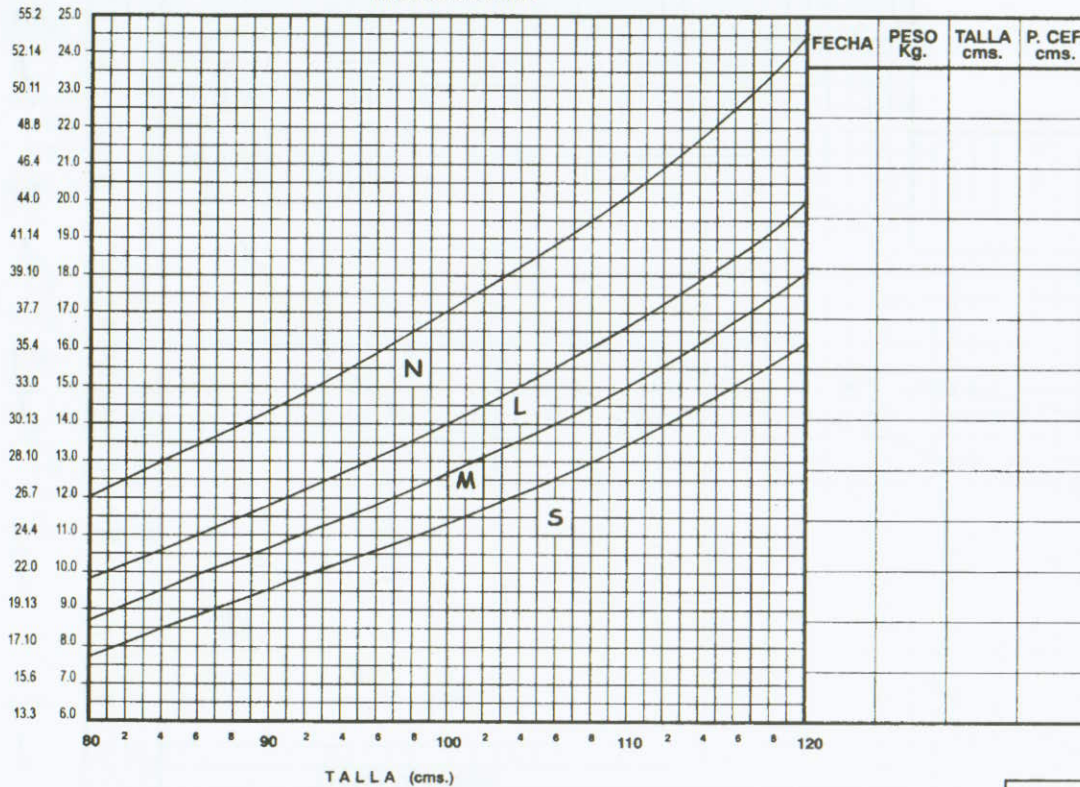


### NIÑAS

#### PESO

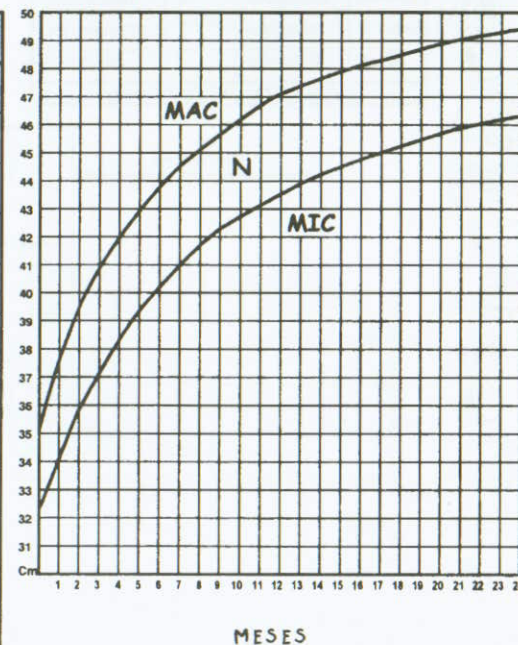
#### GRAFICA DE CRECIMIENTO

PESO/TALLA  
Niñas de 3 a 5 años



#### GRAFICO PERIMETRO CEFALICO

(NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS)



CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL		INTERVENCIONES
N = Normal	¡¡Bien!!	Continuar Educación Nutricional
L = Leve	¡¡Alerta!!	Atención Nutricional según Normas
M = Moderado	¡¡Peligro!!	Referencia y atención nutricional según Norma
S = Severo	¡¡Peligro!!	Referencia y atención nutricional según Norma



CLASIFICACION EL PERIMETRO CEFALICO		
MAC = Macrocefalia	¡¡ Peligro !!	Referencia a 2º Nivel
N = Normal	¡ Bueno !	Continuar con controles
MIC = Microcefalia	¡¡ Peligro !!	Referencia a 2º Nivel

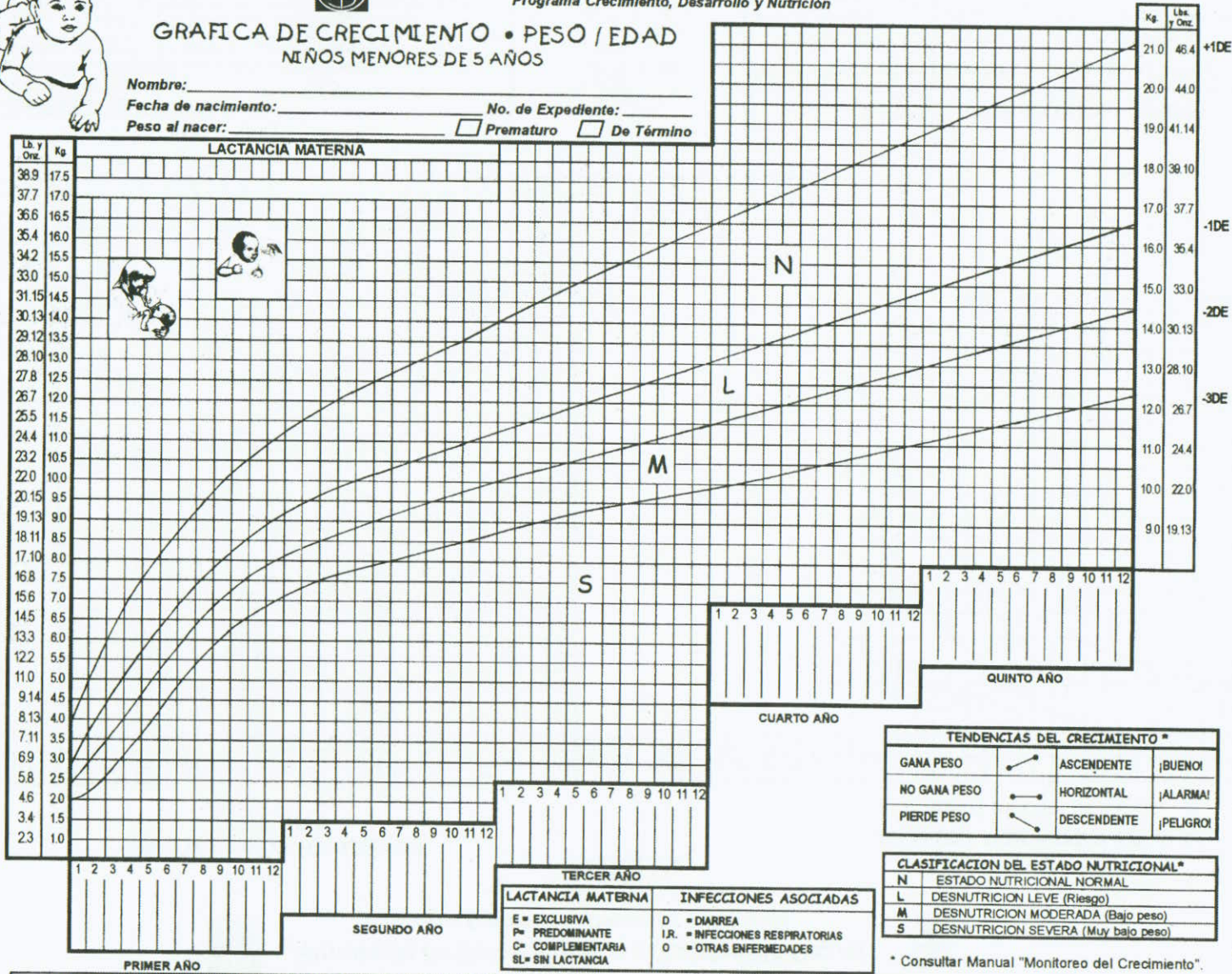




**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
Programa Crecimiento, Desarrollo y Nutrición

**GRAFICA DE CRECIMIENTO • PESO / EDAD**  
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Expediente: \_\_\_\_\_  
 Peso al nacer: \_\_\_\_\_  Prematuro  De Término



**TENDENCIAS DEL CRECIMIENTO \***

GANA PESO		ASCENDENTE	¡BUENO!
NO GANA PESO		HORIZONTAL	¡ALARMA!
PIERDE PESO		DESCENDENTE	¡PELIGRO!

**CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL \***

N	ESTADO NUTRICIONAL NORMAL
L	DESNUTRICION LEVE (Riesgo)
M	DESNUTRICION MODERADA (Bajo peso)
S	DESNUTRICION SEVERA (Muy bajo peso)

LACTANCIA MATERNA	INFECCIONES ASOCIADAS
E = EXCLUSIVA	D = DIARREA
P= PREDOMINANTE	I.R. = INFECCIONES RESPIRATORIAS
C= COMPLEMENTARIA	O = OTRAS ENFERMEDADES
SL= SIN LACTANCIA	

Referencias: Desviaciones Standar - Población de Referencia del N. C. H. S. El Salvador, C.A. 1999





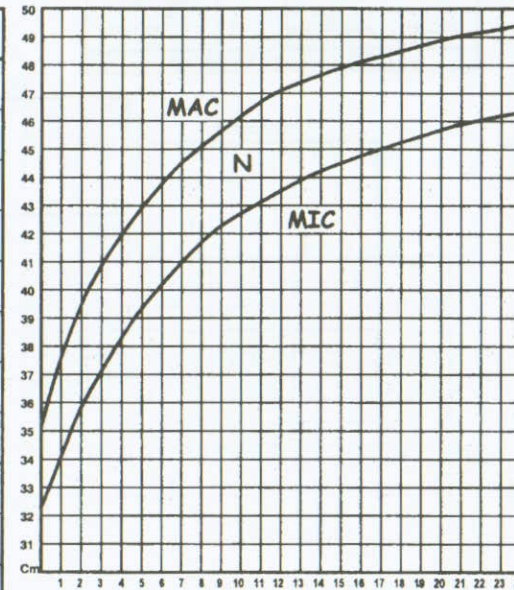
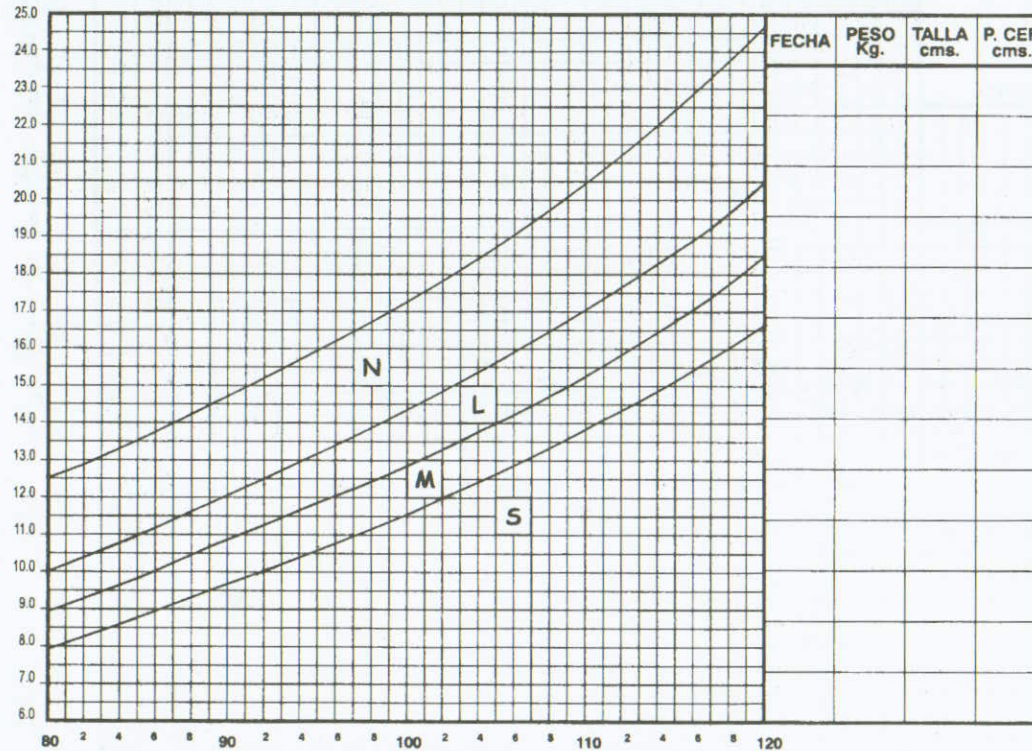
**PESO**

**NIÑOS**

**GRAFICA DE CRECIMIENTO**  
PESO/TALLA  
Niños de 3 a 5 años

**GRAFICO PERIMETRO CEFALICO**  
(NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS)

Lbrs.  
Oz.



TALLA (cms.)

CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL		INTERVENCIONES
N = Normal	¡¡Bien!!	Continuar Educación Nutricional
L = Leve	¡¡Alerta!!	Atención Nutricional según Normas
M = Moderado	¡¡Peligro!!	Referencia y atención nutricional según Norma
S = Severo	¡¡Peligro!!	Referencia y atención nutricional según Norma



CLASIFICACION EL PERIMETRO CEFALICO		
MAC = Macrocefalia	¡¡Peligro!!	Referencia a 2º Nivel
N = Normal	¡ Bueno !	Continuar con controles
MIC = Microcefalia	¡¡Peligro!!	Referencia a 2º Nivel



















TABLA DE PESO MÍNIMO ESPERADO EN NIÑOS(AS) MENORES DE 2 AÑOS

PESO ACTUAL	PESO A LOS 30 DÍAS	PESO A LOS 60 DÍAS	PESO ACTUAL	PESO A LOS 30 DÍAS	PESO A LOS 60 DÍAS	PESO ACTUAL	PESO A LOS 30 DÍAS	PESO A LOS 60 DÍAS
1.8	2.3	2.9	6.0	6.5	6.9	10.2	10.4	10.6
1.9	2.4	3.0	6.1	6.5	6.9	10.3	10.5	10.7
2.0	2.6	3.3	6.2	6.6	7.0	10.4	10.6	10.8
2.1	2.7	3.4	6.3	6.7	7.1	10.5	10.7	10.9
2.2	2.8	3.5	6.4	6.8	7.2	10.6	10.8	11.0
2.3	2.9	3.6	6.5	6.9	7.2	10.7	10.9	11.1
2.4	3.0	3.7	6.6	7.0	7.3	10.8	11.0	11.2
2.5	3.1	3.8	6.7	7.1	7.4	10.9	11.1	11.3
2.6	3.3	3.9	6.8	7.2	7.5	11.0	11.2	11.3
2.7	3.4	4.0	6.9	7.3	7.6	11.1	11.3	11.4
2.8	3.5	4.1	7.0	7.3	7.7	11.2	11.4	11.5
2.9	3.6	4.2	7.1	7.4	7.8	11.3	11.5	11.6
3.0	3.7	4.3	7.2	7.5	7.9	11.4	11.6	11.7
3.1	3.8	4.4	7.3	7.6	7.9	11.5	11.7	11.8
3.2	3.9	4.5	7.4	7.7	8.0	11.6	11.8	11.9
3.3	4.0	4.6	7.5	7.8	8.1	11.7	11.9	12.0
3.4	4.1	4.7	7.6	7.9	8.2	11.8	11.9	12.1
3.5	4.2	4.8	7.7	8.0	8.3	11.9	12.0	12.2
3.6	4.3	4.9	7.8	8.1	8.4	12.0	12.1	12.3
3.7	4.4	5.0	7.9	8.2	8.5	12.1	12.2	12.3
3.8	4.5	5.1	8.0	8.3	8.6	12.2	12.3	12.4
3.9	4.6	5.2	8.1	8.4	8.7	12.3	12.4	12.5
4.0	4.7	5.2	8.2	8.5	8.8	12.4	12.5	12.6
4.1	4.8	5.3	8.3	8.6	8.9	12.5	12.6	12.7
4.2	4.9	5.4	8.4	8.7	8.9	12.6	12.7	12.8
4.3	4.9	5.5	8.5	8.8	9.0	12.7	12.8	12.9
4.4	5.0	5.6	8.6	8.9	9.1	12.8	12.9	13.0
4.5	5.1	5.6	8.7	8.9	9.2	12.9	13.0	13.1
4.6	5.2	5.7	8.8	9.0	9.3	13.0	13.1	13.2
4.7	5.3	5.8	8.9	9.1	9.4	13.1	13.2	13.3
4.8	5.4	5.9	9.0	9.2	9.5	13.2	13.3	13.4
4.9	5.5	6.0	9.1	9.3	9.6	13.3	13.4	13.5
5.0	5.6	6.0	9.2	9.4	9.7	13.4	13.5	13.6
5.1	5.7	6.1	9.3	9.5	9.8	13.5	13.6	13.7
5.2	5.7	6.2	9.4	9.6	9.8	13.6	13.7	13.8
5.3	5.8	6.3	9.5	9.7	9.9	13.7	13.8	13.9
5.4	5.9	6.4	9.6	9.8	10.0	13.8	13.9	14.0
5.5	6.0	6.5	9.7	9.8	10.1	13.9	14.0	14.1
5.6	6.1	6.5	9.8	10.0	10.2	14.0	14.1	14.2
5.7	6.2	6.6	9.9	10.1	10.3	14.1	14.2	14.3
5.8	6.3	6.7	10.0	10.2	10.4	14.2	14.3	14.4
5.9	6.4	6.8	10.1	10.3	10.5	14.3	14.4	14.5

## Evaluación Del Desarrollo

La siguiente Guía de Evaluación le indica las actividades mínimas que un niño(a) debe realizar según su edad y también le orienta sobre las acciones básicas que usted puede recomendar para que la madre o el padre ayude al desarrollo del niño(a).

### ESCALA SIMPLIFICADA DE EVALUACION DEL DESARROLLO DE NIÑOS(AS) DE 1 AÑO

1	2	3	4	5	6	7	8
FECHA	EDAD	PERIODO EDAD	AREA MOTORA	AREA COORDINACION	AREA SOCIOAFECTIVA	AREA LENGUAJE	OBSERVACIONES
		1-3 MESES	 AL PONERLO BOCA ABAJO LEVANTA LA CABEZA <input type="checkbox"/>	 BUSCA SONIDOS CON LA MIRADA <input type="checkbox"/>	 SONRIE <input type="checkbox"/>	 EMITE SONIDOS <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO			PONGALO BOCA ABAJO VARIAS VECES AL DIA	QUE LA MADRE LE HABLE, LE MUESTRE OBJETOS LLAMATIVOS O PONERLE MUSICA	QUE LA MADRE LE HABLE, LE CANTE CUANDO LE DA DE MAMAR O LO BAÑE	QUE LA MADRE LE HABLE, LE CANTE CUANDO LE DA DE MAMAR O LO BAÑE	RIESGO: SI EL NIÑO CUMPLE DE 3 A 4 MESES Y NO REALIZA ALGUNA DE LAS CONDUCTAS ESPERADAS EN ESTA EDAD
		4-6 MESES	 ATIENDE AL ESCUCHAR SU NOMBRE <input type="checkbox"/>	 SIGUE CON LA MIRADA OBJETOS QUE SE MUEVEN <input type="checkbox"/>	 ATIENDE AL ESCUCHAR SU NOMBRE <input type="checkbox"/>	 BALBUCEA <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO			AYUDAR AL NIÑO A SENTARSE JALANDOLO SUAVEMENTE DE LOS BRAZOS	MOSTRARLE OBJETOS LLAMATIVOS PARA QUE EL NIÑO JUEGUE	HABLARLE Y LLAMARLO POR SU NOMBRE	QUE LA MADRE Y EL PADRE LE HABLEN	RIESGO: SI EL NIÑO CUMPLE DE 6 A 7 MESES Y NO REALIZA ALGUNA DE LAS CONDUCTAS ESPERADAS EN ESTA EDAD
		7-9 MESES	 TRATA DE PARARSE AGARRADO DE UN MUEBLE <input type="checkbox"/>	 BUSCA OBJETOS ESCONDIDOS <input type="checkbox"/>	 EL NIÑO SE VUELVE HURANO ANTE EXTRAÑOS <input type="checkbox"/>	 COMBINA SILABAS <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO			QUE LA FAMILIA ESTIMULE Y ANIME AL NIÑO A QUE SE PONGA DE PIE	QUE LA FAMILIA JUEGUE CON EL NIÑO A BUSCAR OBJETOS ESCONDIDOS	QUE LA MADRE, LLEVE AL NIÑO CUANDO SALGA A VISITAR OTROS FAMILIARES	QUE LA FAMILIA LE PLATIQUE, LE CANTE O ENSEÑE A REPETIR NOMBRES	RIESGO: SI EL NIÑO CUMPLE DE 9 A 10 MESES Y NO REALIZA ALGUNA DE LAS CONDUCTAS ESPERADAS EN ESTA EDAD
		10-12 MESES	 COMIENZA A CAMINAR SOSTENIDO DE LA MANO <input type="checkbox"/>	 METE Y SACA OBJETOS DE UN BOTE O CAJA <input type="checkbox"/>	 RECONOCE A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA <input type="checkbox"/>	 IMITA RUIDOS Y DICE PAPA MAMA <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO			AYUDARLE A DAR PININOS, TOMADO DE LA MANO	QUE JUEGUE CON UN RECIPIENTE (CAJA, TAZA) QUE ECHE OBJETOS Y LOS SAQUE	PREGUNTARLE AL NIÑO DONDE ESTA PAPA, MAMA, O ALGUIEN DE LA FAMILIA	PLATICAR CON EL NIÑO, QUE REPITA EL NOMBRE DE COSAS QUE LE RODEAN	RIESGO: SI EL NIÑO CUMPLE DE 12 A 15 MESES Y NO REALIZA ALGUNA DE LAS CONDUCTAS ESPERADAS EN ESTA EDAD

















Si el niño(a) no es capaz de realizar las actividades de acuerdo a su edad deberá referirlo al establecimiento de salud más cercano



# Evaluación Del Desarrollo

La siguiente Guía de Evaluación le indica las actividades mínimas que un niño(a) debe realizar según su edad y también le orienta sobre las acciones básicas que usted puede recomendar para que la madre o el padre ayude al desarrollo del niño(a).

## ESCALA SIMPLIFICADA DE EVALUACION DEL DESARROLLO DE NIÑOS(AS) DE 1 A 5 AÑOS

1	2	3	4	5	6	7	8
FECHA	EDAD	PERIODO EDAD	AREA MOTORA	AREA COORDINACION	AREA SOCIOAFECTIVA	AREA LENGUAJE	OBSERVACIONES
		1-2 AÑOS	 CAMINA BIEN SIN AYUDA <input type="checkbox"/>	 COLOCA OBJETOS UNO SOBRE OTROS <input type="checkbox"/>	 JUEGA CON OTROS NIÑOS <input type="checkbox"/>	 HABLA USANDO FRASES CORTAS DE 3 PALABRAS <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO			ESTIMULAR A CAMINAR EN ESPACIOS ABIERTOS Y SEGUROS	ENSEÑARLE A JUGAR AL NIÑO CON CUBOS, TROCITOS, CAJITAS, APLANDO UNOS SOBRE OTROS	ESTIMULAR A COMPARTIR JUEGOS CON OTROS NIÑOS O CON HERMANOS	CONVERSA CON EL NIÑO, ESCUCHAR Y MOTIVARLO A CONTAR SUS EXPERIENCIAS	RIESGO: SI EL NIÑO CUMPLE DE 18 A 24 MESES Y NO REALIZA ALGUNA DE LAS CONDUCTAS ESPERADAS EN ESTA EDAD
		2-3 AÑOS	 SE PARA EN UN SOLO PIE CON AYUDA <input type="checkbox"/>	 CONSTRUYE O APILA DE CUATRO A CINCO OBJETOS <input type="checkbox"/>	 DICE NOMBRES Y APELLIDOS <input type="checkbox"/>	 EL NIÑO HABLA BIEN <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO			MOTIVAR QUE LA FAMILIA JUEGUE CON EL NIÑO DE SALTAR Y AGACHARSE	PROPORCIONARLE OBJETOS COMO TROCITOS, CAJITAS ENSEÑARLE COMO COLOCARLOS UNOS SOBRE OTROS	HABLARLE Y LLANARLO POR SU NOMBRE	QUE LA FAMILIA ESCUCHE AL NIÑO Y ESTIMULE A EXPRESAR SUS EXPERIENCIAS	RIESGO: SI EL NIÑO CUMPLE DE 36 A 38 MESES Y NO REALIZA ALGUNA DE LAS CONDUCTAS ESPERADAS EN ESTA EDAD
		3-4 AÑOS	 SALTA EN UN PIE <input type="checkbox"/>	 COPIA UNA CRUZ <input type="checkbox"/>	 CONTROLARA ESFINTERES <input type="checkbox"/>	 CUMPLE ORDENES COMPLEJAS <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO			JUGAR CON EL NIÑO A SALTAR ALTERNANDO LOS PIES	PROPORCIONARLE PAPEL Y LAPIZ, QUE COPIE DIBUJOS SENCILLOS	ENTRENARLOS ENSEÑANDOLE A SENTARSE EN LA BACINICA	ASIGNARLE AL NIÑO TAREAS SENCILLAS Y PEQUEÑAS DENTRO DEL HOGAR	RIESGO: SI EL NIÑO CUMPLE DE 4 A 4 AÑOS Y MEDIO Y NO REALIZA ALGUNA DE LAS CONDUCTAS ESPERADAS EN ESTA EDAD
		4-5 AÑOS	 CAMINA HACIA ATRAS <input type="checkbox"/>	 CUENTA CON LOS DEDOS DE UNA MANO <input type="checkbox"/>	 GUSTA DE JUEGOS COMPETITIVOS <input type="checkbox"/>	 EMPLEA VERBOS EN PASADO <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO			QUE EL NIÑO APRENDA A DAR PASOS HACIA ATRAS TOMADO DE LA MANO	ENSEÑARLE A CONTAR CON LOS DEDOS DE LA MANO	ESTIMULARLO A PARTICIPAR EN JUEGOS COMPETITIVOS CON OTROS NIÑOS	ESTIMULAR AL NIÑO A NARRAR SUS EXPERIENCIAS Y CONVERSAR CON EL	RIESGO: SI EL NIÑO CUMPLE DE 5 A 5 AÑOS Y MEDIO Y NO REALIZA ALGUNA DE LAS CONDUCTAS ESPERADAS EN ESTA EDAD

Si el niño(a) no es capaz de realizar las actividades de acuerdo a su edad deberá referirlo al establecimiento de salud más cercano



## ANEXO 6

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN  
Para el niño(a) mayor de 2 meses y menor de 5 años

EDAD RECOMENDADA	VACUNAS	DOSIS	SITIO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN
2 meses	VOP 1 Pentavalente 1	2 gotas 0.5 cc	Oral Parte superior de la CAL del muslo	Oral Intramuscular
4 meses	VOP 2 Pentavalente 2	2 gotas 0.5 cc	Oral Parte superior de la CAL del muslo	Oral Intramuscular
6 meses	VOP 3 Pentavalente 3	2 gotas 0.5 cc	Oral Parte superior de la CAL del muslo	Oral Intramuscular
12 meses	SRP	0.5 cc	Zona deltoidea del brazo derecho	Subcutánea
15-18 meses	VOP R1 DPT R1	2 gotas 0.5 cc	Oral Zona deltoidea del brazo derecho	Oral Intramuscular
4 años	VOP R2 DPT R2	2 gotas 0.5 cc	Oral Zona deltoidea del brazo derecho	Oral Intramuscular
	SRP - R	0.5 cc	Zona deltoidea del brazo derecho	Subcutánea

CAL: cara antero lateral SRP: vacuna contra el sarampión, rubéola y paperas

Pentavalente: vacuna contra difteria, tétanos, tosferina, hepatitis B y contra el Haemophilus Infuenzae.

## ANEXO 7

## TAXONOMIA DE LA NANDA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PATRON 1	DE INTERCAMBIO
1.1.2.1	Alteración de la nutrición: por exceso
1.1.2.2	Alteración de la nutrición: por defecto
1.1.2.3	Alto riesgo de alteración de la nutrición : por exceso
1.2.1.1	Alto riesgo de infección
1.2.2.1	Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal
1.2.2.2	Hipotermia
1.2.2.3	Hipertermia
1.2.2.4	Termorregulación ineficaz
1.2.3.1	Disreflexia
1.3.1.1	Estreñimiento
1.3.1.1.1	Estreñimiento subjetivo
1.3.1.1.2	Estreñimiento colónico
1.3.1.2	Diarrea
1.3.1.3	Incontinencia fecal
1.3.2	Patrones alterados de eliminación urinaria
1.3.2.1.1.	Incontinencia urinaria de esfuerzo
1.3.2.1.2	Incontinencia urinaria de refleja
1.3.2.1.3	Incontinencia urinaria de urgencia
1.3.2.1.4	Incontinencia urinaria funcional
1.3.2.1.5	Incontinencia urinaria total
1.3.2.2	Retención urinaria
1.4.1.1	Alteración de la perfusión hística (especificar el tipo) (renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica).
1.4.1.2.1	Exceso de volumen de líquidos
1.4.1.2.2.1	Déficit de volumen de líquidos
1.4.1.2.2.2	Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos
1.4.2.1	Disminución del gasto cardíaco
1.5.1.1	Deterioro del intercambio gaseoso
1.5.1.2	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
1.5.1.3	Patrón respiratorio ineficaz
1.5.1.3.1	Incapacidad para mantener la respiración espontánea
1.5.1.3.2	Respuesta ventilatoria disfuncional al destete
1.6.1	Alto riesgo de lesión
1.6.1.1	Alto riesgo de asfixia
1.6.1.2	Alto riesgo de intoxicación
1.6.1.3	Alto riesgo de traumatismo
1.6.1.4	Alto riesgo de aspiración
1.6.1.5	Alto riesgo de síndrome desuso
1.6.2	Alteración de la protección
1.6.2.1	Deterioro de la integridad hística
1.6.2.1.1	Alteración de la mucosa oral
1.6.2.1.2.1	Deterioro de la integridad cutánea
1.6.2.1.2.2	Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea
PATRON 2	DE COMUNICACIÓN
2.1.1.1	Deterioro de la comunicación verbal

<b>PATRON 3</b>	<b>DE RELACIÓN</b>
3.1.1	Deterioro de interrelación social
3.1.2	Aislamiento social
3.2.1	Alteración en el desempeño del rol
3.2.1.1.1	Alteración parental
3.2.1.1.2	Alto riesgo de alteración parental
3.2.1.2.1	Disfunción sexual
3.2.2	Alteración de los procesos familiares
3.2.2.1	Tensión en el desempeño del rol de cuidador
3.2.2.2	Alto riesgo de tensión en el desempeño del rol de cuidador
3.2.3.1	Conflicto del rol parental
3.3	Alteración de los patrones de la sexualidad
<b>PATRON 4</b>	<b>DE VALORACIÓN</b>
4.1.1	Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano)
<b>PATRON 5</b>	<b>DE ELECCIÓN</b>
5.1.1.1	Afrontamiento individual inefectivo
5.1.1.1.1	Deterioro de la adaptación
5.1.1.1.2	Afrontamiento defensivo
5.1.1.1.3	Negación inefectivo
5.1.2.1.1	Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante
5.1.2.1.2	Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido
5.1.2.2	Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo
5.2.1	Manejo inefectivo del régimen terapéutico (individual)
5.2.1.1	No seguimiento del tratamiento (especificar)
5.3.1.1	Conflicto de decisiones (especificar)
5.4	Conductas generadoras de salud (especificar)
<b>PATRON 6</b>	<b>DE MOVIMIENTO</b>
6.1.1.1	Deterioro de la movilidad física
6.1.1.1.1	Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica
6.1.1.2	Intolerancia a la actividad
6.1.1.2.1	Fatiga
6.1.1.3	Alto riesgo de intolerancia a la actividad
6.2.1	Alteración del patrón de sueño
6.3.1.1	Déficit de actividades recreativas
6.4.1.1	Dificultad para el mantenimiento del hogar
6.4.2	Alteración en el mantenimiento de la salud
6.5.1	Déficit de autocuidado en la alimentación
6.5.1.1	Deterioro de la deglución
6.5.1.2	Lactancia materna ineficaz
6.5.1.2.1	Interrupción de la lactancia materna
6.5.1.3	Lactancia materna eficaz
6.5.1.4	Patrón de alimentación ineficaz del lactante
6.5.2	Déficit de autocuidado en el baño/higiene
6.5.3	Déficit de autocuidado en el vestido/acicalamiento
6.5.4	Déficit de autocuidado en el uso del sanitario (W.C.)
6.6	Alteración del crecimiento y desarrollo
6.7	Síndrome de estrés del traslado



PATRON 7	DE PERCEPCIÓN
7.1.1 7.1.2 7.1.2.1 7.1.2.2 7.1.3 7.2 7.2.1.1 7.3.1 7.3.2	Trastorno de la imagen corporal Trastorno de la autoestima Baja autoestima crónica Baja autoestima situacional Trastorno de la identidad profesional Alteraciones senso perceptivas (especificar) (visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias). Desatención unilateral Desesperanza Impotencia
PATRON 8	DE CONOCIMIENTO
8.1.1 8.3	Déficit de conocimientos (especificar) Alteración d los procesos de pensamiento
PATRON 9	DE SENTIMIENTO
911 9111 9211 9212 922 9221 923 9231 92311 92312 931 932	Dolor Dolor crónico Duelo disfuncional Duelo anticipado Alto riesgo de violencia: dirigida a uno mismo o dirigida los demás Alto riesgo de automutilación Respuesta postraumática Síndrome traumático de la violación Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta Síndrome traumático de la violación: reacción silenciosa Ansiedad Temor

## ANEXO 8

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD  
UNIDAD DE ENFERMERÍA

## GUIA DE ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_ PROCEDENCIA:  Emergencia,  UCI,  Otros  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  URBANO,  RURAL

¿Cómo le dicen al niño(a)? _____ Quién lo (a) cuida? _____ Miembros de la familia: _____ Características del niño(a): _____	Edad y escolaridad de los padres: _____ Madre: _____ Padre: _____	Ocupación de los Padres: _____ Madre: _____ Padre: _____
<b>NECESIDADES FISIOLÓGICAS</b>		
<b>ALIMENTACIÓN / NUTRICIÓN:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración <u>Dificultad para:</u> <input type="checkbox"/> la masticación, <input type="checkbox"/> la deglución, <input type="checkbox"/> tolerancia a la ingesta <u>Presenta:</u> <input type="checkbox"/> náuseas, <input type="checkbox"/> vómitos, <input type="checkbox"/> sonda; <input type="checkbox"/> alteración del peso, <input type="checkbox"/> por exceso, <input type="checkbox"/> por defecto; <input type="checkbox"/> necesita ayuda, <input type="checkbox"/> dieta especial <input type="checkbox"/> refrigerio, <input type="checkbox"/> enteral, <input type="checkbox"/> parenteral; observaciones: _____	<b>AIRE / OXIGENACIÓN:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración <u>Presenta:</u> <input type="checkbox"/> disnea de esfuerzo, <input type="checkbox"/> disnea en reposo, <input type="checkbox"/> tos seca, <input type="checkbox"/> tos productiva observaciones: _____	<b>CIRCULACIÓN:</b> <input type="checkbox"/> sin alteraciones <input type="checkbox"/> Palpitaciones, <input type="checkbox"/> entumecimiento, <input type="checkbox"/> extremidades frías, <input type="checkbox"/> edemas, <input type="checkbox"/> dolor precordial, <input type="checkbox"/> catéteres Observaciones: _____
<b>AGUA / LIQUIDOS:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración <input type="checkbox"/> disminución de peso; <u>estado general:</u> <input type="checkbox"/> ansiedad, <input type="checkbox"/> debilidad; <input type="checkbox"/> sed, <input type="checkbox"/> mucosas orales secas, <input type="checkbox"/> piel seca, <input type="checkbox"/> turgencia disminuida <u>tono muscular:</u> <input type="checkbox"/> flacidez; <input type="checkbox"/> Fontanela hundida, <input type="checkbox"/> Cantidad de orina anormal	<b>TEMPERATURA CORPORAL:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración <input type="checkbox"/> Hipotérmico(a), <input type="checkbox"/> hipertérmico(a); observaciones: _____	<b>ELIMINACIÓN:</b> <u>Orina</u> <input type="checkbox"/> sin alteración, <input type="checkbox"/> Incontinencia, <input type="checkbox"/> retención, <input type="checkbox"/> disuria, <input type="checkbox"/> coluria, <input type="checkbox"/> hematuria, <input type="checkbox"/> sonda vesical; observaciones: _____ <u>Intestinal (defecación)</u> : <input type="checkbox"/> sin alteración, <input type="checkbox"/> frecuencia anormal, <input type="checkbox"/> estreñimiento, <input type="checkbox"/> diarreas, <input type="checkbox"/> incontinencia, <input type="checkbox"/> acolia, <input type="checkbox"/> melenas; <input type="checkbox"/> ostomía, <input type="checkbox"/> autocura, <input type="checkbox"/> necesita ayuda; observaciones: _____
<b>ACTIVIDAD:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración, <input type="checkbox"/> dependiente <u>Requiere:</u> <input type="checkbox"/> uso de equipo o dispositivo, <input type="checkbox"/> de ayuda de otra persona, <input type="checkbox"/> de enseñanza, <input type="checkbox"/> supervisión. <u>Estado de conciencia:</u> <input type="checkbox"/> consciente, <input type="checkbox"/> desorientado, <input type="checkbox"/> con tendencia al sueño, <input type="checkbox"/> coma; observaciones: _____	<b>DESCANSO Y SUEÑO:</b> <input type="checkbox"/> sin alteración <u>Patrón de sueño:</u> <input type="checkbox"/> discontinuo, <input type="checkbox"/> insomnio, <input type="checkbox"/> necesita ayuda/medicación; <input type="checkbox"/> dolor Observaciones: _____	
<b>NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</b>		
<input type="checkbox"/> sin alteración, <input type="checkbox"/> capacidad de autoprotección, <input type="checkbox"/> riesgo de autolesión, <input type="checkbox"/> riesgo de caída, <input type="checkbox"/> riesgo de infección, <input type="checkbox"/> riesgo de úlcera, <input type="checkbox"/> necesita ayuda para la higiene personal, <input type="checkbox"/> necesita enseñanza; tiene recreación: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> sí: <input type="checkbox"/> ve televisión, <input type="checkbox"/> juega, <input type="checkbox"/> lee. ¿Qué piensan los padres de la enfermedad del niño (a) ? _____, <input type="checkbox"/> no sabe sobre la enfermedad, <input type="checkbox"/> necesita educación. <input type="checkbox"/> asiste el niño a control de salud, <input type="checkbox"/> esquema de vacunación incompleto; enfermedades que padece frecuentemente _____ Enfermedades crónicas _____ medicaciones _____ Alergia <input type="checkbox"/> sí, a qué _____ Cirugías previas _____ Antecedentes perinatales (neonatos) _____ <input type="checkbox"/> acompañamiento de los familiares en la hospitalización; ¿Cuándo el niño(a) se enferma a donde acude primero? _____ Accesibilidad a los servicios de salud: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no, ¿por qué? _____ Accesibilidad a los servicios básicos: <input type="checkbox"/> sí, <input type="checkbox"/> no ¿cuales? _____ Estado de salud actual de los miembros de la familia: _____ Tipo de vivienda: _____		

**NECESIDAD DE AMOR Y PERTENENCIA:**

sin alteración,  acompañamiento de los padres o responsable,  separación de la familia,  aislamiento,  hospitalización prolongada,

religión de los padres: \_\_\_\_\_ ; participación del niño en grupos  no  sí, ¿cuáles?

**NECESIDAD DE AUTOESTIMA:**

sin alteración,  manifiesta seguridad y confianza,  vergüenza,  ausencia de contacto visual,  conducta pasiva,  aislamiento,

dificultad para tomar decisiones,  apatía; observaciones:

**NECESIDAD DE AUTORREALIZACIÓN**

sin alteración,  cambio en la autopercepción,  limitaciones físicas que dificulten la función corporal,  alteración de la imagen,  pérdida del control del rol,  rechazo a participar en actividades preferidas,  ansiedad,  agresividad,  trabajo

Escolaridad:  sí, grado \_\_\_\_\_ ;  no, ¿por que?

Crecimiento y desarrollo según edad:  sin alteración

Deficiencia:  motora,  coordinación,  socioafectiva,  lenguaje; observaciones:

**HISTORIA CLÍNICA Y CONDICIONES DE INGRESO**

MOTIVO DE INGRESO

Indicación médica

Resultados de los exámenes

FIRMA: \_\_\_\_\_



*INSTRUCTIVO PARA EL FORMULARIO GUIA DE ENTREVISTA DE ENFERMERÍA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA NIÑEZ.*

- Datos de Identificación: Aquí se describe todos los datos de identificación del paciente.
- ¿Cómo le dicen al niño(a)?: escribir el nombre o diminutivo que los familiares utilizan para llamar al niño(a) en el hogar.
- ¿Quién lo cuida?: escriba el parentesco con el niño(a) y la edad de la persona que lo cuida.
- Miembros de la familia: escriba el número de personas que viven en la misma casa con el niño(a).
- Edad y escolaridad de los padres: escriba la edad y la escolaridad que tienen el padre y la madre del niño(a).
- Ocupación de los Padres: escriba el tipo de trabajo que realizan el padre y la madre del niño(a).
- Características del niño (a): se refiere a los gustos, preferencias o conductas usuales del niño(a) y su relación con los demás.

**NECESIDADES FISIOLÓGICAS**

- Alimentación / nutrición: realice las preguntas necesarias que le permitan identificar dificultades en la satisfacción de la necesidad de alimentación. Alimentos que acostumbra comer.

(Anote en observaciones datos que orienten a hacer un juicio clínico, relacionando los datos anormales de una necesidad o la información que se obtiene al profundizar en los aspectos que son indicios de alteración).

- Aire / oxigenación: Marque los aspectos que pueden evidenciar un trastorno en la función respiratoria.
- Circulación: Marque los aspectos que pueden evidenciar un trastorno en la circulación, anote las observaciones pertinentes .

- Agua / líquidos: Identifique los datos que demuestren alteración en la ingesta de líquidos.
- Temperatura corporal: marque la alteración que se manifiesta en el control de la temperatura.
- Eliminación: marque los datos que definan el estado de la función de eliminación, tanto urinaria como intestinal. En observaciones escriba si la necesidad no se satisface por la etapa de crecimiento y desarrollo.
- Actividad: marque los datos que determinan la necesidad de ayuda en un usuario con dificultad para la movilización. También los aspectos que se refieren al estado de conciencia.
- Descanso y sueño: identifique las alteraciones que el niño presenta para satisfacer esta necesidad.

#### NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Marque o describa los aspectos (riesgos) que tienen relación con la seguridad: física, psicológica o sociológica; también los que influyen en la forma en que los padres o responsables del niño(a) responden a sus necesidades de salud: conocimiento, prácticas de salud, control infantil o controles médicos especializados o privados y la condición socioeconómica. Esquema de vacunación: revisar tarjeta o carnet de vacunación para describir la situación actual de vacunación.

#### NECESIDAD DE AMOR Y PERTENENCIA

Marque o describa los indicios que demuestran alteración en los procesos familiares por la situación de enfermedad del niño(a).

#### NECESIDAD DE AUTOESTIMA

Identifique en el niño, por su actitud y comportamiento, aspectos que determinan alteración en su autoestima.

#### NECESIDAD DE AUTORREALIZACIÓN

Considerando la edad y efectos de la enfermedad del niño(a), identifique aspectos que muestren alteración en su rol habitual.

- Crecimiento y desarrollo: tomando en cuenta los elementos tratados en el capítulo II, identifique deficiencias en el desarrollo y crecimiento del niño(a), a través de la observación y preguntas a la madre o responsable.
- Historia clínica y condiciones de ingreso: describir el motivos de consulta, los antecedentes importantes del origen de la enfermedad (diagnóstico médico), la evolución, el estado actual e indicación médica.
- Resultado de los exámenes: describir los resultados más importantes que confirmen el estado del usuario.



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
 DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD  
 UNIDAD DE ENFERMERÍA

GUIA DE VALORACIÓN FÍSICA

Tº:	PULSO/F.C.:	R:	T.A. :	SaO <sub>2</sub> :
PESO:	TALLA:	P. Cefálico:	P. Torácico:	
APARIENCIA GENERAL				
PIEL Y ANEXOS:				
GANGLIOS:				
CABEZA:				
OJOS:				
NARIZ:				
BOCA:				
OÍDOS:				
GARGANTA:				
CUELLO:				
TÓRAX:				
PULMONES:				
CORAZÓN:				
ABDOMEN:				
GENITALES:				
RECTO:				
EXTREMIDADES:				
EXAMEN NEUROLÓGICO:				
CRECIMIENTO Y DESARROLLO:				

ABREVIATURAS: FC: Frecuencia cardiaca, TA: Tensión arterial, SaO<sub>2</sub>: Saturación de oxígeno, PC: Perímetro cefálico, PT: Perímetro torácico, R: Respiración.

*INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMULARIO DE  
VALORACIÓN FÍSICA*

- Apariencia general: Describir apariencia física su estado nutricional, su postura, expresión facial, (por ejemplo dolor, miedo, dificultad respiratoria, enojo, felicidad), nivel de desarrollo, dominio del habla, su conducta, su personalidad, la forma de relacionarse con familiares y personal de salud,
- Piel y anexos: Valorar el color de la piel (cianosis, palidez, eritema, equimosis, petequias e ictericia) textura, temperatura, humedad y turgencia cutánea  
En el pelo se debe inspeccionar color, textura, distribución y elasticidad del mismo, en uñas su color, forma, textura e higiene.
- Ganglios: valorar tamaño, movilidad, temperatura y sensibilidad, éstos se localizan en las regiones submentoniana, submaxilar, tonsilar, cervical, axilar e inguinal.
- Cabeza: inspeccionar forma, simetría en las prominencias frontal, parietal y occipital, registrar PC. , inspeccionar movimiento y aspecto general de la cara, implementación de cabello y presencia de parásitos.
- Cráneo: valorar cierre de fontanelas, hundimientos, malformaciones y edemas.
- Cara: valorar simetría, movimiento y aspecto general de la cara. En los lactantes se valorara el control de la cabeza y la postura en los niños(as) mayores.
- Cuello: Simetría y movilidad, presencia de nódulos
- Ojos: Valorar tamaño, simetría, color y motilidad de todas las estructuras externas, edema de párpados, exudación purulenta, lagrimeo, reacción pupilar y agudeza visual.
- Nariz: Valorar posición, simetría, aleteo nasal, obstrucción de conductos nasales , presencia de secreciones, inflamación, resequedad, desviación.
- Boca: Valorar presencia de movilidad, humedad de mucosas, hemorragias, frenillo, número de dientes, estado y condición de higiene.
- Oídos: valorar estructuras auditivas externas e internas, y la capacidad auditiva.
- Garganta: Examinar cuando el niño(a) llora, observar tamaño de las amígdalas.
- Tórax: Valorar tamaño, forma, simetría, expansión torácica
- Corazón: Ritmo Cardíaco, F. Cardíaca, posición.

- Abdomen: Valorar sensibilidad, ruidos intestinales, presencia de masas ó visceromegalia, movimiento del abdomen, revisar cordón umbilical en recién nacido, higiene y evidencia da anomalías del ombligo.
- Genitales: Valorar presencia de fimosis en los niños, descenso testicular, dificultades para la micción  
En las niñas: Examinar himen, clítoris, mucosa vaginal, estructuras perianales y orificio uretral.
- Recto: Verificar tono de esfínter, palpar en busca de presencia de masas.
- Extremidades: Simetría de longitud y tamaño, revisar que los dedos de los pies y las manos estén completos (sindáctilia y polidáctiles)
- Examen Neurológico: Valorar estado de conciencia, equilibrio y coordinación de movimientos, presencia de reflejos, persistencia de reflejos primitivos, hiperactividad, irritabilidad, respuesta y localización de estímulos, tono y fuerza muscular.
- Crecimiento y Desarrollo: Valorar el crecimiento y desarrollo del niño (a) de acuerdo a la edad.



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN  
UNIDAD DE ENFERMERÍA

CUADRO DE ORDENAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

HISTORIA DE ENFERMERÍA	EXAMEN FÍSICO	OTRAS FUENTES	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	PROBLEMA DE ENFERMERÍA.
Necesidades fisiológicas:				
Protección y seguridad:				
Amor y pertenencia:				
Autoestima:				
Autorrealización:				
Crecimiento y desarrollo.				

*INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMULARIO DE  
ANÁLISIS Y ORDENAMIENTO DE DATOS.*

1. Historia de enfermería: se describirán los problemas y situaciones anormales encontrados en el análisis de los datos recolectados.
2. Examen físico: se describirán todos los hallazgos anormales encontrados en los datos obtenidos en el examen físico.
3. Otras fuentes: se describirán los hallazgos importantes encontrados en el expediente clínico, reportes de laboratorio, radiología e interconsultas.
4. Análisis e interpretación de datos: se interrelaciona la información de los numerales anteriores y se formulan conclusiones con juicio clínico.
5. Problemas: se presentará el listado de problemas identificados con base a los hallazgos descritos anteriormente en los ítems anteriores, ésta será la fuente para determinar los diagnósticos de enfermería y su priorización.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN  
UNIDAD DE ENFERMERÍA

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ CUNA N° \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_  
DIAGNOSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

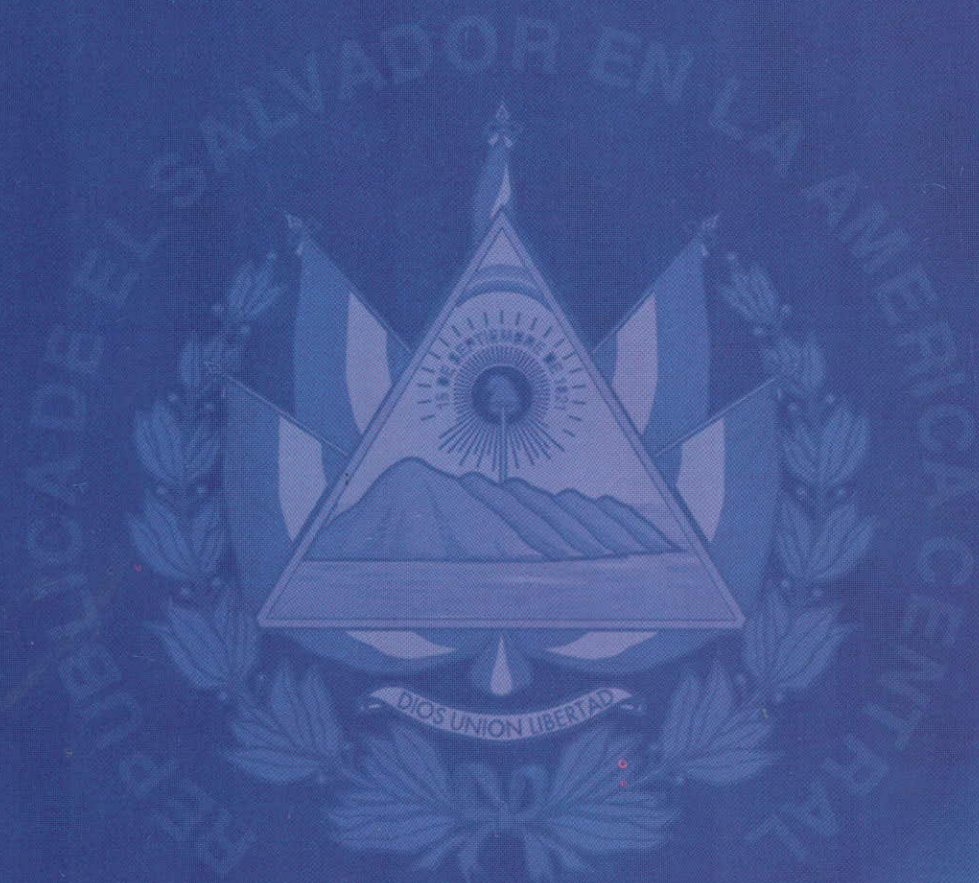
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		PLAN DE OBSERVACIÓN	
		PLAN DE ATENCIÓN	
		PLAN DE EDUCACIÓN	



Ministerio de Salud Pública y  
Asistencia Social  
Dirección de Regulación.  
Unidad de Enfermería  
Año 2003, San Salvador, El Salvador.

Programa de Apoyo a la Modernización (PAM)  
Préstamo BID 1092/OC-ES  
Serie 1, Documento 5

Rectoría del Sector Salud  
Regulación del Sector Salud  
Análisis y Regulación del Modelo de Atención



**PAM**  
Programa de Apoyo a la Modernización

**UCP / MSPAS**

Calle La Ceiba, Block 122 #261

Colonia Escalón

San Salvador

Teléfono: (503) 264-4164 • Fax: (503) 263-8476