



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

**ESTUDIO DE CASO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

TITULO

**PROCESO ENFERMERO EN PACIENTE PEDIÀTRICO CON
NEUMONÌA + CRISIS CONVULSIVAS BASADO EN LA TEORÌA DE
KATHRYN BARNARD**

AUTORA

JOHANNA NATALY GUAPULEMA LLONGO

TUTORA: Mgs. VERÒNICA SOFIA QUENORÀN ALMEIDA

RIOBAMBA-ECUADOR

2015-2016

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente estudio de caso previo a la obtención del Título de Licenciada/o en Enfermería con el tema: “**PROCESO ENFERMERO EN PACIENTE PEDIATRICO NEUMONÍA+CRISIS CONVULSIVAS BASADO EN LA TEORIA DE KATHRYN BARNARD**” ha sido elaborado por **Johanna Nataly Guapulema Llongo**, el mismo que ha sido asesorado permanente por la Licenciada **Verónica Quenorán** en calidad de Tutora, por lo que certifico que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Riobamba, 15 de Agosto del 2016



Mgs. Verónica Quenorán

Tutora

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, Johanna Nataly Guapulema Llongo soy responsable de las ideas, doctrinas, y resultados de la presente investigación y el patrimonio intelectual del trabajo investigativo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo



Johanna Nataly Guapulema Llongo

060407209-0

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	II
DERECHO DE AUTORÍA.....	III
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVO.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
METODOLOGIA.....	7-8
MARCO TEÓRICO.....	8
ANTECEDENTES.....	8-9
MODELO DE ENFERMERÍA.....	9
TEORÍA DE KATHRYN E. BARNARD “MODELO DE INTERACCIÓN MADRE-HIJO”	
PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES.....	9-10
ELEMENTOS PRINCIPALES DE LA TEORÍA.....	11
CARACTERÍSTICAS.....	11-12
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PEDIATRÍA	
Dimensiones.....	12
Objetivo.....	12
Fases del proceso enfermero.....	12
Valoración.....	12-13
Diagnóstico.....	13
Planificación.....	13
Ejecución.....	14
Evaluación.....	14

DESCRIPCIÓN DE LAS PATOLOGIAS	
NEUMONÍA.....	15
CLASIFICACIÓN	
Según su anatomía.....	15
Según su etiología.....	15
Según síndrome clínico.....	15
Según el ámbito de desarrollo.....	15
FISIOPATOLOGÍA.....	16
FACTORES DE RIESGO.....	16
ETIOLOGÍA.....	16
CUADRO CLÍNICO.....	17
MEDIOS DE DIAGNÓSTICO.....	17
PREVENCIÓN.....	18
TRATAMIENTO SEGÚN EL AIEPI.....	18
Neumonía grave.....	18
Criterios de ingreso hospitalario.....	18-19
Neumonía.....	19
Sin neumonía.....	19
CRISIS CONVULSIVAS.....	19
ETAPAS DE LAS CRISIS CONVULSIVAS.....	19
CLASIFICACIÓN	
Convulsiones sintomáticas.....	20
Convulsiones de carácter idiopático.....	20
Convulsiones parciales.....	20
Convulsiones generalizadas.....	20
Convulsiones inclasificables.....	20
Convulsiones misceláneas.....	21
FISIOPATOLOGÍA.....	21
ETIOLOGÍA.....	21
MEDIOS DE DIAGNÓSTICO.....	22
Anamnesis.....	22

Exploración física.....	22
Pruebas complementarias.....	22-23
OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO.....	23
TRATAMIENTO.....	23-24
RESULTADOS.....	25
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE.....	25-26
APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO	
VALORACIÓN INTRAHOSPITALARIA POR PATRONES FUNCIONALES DE	
MARJORY GORDON.....	27
TRATAMIENTO DEL NIÑO QUE SIGUE EN LA ACTUALIDAD.....	27
PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD.....	28-29
PATRÓN 2: NUTRICIONAL METABÓLICO-HIDRATACIÓN TEGUMENTARIO....	29
PATRÓN 3: RESPIRACIÓN CIRCULACIÓN.....	30
PATRÓN 4: ELIMINACIÓN.....	30-31
PATRÓN 5: ACTIVIDAD Y EJERCICIO.....	31
PATRÓN 6: SUEÑO DESCANSO.....	32
PATRÓN 7: COGNITIVO. PERCEPTUAL.....	32
PATRÓN 8: RELACIONES FAMILIARES.....	32-33
PATRÓN 9: ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS.....	33
PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS.....	33
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIOS.....	33-35
Limpieza ineficaz de vías aéreas.....	36-40
Hipertermia.....	41-43
Interrupción de la lactancia materna.....	44-46
Ansiedad (de los padres).....	47-48
Riesgo de aspiración.....	49-51
Riesgo de infección.....	52-53
VALORACIÓN EXTRAHOSPITALARIA	
VALORACIÓN EN PEDIATRÍA BASADA EN EL MODELO DE INTERACCIÓN	
PADRE-HIJO DE KATHRYN BARNARD.....	54-60

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIOS.....	60
IMPLEMENTACIÓN.....	61
EVALUACIÓN	
Intrahospitalaria.....	62-63
Extrahospitalaria.....	63
SEGUIMIENTO DOMICILIARIO	
PLAN DE VISITA DOMICILIARIO.....	65-66
PLAN EDUCATIVO.....	67
Lactancia Materna.....	68-72
Bibliografía.....	72
SEGUIMIENTO DOMICILIARIO	
PLAN DE VISITA DOMICILIARIO.....	73-74
PLAN EDUCATIVO.....	75
Cuidados en una crisis convulsiva.....	76-78
Bibliografía.....	78
SEGUIMIENTO DOMICILIARIO	
PLAN DE VISITA DOMICILIARIO.....	79-80
PLAN EDUCATIVO.....	81
Desarrollo y crecimiento del lactante.....	82-85
Bibliografía.....	85
SEGUIMIENTO DOMICILIARIO	
PLAN DE VISITA DOMICILIARIO.....	86-87
PLAN EDUCATIVO.....	88
Ambiente seguro para el lactante.....	89-91
Bibliografía.....	91
SEGUIMIENTO DOMICILIARIO	
PLAN DE VISITA DOMICILIARIO.....	92-93
PLAN EDUCATIVO.....	94
Medios de información en salud.....	95-96
Bibliografía.....	96

SEGUIMIENTO DOMICILIARIO	
PLAN DE VISITA DOMICILIARIO.....	97-98
PLAN EDUCATIVO.....	99
Función de los padres.....	100-103
Bibliografía.....	103
SEGUIMIENTO DOMICILIARIO	
PLAN DE VISITA DOMICILIARIO.....	104-105
PLAN EDUCATIVO.....	106
Servicios de salud.....	107-109
Bibliografía.....	109
SEGUIMIENTO DOMICILIARIO	
PLAN DE VISITA DOMICILIARIO.....	110-111
PLAN EDUCATIVO.....	112
Inmunizaciones.....	113-118
Bibliografía.....	118
SEGUIMIENTO DOMICILIARIO	
PLAN DE VISITA DOMICILIARIO.....	119-120
PLAN EDUCATIVO.....	121
Higiene del lactante.....	122-125
Bibliografía.....	125
SEGUIMIENTO DOMICILIARIO	
PLAN DE VISITA DOMICILIARIO.....	126-127
PLAN EDUCATIVO.....	128
Higiene del hogar.....	129-130
Bibliografía.....	130
DISCUSIÓN.....	131-132
CONCLUSIONES.....	133
RECOMENDACIONES.....	134
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	135-136
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	137-141
ANEXO 1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	142-146

ANEXO 2.- MEMORIAS FOTOGRÁFICAS INTRAHOSPITALARIAS.....	147-155
ANEXO 3.- MEMORIAS FOTOGRÁFICAS EXTRAHOSPITALARIAS.....	155-176
ANEXO 4.- REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS.....	177-179

RESUMEN

Los Cuidados de Enfermería en pacientes pediátricos con neumonía y crisis convulsiva exigen que los profesionales de enfermería a más de conocer la patología establezcan cuidados oportunos con eficacia, eficiencia e integrales basado a sus necesidades.

El presente estudio de caso tiene como propósito la aplicación del Proceso Enfermero en una niña de 3 meses 11 días de edad que se mantuvo hospitalizada por 7 días en el servicio de Pediatría del Hospital Provincial General Docente de Riobamba (HPGDR) con un diagnóstico médico de Neumonía+Crisis Convulsivas. Se desarrolló la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon en el cual se priorizaron los siguientes diagnósticos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association): Intrahospitalarios: limpieza ineficaz de vías aéreas, hipertermia, interrupción de la lactancia materna, ansiedad (de los padres), riesgo de aspiración, riesgo de infección, los cuales fueron encaminados totalmente a la paciente lo que ayudó a evolucionar favorablemente el estado de salud, así como el afrontamiento de la condición de la paciente por parte de su cuidadora principal (madre).

Como parte del proceso metodológico se realizan 10 visitas domiciliarias sustentadas científicamente en la teoría de Kathryn E. Barnard, con el “Modelo de Interacción Padre – hijo”, el seguimiento domiciliario se basa en la psicología y el desarrollo humano, especialmente en la interacción padre-niño con el entorno, ayudando a cuantificar la alimentación, enseñanza y entorno durante los primeros años de vida, a través del cual se logró realizar actividades de forma integral. Mediante planes educativos se ofreció información a la madre para mejorar los cuidados maternos que ofrece a la paciente, promover la utilización de los servicios de salud y el cumplimiento de su rol dentro del desarrollo y crecimiento de la lactante.

Palabras claves: Neumonía, crisis convulsivas, proceso enfermero en pediatría, teoría de Kathryn Barnard “Interacción Padre – hijo”.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

Nursing care in pediatric patients with pneumonia and convulsive crises requires that nurses know more than pathology and they establish appropriate, effective, and efficiency care based on patients' needs. This clinical case is related to a pediatric patient with 'Pneumonia+ Convulsive Crises who is a 3 months 11 days of age and was hospitalized for seven days in the pediatric area at Hospital Provincial General Docente de Riobamba (HPGDR). This study is scientifically based on the Kathryn Barnard's theory "Interaction Father-son" which is founded on psychology and human development; it is particularly focused on the parent-child interaction with the environment, so it supports food quantification, education and the environment during the first years of life. Integral activities were made that helped to improve patient health in a bio-psycho-social-cultural way, he it allowed to increase nursing interventions in order to better the mother-care given by the main protector. After planned activities, the environment, mother-daughter and family relationship were improved reaching the objectives proposed, strengthening new habits, enhancing the resources and significantly improving the health status of the child and the family.

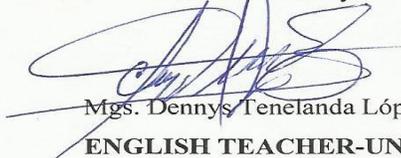
Taking into consideration what is mentioned above a Nursing Process was presented in which the following diagnoses NANDA were prioritized: **Intra-hospital:** Impaired gas exchange, hyperthermia, ineffective airway clearance, interrupted breastfeeding, parental anxiety, risk of aspiration, risk of infection. **Extra-hospital:** ineffective breastfeeding, deficient knowledge, ineffective role performance, risk development delay, risk of infection.

The case study had far-reaching implications on the management procedures which currently reflect the stability of the patient.

Key words: pneumonia, convulsive crises, pediatric nursing process, Kathryn Barnard's theory "Interaction Father-son"

Riobamba, January 8, 2016

Translation reviewed by:


Mgs. Dennys Tenelanda López
ENGLISH TEACHER-UNACH



INTRODUCCIÓN

La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones especialmente los alveolos, los mismos se encuentran llenos de pus y líquido, provocando dolor al inicio de la respiración y limita la absorción de oxígeno. La misma se propaga por diversas vías, los virus y bacterias presentes en la nariz o garganta de los niños/as.

Se calcula que a causa de neumonía fallecieron alrededor de 935 000 niños menores de 5 años en el 2013, lo que supone el 15% de todas las defunciones en todo el mundo, su prevalencia es mayor en el África y Asia meridional. (OMS, 2014).

En el Ecuador ocupa una de las diez principales causas de morbilidad infantil llegando en el 2011, se registró un total de 34.7782 casos atendidos con internación hospitalaria; de los cuales 18.026 casos de niños y 16.752 de niñas, provenientes de la región andina o sierra conformando el 54,5%, seguidos por los pacientes residentes de la costa con el 36,2% y en la región Amazónica con el 9,1%, de casos registrados. Sin embargo las provincias con mayor tasa de morbilidad son Morona Santiago 88,8, Napo 53,9, Cañar 52,9 y Pastaza 40,4 (tasa por cada 10.000 casos). (INEC, 2013)

En la provincia de Chimborazo al igual que en la mayoría de las provincias del país se ratifica como primera causa de morbilidad las enfermedades respiratorias dentro de esta lista se encuentra la Neumonía con una tasa de 11,23% (44.997 habitantes). (INEC, 2013)

En el Hospital Provincial General Docente de Riobamba (HPGDR) la neumonía es la cuarta causa principal de morbilidad de internación en el período de Enero-Julio 2014 en el servicio de pediatría con un total de 249 pacientes, 130 niños y 119 niñas representando el 5,51% y la primera causa de mortalidad más de 48 horas con un total

de 21 pacientes, 14 niños y 7 niñas representado el 18%. (Servicio de estadística del HPGDR).

Las crisis convulsivas se caracterizan por episodios recurrentes originando descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales producidas en diferentes partes del cerebro, estos episodios son considerados movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas).

Constituyen una de las urgencias más importantes en pediatría, llegando a representar un 4 a 6% de los niños menores de cinco años, en todo el mundo, unos 50 millones de niños padecen una serie de crisis convulsivas, cerca del 80% de los niños viven en países de ingresos bajos y medianos. (OMS, 2015)

En el Ecuador la cifra es de 17 a 22 por 1.000 habitantes, es importante señalar que se han encontrado cifras muy diversas que varían de 11 a 24/1.000 dependiendo de la región estudiada, la mayor incidencia ocurre en niños pequeños, pero si estudiamos a los menores de 1 año, la cifra puede elevarse hasta 250/100.000, si se incluyen convulsiones febriles, por lo menos 3.5 % de los niños tendrán una crisis epiléptica al llegar a los 15 años. (INEC, 2013)

En la provincia de Chimborazo en el año 2012 se evidencia un 32.3% de niños/as hospitalizados por enfermedades que afecta directamente al sistema nervioso y cognitivo, en las cuales se incluye todo tipo de un status convulsivo.

En el Hospital Provincial General Docente de Riobamba (HPGDR) las crisis convulsivas se encuentran incluidas en otros problemas de salud, en el período de Enero-Julio 2014 en el servicio de pediatría se encuentra un total de 24 pacientes, 15 niños y 9 niñas representando el 20%. (Servicio de estadística del HPGDR).

A través de la realización de este estudio de caso, se desarrolló el Proceso Enfermero en una niña ingresada con diagnóstico médico neumonía+crisis convulsivas en el Hospital

Provincial General Docente de Riobamba, con un enfoque de estudio observacional, transversal y descriptivo mediante la aplicación de dos instrumentos de valoración: Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon en el área intrahospitalaria, elaborado por las docentes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH) y el Modelo de Interacción Padre-Hijo de Kathryn E. Barnard en el área extrahospitalaria, elaborado por Johanna Guapulema (estudiante investigadora) y revisado por la Lic. Verónica Quenorán (tutora de investigación).

La aplicación de este instrumento fue a través de visitas domiciliarias (total 10) a la niña con el propósito de brindar educación a la madre y familia a través de planes educativos, con lo cual se buscó mejorar el manejo y cuidado de la paciente.

JUSTIFICACIÓN

La intervención del personal de enfermería radica en proporcionar cuidados de atención directa al usuario en respuesta humana ante la presencia de un problema o enfermedad con el propósito de fortalecer el vínculo enfermera-paciente y/o familia.

El presente estudio de caso tiene como acción principal orientar intervenciones específicas de Enfermería obtenidas a través de la valoración de Patrones Funcionales de Marjory Gordon en el ámbito intrahospitalario las mismas encaminadas a prevenir complicaciones derivadas de la neumonía y crisis convulsivas. Así como el mejoramiento del cuidado que recibe la niña por parte de su madre, utilizando como guía el ‘‘Modelo de Interacción Padre-Niño de Kathryn E. Barnard’’, desarrollando actividades de enseñanza o prácticas de la salud a través de planes educativos con el fin de fomentar la salud de la paciente.

Se justifica en el cuarto Objetivo del Milenio ‘‘**Reducir la muerte infantil**’’ para lo cual la Organización Mundial de Salud (OMS) propone estrategias para dar cumplimiento al mismo como: ‘‘**atención integrada a las enfermedades infantiles en todos los menores de 5 años; programa ampliado de inmunizaciones; alimentación del lactante y del niño pequeño**’’, cuyo objetivo se sustenta en el Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir que es ‘‘**Mejorar la calidad de vida de la población**’’, en la Política 3.2.f ‘‘**Implementar acciones integrales para la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles o degenerativas de alta prioridad y enfermedades evitables y desatendidas**’’, en la Meta 3.2 ‘‘**Reducir la tasa de mortalidad infantil**’’.

Este estudio de caso fue posible gracias a que se cuenta con el consentimiento informado de la madre, registros de la historia clínica, permiso del personal de enfermería del servicio de pediatría, el acceso de fuentes bibliográficas necesarias para su desarrollo y las tutorías previamente determinadas.

Los beneficiarios directos son la paciente de 3 meses 11 días, la madre y la familia, así como los/as estudiantes de la Carrera de Enfermería, debido al fortalecimiento de los conocimientos para llevar a cabo cuidados específicos y eficaces con bases científicas y humanísticas mediante el proceso enfermero como instrumento útil ya que favorece la continuidad de los cuidados y facilita la aplicación.

La línea de investigación del estudio de caso se encuentra en la línea “Salud y Servicios Sociales”, en la sublínea “Servicios Sociales”, de la Universidad Nacional de Chimborazo de la Facultad Ciencias de la Salud.

OBJETIVOS

a) GENERAL

- Aplicar el Proceso Enfermero en paciente pediátrico con neumonía y crisis convulsivas basado en la Teoría de Kathryn Barnard en el entorno extrahospitalario.

b) ESPECÍFICOS

- Identificar las necesidades del paciente pediátrico mediante la valoración de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon en el ámbito intrahospitalario.
- Efectuar la valoración extrahospitalaria mediante el Modelo de Interacción Padre-Hijo de Kathryn E. Barnard.
- Diseñar planes de cuidados de Enfermería de acuerdo a las necesidades que presente la paciente durante su estadía hospitalaria y planes educativos estructurados en el seguimiento domiciliario.
- Ejecutar los planes de cuidados de Enfermería en la estancia hospitalaria.
- Educar a la madre en el manejo y cuidado de la niña mediante los planes educativos en cada visita domiciliaria utilizando el Modelo de Interacción Padre-Hijo de Kathryn E. Barnard.
- Evaluar los resultados de la aplicación del plan de cuidados de Enfermería en la valoración intrahospitalaria y extrahospitalaria mediante la puntuación DIANA.

METODOLOGÍA

El presente estudio de caso se enmarco dentro de lo siguientes tipos de investigación:

Transversal: ya que se realizó en un momento determinado de tiempo (**Septiembre a Noviembre**) y permitió evidenciar el avance de las intervenciones y se concluyó después de haber ejecutado el plan de cuidados de enfermería basado en la NANDA, NOC Y NIC.

Descriptivo: debido a que se centró en recolectar datos mediante el formato de valoración de Marjory Gordon (intrahospitalario) el mismo elaborado por la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Chimborazo y la valoración de la triada padres, niño y entorno de Kathryn Barnard (extrahospitalaria) elaborado por Johanna Guapulema (estudiante investigadora) y revisado por la Lic. Verónica Quenorán (docente tutora) que ayudaron a describir la situación de salud de la niña dentro y fuera del hospital como aporte para brindar cuidados de enfermería de forma priorizada con el fin de cubrir sus necesidades.

Prospectivo: ya que se realizó en tiempo presente y se analizó los datos, transcurrido un determinado tiempo, pues se registró información desde el primer contacto con el niño pediátrico (**13 de Septiembre del 2015**) y padres hasta culminar con la aplicación de los planes de cuidado mediante visitas intrahospitalarias en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba y visitas domiciliarias (**26 de Noviembre del 2015**) en el hogar del niño pediátrico ubicado en el cantón Guano parroquia San Andrés comunidad Miraflores.

Cualitativo.- porque se utilizó un grupo de métodos de recogida de datos como la anamnesis a la madre, observación y utilización de los formatos de valoración de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon y la valoración de la triada padres, niño y entorno de Kathryn Barnard que permitieron conocer los resultados del estudio.

Etnográfico: porque se trabajó en la modificación de las conductas de la familia.

El consentimiento informado se obtuvo previa educación e información a los padres de la niña explicando los aspectos a tomarse en cuenta durante el tiempo de desarrollo del estudio también las cuestiones éticas, dentro de este proceso no se obtuvo ningún tipo de rechazo ni alteración con los padres de la misma, obteniéndose la autorización sin ningún problema ni complicación.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

En la ciudad de Guayaquil se realizó un estudio de caso en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Titulado: *Cuidados de Enfermería en pacientes pediátricos de 1 a 5 años con Síndrome Convulsivantes área de pediatría en el hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” desde Abril a Julio del 2013*. Su autora es: Lago Vargas Sandra Manuela. En relación a los resultados de los cuidados de enfermería concluyo:

- Para la evaluación de los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos fue necesario realizar una encuesta al personal de enfermería con 11 preguntas de respuestas de selección múltiple.
- Durante la evaluación identifiqué que no existe un protocolo de enfermería en la institución para el tratamiento de pacientes pediátricos con síndromes convulsivos y un déficit de conocimientos en el manejo de los mismos.
- La encuesta se ejecutó en dos meses, la misma se realizó en el servicio de pediatría, en la aérea de emergencia con enfermeras que realizan la recepción de pacientes pediátricos de esta situación al igual que en la aérea de consulta externa.
- También incorpore una propuesta con el mismo tema de estudio de caso, en este se introduce un protocolo estandarizado para la atención de los pacientes pediátricos el mismo que se enmarque en una atención oportuna antes-durante y después de una crisis convulsiva con el objetivo de manejar la crisis convulsiva con el fin de prevenir complicaciones o secuelas en el niño.

En la ciudad de Machala se realizó un estudio de caso en la Universidad Técnica de Machala, Titulado: *“Neumonía en niños menores de un año en el aérea de Pediatría*

del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, primer trimestre año 2014”. Su autora es: González Gavilanes Francisco Javier. En relación a los resultados de los cuidados de enfermería concluyo:

- Para la evaluación de la identificación de factor de riesgo más prevalente para la adquisición de neumonía en pacientes pediátricos fue necesario realizar una recolección de datos cualitativos y cuantitativos por lo cual utilizo el libro de control de ingreso y egreso de la aérea de Pediatría.
- Durante la evaluación identifique que el 38% de los niños/as viven en condiciones de hacinamientos y que el 74% de población recibe lactancia materna pero de manera ineficiente e incompleta sin contemplar a la prematuridad como factor predisponente ya que tan solo es el 14%.
- La encuesta se ejecutó en dos meses, la misma se realizó en el servicio de pediatría, del Hospital Teófilo Dávila, a los pacientes pediátricos (102 pacientes).
- También incorpore una propuesta con los datos obtenidos, para lo cual se utilizara técnicas educativas que permitan contribuir en la solución de este problema debido a que los niños menores de un año son propensos a contraer la enfermedad.

MODELO DE ENFERMERÍA

TEORÍA DE KATHRYN E. BARNARD “MODELO DE INTERACCIÓN MADRE - HIJO”

CONCEPTO Y DEFINICIONES

Kathryn Barnard enmarca su modelo como un modelo de interacción (madre-hijo) para la evaluación de la salud infantil, su intervención se inicia con estudios de niños con problemas de discapacidad mental y física, seguido de un estudio de actividades de niños sanos, decide extender su estudio con instrumentos que le permitan valorar el crecimiento y el desarrollo de los niños al igual que las relaciones materno infantiles.

Barnard indica que el ambiente se considera factor influyente en el desarrollo de los niños y las familias, introduce ideas conceptuales de psicología y del desarrollo humano centrando su estudio en la interacción de la madre y el lactante con el entorno. Su estudio pretende valorar la eficacia de la alimentación, la enseñanza y el entorno.

1) Claridad de los mensajes del niño

Los niños muestran signos de muchas clases: sueño, alegría, alerta, hambre y saciedad, así como los cambios en la actividad corporal. Cuando el niño manifieste señales confusas puede deteriorar la adaptación de los cuidadores. (Gonzalez, 2013)

2) Respuesta del niño al cuidador (características del niño)

El niño debe enviar señales para que sus padres puedan reclamar cambios de actitud de ellos. Aprender a leer los signos que ellos transmiten para adaptar su conducta. Si el niño no responde a las claves que le envíen las personas que lo cuidan no será posible su adaptación. (Gonzalez, 2013)

3) Sensibilidad de los padres a las señales de los niños (características del padre)

Los padres también deben ser capaces de leer las señales que se comunican para modificar su actitud. Solo cuando no hay tensiones los padres serán capaces de leer adecuadamente los signos que transmiten sus pequeños. (Gonzalez, 2013)

4) Capacidad de los padres para aliviar el malestar del niño (características del padre)

Algunas señales enviadas por el niño indican la necesidad de que los padres le ayuden. La eficacia que estos demuestran para aliviar las tensiones de sus hijos depende de varios factores. En primer lugar han de darse cuenta de la existencia de estas tensiones. Después han de conocer la acción adecuada que puede mitigarlas. Por último, deben estar en buena disposición para poner en práctica este conocimiento. (Collado, 2012)

5) Actividades de los padres que fomentan el crecimiento social y emocional (características del padre)

La capacidad para emprender actividades que fomenten el crecimiento social y emocional depende de la adaptación global de los padres. Estos han de ser capaces de mostrar afecto al niño, de comprometerse en interacciones sociales como las que se asocian a la alimentación. (Collado, 2012)

ELEMENTOS PRINCIPALES DE LA TEORÍA

❖ Entorno:

Experiencias en el que el niño se encuentra: gente, objetos, lugares, sonidos, sensaciones visuales y táctiles, recursos sociales y financieros, otras personas, adecuaciones del hogar, comunidad, cualidades que afecten al cuidador. (Gonzalez, 2013)

❖ Persona:

Capacidad de participar en una interacción en que ambas partes aportan cualidades, habilidades y respuestas que afectan la interacción. Incluye bebés, niños y adultos. (Gonzalez, 2013)

❖ Cuidador:

Persona con características psicosociales, la salud física y mental mediante cual el paciente es ayudado a mantener y a promover su independencia ofreciendo habilidades de adaptación. (Collado, 2012).

CARÁCTERÍSTICAS DE LA TEORÍA

➤ Generalidad

Recoge las interacciones entre el cuidador entre los 12 y 36 meses de vida, la teoría de Barnard se aplica no solo a la enfermería, sino también otras disciplinas como psicología que tienen que ver con las relaciones cuidador-niño.

➤ Claridad

La teoría es comprensible y de fácil conceptualización de ideas de forma coherente. Barnard lo identifica todo y define casi todos los conceptos de su modelo, tanto de forma semántica como operativas, utilizando escalas de medición para la valoración de la salud del niño resultando fáciles para la comprensión del lector.

➤ Simplicidad

El modelo de interacción de valoración de la salud del niño es una manera sencilla de comunicar la interacción Cuidador-Niño y el desarrollo de los instrumentos rigurosos de valoración, no es fácil definir cómo afectan las intervenciones en la evolución del niño. (Fanny, Unicauca, 2011).

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA

Método sistemático y organizado de cuidados de enfermería que contribuyen en la evolución y mejoramiento de los resultados alcanzados previos a los cuidados realizados en los pacientes, los mismos que se reflejan mediante las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad, Griffin describe tres dimensiones:

- **Propósito.-** reconocer las respuestas del individuo
- **Organización.-** orden sistematizado de las etapas
- **Flexibilidad.-** adaptable para distintas prácticas de enfermera

En 1973 según la ANA (Asociación Americana de Enfermería) describió las etapas que se encuentran inmersos en el PAE: valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar.

Objetivo del proceso enfermero

- Identificar el estado de salud del individuo, familia o comunidad, obteniendo problemas reales y potenciales de salud para lo cual se establece planes para cubrir las necesidades identificadas al igual que las actuaciones de Enfermería.

Fases del proceso enfermero

Valoración

Primera fase del PAE considerada la parte más esencial de la práctica para la continuación del Proceso Enfermero, una correcta valoración asegura el éxito de la aplicación de los cuidados enfermeros, esta debe ser sistemática, planificada y continua.

Consiste en la recogida de datos del individuo (niño) y la familia, análisis de los mismos e identificación de respuestas humanas.

Se enmarcan dos valoraciones de gran utilidad en la realización del PAE:

- Valoración inicial
- Valoración continua

En esta etapa utilizamos la siguiente metodología:

- **Observación.-** se describe los estímulos más importantes.
- **Entrevista a los padres.-** se obtiene datos para la localización de áreas posibles de actuación para la enfermera, además del fomento de la relación enfermera-familia.
- **Exploración física.-** se obtiene datos objetivos mediante las técnicas básicas: palpación, auscultación, percusión e inspección.
- **Revisión de exámenes de laboratorio y complementarios.-** permite aclarar diagnósticos enfermeros presuntivos.

Diagnóstico

Segunda etapa del PAE, fase en la cual se analizan y se sintetizan los datos obtenidos utilizando el pensamiento crítico y científico del personal de enfermería, permitiendo la formulación de diagnósticos enfermeros, los mismos que pueden variar acorde a los cambios de respuesta del individuo o familia, constituyéndose la base para la selección de las intervenciones de enfermería y alcanzar los resultados planteados.

La NANDA define al diagnóstico enfermero en 1980 como un juicio clínico en relación a las respuestas del individuo, familia o la comunidad de problemas de salud o procesos vitales.

Alfaro planteo otra definición importante de diagnóstico enfermero en 1982 el cual considera que un diagnóstico es un problema real o potencial de un individuo, familia o comunidad, que las enfermeras pueden tratar de forma independiente con actividades enfocadas a la prevención, reducción y en lo posible la solución del mismo.

Planificación

La planificación constituye la tercera etapa del PAE, la misma supone el análisis de los resultados de la etapa del diagnóstico con el fin de identificar cuáles de los diagnósticos planteados incorporan un mayor riesgo para la vida o la calidad de la misma.

En un plan de cuidados se incluye los problemas identificados, objetivos planteados y actividades que va a realizar la enfermera para conseguir resultados positivos.

Alfaro define a la planificación en el momento en que se determina de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos.

Ejecución

Etapa definitiva en la cual se efectúa las acciones programadas previamente determinado el método y los materiales necesarios para la realización, en esta etapa hay que continuar realizando la valoración del paciente para definir los progresos o la aparición de nuevos problemas, se evalúa el impacto en el progreso de objetivos.

Dentro de esta etapa se distinguen tres fases:

- **Preparación.-** revisión de plan de cuidados programados.
- **Intervención.-** realización de las actividades programadas.
- **Documentación.-** registro de las actividades realizadas.

Evaluación

Última etapa del PAE, la misma considerada como una acción continua y formal debido a que está presente en todo el proceso de cuidados enfermeros, está determina la comparación entre el estado de salud del paciente y los resultados planteados después de la aplicación de las actividades programadas. La finalidad que tiene es la mejora del PAE.

Resultados que se obtienen después de la evaluación:

- **Positivos.-** se logró el cumplimiento de los objetivos
- **Negativos.-** no se logró el cumplimiento
- **Inesperados.-** complicaciones no valoradas en su inicio y surgen durante la aplicación del PAE.

CITA BIBLIOGRAFICA

Aguilar Cordero, M. J. (2003). *Tratado de Enfermería Infantil - Cuidados Pediátricos*. Madrid: Elsevier.

DESCRIPCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS

NEUMONÍA

La neumonía conocida también como infección del tracto respiratorio inferior, es una infección aguda (no sobrepasa los 7 días), que afecta al parénquima pulmonar específicamente a las unidades alveolares, los bronquiolos terminales, respiratorios y el espacio intersticial circundante, los alveolos sanos se llenan de aire al momento de la respiración, mientras que en los enfermos se encuentran llenos de pus y líquido, lo cual provoca un intercambio gaseoso dolorosa y que exista una limitación en la absorción de oxígeno.

CLASIFICACIÓN

Clasificación anatómica

- **Neumonía alveolar:** afectan múltiples alvéolos.
- **Neumonía intersticial:** afecta la zona del intersticio.
- **Bronconeumonía:** afectan alvéolos y los bronquiolos adyacentes.

Clasificación etiológica

- **Neumonías víricas:** la llegada del agente vírico al organismo
- **Neumonías micóticas:** la infección vírica ha sido capaz de dañar los pulmones lo suficiente como para permitir que los neumococos infecten la zona.
- **Neumonía por aspiración:** aspiración de bacterias por lo general, a través la deglución. (CC Attribution-ShareAlike, 2011)

Clasificación según el síndrome clínico

- **Síndrome típico:** cuadro agudo con fiebre elevada, escalofríos, tos productiva y dolor pleurítico.
- **Síndrome atípico:** cuadro subagudo con fiebre sin escalofríos, cefalea, mialgias, artralgias, tos seca.

Clasificación según el ámbito de desarrollo

- **Neumonía adquirida de la comunidad (NAC):** Se presenta en pacientes no hospitalizados durante los 14 días previos

- **Neumonía intrahospitalaria (NIH):** Infección nosocomial: comienza después de 48 hs del ingreso hospitalario. (CC Attribution-ShareAlike, 2011)

FISIOPATOLOGÍA

Los agentes causantes de la neumonía llegan al aparato respiratorio por vía aérea y en muy pocas ocasiones por vía hematógena, al colonizar lo agentes causales de dicha patología en la vía respiratoria provoca una disminución severa en la función respiratoria pulmonar y descenso de la PaO₂, desencadenando insuficiencia respiratoria aguda con alteración de la ventilación pulmonar y de la hematosis, hipoxia, hipercapnea y acidosis, con repercusión sobre el sistema nervioso central y el organismo.

FACTORES DE RIESGO

- Presencia de enfermedades como sarampión o infecciones de VIH asintomáticas.
- La contaminación del aire interior (consumo de tabaco por los padres.)
- Vivir en hogares hacinados.

ETIOLOGÍA

Bacterias

- Streptococcus Pneumoniae
- Streptococcus del grupo A
- Haemophilus influenzae
- Mycoplasma pneumoniae

Virus

- V sincitial respiratorio VRS V.
- Parainfluezae
- Influenzae
- Influenzae adenovirus

CUADRO CLÍNICO

Se habla de neumonía presuntiva a los pacientes pediátricos que presenten:

- + Hipertermia
- + Escalofrío
- + Leucocitosis >15000/mm
- + Síntomas gastrointestinales: dolor abdominal, vómitos.
- + Rechazo al alimento
- + Taquipnea > o = 50 respiraciones /minuto o respiración superficial
- + Cianosis central
- + Dolor torácico
- + Retracciones torácicas
- + Aleteo nasal
- + En la auscultación se aprecia:
 - a. Estertores
 - b. Sibilancias
 - c. Disminución del murmullo vesicular
- + Matidez en la percusión

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Evaluación clínica.- se basa en una buena anamnesis y exploración física.

Evaluación analítica.- suele encontrarse leucocitosis de 15 a 45 x10⁹/ul con una proteína C reactiva superior a 50mg/dl.

Evaluación radiológica:

- + **Radiología simple de tórax.-** encontramos dos patrones: intersticial= vírico y alveolar = bacteriano, la presencia de un infiltrado indica una neumonía
- + **Tomografía axial computarizada.-** uso frecuente en un diagnostico presuntivo de neumonías con evolución brusca.

Evaluación microbiológica: para el diagnóstico etiológico se establece el aislamiento de un microorganismo patógeno en un líquido estéril (sangre o líquido pleural), mediante hemocultivos, líquido pleural y serologías.

PREVENCIÓN

- Realizar lavado frecuente de manos ya sea al niño o el cuidador.
- Fomentar la lactancia materna exclusiva.
- Evitar acudir a sitios concurridos donde existan personas con problemas respiratorios
- Evitar la exposición al humo de tabaco.
- Aplicar vacunas: antineumococo, pentavalente e influenza a la edad correspondiente.

TRATAMIENTO

Según el AIEPI empezamos el tratamiento acorde a la clasificación:

- Neumonía grave o enfermedad grave
- Neumonía
- Sin neumonía

NEUMONÍA GRAVE

- Administrar antibiótico (primera dosis de penicilina procainica 2.5 ml o cloranfenicol 1 ml) IM para niños que ameriten transferencia y no tolerar un antibiótico vía oral.
- Referir inmediatamente al niño a una casa de salud de mayor complejidad, en caso de no poder realizar la referencia se usara el siguiente tratamiento:
- Colocar el antibiótico (penicilina procainica) vía IM cada 24 horas durante 7 días.
- Si se utiliza cloranfenicol, colocar vía intramuscular cada 6 horas durante 7 días.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO ANTE UNA REFERENCIA:

- ❖ Niño de entre 6-.12 meses.
- ❖ Signos de alarma como: mal estado general, alteración de la conciencia, convulsiones, deshidratación, sepsis, cianosis, hipoxemia (saturación de oxígeno < 92%)
- ❖ Enfermedades adyacentes como: displasia, fibrosis quística, desnutrición, inmunodeficiencia.

- ❖ Posibles complicaciones pulmonares: derrame pleural, neumatocele, absceso, neumotórax.
- ❖ Marcada dificultad respiratoria.
- ❖ Intolerancia oral/digestiva del tratamiento.
- ❖ Recurrencia de neumonía
- ❖ Núcleo familiar de alto riesgo social.

NEUMONÍA

Administrar antibiótico oral de primera elección como es el: cotrimoxazol 5ml o 2 comprimidos 2 veces al día

SIN NEUMONÍA

- No necesita tratamiento con antibióticos de primera elección.
- Se realiza educación en base a recomendaciones y cuidados dentro del hogar.
- Enseñanza de los signos de alarma para su regreso a la casa de salud.
- Se indicara que se le realizaran visitas domiciliarias.

CRISIS CONVULSIVAS

La crisis convulsiva denominada también como un fenómeno paroxístico (brusco y violenta) es una descarga sincrónica ocasional e involuntario de un grupo neuronal, la misma induce a una posible alteración de la conciencia, movimientos anormales o fenómenos autonómicos (cianosis o bradicardia), dependiendo su localización se manifiesta con síntomas:

- Motores
- Sensitivos
- Autonómicos o carácter psíquico con o sin pérdida de conciencia.

ETAPAS DE LAS CRISIS CONVULSIVAS

Primera etapa.- denominada también status temprano dura aproximadamente de 0 a 10 minutos. Medidas generales

Segunda etapa: dura aproximadamente menos de 30 minutos. Medidas generales y medicación antiepiléptica.

Tercera etapa: denominada status establecido dura aprox. 30 a 60 minutos. Informar a terapia intensiva.

Cuarta etapa.- denominada status refractario dura aprox. 60 a 90 minutos. Ingreso a terapia intensiva.

CLASIFICACIÓN

Dentro de las crisis convulsivas encontramos:

Convulsiones sintomáticas.- estas se desencadenan por un estímulo transitorio que afecta a la actividad cerebral estas pueden ser originadas por:

- Hipoglucemia
- Traumatismos
- Fiebre
- Infección del sistema nervioso central.

Convulsiones de carácter idiopático.- no existe relación temporal con algún estímulo conocido, al ser de manera recurrente toma el nombre de epilepsia.

Convulsiones parciales (de comienzo focal).- resulta de una lesión cortical focal debido a una activación neuronal inicial de una parte del hemisferio cerebral no altera el nivel de conciencia y se acompaña de una mirada fija.

Convulsiones generalizadas (bilateralmente simétricas).- se origina en todo el córtex y el diencefalo, indican compromiso de hemisférico bilateral, cursan con pérdida de conciencia y dos fases una tónica=rigidez y clónica =movimientos sincrónicos y repetidos.

Estas se subdividen en:

- Típica - Tónicas
- Atípica -Tónico-clónicas
- Mioclónicas - Atónicas
- Clónicas

Convulsiones inclasificables.- estas no pueden ser clasificadas por información inadecuada, ejemplo convulsiones neonatales.

Convulsiones misceláneas.- convulsiones concurrentes en diversas circunstancias y provocadas por factores no sensoriales: cansancio, alcohol o emociones.

FISIOPATOLOGÍA

La descarga eléctrica repetida tiene lugar como consecuencia del desequilibrio entre los neurotransmisores excitatorios (glutamato, aspartato, acetilcolina) y los neurotransmisores inhibitorios (GABA), determinando un incremento del calcio intracelular y desencadenando una serie de reacciones que causarán la rotura de la membrana celular, la inhibición de la síntesis proteica y en definitiva la necrosis celular, afectando áreas cerebrales como el hipocampo, los núcleos de la base, el cerebelo y las capas medias del córtex.

Como respuesta a la descarga de aminas aumenta la presión arterial sistémica y el gasto cardíaco, aumenta el flujo cerebral precipitando a un fallo cardíaco y facilitando la presencia de arritmias ventriculares.

A nivel pulmonar la estimulación neurovegetativa puede conllevar a la broncoconstricción con una posible broncoaspiración originando la obstrucción de la vía aérea caracterizada por la presencia de apnea que causa una contracción diafragmática sostenida teniendo como resultado final una hipoxemia y una acidosis respiratoria. La disfunción hipotalámica y la contracción muscular origina una hipertermia severa, de incluso 40° C.

ETIOLOGÍA

- Hipertermia
- Infección sistémica o malformaciones del sistema nervioso central
- Alteraciones hidroelectrolíticas
- Intoxicaciones
- Epilepsia
- Encefalopatía hipóxico-isquémica
- Déficit de piridoxina
- Errores congénitos del metabolismo
- Hemorragia cerebral

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

AMNAMESIS

- ¿Dónde se encontraba el niño en el momento de la convulsión?
- ¿Hubo desviación de la mirada, cianosis, salivación, incontinencia de esfínteres?
- ¿Cuándo y a qué edad las crisis comenzaron?
- ¿Desde su comienzo, se han presentado en forma irregular o continua?
- ¿Cuán frecuentes son y cuánto duran?
- ¿Hay alguien en la familia que tenga algo parecido?

En los neonatos y en los lactantes es importante investigar la existencia de patología pre y perinatal (prematuridad, sufrimiento fetal, cuadros de hipoxia-isquemia) o cuadros que puedan producir alteraciones metabólicas (hipoglucemia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipocalcemia).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se valora lo siguiente:

- Presión arterial (hipotensión e hipertensión)
- Rasgos faciales no habituales
- Fondo de ojo (edema de papila, hemorragias retinianas, etc.)
- Focalidad neurológica (cefalea progresiva, vómitos, alteraciones oculares, déficits neurológicos)
- Disminución de la perfusión periférica (bradicardia con o sin arritmias)
- Fiebre
- Alteración del patrón respiratorio
- Nivel de fontanela

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ❖ **Estudio metabólico.-** determinar la glucemia, urea, creatinina, calcio, magnesio, sodio, potasio, pH gases bicarbonato, ácido láctico y amoniaco.

- ❖ **Punción lumbar.** -Debe realizarse en todos los niños menores de 12 meses que tienen una convulsión asociada a fiebre.
- ❖ **Tomografía axial computarizada (TAC).**- indicada en niños que presentan: signos de hipertensión intracraneal, focalidad neurológica, crisis parciales.
- ❖ **Niveles sanguíneos de anticonvulsivantes.**- Determinación de tóxicos en sangre. Se hará en caso de sospecha de intoxicación.

TRATAMIENTO

Objetivos:

- Controlar las convulsiones
- Tratar la lesión causal de ser posible y las complicaciones
- Evitar la hipoxemia y la hipercapnea
- Mantener una hemodinamia estable
- Mantener un adecuado equilibrio hidroelectrolítico y ácido básico

Acciones dentro del tratamiento:

- Estabilización de las funciones vitales (ABC): Vía aérea: Mantener en decúbito lateral, aspirar secreciones, colocar cánula oro faríngea.
- Ventilación: Administrar O₂ 100% (mascarilla con reservorio, intubación endotraqueal) Canalizar vía IV. S.
- Extraer sangre para laboratorio (electrolitos, pH, gases, bicarbonato, urea, creatinina y glucosa).
- Administración de medicación anticonvulsiva:

Primera línea (30 minutos primeros):

- Diazepam: 0,3-0,5 mg/kg/dosis i.v., se inicia con 0,3 y se incrementa cada 10 minutos sin pasar de 15 mg como dosis máxima.
- Fenitoina: 10-15-20 mg/kg/dosis i.v. a < 50 mg/min., como mantenimiento de 5 a 10 mg/kg/día dividido en dosis cada 8- 12 horas.

Segunda línea (30-60 minutos):

- Fenobarbital sódico: 20 mg/kg/dosis sin pasar de 1 gramo. Es la droga de elección en el recién nacido

Tercera línea (más de 1 hora):

- Thiopental sódico: dosis inicial de 3 a 5 mg/kg/dosis y mantener a 25 - 50 mcg/kg/min.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos, J., Borja, M., & Suarez, A. (2013). Amir Enfermeria. En J. Campos, M. Borja, A. Suarez, V. Arreo, E. Franco, & J. Aso, *Amir Enfermeria* (págs. 617-625). España : Marban Libros.

Conde, S., & Isel, Z. (22 de Mayo de 2012). *Monografias- Calidad en los Servicios de Salud*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2015, de Monografias- Calidad en los Servicios de Salud.

Crespo, M. (2008). Manual del Residente de Pediatría y sus Areas Especificas-Volumen 1. En M. Crespo, *Manual del Residente de Pediatría y sus Areas Especificas-Volumen 1* (págs. 188-193). España: Ediciones Norma

Dra.Solano, M., & Dr.Soto, M. (2009). Manejo practico de las neumonias en niños. *Scielo*, 9-13.

Dr.Mesa, T. (18 de Marzo de 2012). *Escuela de Medicina -Convulsiones en el Niño*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2015, de Escuela de Medicina -Convulsiones en el Niño: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/convulsiones.html>

Escuela de Enfermeria Hospital Universitario de Bellvitge-Barcelona. (24 de Octubre de 2012). *Crisis Convulsiva y Actuacion de Enfermeria*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2015, de Crisis Convulsiva y Actuacion de Enfermeria: <http://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/EliceoFelipe.pdf>.

Gobierno Federal. (2011). Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Niños. *Guía de Referencia Rápida*, 1-13.

RESULTADOS

ANÁLISIS SITUACIONAL DEL PACIENTE

Paciente pediátrico de género femenino de 3 meses 11 días de edad, situación económica media, procede y reside en el cantón Guano -San Andrés barrio Miraflores, vive con sus progenitores y su tía, se encuentra bajo el cuidado de su madre, se percibe una regular relación familiar.

El 13 de Septiembre del 2015 ingresa al servicio de pediatría del Hospital Provincial General Docente de Riobamba con un diagnóstico médico de Neumonía+ Crisis Convulsivas, madre refirió que hace más o menos 2 semanas presenta congestión nasal más tos sin movilización de secreciones, con alza térmica 38,5 °C hace aproximadamente 7 horas no contralada, dificultad respiratoria 56 por minuto y movimientos involuntarios con desviación ocular hacia los costados y sialorrea abundante. Se plantea un plan de cuidados de enfermería mediante la valoración de Patrones Funcionales de Marjory Gordon para efectuarlos de forma jerarquizada y cubrir las necesidades de la niña de forma priorizada, los diagnósticos encontrados durante la valoración fueron: **limpieza ineficaz de vías aéreas** con actividades de oxigenoterapia-monitorización respiratoria-manejo de las vías aéreas y fisioterapia respiratoria se llegó a la permeabilidad de vías aéreas , **hipertermia** con actividades de aplicación de medios físicos , administración de medicación antipirética se llegó a una adecuada termorregulación , **interrupción de la lactancia materna** con actividades de manejo de líquidos y electrolitos y terapia intravenosa se llegó a una adecuada hidratación hasta que inicie su alimentación, **ansiedad (de los padres)** con actividades de disminución de la ansiedad y aumento en el afrontamiento de la situación se llegó a un nivel de ansiedad optimo, **riesgo de aspiración** con actividades de aspiración de las vías aéreas y precauciones para evitar la aspiración se logró el control de riesgo evitando un episodio de aspiración y **riesgo de infección** con actividades de control y protección se logró un control de riesgo de infección por la presencia del catéter intravenoso y catéter nasal.

Mediante el seguimiento domiciliario realizado a la paciente después del egreso hospitalario, se identificaron diferentes problemas satisfaciendo las necesidades

encontradas en la valoración adaptada al Modelo de Interacción Padre-Hijo de Kathryn E. Barnard previo a su ejecución se obtuvieron varios diagnósticos de Enfermería tales como: **disposición para mejorar la lactancia materna** para lo cual se efectuó un plan educativo con el tema lactancia materna e intervenciones de asesoramiento y ayuda en la lactancia se logró la profundización de conocimientos de la madre, **conocimientos deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)** tales como actividades de higiene de la lactante, hogar , actuación frente a una nueva crisis convulsiva y la técnica correcta de la toma de temperatura corporal, efectuándose exposiciones con temas relacionados a los problemas encontrados así como intervenciones de enseñanza y fomento de su rol se logró la facilitación de aprendizaje y por ende un adecuado manejo de la niña, **disposición para mejorar la gestión de la salud (madre)** brindado información sobre inmunizaciones en la paciente.

Para la elaboración del caso y la ejecución de las intervenciones de enfermería se contó con la participación activa y autorización de los padres.

Se planteó y se ejecutó los planes educativos en conjunto con las intervenciones relacionados en la satisfacción de necesidades intra y extra hospitalarias y disminución de los problemas identificados.

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



VALORACIÓN INTRAHOSPITALARIA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDÓN

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del niño	J.L	Edad	3 meses 11 días	Sexo	Femenino
Fecha de nacimiento	02-06-2015	Lugar de residencia	Guano San Andrés- Miraflores		
Unidad de salud	Hospital Provincial General Docente de Riobamba	N° de H.CI	231938		
Fecha de ingreso hospitalización	13-09-2015	Fecha de egreso hospitalario	20-09-2015		
Persona responsable del menor	Ana Yépez (madre)	Teléfono:	0986267068		
Diagnóstico clínico: Neumonía+ Síndrome Convulsivo					

Fuente:(Aguilar M. J., 2003).

Elaborado por: Johanna Guapulema

Revisado por: Lic. Verónica Quenorán

TRATAMIENTO DE LA NIÑA QUE SIGUE EN LA ACTUALIDAD:

Medicamento	Dosificación	Última dosis	Frecuencia
Dextrosa en Agua al 5% en Solución Salina+ 10cc de Sodio+10cc de Potasio	1000 cc	17-09-2015	
Ampicilina	100 mg.	17-09-2015	C/6 horas
Fenitoina I.V	8 mg+20cc de Solución Salina	17-09-2015	C/12 horas
Diazepam	1 mg en 3cc de Solución Salina	15-09-2015	2 ocasiones

Acetaminofén	40 mg	18-09-2015	C/8 horas
Fenitoina V.O	15 mg	20-09-2015	Hora sueño medicación enviada al domicilio

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD

VALORACIÓN:

- **Antecedentes personales:** nacimiento por cesárea por presentación podálica y depresión neonatal a término, crisis convulsivas.
- **Antecedentes familiares:** Ninguno
- **Factores genéticos:** No presenta
- **Hábitos Tóxicos de la familia:** alcohol por parte del padre.
- **Características del alta:** Paciente egresa el 20 de Septiembre del 2015 en buenas condiciones, lleva medicación a casa (fenitoina 15 mg. V.O hora sueño sin indicación de días hasta próxima consulta).

EXÁMEN FÍSICO		
Cabeza	Piel	Caliente, pálida, diaforética, elasticidad conservada, cianosis distal.(manos y pies)
	Cuero cabelludo	Cabeza normocefálico, fontanela anterior tensa, cabello en mínima cantidad de color negro y de textura fina.
	Ojos, nariz, orejas	Conjuntivas normales, pupilas isocóricas reactivas a la luz, función visual normal, pabellón auricular de implantación normal, conducto auditivo externo permeable, fosas nasales congestivas, se observa secreciones densas de color blanquecinas, presencia de bigotera saturado 95% con 1 litro de oxígeno.
	Boca y garganta	Mucosas orales semihúmedas, no presenta reflejo de succión.
	Cuello	Móvil, sin evidencia de adenopatías.
Tronco	Tórax	Tórax simétrico, expansible, corazón rítmico, pulmones poco ventilados, murmullo vesicular disminuido, se observa ligeras retracciones

		intercostales, se ausculta estertores en ambos campos pulmonares, frecuencia respiratoria de 56 respiraciones por minuto (frecuencia respiratoria normal 30-50 rpm) frecuencia cardiaca de 148 latidos por minuto (frecuencia cardiaca normal 100-130) temperatura de 38.5 °C.
	Abdomen	Peso: 5,4 Kg. Talla: 59 cm. Peso ideal: 6 kg (normo peso). Abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.
	Pelvis	Genitales labios mayores y menores simétricos, diuresis espontánea en volúmenes variables.
Extremidades	Superiores	Simétricos con tono, fuerza y movilidad conservada, vía periferia permeable.
	Inferiores	Simétricos con tono, fuerza y movilidad conservada.

Fuente: (Aguilar Cordero, 2003).

Elaborado por: Johanna Guapulema

Revisado por: Lic. Verónica Quenorán

PATRÓN 2: NUTRICIONAL METABÓLICO-HIDRATACIÓN TEGUMENTARIO

VALORACIÓN:

Peso	5,4 Kg	Talla	59 cm	Peso Ideal	Peso kg= 3 meses x 0,5 +4,5= 6 kg	Contextura	Normal
Perímetro cefálico:	38 cm		Tipo de alimentación:	Nada por vía oral por un día Luego leche materna			
Nº de comidas:	Libre demanda						
Alteraciones digestivas:	No presenta reflejo de succión		Higiene bucal:				
Estado de las mucosas y de la piel: cianosis distal (manos y pies), mucosas semihumedas.							
Turgencia:		Enrojecimiento:		Prurito:			
Sudoración:	X	Sequedad:		Dermatitis:			
Vías canalizadas: Miembro superior izquierdo, vía periférica permeable con Dextrosa en Agua al 5% en Solución Salina+ 10cc de Sodio+10cc de Potasio 1000cc							

Fuente: (Aguilar M. J., 2003).

Elaborado por: Johanna Guapulema

Revisado por: Lic. Verónica Quenorán

PATRÓN 3: RESPIRACIÓN CIRCULACIÓN

VALORACIÓN:

Frecuencia respiratoria:	56 x´	Apoyo ventilatorio:	No	Administración de oxígeno:	Si por cánula nasal a 1 litro.
Frecuencia cardiaca:	148 latidos por minuto.	Tensión arterial:	92/30mm mHg	Temperatura:	38.5 °C
Secreciones:	En abundante cantidad de características densas y de color blanquecino	Tos:	Esporádica	Saturación de Oxígeno:	85% ambiente 92% con oxígeno
Edema:	Palpebral:		Miembros inferiores:		Miembros superiores
Hemorragias:	Intracraneal		Digestivas		Melenas

Fuente: (Aguilar M. J., 2003).

Elaborado por: Johanna Guapulema

Revisado por: Lic. Verónica Quenorán

PATRÓN 4: ELIMINACIÓN

VALORACIÓN:

Exámenes de laboratorio:	BIOMETRÍA HEMÁTICA		
		Resultado	Valor de referencia
	Linfocitos %	48.5%	20-45%
QUÍMICA SANGUÍNEA			
Creatinina	0.5 mg/dl	0.6-1.3 mg/dl	
Glucosa	68 mg/dl 13/09/2015 53 mg/dl 16/09/2015	74-106 mg/dl	
Calcio en suero	3.9 mg/dl	8.2-10.2 mg/dl	
Potasio en suero	2.7 mg/dl	3.1-5.1 mg/dl	
Sodio en suero	130 mg/dl	135-14 mg/dl	

Radiografías	Rx de tórax: presencia de infiltraciones en campos pulmonares Ecografía transfontanelar: parénquima cerebral sin presencia de lesiones focales.
Eliminación intestinal	Presente de características blandas, no hay problemas con su olor.
Tolerancia gástrica	Disminuida no existe reflejo de succión y no prueba tolerancia.
Secreciones nasales	En abundante cantidad de características densas de color blanquecinas.
Secreciones oculares	Ninguna
Abdomen	Abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, con ruidos hidroaéreos presentes.
Balance hídrico	Positivo debido a que la ingesta es superior a la eliminación sin sobrepasar los 20cc.

Fuente: (Aguilar M. J., 2003).

Elaborado por: Johanna Guapulema

Revisado por: Lic. Verónica Quenorán

PATRÓN 5: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

VALORACIÓN:

Escolaridad	No	Discapacidad	No	Limitaciones	No
Caídas	No	Equilibrio y marcha	Si		
Adquisición de hábitos, valoración de hiperactividad					
Actividad muscular:	Escasa	Llanto:	Débil		
Camina:	No	Gateo:	No		
Postura:	En brazos de la madre.	Estado de alerta:	No		
Reconoce a sus familiares:	Si	Gira la cabeza con dirección a los sonidos:	No		
Controla los movimientos de las manos (abre-cierra):	Si	Sostiene objetos con firmeza entre sus manos:	Si		
Comunicación: Llanto		Observación: cada parámetro evaluado disminuye después de un episodio convulsivo.			

Fuente: (Aguilar M. J., 2003).

Elaborado por: Johanna Guapulema

Revisado por: Lic. Verónica Quenorán

PATRÓN 6: SUEÑO DESCANSO

VALORACIÓN:

Patrón habitual de sueño/descanso:					
Horas noche	7 horas	Sueños diurno	3 a 4 horas	Fácil despertar	Si
Trastornos del sueño- Imposibilidad para dormir: Si					
Ayudas para dormir: Arrullamiento					
Observación: Después de cada convulsión la niña presente un estado somnoliento y sueño profundo.					

Fuente: (Aguilar M. J., 2003).

Elaborado por: Johanna Guapulema

Revisado por: Lic. Verónica Quenorán

PATRÓN 7: COGNITIVO. PERCEPTUAL

VALORACIÓN:

Nivel de conciencia:	Orientado		Alerta		Irritable	X
Movimientos anormales:	Convulsiones: Si		Vértigo: No			
Pupilas: isocóricas			Reactivas a luz: Si			
Dolor: No			Lenguaje: Llanto			
Observación: La niña durante la estadía en el hospital convulsiono por tres ocasiones las mismas de características tónico-clónicas generalizadas a pesar del cese de la temperatura, la última convulsión con una duración de 5-10 minutos aproximadamente, para lo cual se administra Diazepam 1 miligramos en 3 mililitros de Solución Salina.						

Fuente: (Aguilar M. J., 2003).

Elaborado por: Johanna Guapulema

Revisado por: Lic. Verónica Quenorán

PATRÓN 8: RELACIONES FAMILIARES

VALORACIÓN:

Tipo de unidad familiar:	Normal
Vivienda:	Arriendo, en condiciones desfavorables para el crecimiento y desarrollo de la niña.
Situación laboral de los padres:	Son de recursos limitados
Sistemas de apoyo:	La familia.
Preocupación familiar en relación con el niño:	Si

Números de hermanos:	Ninguna
Relación familiar:	Regular

Fuente: (Aguilar M. J., 2003).
Elaborado por: Johanna Guapulema
Revisado por: Lic. Verónica Quenorán

PATRÓN 9: ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

VALORACIÓN:

Comportamiento del niño frente a las situaciones de estrés:	Llanto
Grupo de apoyo de utilidad:	La familia
Medicamentos administrados para tranquilizarlo:	Ninguno
Relaciones familiares estresantes:	Ansiedad, preocupación y miedo

Fuente: (Aguilar M. J., 2003).
Elaborado por: Johanna Guapulema
Revisado por: Lic. Verónica Quenorán

PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS

VALORACIÓN:

Tipo de religión católica	Católico
Costumbres étnicas y culturales de los padres:	No refiere
Sufrimiento espiritual:	No refiere
Creencias:	Que es un castigo enviado por Dios.

Fuente: (Aguilar M. J., 2003).
Elaborado por: Johanna Guapulema
Revisado por: Lic. Verónica Quenorán

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Diagnósticos intrahospitalarios:

1. Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C: mucosidad excesiva, retención de secreciones e infección (Neumonía) M/P: sonidos respiratorios adventicios (estertores en ambos campos pulmonares), cianosis distal (manos y pies), tos inefectiva, cambios

en la frecuencia respiratorio (56 x´), aleteo nasal, taquicardia (148x´), disminución de la saturación de oxígeno (85%) y retracciones intercostales.

2. Hipertermia R/C enfermedad (neumonía). M/P: aumento de la temperatura corporal (38.5°C), piel caliente al tacto, taquicardia (148x´) y diaforesis.
3. Interrupción de la lactancia materna. R/C: restricción de la alimentación y reflejo de succión débil o ausente. S/A: Neumonía. M/P: llanto del lactante, succión del pecho no mantenida y proceso de amamantamiento insatisfactorio (presencia de vía venosa).
4. Ansiedad (de los padres). R/C: Cambios en el estado de salud del niño. M/P: Expresión de preocupaciones debido a cambios en acontecimientos vitales del niño.
5. Riesgo de aspiración R/C: disminución del nivel de conciencia (secundario a crisis convulsivas).
6. Riesgo de infección. R/C: rotura de la piel (presencia de catéter intravenoso y catéter nasal).

PLANIFICACIÓN:

DIAGNÓSTICOS

INTRAHOSPITALARIOS

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PROCESO ENFERMERO EN PACIENTE PEDIATRICO CON NEUMONIA Y CRISIS CONVULSIVA (intrahospitalaria)					
Segundo	M. General	Pediatría	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
DOMINIO: 11. Seguridad/Protección CLASE: 2. Lesión física CÓDIGO DEL DX: 00031			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
						Días de Seguimiento	Mantener	Aumentar
Limpieza ineficaz de vías aéreas (Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.) R/C: mucosidad excesiva retención de secreciones e infección (Neumonía) M/P: sonidos respiratorios adventicios (estertores en ambos campos pulmonares), cianosis distal (manos y pies), tos inefectiva, cambios en la frecuencia respiratorio (56 x´), aleteo nasal, taquicardia (148x´), disminución de la saturación de oxígeno (85%) y retracciones intercostales.			Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar (E) Resultado: (0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.	(041006) Movilización de secreciones nasales (040211) Saturación de oxígeno (040301) Frecuencia respiratoria	Gravemente Comprometido a No comprometido: 1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	1	1	5
						2	1	5
						3	2	5
						4	3	5
						5	4	5
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)								
Clase:	K. Control Respiratorio	Campo:	2. Fisiológico: Complejo	Clase:	K. Control Respiratorio	Campo:	2. Fisiológico: Complejo	
INTERVENCION INDEPENDIENTE: Manejo de las vías aéreas (3140)				INTERVENCION DEPENDIENTE: Fisioterapia respiratoria (3230)				
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		
Colocar al paciente en la posición (semifowler) que le permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.		Favorece la inspiración permitiendo que el aire descienda por la tráquea con facilidad, lo cual permite que los alveolos se abran y se cierren sin dificultad al adoptar una respiración normal gracias a esta posición		Determinar el o los segmentos pulmonares que necesitan ser drenados (mediante la auscultación) en la niña.		Facilita la eliminación de las secreciones traqueobronquiales y secundario a eso disminuye la resistencia de la vía aérea, reduciendo el trabajo respiratorio y mejorando la ventilación pulmonar en una neumonía en fase de resolución cuando la tos es inefectiva.		

Realizar fisioterapia torácica (tapotaje) en la niña.	Ayuda a la eliminación de secreciones previamente adheridas en los pulmones y que el paciente no es capaz de eliminarlas por sí mismo.		
Eliminar las secreciones fomentando la limpieza de fosas nasales.	Mantiene la permeabilidad de las vías.		
Vigilar el estado respiratorio y oxigenación (a través del pulsímetro)	Valora si el oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos es el suficiente, la luz emitida calcula el porcentaje de oxihemoglobina valorando la correlación entre la saturación de oxígeno y la PaO2.		
Auscultar sonidos respiratorios determinar si hay sonidos adventicios.	Valora si las secreciones en su mayoría están siendo aspiradas originado ruidos respiratorios no contemplados dentro de lo normal.		
INTERVENCION INDEPENDIENTE: Oxigenoterapia (3320)		INTERVENCION INDEPENDIENTE: Monitorización respiratoria (3350)	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Administrar oxígeno suplementario según amerite después de la valoración (paciente que satura con al ambiente 85%)	Aumenta el aporte de oxígeno a nivel plasmático y tisular utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial, la cantidad de oxígeno gas inspirado debe lograr la presión parcial en el alveolo alcanzando niveles suficientes para saturar completamente la hemoglobina.	Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones (movimiento torácico y utilización de músculos accesorios.)	Determina la necesidad de oxígeno del paciente para cubrir las necesidades del mismo, establece el tipo de respiración y qué tipo de musculatura auxiliar utiliza e identifica la presencia de tiraje o retracciones mediante la utilización del Test de Silverman, que valora quejido respiratorio, respiración nasal, retracción costal y esternal y concordancia toroco-abdominal. Otra a escala a utilizarse es la Score Downes que valora sibilancias, tiraje, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, entrada de aire y cianosis.
Colocar la cánula nasal a la niña a 1 litro por minuto.	Administran una parte del volumen de oxígeno requerido, permitiendo que la parte faltante la inspire la paciente del medio ambiente, este dispositivo se	Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire	Determina las situaciones que aumenta la demanda de oxígeno

	encuentran en sistemas de bajo flujo proporcionando una FiO2 estable y predecible, proporciona concentraciones de 24-40%.		
Anotar los cambios de la saturación de oxígeno.	Valora si el resultado del volumen fluctuante de sangre arterial es adecuado mientras recibe oxígeno suplementario.		
Elaboró:	Johanna Nataly Guapulema Llongo	Docente:	Lcda. Verónica Quenorán
		Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1	DÍA 2
S	Cuidadora manifiesta que la niña respira muy rápido y de forma agitada que hay momentos en lo que se ahoga y que su nariz se encuentra taponada.	Cuidadora manifiesta que la niña respira muy rápido y de forma agitada que hay momentos en lo que se ahoga.
O	Paciente con facies pálidas, fosas nasales congestionadas, se observa aleteo nasal marcado, frecuencia respiratoria 56 x', saturación de oxígeno 85% al ambiente, se observa cianosis distal marcada, retracciones intercostales, secreciones densas de color blanquecinas en abundante cantidad, tos inefectiva y se ausculta estertores en ambos campos pulmonares.	Paciente con facies pálidas, fosas nasales congestionadas, se observa un ligero aleteo nasal , frecuencia respiratoria 48x' , saturación de oxígeno 88% con 1 litro de oxígeno a través de cánula nasal, se observa cianosis distal marcada, retracciones intercostales, secreciones densas de color blanquecinas en abundante cantidad, tos inefectiva y se ausculta estertores en ambos campos pulmonares.
A	Limpieza ineficaz de vías aéreas: R/C: mucosidad excesiva retención de secreciones e infección (Neumonía) .M/P: sonidos respiratorios adventicios (estertores en ambos campos pulmonares), cianosis distal (manos y pies), tos inefectiva, cambios en la frecuencia respiratorio (56 x'), aleteo nasal, taquicardia (148x'), disminución de la saturación de oxígeno (85%) y retracciones intercostales.	Limpieza ineficaz de vías aéreas: R/C: mucosidad excesiva retención de secreciones e infección (Neumonía) .M/P: sonidos respiratorios adventicios (estertores en ambos campos pulmonares), cianosis distal (manos y pies), tos inefectiva, cambios en la frecuencia respiratorio (56x'), aleteo nasal, taquicardia (148x'), disminución de la saturación de oxígeno (85%) y retracciones intercostales.
P	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.
I	<ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapia • Monitorización respiratoria • Manejo de las vías aéreas • Fisioterapia respiratoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapia • Monitorización respiratoria • Manejo de las vías aéreas • Fisioterapia respiratoria.

E	<ul style="list-style-type: none"> • Saturación de oxígeno. Se encuentra en una escala de 1: gravemente y se desea aumentar hasta a 2: sustancialmente. • Frecuencia respiratoria Se encuentra en una escala de 1: gravemente y se desea aumentar hasta a 2: sustancialmente. • Facilidad respiratoria Se encuentra en 1: gravemente y se desea aumentar a 2: sustancialmente • Movilización de secreciones nasales Se encuentra en 1: gravemente y se desea aumentar a 2: sustancialmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Saturación de oxígeno. Se reduce de 1: gravemente a 2: sustancialmente. • Frecuencia respiratoria Se reduce de 1: gravemente a 2: sustancialmente • Facilidad respiratoria Se encuentra en 1: gravemente y se desea aumentar a 2: sustancialmente • Movilización de secreciones nasales Se encuentra en 1: gravemente y se desea aumentar a 2: sustancialmente
----------	--	---

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 3	DÍA 4
S	Cuidadora manifiesta que la niña respira de mejor manera lentamente que ya no observa fatiga y que los episodios de ahogamiento han disminuido que ya no escucha con facilidad el taponamiento de la nariz.	Cuidadora manifiesta que la niña respira de mejor manera lentamente que ya no observa fatiga ni episodios de ahogamiento, que no escucha taponada su nariz.
O	Paciente con facies pálidas, fosas nasales poco congestionadas, el aleteo nasal es mínimo , frecuencia respiratoria 40 x' , saturación de oxígeno 88-90% con 1 litro de oxígeno a través de cánula nasal, se observa cianosis distal en los episodios de ahogamiento, retracciones intercostales ligeras, secreciones densas de color blanquecinas en poca cantidad, tos esporádica y se ausculta estertores en ambos campos pulmonares poco audibles.	Paciente con facies rosadas, fosas nasales no congestionadas, no se observa aleteo nasal , frecuencia respiratoria 36 x' , saturación de oxígeno 92-94% con ½ litro de oxígeno a través de cánula nasal, no se observa cianosis, la retracciones intercostales no persisten , se observa secreciones líquidas de color amarillentas en mínima cantidad, tos efectiva, no se ausculta estertores en campos pulmonares.
A	Limpieza ineficaz de vías aéreas: R/C: mucosidad excesiva retención de secreciones e infección (Neumonía) .M/P: sonidos respiratorios adventicios (estertores en ambos campos pulmonares), cianosis distal (manos y pies), tos inefectiva, cambios en la frecuencia respiratorio (56 x'), aleteo nasal, taquicardia (148x'), disminución de la saturación de oxígeno (85%) y retracciones intercostales.	Limpieza ineficaz de vías aéreas: R/C: mucosidad excesiva retención de secreciones e infección (Neumonía) .M/P: sonidos respiratorios adventicios (estertores en ambos campos pulmonares), cianosis distal (manos y pies), tos inefectiva, cambios en la frecuencia respiratorio (56 x'), aleteo nasal, taquicardia (148x'), disminución de la saturación de oxígeno (85%) y retracciones intercostales.
P	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.
I	<ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapia • Monitorización respiratoria • Manejo de las vías aéreas • Fisioterapia respiratoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapia • Monitorización respiratoria • Manejo de las vías aéreas • Fisioterapia respiratoria.

E	<ul style="list-style-type: none"> • Saturación de oxígeno. Se reduce de 2: sustancialmente a 3: moderadamente. • Frecuencia respiratoria Se reduce de 2: sustancialmente a 3: moderadamente. • Facilidad respiratoria Se redujo a 2: sustancialmente y se desea aumentar a 3: moderadamente. • Movilización de secreciones nasales Se redujo a 2: sustancialmente y se desea aumentar a 3: moderadamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Saturación de oxígeno. Se reduce de 3: moderadamente a 4: levemente. • Frecuencia respiratoria Se reduce de 3: moderadamente a 4: levemente. • Facilidad respiratoria Se redujo a 3: moderadamente y se desea aumentar a 4: levemente. • Movilización de secreciones nasales Se redujo a 3: moderadamente y se desea aumentar a 4: levemente.
----------	---	--

	DÍA 5	
S	Cuidadora manifiesta que la niña respira de mejor manera lentamente que ya no observa fatiga ni episodios de ahogamiento y que su nariz ya no se encuentra taponada y descansa mejor si esa manguerita (cánula nasal)	
O	Paciente con facies rosadas, fosas nasales no congestionadas, no se observa aleteo nasal , frecuencia respiratoria 34 x' , se retira cánula nasal saturación de oxígeno 92-93 % ambiente, no se observa cianosis, la retracciones intercostales han desaparecido, no se observa secreciones nasales , reflejo tusígeno presente en ocasiones necesarias y no se ausculta estertores en campos pulmonares.	
A	Limpieza ineficaz de vías aéreas: R/C: mucosidad excesiva retención de secreciones e infección (Neumonía) M/P: sonidos respiratorios adventicios (estertores en ambos campos pulmonares), cianosis distal (manos y pies), tos inefectiva, cambios en la frecuencia respiratorio (56 x'), aleteo nasal, taquicardia (148x'), disminución de la saturación de oxígeno (85%) y retracciones intercostales	
P	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas	
I	<ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapia • Monitorización respiratoria • Manejo de las vías aéreas • Fisioterapia respiratoria. 	
E	<ul style="list-style-type: none"> • Saturación de oxígeno. Se reduce de 4: levemente a 5: no comprometido. • Frecuencia respiratoria Se reduce de 4: levemente a 5: no comprometido • Facilidad respiratoria Se redujo de 4: levemente y se desea aumentar a 5: no comprometido • Movilización de secreciones nasales Se redujo de 4: levemente y se desea aumentar a 5: no comprometida <p>Logrando una buena oxigenación y adecuado patrón respiratorio sin oxígeno suplementario.</p>	

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PROCESO ENFERMERO EN PACIENTE PEDIATRICO CON NEUMONIA Y CRISIS CONVULSIVA (intrahospitalaria)								
Segundo	M. General	Pediatría	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)								
DOMINIO: 11. Seguridad/Protección CLASE: 6. Termorregulación CÓDIGO DEL DX: 00007			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA					
						Días de Seguimiento	Mantener	Aumentar			
Hipertermia (temperatura corporal por encima del rango normal) R/C enfermedad (neumonía). M/P: aumento de la temperatura corporal (38.5°C), piel caliente al tacto, taquicardia (148 x´) y diaforesis.			Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Regulación metabólica (I) Resultado: (0800) Termorregulación	(080001) Temperatura corporal aumentada	Gravemente Comprometido a No comprometido: 1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	1	1	5			
						2	2	5			
						3	3	5			
						4	4	5			
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)											
Clase:	E. Fomento de la comodidad física	Campo:	1. Fisiológico: Básico	Clase:	H. Control de fármacos	Campo:	2. Fisiológico: Complejo				
INTERVENCION INDEPENDIENTE: Aplicación de medios físicos				INTERVENCION DEPENDIENTE: Administración de medicación :antipirética (Acetaminofén) (2300)							
ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO			ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO		
Quitar frazadas o la ropa innecesaria que se encuentre con el paciente ocasionando un ambiente cálido en exceso.			Facilita la regulación de la temperatura corporal a través del sistema de convección transmisión de calor o frio a través de las corrientes de aire.			Acetaminofén (c/8 horas) si la temperatura persiste o por razones necesarias.			Bloquea el pirógeno endógeno en el centro hipotalámico regulador de la temperatura, inhibiendo la síntesis de las prostaglandinas, ocasionando que el calor sea disipado por vasodilatación, aumento del flujo sanguíneo periférico y sudoración.		
Aplicar compresas de agua tibia en las zonas del cuerpo humano más vascularizadas como: abdomen, inglés y axilas.			Existe un sistema de conducción, es decir se transmiten moléculas de mayor temperatura a las zonas aplicadas disminuyendo la velocidad de la circulación de la sangre y aumentando su viscosidad, la transferencia depende de la diferencia de la temperatura y el tiempo de contacto llegando a un 3% de pérdida.			Evaluar la eficacia del antipirético a intervalos regulares después de cada administración, especialmente después de las dosis iniciales, observar señales de signos y síntomas de efectos adversos.			Si el efecto es el adecuado fomenta el bienestar general y el reposo, si se presenta efectos adversos comunicar inmediatamente para el cambio de fármaco y/o dosis.		

Brindar un baño utilizando agua tibia, si persiste una temperatura elevada en la niña.	La temperatura del agua estimula la temperatura cutánea provocando una respuesta hipotalámica más rápida, produciendo así una vasodilatación, esto aumenta el riego sanguíneo de la piel, y provoca así la sudoración y la disminución de la temperatura corporal del paciente llegando a un 20% de pérdida de calor corporal.		
Favorecer a la niña un ambiente refrescante dentro de la habitación.	Produce un sistema de radiación produciendo pérdida de calor en forma de rayos infrarrojos, que son ondas electromagnéticas, es decir, existe un intercambio de energía electromagnética entre el cuerpo y el medio ambiente. La cantidad de radiación emitida varía en relación al gradiente que se establece entre el cuerpo y el medio ambiente, llegando a un 60% de pérdida de calor corporal.		
Proporcionar abundantes líquidos a la paciente con el fin de mantener una adecuada hidratación. (paciente presente diaforesis leve)	Por cada décima de temperatura que sobrepase los 37°C la pérdida de líquidos debido a la sudoración es de 0,6 cc, en una diaforesis leve el total de líquidos perdidos es de 100 cc/hora.		

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)

	DÍA 1	DÍA 2
S	Cuidadora manifiesta que la niña esta irritable, que la toca y la siente caliente, que presenta movimientos bruscos y que sus ojos se van hacia un lado.	Cuidadora manifiesta que la niña esta irritable, que la toca y la siente caliente.
O	Paciente con fascies pálidas, diaforética, piel caliente al tacto, con una temperatura corporal de 38.5°C, frecuencia respiratoria de 56 x', mucosas orales semihumedas, se evidencia convulsiones tónico-clónicas generalizadas con desviación ocular hacia los costados (duración 5 -10 minutos aproximadamente)	Paciente con fascies pálidas, diaforética, piel caliente al tacto, con una temperatura corporal de 37.9°C , frecuencia respiratoria de 48x' , mucosas orales semihumedas, no se evidencia durante todo el día episodios de crisis convulsivas .

A	Hipertermia R/C enfermedad (neumonía). M/P aumento de la temperatura corporal (38.5°C), piel caliente al tacto, taquicardia (148x´) y diaforesis.	Hipertermia R/C enfermedad (neumonía). M/P: aumento de la temperatura corporal (38.5°C), piel caliente al tacto, taquicardia (148x´) y diaforesis.
P	Termorregulación	Termorregulación
I	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de medios físicos • Administración de medicación: antipirética con horario Acetaminofén c/8 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de medios físicos • Administración de medicación: antipirética con horario. Acetaminofén c/8 horas
E	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura cutánea aumentada. Se encuentra en una escala de 1: gravemente y se desea aumentar a 4: levemente. Temperatura corporal de 38,5°C	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura cutánea aumentada. Se encuentra en 2: sustancialmente y se aumenta 3: moderadamente Temperatura corporal de 37,9°C

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 3	DÍA 4
S	Cuidadora manifiesta que al tocarle ya no la siente caliente y que en la mañana nuevamente realiza movimientos bruscos y que después se queda dormida profundamente.	Cuidadora manifiesta que al tocarle ya no la siente caliente y que pasa el día tranquila y en la noche repite los movimientos bruscos.
O	Paciente con fascies rosadas , con una temperatura corporal de 37.5°C , frecuencia respiratoria de 40x´ , mucosas orales húmedas , nuevamente se observa convulsiones tónico-clónicas generalizadas con desviación ocular hacia los costados (duración 5 -10 minutos aproximadamente)	Paciente con fascies rosadas , con una temperatura corporal de 36.8°C , frecuencia respiratoria de 36 x´ , mucosas orales húmedas , persisten las crisis convulsivas . Siendo esta la última durante la estancia en el hospital.
A	Hipertermia R/C enfermedad (neumonía). M/P: aumento de la temperatura corporal (38.5°C), piel caliente al tacto, taquicardia (148x´) y diaforesis.	Hipertermia R/C enfermedad (neumonía). M/P: aumento de la temperatura corporal (38.5°C), piel caliente al tacto, taquicardia (148x´) y diaforesis.
P	Termorregulación	Termorregulación
I	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de medios físicos • Administración de medicación: antipirética PRN 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de medios físicos • Administración de medicación: antipirética PRN
E	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura cutánea aumentada. Se encuentra en 3: moderadamente y se aumenta a 4: levemente. Temperatura corporal 37,5°C	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura cutánea aumentada. Se encuentra en 4: levemente y se aumenta a 5 : no comprometido Temperatura corporal 36,8°C

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PROCESO ENFERMERO EN PACIENTE PEDIATRICO CON NEUMONIA Y CRISIS CONVULSIVA (intra-hospitalaria)					
Segundo	M. General	Pediatría	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
DOMINIO: 7. Rol /Relaciones CLASE: 1. Roles de Cuidador CÓDIGO DEL DX: 00105			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
						Días de Seguimiento	Mantener	Aumentar
Interrupción de la lactancia materna (Interrupción de la continuidad del proceso de la lactancia materna debido a la incapacidad o inconveniencia de poner al bebe al pecho.) R/C: restricción de la alimentación y reflejo de succión débil o ausente. S/A: enfermedad del lactante (neumonía) M/P: llanto del lactante y proceso de amamantamiento insatisfactorio (presencia de vía venosa y cánula nasal)			Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Líquidos y electrolitos (G) Resultado: (0602) Hidratación	(060202) Membranas mucosas húmedas. (060215) Ingesta adecuada de líquidos	Gravemente Comprometido a No comprometido: 1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	1	1	3
						2	3	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)								
Clase:	N. Control de la perfusión tisular	Campo:	2. Fisiológico: Complejo	Clase:	N. Control de la perfusión tisular	Campo:	2. Fisiológico: Complejo	
INTERVENCION INDEPENDIENTE: Manejo de líquidos y electrolitos (4120)				INTERVENCION INDEPENDIENTE: Terapia intravenosa (4200)				
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		
Revisar los exámenes de laboratorio, en especial valores de electrolitos en suero.		Valores normales aseguran la homeostasis del medio interno para conservar los principios funcionales, una alteración de los mismos da como resultado enfermedades clínicas con sus respectivas consecuencias funcionales.		Canalizar una vía periférica para la infusión de líquidos y electrolitos como medida preventiva en una alteración funcional.		La infusión de líquidos y electrolitos por vía intravenosa posee una absorción más rápida debido a que pasan directamente al líquido extracelular y los mecanismos homeostáticos corporales actúan rápidamente para impedir que el líquido introducido produzca cambios en el volumen o concentración de electrolitos.		

Administrar líquidos por vía intravenosa: solución salina +sodio y potasio. Paciente con alteraciones en los valores de sodio 2.7 mg/dl y potasio 130 mg/dl	La solución salina al contener sodio se iguala al sodio en la sangre, los electrolitos son sustancias que al asociarse con la solución se convierten en iones que interactúan con iones de hidrogeno para contribuir en el: metabolismo, regulación de líquidos y el balance acido-base.	Seleccionar la zona en donde se introducirá el dispositivo intravenoso, en este caso por ser una paciente pediátrica se le coloca en el dorso de la mano.	La colocación en esta zona tiene la ventaja de que daña mínimamente el árbol vascular, pero permite diámetros menores de catéter, limita el movimiento y puede variar el flujo según la posición de la mano.		
Observar signos de toxicidad al administrarse electrolitos, como el sodio y potasio.	Un exceso de los mismos ocasiona sobrecarga circulatoria un signo claro de ello es las crepitaciones pulmonares importante auscultar mientras se encuentren con esta hidratación.	Adquirir una bomba de infusión para la administración de líquidos combinados con electrolitos.	El uso de las bombas de infusión en la administración de líquidos y electrolitos permite un cálculo más preciso y un éxito mayor en el tratamiento, además de determinar la capacidad del ritmo del flujo.		
Valorar función renal de la paciente.	El potasio se administra si el paciente presenta un gasto urinario adecuada, debido a que la eliminación se realiza a través del sistema renal, caso contrario podría existir retención y posible hiperpotasemia.	Instruir a la paciente de las ventajas de la realización de este procedimiento, en este caso la información la recibirá la madre de la niña.	La terapia intravenosa permite conservar y reemplazar reservas corporales de líquidos, electrolitos, vitaminas, proteínas y grasas en la niña que no tiene ingreso adecuado por vía oral		
Abrir un registro de ingesta y excreta el mismo será cerrado en turno de 24 horas.	Permite una valoración adecuada del balance hídrico corporal impidiendo un déficit o una excesiva carga de líquidos, la resta de líquidos que se excretan a los ingeridos determinan el balance hídrico positivo o negativo, balance positivo 250 ml.				
Elaboró:	Johanna Nataly Guapulema Llongo	Docente:	Lcda. Verónica Quenorán	Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)

	DÍA 1	DÍA 2
S	Cuidadora manifiesta no haberle dado de comer a su bebe.	Cuidadora manifiesta que su niña se alimentó pero en poca cantidad que se le es difícil iniciar el amamantamiento.
O	Lactante con restricción de alimentos (nada por vía oral), hipoactivo, mucosas semihúmedas, reflejo de succión débil, glucosa de 53 mg/dl.	Lactante se alimenta de leche materna de forma mínima , no existe restricción de alimentos (nada por vía oral), mucosas húmedas, reflejo de succión adecuado, glucosa 78 mg/dl.
A	Interrupción de la lactancia materna. R/C: restricción de la alimentación y reflejo de succión débil o ausente. S/A: Neumonía. M/P: llanto del lactante, succión del pecho no mantenida y proceso de amamantamiento insatisfactorio (presencia de vía venosa y cánula nasal)	Interrupción de la lactancia materna. R/C: restricción de la alimentación y reflejo de succión débil o ausente. S/A: Neumonía. M/P: llanto del lactante, succión del pecho no mantenida y proceso de amamantamiento insatisfactorio (presencia de vía venosa y cánula nasal)
P	Hidratación	Hidratación
I	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de líquidos y electrolitos • Terapia intravenosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de líquidos y electrolitos • Terapia intravenosa
E	<ul style="list-style-type: none"> • Membranas mucosas húmedas Se encuentra en una escala de 1: gravemente se dese aumentar a 3: moderadamente. • Ingesta adecuada de líquidos Se encuentra en una escala de 1: gravemente se dese aumentar a 3: moderadamente. <p>Lactante en nada por vía oral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Membranas mucosas húmedas Se aumentó 3: moderadamente a 4: levemente. • Ingesta adecuada de líquidos Se aumentó 3: moderadamente a 4: levemente. <p>Lactante que se alimenta de leche materna a libre demanda</p>

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PROCESO ENFERMERO EN PACIENTE PEDIATRICO CON NEUMONIA Y CRISIS CONVULSIVA (intrahospitalaria)					
Segundo	M. General	Pediatría	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
DOMINIO: 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés CLASE: 2. Respuestas de afrontamiento CÓDIGO DEL DX: 00146			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
						Días de Seguimiento	Mantener	Aumentar
Ansiedad (de los padres) (Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza). R/C: Cambios en el estado de salud de la niña. M/P: Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales de la niña.			Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Bienestar psicosocial (M) Resultado: (1211) Nivel de ansiedad	(140204) Busca información para reducir la ansiedad. (140217) Controla la respuesta de ansiedad	Nunca manifestado a constantemente manifestado 1. Nunca 2. Raramente 3. En ocasiones 4. Con frecuencia 5. Constantemente	1	2	5
						2	4	5
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)								
Clase:	T. Fomento de la comodidad	Campo:	3.Conductual	Clase:	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Campo:	3.Conductual	
INTERVENCION INDEPENDIENTE Disminución de la ansiedad (5820)				INTERVENCION INDEPENDIENTE Aumentar el afrontamiento (5230)				
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		
Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.		Disminuye los temores por los tratamientos a los que va ser sometido la niña.		Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.		Opinión favorable en el que la madre de la niña es capaz de actuar de forma correcta en una determinada situación.		
Proporcionar información precisa y concreta sobre las intervenciones de enfermería, sensaciones que experimentara y técnicas que se realizara.		Disminuye la ansiedad innecesaria causada por la exposición a lo desconocido.		Ayudar a la madre a identificar el problema o la situación causante del trastorno.		Ayuda a la madre a sentir seguridad, evitando en lo posible temores y miedos.		
Permanecer con el paciente durante los procedimientos.		Proporciona seguridad a la madre y reduce el miedo.		Demostrar simpatía, calidez y autenticidad durante las conversaciones.		Inclinación afectiva y amistosa con la madre para relacionarse.		

Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.	Permite brindar seguridad de lo que se explica a la madre de la niña. Ayuda para que existe una mejor relación enfermera-paciente (en este caso la madre)	Practicar técnicas de reflexión para facilitar la expresión de preocupaciones.	Disminuye la tensión o las dudas permitiendo confianza y expresión de sus preocupaciones.
Identificar los cambios en los niveles de ansiedad.	Permite reconocer momentos en los que la madre se siente más ansiosa para así desarrollar actividades con el fin de disminuir dicha ansiedad.		
Elaboró:	Johanna Nataly Guapulema Llongo	Docente:	Lcda. Verónica Quenorán
		Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)

	DÍA 1	DÍA 2
S	Cuidadora refiere preocupación por el estado de salud de su niño y miedo de algunas complicaciones que se presenten en el niño	Cuidadora refiere estar más tranquila porque su hija está mejorando.
O	Se evidencia preocupación al manejo, verbalizan miedo y temor.	Se evidencia a la madre más tranquila no verbaliza miedo alguno.
A	Ansiedad (de los padres) R/C: Cambios en el estado de salud del niño. M/P: Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales del niño.	Ansiedad (de los padres) R/C: Cambios en el estado de salud del niño. M/P: Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales del niño.
P	Nivel de ansiedad	Nivel de ansiedad
I	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la ansiedad • Aumentar el afrontamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la ansiedad • Aumentar el afrontamiento
E	<ul style="list-style-type: none"> • Busca información para controlar la ansiedad 2: Raramente demostrado a 3: en ocasiones demostrado • Controla la respuesta de ansiedad 2: Raramente demostrado a 3: en ocasiones demostrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Busca información para controlar la ansiedad 4: con frecuencia manifestado a 5: siempre • Controla la respuesta de ansiedad 4: con frecuencia manifestado a 5 : siempre

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PROCESO ENFERMERO EN PACIENTE PEDIATRICO CON NEUMONIA Y CRISIS CONVULSIVA (intrahospitalaria)					
Segundo	M. General	Pediatría	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
DOMINIO: 11. Seguridad / Protección CLASE: 2. Lesión física CÓDIGO DEL DX: 00039			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
						Días de Seguimiento	Mantener	Aumentar
Riesgo de aspiración (Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial secreciones gastrointestinales, orofaringeas, sólidos y líquidos.) R/C: disminución del nivel de conciencia (secundario a crisis convulsivas).			Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Control del riesgo y seguridad (T) Resultado: (1902) Control del riesgo	(109201) Reconoce factores de riesgo	Nunca demostrado a Siempre demostrado 1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre	1	2	4
						2	3	5
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)								
Clase:	K. Control respiratorio	Campo:	2. Fisiologico:Complejo	Clase:	K. Control respiratorio	Campo:	2. Fisiologico:Complejo	
INTERVENCION INDEPENDIENTE: Precauciones para evitar la aspiración (2620)				INTERVENCION INDEPENDIENTE: Manejo de las convulsiones (2680)				
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO			ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
Vigilar el nivel de conciencia, reflejo de tos y capacidad deglutiva.		Determina la capacidad de eliminar las secreciones evitando la aspiración de las mismas, al realizarse la técnica de aspiración de secreciones con la paciente consciente puede producir náuseas y vómitos favoreciendo una broncoaspiracion.			Administrar los fármacos correspondientes: <ul style="list-style-type: none"> • Diazepam 1 miligramo en 3 mililitros de Solución Salina • Fenitoina 15 miligramos vía oral 		El Diazepam actúa a nivel de las regiones límbicas, tálamo, hipotálamo del sistema nervioso central y puede producir todo tipo de depresión del SNC incluyendo la sedación y la hipnosis, así como la relajación del músculo esquelético, y una actividad anticonvulsiva La fenitoina eleva el umbral de las convulsiones y/o reducen la intensidad de la descarga.	
Colocar al paciente de lado izquierdo o derecho.		Facilita la expulsión de secreciones acumuladas manteniendo segura la vía aérea e impidiendo una aspiración			Si se presenta una crisis convulsivas permanecer junto a la niña durante el ataque convulsivo.		Brindará seguridad a la paciente y a la familia, así como su actuación pronta en la posición adecuada (decúbito lateral) para facilitar la expulsión de secreciones y	

	accidental.		evitar broncoaspiraciones y asfixia.		
		Guiar los movimientos para evitar lesiones en la paciente.	Evitará caídas y a consecuencia de ello daños o lesiones en alguno de los sistemas, comúnmente a nivel craneal y lumbar es por eso que durante la crisis el paciente descanse sobre un plano duro y resistente.		
		Administrar oxígeno suplementario PRN	Asegura una oxigenación a los sistemas disminuyendo el deterioro en su funcionamiento, especialmente a nivel cerebral ya que un déficit de oxígeno provoca una hipoxia y a consecuencia de ello un daño cerebral.		
		Comprobar el estado neurológico después de que culmine el ataque convulsivo.	Evalúa si hay riesgo de daño cerebral particularmente en el lóbulo temporal y las áreas límbicas influyendo en la adquisición de trastornos del aprendizaje, su mecanismo de producción se debe a una deficiencia brusca de oxígeno a nivel neuronal.		
		Registrar las características del ataque: partes corporales implicadas, actividad motora y progresión del ataque convulsivo.	Ayuda a diferenciar de una crisis convulsivas con paroxísmicos no epilépticos y determina el tipo de crisis convulsiva que está afectado a la paciente (presenta convulsiones tónico-clónicas generalizadas), la aparición frecuente de estas convulsiones incrementa las demandas del sistema cardiovascular debido a las contracciones musculares. (vigilar frecuencia cardíaca)		
Elaboró:	Johanna Nataly Guapulema Llongo	Docente:	Lcda. Verónica Quenorán	Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)

	DÍA 1	DÍA 2
S	Cuidadora refiere que no ha presentado ningún signo y síntoma de aspiración.	Cuidadora refiere que no ha presentado ningún signo y síntoma de aspiración.
O	No se evidencia secreciones abundantes para que influyan en la aspiración, se coloca una cánula de Guedel pediátrica en cada convulsión para evitar la aspiración de secreciones y la obstrucción de vías aéreas.	No se evidencia secreciones abundantes para que influyan en la aspiración, se coloca una cánula de Guedel pediátrica en cada convulsión para evitar la aspiración de secreciones y la obstrucción de vías aéreas.
A	Riesgo de aspiración R/C: disminución del nivel de conciencia (secundario a crisis convulsivas).	Riesgo de aspiración R/C: disminución del nivel de conciencia (secundario a crisis convulsivas).
P	Control de riesgo	Control de riesgo
I	<ul style="list-style-type: none"> • Precauciones para evitar la aspiración • Manejo de las convulsiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Precauciones para evitar la aspiración • Manejo de las convulsiones
E	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce factores de riesgo 3: a veces demostrado a 5: siempre demostrado.	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce factores de riesgo 3: a veces demostrado a 5: siempre demostrado.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PROCESO ENFERMERO EN PACIENTE PEDIATRICO CON NEUMONIA Y CRISIS CONVULSIVA (intrahospitalaria)					
Segundo	M. General	Pediatría	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
DOMINIO: 11. Seguridad/Protección CLASE: 1. Infección CÓDIGO DEL DX: 00004			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
Riesgo de infección (Riesgo de ser invadido por organismos patógenos). R/C: rotura de la piel (colocación de catéter intravenoso y catéter nasal.).						Días de Seguimiento	Mantener	Aumentar
			Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Control del riesgo y seguridad (T) Resultado: (1902) Control del riesgo			(109201) Reconoce factores de riesgo	Nunca demostrado a Siempre demostrado 1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre	1
						2	3	5
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)								
Clase:	V. Control de infecciones	Campo:	4. Seguridad	Clase:	V. Control de infecciones	Campo:	4. Seguridad	
INTERVENCION INDEPENDIENTE: Cuidados del catéter (3660)				INTERVENCION INDEPENDIENTE: Vigilancia de la piel (3590)				
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO			ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
Evaluar el lugar donde se encuentra colocado el dispositivo intravenoso, coloración de bordes o cualquier otro signo de infección.		En el manejo del dispositivo intravenoso en los pacientes pediátricos es mucho más cuidadoso previo a la realización de la curación de la misma, su valoración permite planificar cuidados de acuerdo a sus características.			Vigilar color, temperatura, enrojecimiento o edema en la zona donde se encuentra el dispositivo		Un cambio de coloración o temperatura en la piel es indicativo del inicio de una infección.	
Informar a la madre del procedimiento que se va seguir para su curación.		Dara seguridad y confianza para realizar el procedimiento, evitando temores.			Observar si hay infecciones		La detección temprana de signos y síntomas de infección permitirá alertar para el inicio de acciones.	
Mantener técnica de curación estéril.		Evita la introducción de microorganismos y de contaminación que puede causar infección.			Instruir a la madre acerca de los signos de la integridad de la piel.		Implementar actividades con la madre. Ayuda a mantener una relación y la comprensión.	
Proporcionar medidas de confort a la madre y a la niña.		Se brindara confianza a la madre y su colaboración así como la comodidad para la niña.						
Elaboró:	Johanna Nataly Guapulema Llongo	Docente:	Lic. Verónica Quenorán	Fecha de Elaboración:	2015-2016			

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)

	DÍA 1	DÍA 2
S	Familiar refiere que no ha presentado ningún signo y síntoma de infección.	Familiar refiere que no ha presentado ningún signo y síntoma de infección.
O	Se evidencia vía periférica permeable, se realiza la respectiva curación.	Se evidencia vía periférica permeable, se realiza la respectiva curación.
A	Riesgo de infección R/C: rotura de la piel (colocación de catéter intravenoso).	Riesgo de infección R/C: rotura de la piel (colocación de catéter intravenoso).
P	Control de riesgo	Control de riesgo
I	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del catéter • Vigilancia de la piel 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del catéter • Vigilancia de la piel
E	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce factores de riesgo Se encuentra en una escala de 1: nunca a 3: a veces demostrado.	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce factores de riesgo De una escala de 3: a veces demostrado se aumentó a 5: siempre demostrado.

SEGUIMIENTO DOMICILIARIO

SEGUIMIENTO DOMICILIARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA

Fecha: 05 de octubre del 2015

Responsable: Johanna Guapulema

DATOS INFORMATIVOS:

Nombre del Usuario: J.L	Número de miembros de la Familia: 4
Edad: 3 meses 15 días	Dirección: Guano-San Andrés-Miraflores
Motivo de la visita: seguimiento domiciliario a la paciente pediátrica	Diagnóstico Médico: Neumonía +Crisis convulsivas
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">• Realizar la valoración del paciente, padres y entornos a través de Kathryn Barnard.• Responder a dudas e inquietudes que se desarrollaran en el transcurso de la visita domiciliaria.	

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

El día Lunes 5 de Octubre del 2015 se realizó la visita domiciliaria al paciente después que es dado de alta hospitalaria.
Se le realizó una exhaustiva valoración mediante la anamnesis con la madre y la realización del examen físico y la aplicación del instrumento según Kathryn Barnard, identificando los principales diagnósticos de enfermería.



VALORACIÓN EXTRAHOSPITALARIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE A SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA



VALORACIÓN EN PEDIATRÍA BASADA EN EL MODELO DE INTERACCIÓN PADRE-HIJO DE KATHRYN BARNARD

PADRES:

Responsable del cuidado de la niña

Padre:	Si	Madre:	Si	Parientes:	Si	Otros:	No
Edad :		Padre:	20	Madre:	19		
Estado civil:		Casados:		Unión libre:	X	Separados:	

Autopercepción de los padres asociados al estado de salud de hijo/a.

Tristeza:	Si	Indiferencia:	No
Ira:	Si	Incertidumbre:	No
Ansiedad:	Si	Otros.	No

Apoyo al cuidado de la niña.

Padres:	Si	Tía:	Si
Abuelitos:	No	Otros:	No

Actividades que como padres realizan en beneficio del bienestar de su hijo/a:

Controles médicos:	Rara vez	Higiene.	Poco adecuada
Estimulación temprana:	No	Otros:	No

Reconocen las manifestaciones antes las necesidades básicas de la niña como:

Alimentación:	Si reconoce Técnica regular de la lactancia materna	Temperatura:	No reconoce
Sueño:	Si reconoce	Eliminación:	Si reconoce
Higiene:	Técnica inadecuada en el baño de la niña		

Cuál es su intervención para mantener las necesidades anteriormente mencionadas

Control de la temperatura	SI	X	NO	
Verifica las características de las eliminaciones fisiológicas	SI	X	NO	
Realiza el aseo de cavidades, baño	SI	X	NO	

Cambios en la vida familiar con la enfermedad de la niña.

Irritabilidad por falta de descanso	SI	X	NO	
Disminución del tiempo en las actividades diarias	SI	X	NO	
Amor, cariño, mayor responsabilidad con la niña.	SI	X	NO	

Se ha informado sobre el cuidado de su hijo/a en el domicilio.

SI		NO	X
----	--	----	---

Considera usted que necesita información acerca del cuidado y cambios en su hijo/a.

SI	X	NO	
----	---	----	--

Temas que le gustaría aprender para el cuidado de su niña.

Lactancia materna	X	Beneficios de la utilización de los servicios de salud.	X
Cuidados durante una crisis convulsiva	X	Estimulación temprana	X
Desarrollo y crecimiento de su niña	X	Técnica del baño	X
Entorno seguro para su hija.	X	Importancia de la higiene en el hogar	X
Medios de información relacionados con salud.	X		
Vacunas	X		

ENTORNO:

Vivienda	Propia:		Arrendada:	X	Prestada:		Otros:	
Tipo de vivienda	Adobe:		Cemento:	X	Paja:		Otros:	
Números de cuarto	Tres cuartos							
Servicio higiénico	Si	X	Numero:	1				
Servicios básicos	Agua:	X	Luz:	X	Teléfono:		Alcantarillado:	X

Habitación de la niña:

Individual:								
Compartida:	Padres:	X	Hermanos:		Otros:			

Características de la habitación de la niña.

Iluminada:	Si	Calurosa:	No
Obscura:	No	Corriente de aire:	No
Húmeda:	Si	Otros:	No

Entorno familiar:

Miembros de la familia:	Padre:	X	Madre:	x	Hermanos:		Otros: Tía	X
Número de habitantes:	4-5	X	5-6		Más de 6			
Aporte económico familiar:	Esposo:		Esposa:		Ambos:	X	Otros:	

Ingresos familiares

Ingreso familiar:	350 dólares mensuales		Menos de 350 dólares	X	Más de 350 dólares		
Condición económica:	Buena:		Mala:		Regular:	X	
Apoyo financiero:	Bono de desarrollo humano:	Si		No	X	Otros:	

Factores de riesgo:

Animales domésticos (perro, gato):	Si	Contenedores de basura:	No
Animales de corral (pollos, cuyes):	Si	Otros:	No

Violencia intrafamiliar:

Psicológica:	X	Física:		Verbal:	X	Ninguna:	
---------------------	---	----------------	--	----------------	---	-----------------	--

NIÑA**Medidas antropométricas:**

Peso:	5,4 Kg	Talla:	59 cm	Peso Ideal:	6 kg
Contextura:	Normal	Perímetro cefálico:	38 cm		

Alimentación de la niña:

Tipo de alimentación:	Materna	X	Complementaria:		
Horario de alimentación:	Cada 2 horas		Cada 3 horas		Quando la niña desee X
Estimula a su hija en la alimentación:	Si		No	X	
Tolerancia gástrica:	Nausea:		Vomito:		Regurgitaciones: X
Horas de descanso al día de su hija:	2 a 3 horas		4 a 5 horas	X	Más de 6 horas

Signos de alerta en la neumonía:

Presenta tos:	X	Falta de apetito:	X
Dificultad para respirar:	X	Fiebre :	X
Tiraje subcostal:	X	Aleteo nasal:	X

Cianosis (central o distal):	X	Respiración rápida:	X
-------------------------------------	---	----------------------------	---

Signos de alarma que debe vigilar la mamá en caso de que su niña presente una nueva convulsión:

Movimientos involuntarios:	X	Perdida de la conciencia:	
Desviación de los ojos:	X	Estado de somnolencia:	X
Sialorrea:	X	Ausencia del reflejo de Babinski:	
Movimientos tónico-clónicas :		Disminución del estado de alerta:	X

Vacunas:

Esquema completo		Esquema incompleto	X		
Motivo por el cual no recibió las vacunas:	Enfermedad:		Fiebre:	Otros: Madre olvido colocar	X

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Diagnósticos Extrahospitalarios:

1. Disposición para mejorar la lactancia materna. M/P: madre expresa deseo de mejorar la capacidad de amamantar con lactancia materna exclusiva.
2. Conocimientos deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio). R/C: falta de exposición de temas. M/P: verbalización del problema (madre).
3. Disposición para mejorar la gestión de la salud (madre). M/P: expresa deseo de mejorar el estado de inmunización de la paciente así como la utilización de los servicios de salud.

IMPLEMENTACIÓN

El Plan de Cuidados aplicado a la paciente con neumonía y crisis convulsivas, se llevó a cabo a través de la valoración patrones funcionales de Marjory Gordon y la revisión de la historia clínica obteniéndose los Diagnósticos de Enfermería que fueron priorizados de acuerdo a los problemas y necesidades que presentó la paciente durante la estancia hospitalaria.

Se realizó un seguimiento domiciliario tras el alta de la paciente para lo cual se procedió de igual manera a la anamnesis a la madre, exploración física y la valoración adaptada al Modelo de Interacción Padre-Hijo de Kathryn E. Barnard realización mediante visitas domiciliarias (total 10) con el fin de encontrar factores de riesgo y problemas de la paciente, cuidadora y entorno.

Se identificaron 6 diagnósticos de enfermería intrahospitalaria y 3 diagnósticos de enfermería extrahospitalaria. Los procesos enfermeros se elaboraron mediante la utilización de las taxonomías NANDA, con sus respectivos resultados NOC e intervenciones NIC.

Durante las visitas domiciliarias se recibió la colaboración, interés y apoyo de la madre de la paciente logrando cumplir a cabalidad las actividades planeados para mantener y mejorar el estilo de vida de la paciente estableciendo objetivos.

Las dificultades que se presentaron durante el desarrollo del plan de cuidados fueron la situación económica de la familia ya que son de recursos económicos limitados y no les facilitan cubrir sus necesidades.

EVALUACIÓN

Intrahospitalaria:

- **Limpieza ineficaz de vías aéreas** R/C: mucosidad excesiva, retención de secreciones e infección (Neumonía) M/P: sonidos respiratorios adventicios (estertores en ambos campos pulmonares), cianosis distal (manos y pies), tos inefectiva, cambios en la frecuencia respiratorio (56 x´), aleteo nasal, taquicardia (148x´), disminución de la saturación de oxígeno (85%) y retracciones intercostales. Se desarrolló con el fin de facilitar la oxigenación y evitar infecciones por acumulo de secreciones (**no se observa secreciones nasales y no se ausculta sonidos respiratorios adventicios en campos pulmonares**), (**saturación de oxígeno entre 92-93% ambiente**) y **un patrón respiratorio adecuado (34 x´)** tomando el indicador estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas, iniciando con una escala de Likert de 1: gravemente comprometido obteniendo como resultado 5: No comprometido.
- **Hipertermia** R/C enfermedad (neumonía). M/P: aumento de la temperatura corporal (38.5°C), piel caliente al tacto, taquicardia (148x´) y diaforesis Se desarrolló para evitar complicaciones tomando el indicador termorregulación (**temperatura corporal 36,8°C**), iniciando con el escala de Likert de 1: gravemente comprometido obteniendo como resultado 5: No comprometido.
- **Interrupción de la lactancia materna.** R/C: restricción de la alimentación y reflejo de succión débil o ausente. S/A: Neumonía. M/P: llanto del lactante, succión del pecho no mantenida y proceso de amamantamiento insatisfactorio (presencia de vía venosa y cánula nasal). Se desarrolló con el fin de evitar complicaciones en el equilibrio hídrico de la lactante (**lactante se alimenta de leche materna a libre demanda**) tomando el indicador hidratación iniciando con una escala de Likert de 1: gravemente comprometido obteniendo como resultado 4: levemente comprometido.
- **Ansiedad (de los padres).** R/C: Cambios en el estado de salud de la niña. M/P: Expresión de preocupaciones debido a cambios en acontecimientos vitales de la niña. Se desarrolló debido a que los padres permanecen ansiosos y preocupadas

frente a la situación del paciente (**ansiedad controlada en gran parte**), por lo cual se planteó el indicador de nivel de ansiedad, iniciando con escala de Likert de 2: raramente manifestado logrando 4: con frecuencia manifestado.

- **Riesgo de aspiración** R/C: disminución del nivel de conciencia (secundario a crisis convulsivas). Se desarrolló con el fin de proteger a la niña de complicaciones mientras se resuelve los problemas de salud (**acumulo de secreciones, tos inefectiva y nivel conciencia disminuido después de cada crisis convulsiva**) para lo cual se tomó el indicador control de riesgo, iniciando con la escala de Likert de 2: raramente demostrado logrando como resultado 5: siempre demostrado.
- **Riesgo de infección.** R/C: rotura de la piel (colocación de catéter intravenoso y catéter nasal). Se desarrolló con el fin de proteger a la niña de complicaciones (**vía periférica permeable y catéter nasal libre de secreciones no se evidencia signos de infección**) para lo cual se tomó el indicador control de riesgo, iniciando con la escala de Likert de 1: nunca demostrado logrando como resultado 5: siempre demostrado.

Extrahospitalaria:

- **Disposición para mejorar la lactancia materna.** M/P: madre expresa deseo de mejorar la capacidad de amamantar con lactancia materna exclusiva. (**Se observa técnicas adecuadas de amamantamientos y posiciones adecuadas, sujeción del pecho correcto**), tomando como indicador conocimiento: lactancia materna.
- **Conocimientos deficientes** (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio). R/C: falta de exposición de temas. M/P: verbalización del problema (madre). Se desarrolló debido a que el cuidador (madre) carece de conocimientos necesario para el cuidado de lactante (**Se evidencia conocimientos sobre los temas expuestos: cuidados en una crisis convulsiva, desarrollo y crecimiento del lactante, ambiente seguro para el lactante, medios de información en salud, función de los padres, higiene del lactante y del hogar**), por lo cual se planteó los indicadores de conocimiento: proceso de la enfermedad, seguridad infantil, recursos sanitarios, seguridad personal (madre/padre), cuidados del lactante (higiene o baño), ambiente seguro.

- **Disposición para mejorar la gestión de la salud (madre).** M/P: expresa deseo de mejorar el estado de inmunización de la paciente así como la utilización de los servicios de salud. Se desarrolló debido a que el cuidador (madre) expresa deseo para fomentar la salud del lactante (**Se evidencia la utilización de los servicios de salud**), por lo cual se planteó los indicadores de conducta del fomento de la salud (de la madre a la niña) y manejo de la inmunización/vacuna.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: ENFERMERÍA
PLAN DE VISITA DOMICILIARIA 1

Fecha: 14 de Octubre del 2015	
Responsable: Johanna Guapulema	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: J.L	Número de miembros de la Familia: 4
Edad: 3 meses 15 días	Dirección: Guano-San Andrés-Miraflores
Motivo de la visita: Seguimiento domiciliario a la paciente pediátrica.	Diagnóstico Médico: Neumonía+Crisis Convulsivas

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNOSTICOS NANDA::

1	Etiqueta Diagnóstica: Disposición para mejorar la lactancia materna
	Manifestado por: madre expresa deseo de mejorar la capacidad de amamantar con lactancia materna exclusiva.

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. Establecimiento de la lactancia materna: lactante
--

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACION/ COMPRESION

Disposición para mejorar la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo al cuidador principal (madre) • Asesoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Video de la lactancia materna • Muñeco • Tríptico • Cámara • Rotafolio con imágenes de un ambiente seguro. 	Posición adecuada de la madre para iniciar la lactancia. Describe los beneficios de la leche materna en el sistema inmunológico de su bebe.
---	---	--	---

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se educa acerca del manejo adecuado del lactante, la importancia de la lactancia materna así como las posiciones correctas para iniciar la misma. Se pudo dialogar con la familia estableciendo una relación enfermero/a –paciente de confianza donde se pudo promover una discusión abierta de temas de interés y fomentar la necesidad de los cuidados que se debe mantener con el lactante. Además se llega a acuerdos y compromisos por parte del paciente y la familia para la próxima visita.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

PLAN EDUCATIVO 1

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Lactancia Materna

LUGAR: Domicilio de la paciente

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Madre del niño

FECHA: 14 de octubre del 2015

HORA: 17:00 a 18:00

FACILITADOR: Johanna Guapulema

TIEMPO ASIGNADO: 1 hora

OBJETIVOS:

- Educar a la madre acerca de la lactancia materna.
- Técnica adecuada del proceso de amamantamiento.

2. PLAN

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
<p>Tema: Lactancia materna.</p> <p>Subtemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Composición • Beneficios • Colocación adecuada de la niña al pecho. • Posiciones • Tiempo de amamantamiento • Complicaciones de un amamantamiento inadecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición • Demostraciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Video de la lactancia materna • Muñeco • Tríptico • Cámara • Registro de asistencia. 	<p>Preguntas previas sobre el tema y preguntas de evaluación final</p>

3. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

LACTANCIA MATERNA

El alimento ideal para el lactante es la leche de su madre, el aporte de leche llega a ser suficiente si la succión es continuada. La lactancia ejerce un efecto beneficioso sobre la invasión del útero, ya que la estimulación repetida de los pezones conduce mediante una liberación de oxitocina por la neurohipófisis, a una estimulación del miometrio.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.

Composición de la leche materna

Contiene todas las proteínas, grasas, vitaminas y demás elementos indispensables para la alimentación del lactante, además, posee los elementos que lo protegen contra las infecciones.

Lo importante no es la cantidad absoluta de proteínas, de grasas, o de vitaminas que tenga una leche u otra, sino la proporción en que ellas se encuentran esta proporción debe ser equilibrada y debe responder a las necesidades que tengan los distintos órganos y funciones del cuerpo, las mismas varían de un niño a otro, de una edad del mismo niño a otra edad diferente.

La leche materna no siempre tiene la misma composición, sino varía:

- Según la edad del niño amamantado, puede ser calostro o leche madura.
- Si se trata de la leche del comienzo de la mamada o del final de la misma.
- Si el niño es un niño prematuro o un niño a término.

Calostro.- El calostro es la primera leche que produce la madre inmediatamente después del parto.

La secreción de los pechos durante los primeros días:

- Es amarilla

- Espesa y pegajoso
- Contiene más anticuerpos y más leucocitos, los cuales se encuentran en una composición muy alta.

Esto es exactamente lo que el niño necesita al momento de nacer, ya que se va a encontrar rodeado de muchos virus y bacterias contra los cuales necesita ser protegido. El volumen de calostro que produce la mamá es mínimo, pero el niño viene con reservas alimenticias y líquidas suficientes.

Leche madura.- La leche madura contiene todos los nutrientes que el niño necesita para crecer durante los primeros cuatro a seis meses, sin recibir nada más

- Menos espesa
- De aspecto azulosa y aguada.

Estos nutrientes son de excelente calidad y en suficiente cantidad, para que el niño los siga recibiendo, junto con los alimentos complementarios.

La leche del comienzo.- es la que sale cuando el niño comienza a mamar:

- De apariencia acuosa
- De color azulado.

Como tiene mucha agua, le calma la sed al niño; es rica en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa.

La leche del final de la mamada.- Es más blanca que la del comienzo, debido a que tiene más cantidad de grasa. Esta grasa hace, de la leche del final, un líquido rico en energía, necesario para que el niño quede satisfecho y aumente de peso satisfactoriamente. Si se retira al niño del pecho muy pronto, éste no obtendrá leche del final y no crecerá adecuadamente.

Beneficios de la lactancia materna para el lactante

- El cerebro humano se desarrolla casi completamente en los primeros 2 años de vida., la leche materna favorece su desarrollo y le da al niño o niña el alimento que necesita para estar bien nutrido.
- La leche materna contiene los aminoácidos que necesita el normal desarrollo del cerebro, protege contra las infecciones y enfermedades.
- El calostro tiene las dosis de vitamina A y otros micronutrientes

- Protege al niño o niña contra infecciones y otras enfermedades
- Es un purgante natural porque limpia el estómago del recién nacido, ayuda a la digestión y los protege contra las diarreas
- La leche materna tiene las cantidades necesarias de:
 - Vitaminas, como la A, B, C para que crezca saludable y esté bien protegido
 - Fósforo y Calcio, para que tenga huesos sanos y fuertes • Hierro, para mantener la energía Proteínas, para protegerlo contra las enfermedades y para que crezca grande e inteligente
 - Las grasas de la leche materna los protegerán, cuando sean mayores, de padecer enfermedades del corazón y de la circulación
 - Azúcares, para que tenga energía y para alimentar al cerebro.

Ventajas para la madre

- Disminuye el riesgo de anemia
- La matriz recupera rápidamente su tamaño normal
- La madre tendrá pechos menos congestionados cuando baje la leche.
- La leche baja más rápido dentro de los primeros días cuando el niño o niña mama desde que nace.
- La madre no tendrá fiebre con la bajada de la leche.
- Las mujeres que amamantan a sus hijos o hijas tienen menos riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios.
- Durante los primeros 6 meses después del parto, las madres tienen menos riesgo de otro embarazo si el niño recibe con frecuencia la leche de la madre durante el día y la noche
- La lactancia facilita e incrementa el amor de la madre a su hija

Colocación adecuada de la niña al pecho

1. La madre sostiene el pecho con los dedos formando una “C”. La madre coloca la cara del niño o niña mirándole el pecho. Si el niño o niña no abre la boca la madre le roza los labios con el pezón para que la abra.
2. Cuando el niño o niña abre la boca la madre lo acerca al pecho debe tomar completamente una buena parte de la areola.

3. La barriga del niño o niña debe estar pegada contra la barriga de la madre y la cabeza, la nuca y la espalda del bebé están en línea recta sostenidas por el brazo de la madre.

Posiciones para iniciar el amamantamiento

Lo importante es que la madre esté cómoda. La buena posición ayuda a mantener una buena producción de leche, evita el cansancio y que se le lastimen los pezones.

- **Posición acostada.-** Es la posición más cómoda después del parto y durante la siesta o por la noche.
- **Posición sentada.-** Apoye la espalda sobre un buen respaldo para estar lo más cómoda posible.
- **Posición sandia.-** Es una buena posición para después de una Cesárea y para amamantar gemelos.

Tiempo de amamantamiento

No todos los niños o niñas son iguales mamando, cada uno requiere de un tiempo diferente para quedar satisfecho. Hay que darle el pecho de día y de noche cada vez que lo pida o darlo también cuando sienta sus pechos llenos o cuando el niño o niña duerma demasiado; en tal caso debe despertarlo. En cada mamada completa al principio la leche es rala, acuosa y le quita la sed (la leche del comienzo). A la mitad de la mamada, la leche es más espesa y blanca. Es como el plato fuerte. Al final, la leche es más cremosa y es como el postre. La madre no debe estar apurada ni medir el tiempo para dar el pecho al niño o niña.

Qué hacer cuando el niño se duerme

- ❖ A veces los niños o niñas cuando están mamando sueltan el pecho para descansar, jugar o mirar alrededor. Si la madre no le retira el pecho, lo tomará otra vez.
- ❖ Cuando el niño o niña suelta el pecho la madre puede sacarle los gases y pasarlo al otro pecho. Si quiere comer más, lo tomará.
- ❖ La próxima vez que lo amamante, la madre debe comenzar con el pecho que tomó de último. Si el niño o niña tomó de un solo pecho, la madre deberá comenzar con

el otro. Se puede saber porque el pecho que no tomó, o que tomó por poco tiempo, lo siente más pesado o lleno

Complicaciones de un amamantamiento inadecuado

Pechos congestionados.- se produce si el niño o niña no succiona bien o no está mamando con frecuencia, para aliviar la congestión:

La madre debe ponerse paños de agua tibia en los pechos.

Si la areola está dura, para ablandarla la madre debe ordeñarse o darse masajes antes de poner el niño o niña al pecho.

Dolor y grietas en los pezones.- El dolor y las grietas en los pezones sucede:

- Porque el niño o niña chupa solamente la punta del pezón
- Porque la madre se lava los pezones con jabón, limón, alcohol o agua boricada, lo cual produce resequedad y grietas.

El baño diario es suficiente y debe lavarse los pezones solamente con agua.

Mastitis o infección del pecho.- Si la madre se siente enferma, agotada y si tiene:

- Fiebre
- El pecho rojo, hinchado o caliente
- siente dolor

Puede tener una infección del pecho (mastitis). Para aliviar la mastitis La madre debe:

- ir al centro de salud para que le receten las medicinas necesarias.
- ponerse paños de agua tibia alternándolos con paños fríos, varias veces al día.
- dar de lactar por lo menos cada 2 horas, aún con el pecho afectado.
- descansar, tomar un analgésico y muchos líquidos.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

Aguilar, E. (2008). Comunicacion Familiar. En E. Aguilar, *Familias Con Comunicacion Sana* (págs. 2-6). Mexico: Klubig y Asociados.

Unicef Ecuador. (10 de Marzo de 2012). *Unicef Lactancia Materna Guia*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, de Unicef Lactancia Materna Guia:

<http://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: ENFERMERÍA
PLAN DE VISITA DOMICILIARIA 2

Fecha: 19 de Octubre del 2015	
Responsable: Johanna Guapulema	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: J.L	Número de miembros de la Familia: 4
Edad: 3 meses 15 días	Dirección: Guano-San Andrés-Miraflores
Motivo de la visita: Seguimiento domiciliario a la paciente pediátrica.	Diagnóstico Médico: Neumonía+Crisis Convulsivas

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNOSTICOS NANDA:

1	Etiqueta Diagnóstica: Conocimientos deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)
	Factor Relacionado: falta de exposición de temas.
	Manifestado por: verbalización del problema (madre)

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. Conocimiento: proceso de la enfermedad.
--

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACION/ COMPRESION
----------------------	---------------------------------------	-------------------------	---------------------------

<p>Conocimientos deficientes: proceso de la enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza: proceso de la enfermedad. • Facilitar el aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadernillo que contenga todo de crisis convulsiva. • Ayudas audiovisuales • Registro de asistencia. 	<p>Madre lee el cuadernillo y emite las preguntas realizadas sobre la enfermedad durante las visitas.</p>
--	--	--	---

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se educa acerca del manejo adecuado del lactante, la importancia de los cuidados en una crisis convulsiva así como la medicación enviada al hogar. . Se pudo dialogar con la familia estableciendo una relación enfermero/a –paciente de confianza donde se pudo promover una discusión abierta de temas de interés y fomentar la necesidad de los cuidados que se debe mantener con el lactante. Además se llega a acuerdos y compromisos por parte del paciente y la familia para la próxima visita.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

PLAN EDUCATIVO 2

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Cuidados en una crisis convulsiva.

LUGAR: Domicilio de la paciente

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Madre del niño

FECHA: 19 de octubre del 2015

HORA: 17:00 a 18:00

FACILITADOR: Johanna Guapulema

TIEMPO ASIGNADO: 1 hora

OBJETIVOS:

- Educar a la madre acerca de los cuidados durante una crisis convulsiva.
- Asesorar en el mejoramiento de administración de medicación enviada.

2. PLAN

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
Tema: Crisis Convulsiva. Subtemas: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados en una crisis. • Cuidados en la administración de la medicación. • Signos de peligro • Complicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición • Demostración 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadernillo que contenga todo de crisis convulsiva. • Ayudas audiovisuales • Medicación • Cámara 	Preguntas previas sobre el tema y preguntas de evaluación final

3. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

CUIDADOS EN UNA CRISIS CONVULSIVA

Una crisis convulsiva es una descarga sincrónica excesiva de un grupo neuronal que dependiendo de su localización se manifiesta con síntomas: motores, sensitivos, autonómicos o de carácter psíquico, con o sin pérdida de conciencia.

Signos y síntomas dentro de una crisis convulsiva:

- Cianosis (coloración de aspecto violáceo)
- Llanto causal
- Ojos volteados hacia arriba o hacia un lado
- Movimientos exagerados
- Flacidez

Cuidados con la medicación (fenitoina vía oral):

- Lavarse las manos la persona que vaya administrar la medicación.
- Vigilar cuidadosamente la veces que se necesaria la dosis de la medicación para evitar toxicidad.
- Administrar la medicación durante o después de terminar con la lactancia para disminuir las molestias gástricas.
- Vigilar que la niña degluta el medicamento y no lo vomite para que su efecto terapéutico se ejerza.
- Después de la administración la niña puede presentar: descoordinación, vómitos, insomnio es normal si estos no son prolongados ya que son efectos propios de la medicación.

Signos de toxicidad:

- ✓ Nistagmo (movimiento rítmico involuntario de los ojos)
- ✓ Vomito prolongado
- ✓ Ataxia (movimientos inseguros-perdida del equilibrio)
- ✓ Se debe observar: si existe fiebre, rash (aparición de ronchas en el cuerpo de la niña) y raramente existe hepatitis.
- ✓ Disminución del estado de alerta

- ✓ Dificultad para respirar

Actuación ante una crisis convulsiva:

1. Conservar la calma, ya que una actuación precipitada puede ser peligrosa.
2. Tratar de que su bebe no se lesione durante la crisis epiléptica, quitando objetos peligrosos de alrededor.
3. Colocar algo blando bajo su cabeza, para evitar que se golpee.
4. Aflojar la ropa especialmente la que se encuentra alrededor del cuello.
5. Colocar de lado con cuidado, para facilitar la respiración.
6. Observar la duración de la crisis epiléptica (estas por lo general duran de dos o tres minutos).
7. Permanecer junto a la niña hasta que la crisis epiléptica termine.
8. Dejar que descanse hasta que se recupere y observar que vuelve poco a poco a la situación normal.

Lo que no se debe hacer

1. No se debe tratar de inmovilizar a la niña por la fuerza durante la crisis epiléptica.
2. No se debe introducir ningún objeto en la boca con el objetivo de que la lengua no vaya hacia atrás, ya que puede ser peligroso si traga el mismo.
3. No es necesaria la respiración boca a boca durante la crisis convulsiva a menos de que observe que la niña no vuelva a comenzar a respirar terminada la crisis convulsiva.
4. Nunca se debe dar agua, alimentos o pastillas por la boca durante la crisis epiléptica o poco después puesto que un posible vómito con el conocimiento alterado puede ser muy peligroso.
5. La administración de medicamentos durante la crisis epiléptica en otra forma que no sean pastillas, solamente se debe dar en caso de que la crisis se prolongue.

Necesidad de atención médica urgente

Si observa cualquiera de las siguientes crisis epilépticas acudir al servicio de salud más cercano:

1. Si la crisis epiléptica dura más de 5 minutos.
2. Si la crisis epiléptica se repite en corto espacio de tiempo.
3. Si no recupera por completo la situación previa, tras un periodo de tiempo prudencial después de la crisis epiléptica.
4. Si ha habido una lesión o golpe importante durante la crisis epiléptica.

Signos de peligro

- Crisis progresivas y persistentes en tiempo (> 5 minutos) y frecuencia (> mayor de 2 veces al día)
- Falta o retardo en la recuperación de la conciencia y estado de alerta.
- Si observa que la medicación enviada no está ayudando a su niña en el control de las crisis convulsivas.

Complicaciones:

Estas se pueden presentar si no existe un control adecuado de la niña:

- Insuficiencia respiratoria aguda
- Hipertermia (fiebre)
- Bronco aspiración (absorción de secreciones)
- Insuficiencia renal y hepática aguda
- Arritmias cardíacas
- Hipertensión endocraneana
- Hipotensión (secundario a la medicación: fenitoína)

CITAS BIBLIOGRAFICAS

(Escuela de Enfermería Hospital Universitario de Bellvitge-Barcelona, 2012)

Gonzales, B. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. En M. d. Salud-Peru, *Manual de Guías de Administración de Medicamentos* (págs. 20-24). Lima: Ministerio de Salud-Peru.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: ENFERMERÍA
PLAN DE VISITA DOMICILIARIA 3

Fecha: 23 de Octubre del 2015	
Responsable: Johanna Guapulema	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: J.L	Número de miembros de la Familia: 4
Edad: 3meses 15 días	Dirección: Guano-San Andrés- Miraflores
Motivo de la visita: Seguimiento domiciliario a la paciente pediátrica.	Diagnóstico Médico: Neumonía+Crisis Convulsivas

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNOSTICOS NANDA:

1	Etiqueta Diagnóstica: Conocimientos deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)
	Factor Relacionado: falta de exposición de temas.
	Manifestado por: verbalización del problema (madre)

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. Conocimiento: crecimiento y desarrollo del lactante dentro del percentil indicado.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACION/ COMPRESION

<p>Conocimiento: crecimiento y desarrollo del lactante dentro del percentil indicado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la maternidad/paternidad. • Facilitar el aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio con imágenes de la función de los padres dentro del crecimiento y desarrollo de su hija. • Cámara • Registro de asistencia. 	<p>Preguntas previas sobre el tema y preguntas de evaluación final</p>
---	--	---	--

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se educa acerca del desarrollo y crecimiento normal del lactante acorde a su edad. Se pudo dialogar con la familia estableciendo una relación enfermero/a –paciente de confianza donde se pudo promover una discusión abierta de temas de interés y fomentar la necesidad de los cuidados que se debe mantener con el lactante. Además se llega a acuerdos y compromisos por parte del paciente y la familia para la próxima visita.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

PLAN EDUCATIVO 3

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Desarrollo y crecimiento del lactante.

LUGAR: Domicilio de la paciente

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Madre y padre del niño

FECHA: 23 de Octubre del 2015

HORA: 17:00 a 18:00

FACILITADOR: Johanna Guapulema

TIEMPO ASIGNADO: 1 hora

OBJETIVOS:

- Proporcionar información a la madre acerca del desarrollo y crecimiento normal del lactante.
- Asesorar en el manejo en los ejercicios para el desarrollo del lactante.

2. PLAN

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
<p>Tema: Desarrollo y crecimiento del lactante.</p> <p>Subtemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Área perceptivo cognitiva • Área motora fina • Área motora gruesa 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición • Demostración 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudas audiovisuales. • Cámara • Video 	<p>Preguntas previas sobre el tema y preguntas de evaluación final</p>

3. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

DESARROLLO Y CRECIMIENTO DEL LACTANTE

Los primeros años de un bebé son fundamentales para su desarrollo físico el desarrollo del cerebro es determinante, así como la formación de huesos, dientes, músculos y tejidos, emocional y psicológico. Aunque todavía son muy pequeños, en estos primeros meses de vida comienza a forjar su personalidad, empieza a desarrollarse su inteligencia y aparecen las primeras bases de su comportamiento.

El crecimiento por etapas del bebé

Los bebés crecen por etapas. Cada una de ellas lleva su tiempo y tiene su proceso:

Cabeza

Alrededor de los 4 meses, el bebé ya levanta su cabeza con más seguridad y firmeza.

Fontanelas

La fontanela que se encuentra en la parte trasera de su cabecita (fontanela posterior), se cierra alrededor del 3er. Mes. Pero el cráneo continuará su crecimiento y no estará totalmente unido hasta que termine el periodo más intenso del desarrollo cerebral que es alrededor de los 18 meses; cuando a más tardar ya deberá estar cerrada la fontanela frontal (anterior).

Vista

- ✓ Sigue con gran atención objetos coloridos y contrastantes entre sí.
- ✓ Sigue con la mirada objetos que se mueven lentamente, en especial si se mueven de lado a lado a una distancia de 30 a 40 cm.
- ✓ Sonríe cuando le sonríen.

Gusto

Hasta ahora su único alimento ha sido la leche materna o bien, algunos pediatras consideran que alrededor del 4to. Mes ciertos bebés ya podrán estar listos para probar nuevos alimentos.

Músculos

El cuerpo del bebé se está llenando proporcionalmente, sus músculos crecen y se fortalecen.

Postura

- Cuando está despierto, mueve los brazos y las piernas sin descanso.
- Si esta boca abajo, levanta los hombros y sostiene su cabeza. Para el final del 4° Mes, ya controla su cabeza sin problemas.
- Al 4° mes, si lo tomas por sus manitas y lo llevas a la posición de sentado, observarás que su cabeza sigue el eje de su tronco y ya no se balancea

Lo que el bebé hace a esta edad:

- ✚ Los patrones de sueño, alimento y vigilia, continúan regularizándose más.
- ✚ Hasta el 6to. mes podrá iniciar su ABLACTACIÓN, que es la introducción de alimentos diferentes a la leche.
- ✚ Recuerda que la leche materna es el mejor alimento y debe ser tu primera opción siempre que sea posible. Contribuyendo así con su salud y con una adecuada nutrición que estimulará el crecimiento y el desarrollo saludable de tu bebé.
- ✚ Notarás que tu bebé tiene más coordinación en sus movimientos y podrá seguir los objetos en todos los ángulos.
- ✚ Se entretiene fascinado con sus manos y dedos, observándolos y llevándolos a su boca que es el centro para explorar en esta etapa.
- ✚ Al cuarto mes se apoya en los codos mientras esta boca abajo sobre su vientre, y mantiene la cabeza erguida.
- ✚ Al cumplir cuatro meses podrás sentar al bebé con apoyo. Por ejemplo, usando almohadas.
- ✚ Le llaman la atención los juguetes de colores primarios y contrastantes, tales como: rojo, amarillo, azul y verde, además de todo aquello que produzca algún sonido. Por ejemplo, los sonajeros, así como música especial para esta etapa que lo tranquiliza.

Comunicación del bebé

- Balbuceo y expresiones faciales: su balbuceo y sus expresiones faciales son una forma de interactuar con las personas y con el mundo que lo rodea.
- Llanto: Además de ser una manifestación de hambre, incomodidad, o sueño, puede ser una protesta cuando se queda sólo, pues prefiere socializar.

Socialización:

1. Te reconoce como su mamá, a su papá y hermanos, así como a las personas más cercanas a él.
2. También comienza a responder a los extraños; si ellos son amables con él/ella.
3. Muestra placer sonriendo y emitiendo sonidos.
4. Mueve sus brazos y piernas cuando estás con él o cuando le ofreces algún juguete para tenerlo en las manos.
5. Los periodos de vigilia son más prolongados por lo que tiene más tiempo para explorar.

Cuidados

- ❖ Procura nunca dejar a tu bebé sin supervisión de una persona adulta.
- ❖ Mantén lejos a tu bebé de objetos con partes pequeñas; ya que corre el riesgo de ingerirlos.
- ❖ Evita las erupciones que salen por el uso del pañal, limpiándole sus pompis después de cada cambio. Para proteger su piel sensible pregunta a tu pediatra por los productos que pudiera utilizar especialmente tu bebé.
- ❖ Trata de no dejarlo cerca de cualquier cosa que pueda sujetar y volcar sobre sí mismo.
- ❖ Si tu bebé usa chupón, no lo sujetes alrededor de su cuello con un cordón ya que éste podría ahorcarlo; y siempre mantenlo limpio.
- ❖ Lleva al bebé con tu pediatra para su segunda serie de vacunas y chequeo mensual.
- ❖ Cuando los bebés son menores a seis meses de edad, no se recomienda que consuman leche entera de vaca; ya que tiene mayor nivel de solutos (proteínas, sodio y potasio) y relación de proteínas (Caseína 60% y Lactoalbúmina 40%) es

más difícil de digerir durante los primeros meses. Además de tener niveles bajos en vitamina C, cobre y hierro que los bebés.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

Mead Johnson. (14 de Noviembre de 2012). *Mead Johnson*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2015, de Mead Johnson: <http://www.mead-johnson.com.mx/todo-sobre-tu-bebe/desarrollo-del-bebe-3-a-4-meses.aspx>

Benalcazar, I., & Moposita, F. (2011). Guia Infantil. En I. Benalcazar, & F. Moposita, *Guia Infantil* (págs. 14-20). Mexico: Mexico Publicaciones Salud.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: ENFERMERÍA
PLAN DE VISITA DOMICILIARIA 4

Fecha: 29 de Octubre del 2015	
Responsable: Johanna Guapulema	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: J.L	Número de miembros de la Familia: 4
Edad: 3meses 15 días	Dirección: Guano-San Andrés- Miraflores
Motivo de la visita: Seguimiento domiciliario a la paciente pediátrica.	Diagnóstico Médico: Neumonía+Crisis Convulsivas

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNOSTICOS NANDA:

1	Etiqueta Diagnóstica: Conocimientos deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)
	Factor Relacionado: falta de exposición de temas. Manifestado por: verbalización del problema (madre)

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. Conocimiento: seguridad infantil

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACION/ COMPRESION
Conocimientos deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza: seguridad física • Facilitar el aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio con imágenes de las 	Detalla las características de un ambiente seguro.

madre en el domicilio)		características de un ambiente seguro. <ul style="list-style-type: none"> • Cámara • Registro de asistencia 	
-------------------------	--	---	--

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se educa acerca del manejo adecuado del lactante, la importancia de un ambiente seguro para el desarrollo y crecimiento adecuado del mismo. Se pudo dialogar con la familia estableciendo una relación enfermero/a –paciente de confianza donde se pudo promover una discusión abierta de temas de interés y fomentar la necesidad de los cuidados que se debe mantener con el lactante. Además se llega a acuerdos y compromisos por parte del paciente y la familia para la próxima visita.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

PLAN EDUCATIVO 4

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Ambiente seguro para el lactante

LUGAR: Domicilio de la paciente

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Madre del niño

FECHA: 29 de Octubre del 2015

HORA: 17:00 a 18:00

FACILITADOR: Johanna Guapulema

TIEMPO ASIGNADO: 1 hora

OBJETIVOS:

- Educar a la madre acerca de las características de un ambiente seguro para el lactante.
- Asesorar en el mejoramiento del ambiente brindando al lactante.

2. PLAN

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
<p>Tema: Ambiente seguro para el lactante.</p> <p>Subtemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características de un ambiente seguro. • Como conseguir un ambiente seguro. • Beneficios de un ambiente seguro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición • Demostración 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartel con imágenes de las características de un ambiente seguro. • Cámara 	<p>Preguntas previas sobre el tema y preguntas de evaluación final</p>

3. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

AMBIENTE SEGURO PARA EL LACTANTE

Brindar un ambiente saludable reduce las enfermedades y conformar un mundo más seguro y saludable para los niños, forma en gran parte el desarrollo adecuado de los mismos.

Los lazos afectivos que se establecen entre el niño y sus padres ayuda a desarrollar de forma óptima sus habilidades motoras, cognitivas, lingüísticas y sociales.

A veces el ambiente que rodea al bebé no reúne unas condiciones adecuadas para que se produzca un desarrollo normalizado de sus habilidades, por ejemplo:

- ✓ Bebés que no han tenido el suficiente afecto por parte de sus padres
- ✓ Que no han sido estimulados de la forma correcta
- ✓ Que no tenían una alimentación adecuada

Recomendaciones antes de que el niño duerma

Se recomienda lo siguiente:

- ✓ Colocación en posición supina
- ✓ Uso de una superficie firme para dormir
- ✓ La lactancia materna
- ✓ Compartir la habitación sin compartir la cama
- ✓ Evitar la ropa de cama blanda, el sobrecalentamiento
- ✓ Evitar la exposición al humo del tabaco, al alcohol u otras drogas.

Características del lugar donde duerme el lactante:

Los bebés deben dormir en una cuna, cuna portátil, corralito de juego estas deben poseer las siguientes características:

- ✓ Separación de los barrotes
- ✓ Montaje adecuado
- ✓ Colchones firmes, y sin caídas de lado.

No se recomienda compartir el lugar de descanso del lactante con la de los padres, es oportuno que el lactante duerma en la misma habitación pero no en la misma cama debido: al aumento de riesgo de sobrecalentamiento

- Reinhalación u obstrucción de las vías respiratorias
- Cobertura de la cabeza
- Exposición al humo del tabaco si los padres son fumadores activos
- Sofocación
- Asfixia
- Caídas
- Atrapamiento.

Prendas peligrosas:

La ropa de cama es utilizada en el entorno de sueño de los niños para su comodidad y seguridad, los cuidadores perciben que los niños no se sienten cómodos en superficies firmes a menudo intentan suavizar la superficie con el fin de evitar lesiones si el niño se golpea con el costado de la cuna y para esto utilizan:

- Almohadas
- Colchas
- Edredones
- Pieles de ovejas
- Superficies blandas son peligrosas cuando se colocan debajo del niño o sueltas en el entorno del sueño

Estas prendas pueden aumentar el potencial de asfixia y reinhalación. Si se utiliza cualquiera de éstas prendas deben ser delgadas y escondidas bajo el colchón para evitar que la cabeza o la cara queden cubiertas.

Características del entorno adecuado:

Un entorno seguro es aquel en que se satisfacen las necesidades básicas, se reducen los riesgos físicos y la transmisión de microorganismos, se mantiene la higiene y se controla la contaminación.

- **Temperatura y humedad apropiadas.** Los extremos afectan a la satisfacción de todas las necesidades. (Tª entre 18,3 y 25°C humedad entre 30 y 60%)
- **Iluminación correcta:** La ideal es aquella que no produce oscuridad ni deslumbra y que no tiene sombras profundas.
- **Colocación adecuada del mobiliario y otros objetos.** Muchas caídas están causadas por un suelo resbaladizo o mojado y falta de barandillas....
- **Ruidos moderados.** El nivel de ruido por encima de 120 decibelios es doloroso y puede dañar los oídos.
- **Eliminación de microorganismos patógenos.** Estos son los capaces de producir una enfermedad infecciosa, son una amenaza para la protección de personas que no están inmunizadas o que están inmunodeprimidas.
- **Ausencia de peligros especiales:** Como el fuego, la radiación, electricidad y sustancias químicas.
- **Seguridad psicológica:** Utilizando mecanismos adecuados frente a situaciones de estrés

CITAS BIBLIOGRAFICAS

OMS. (01 de Abril de 2003). *Organizacion Mundial de Salud*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, de Organizacion Mundial de Salud:
<http://www.who.int/features/2003/04/es/>

Bebes y mas . (23 de Agosto de 2011). *Estimulacion Temprana*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, de Estimulacion Temprana:
<http://www.bebesymas.com/desarrollo/la-importancia-del-ambiente-en-el-desarrollo-del-bebe>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: ENFERMERÍA
PLAN DE VISITA DOMICILIARIA 5

Fecha: 04 de Noviembre del 2015	
Responsable: Johanna Guapulema	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: J.L	Número de miembros de la Familia: 4
Edad: 3 meses 15 días	Dirección: Guano-San Andrés- Miraflores
Motivo de la visita: Seguimiento domiciliario a la paciente pediátrica.	Diagnóstico Médico: Neumonía+Crisis Convulsivas

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNOSTICOS NANDA:

1	Etiqueta Diagnóstica: Conocimientos deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)
	Factor Relacionado: falta de exposición de temas. Manifestado por: verbalización del problema (madre)

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. Conocimiento: recursos sanitarios

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACION/ COMPRESION
Conocimientos deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza: recursos sanitarios • Facilitar aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio con imágenes de los medios de información en salud 	Describe los medios de información en salud y su

madre en el domicilio)		• Registro de asistencia.	importancia.
-------------------------	--	---------------------------	--------------

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se educa acerca del manejo adecuado del lactante, servicios o personas que pueden proporcionarle información sobre temas de salud haciendo énfasis en los cuidados especiales de lactantes. Se pudo dialogar con la familia estableciendo una relación enfermero/a – paciente de confianza donde se pudo promover una discusión abierta de temas de interés y fomentar la necesidad de los cuidados que se debe mantener con el lactante. Además se llega a acuerdos y compromisos por parte del paciente y la familia para la próxima visita.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

PLAN EDUCATIVO 5

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Medios de información en salud

LUGAR: Domicilio de la paciente

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Madre del niño

FECHA: 04 de Noviembre del 2015

HORA: 17:00 a 18:00

FACILITADOR: Johanna Guapulema

TIEMPO ASIGNADO: 1 hora

OBJETIVOS:

- Proporcionar información a la madre acerca de los medios o personas que proporcionar información sobre cuidados del lactante.
- Orientar a la paciente a la utilización de los mismos en beneficio del lactante.

2. PLAN

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
<p>Tema: Medios de información en salud.</p> <p>Subtemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de su utilización. • Localización de los medios de comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudas audiovisuales. • Cámara 	<p>Preguntas previas sobre el tema y preguntas de evaluación final</p>

3. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

MEDIOS DE INFORMACION EN SALUD

Los medios de comunicación son una importante fuente de información acerca de problemas de salud.

La comunicación directamente profesional – paciente o cuidador se refiere a los pensamientos, creencias y sentimientos internos del individuo acerca de los asuntos que influyen las conductas dirigidas a la salud.

Elementos importantes de la comunicación en salud son:

1. **Ética de la virtud:** se refiere a la comunicación verbal entre el personal de salud y el paciente o cuidador, asocia la virtud a la veracidad.
2. **Ética del cuidado:** actitudes que nos permiten estar junto a los demás, expresarnos afectivamente y escucharlos, interpretar lo que otros dicen o hacen con sensibilidad e introspección y estar abiertos a cambiar nuestros conceptos sobre los asuntos y bienes prioritarios para otros.
3. **Ética de la narración:** aquí se establece la RMP (preventiva) y la toma de decisiones por parte del paciente (curativa).

La comunicación personal de salud – paciente provee al profesional de una oportunidad para reducir la incertidumbre del paciente, capacitarlo para actuar en su beneficio y fortalecer la prevención.

Los componentes principales del proceso de comunicación en salud son:

1. **Relaciones:** las que se establecen de forma interpersonal ya sea entre profesionales o con los pacientes, se aportan características únicas, creencias, valores, percepciones.
2. **Transacciones:** interacción entre individuos acerca de información relacionada con la salud, incluye comportamiento verbal y no verbal.
3. **Contexto:** escenarios en los cuales la comunicación toma lugar. La empatía es la variable de comunicación que más puede aportar a mejorar las transacciones. Incluye componentes afectivos, cognitivos y comunicativos.

BENEFICIOS DE LA UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN SALUD:

La comunicación contribuye a transacciones beneficiosas como:

- Prevención de la enfermedad
- Política de los cuidados de salud.
- Aumento de calidad y salud de los individuos dentro de la comunidad.

Se establece la dinámica de la relación en la que intervienen diferentes factores:

Enfermo:

- Comunica (expone).
- Se defiende (mecanismo de seguridad, se preocupa de cómo actuar y qué piensa el médico de él).

Personal de salud:

- Estudia lo que dice el enfermo.
- Prepara la mejor manera de decir lo que debe al enfermo.
- Se defiende.

LOCALIZACION DE LOS MEDIOS DE INFORMACION EN SALUD

Estos los podemos encontrar en el servicio de salud más cercano debido a la existencia de personal capacitado en brindar información preventiva y curativa para los problemas de salud, entre ellos encontramos: médicos, enfermeras, técnicos y en si todo el personal relacionado con la salud.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

Alazraqui, M., Mota, E., & Spinelli, H. (2009). Sistemas de Informacion en Salud. *Scielo*, 11-18.

Joan, M. (29 de Noviembre de 2010). *SlideShare*. Recuperado el 31 de Noviembre de 2015, de SlideShare: <http://es.slideshare.net/joancmarch/medios-de-comunicacin-y-salud-grx-comed>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: ENFERMERÍA
PLAN DE VISITA DOMICILIARIA 6

Fecha: 09 de Noviembre del 2015	
Responsable: Johanna Guapulema	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: J.L	Número de miembros de la Familia: 4
Edad: 3meses 15 días	Dirección: Guano-San Andrés- Miraflores
Motivo de la visita: Seguimiento domiciliario de la paciente pediátrica.	Diagnóstico Médico: Neumonía+Crisis Convulsivas

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNOSTICOS NANDA:

1	<p>Etiqueta Diagnóstica: Conocimientos deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)</p> <p>Factor Relacionado: falta de exposición de temas.</p> <p>Manifestado por: verbalización del problema (madre)</p>
---	---

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. Conocimiento: seguridad personal (madre y padre)

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACION/ COMPRESION
Conocimientos deficientes (respecto al manejo de la niña)	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar implicación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> Rotafolio con imágenes de las funciones de madre y 	Madre y padre describe sus funciones dentro del hogar.

por parte de la madre en el domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la maternidad/paternidad. 	<p>padre dentro del hogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cámara • Registro de asistencia. 	
---------------------------------------	--	--	--

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se educa acerca de las funciones que cumple los padres dentro del hogar y con énfasis en el cuidado del lactante. Se pudo dialogar con la familia estableciendo una relación enfermero/a –paciente de confianza donde se pudo promover una discusión abierta de temas de interés y fomentar la necesidad de los cuidados que se debe mantener con el lactante. Además se llega a acuerdos y compromisos por parte del paciente y la familia para la próxima visita.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

PLAN EDUCATIVO 6

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Función de los padres.

LUGAR: Domicilio de la paciente

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Madre y padre del niño

FECHA: 09 de Noviembre del 2015

HORA: 15:00 a 16:00

FACILITADOR: Johanna Guapulema

TIEMPO ASIGNADO: 1 hora

OBJETIVOS:

- Proporcionar información a la madre y padres acerca de sus respectivas funciones dentro del hogar y el cuidado del lactante.
- Asesorar el cumplimiento de las mismas en las posteriores visitas.

2. PLAN

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
<p>Tema: Funciones de los padres.</p> <p>Subtemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funciones dentro del hogar. • Funciones dentro de los cuidados del lactante. • Beneficios de los cuidados de los padres. • Complicaciones de cuidados inadecuados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio con imágenes de los funciones de los padres. • Cámara 	<p>Preguntas previas sobre el tema y preguntas de evaluación final</p>

3. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

FUNCIONES DE LOS PADRES

Los roles o funciones se han ido asignando con el paso del tiempo a través de la cultura y están relacionados con el género.

Son los encargados de transmitir y reproducir valores, hábitos y los aprendizajes necesarios para enfrentar situaciones cotidianas de la vida, los cuales serán complementados en centros educativos.

A la madre se le han asignado los papeles de:

- Servir, cuidar y atender a los (as) hijos (as) y esposo o pareja.
- Responsabilizarse de todos los asuntos básicos de la casa: compras, trabajo doméstico, llevar y traer a los hijos de la escuela, apoyar en las tareas escolares.
- Lavar, planchar, cocinar, coser, limpiar, doblar, colgar, acomodar, remendar.

Al hombre se le ha asignado el rol o papel de:

- Ser el proveedor económico.
- Ser el protector de todos los miembros de la familia.
- Ser la máxima autoridad en la toma de decisiones y el ejercicio del poder sobre la esposa o pareja y sobre los hijos e hijas.
- Ser "ejecutor" de "castigos" ó "sanciones" cuando los(as) hijos (as) "se portan mal".

Riesgos del no cumplimiento de los roles:

- La pobreza
- El alcoholismo
- La depresión
- Los suicidios
- Abandono total del hogar por parte de los padres, sobre todo cuando se carece de un empleo adecuado.

Propuestas dentro de la aplicación de sus respectivos roles:

Estas propuestas van encaminadas a mejorar el desarrollo emocional, psicológico de todos los integrantes de la familia y estos son:

1. Mayor participación o incorporación de los papás (hombres) en la atención, cuidado y educación de los hijos, de ambos sexos.
2. Mayor involucramiento y responsabilidad de los papás (hombres) en las tareas de los hijos y en asuntos relacionados con la educación sexual.
3. Mayor participación de los hombres (padres) en labores del hogar, que permitan a la mujer (mamá), disminuir los efectos físicos y mentales de la sobrecarga doméstica.
4. Corresponsabilidad de papá y mamá en apoyar los derechos de los hijos y establecer deberes y compromisos de éstos con la familia.
5. Compartir papás y mamás la responsabilidad en la aplicación de límites y sanciones cuando se requiera de ellos.
6. Corresponsabilidad de papá y mamá en la toma de decisiones respecto a los problemas o situaciones que viven los hijos (as), sin recargar o descargarla responsabilidad sólo en uno de ellos.
7. Corresponsabilidad en la educación de sus hijos e hijas, fomentando valores como el respeto, la solidaridad, tolerancia, sin distinción de sexo.
8. Promover la valorización y reconocimiento del trabajo doméstico ejercido por las mujeres.
9. Unir esfuerzos familiares para promover el desarrollo personal de la mamá que está realizando el trabajo de ama de casa.
10. Apoyar a las mamás que no cuentan con una pareja o familia de origen, para el cuidado de sus hijos y el sustento económico, en centros de trabajo o estudio, mediante redes de apoyo.

Funciones dentro de los cuidados del lactante:

- **Alimentación:** lactancia materna exclusiva, la función de la madre aquí es llevar a cabo normas de higiene básicas antes de iniciar el amamantamiento como: lavado de manos e higiene de los pechos.
- **Higiene:** los padres deben implicar en su rutina diaria la higiene de cavidades (ojos, nariz oídos, axilas, partes íntimas y pliegues inguinales) del lactante así como el baño diario, debe comprobar la temperatura del agua esta debe ser tibia, evitar el uso de shampoo o jabón de los padres. El pañal debe ser cambiado con frecuencia si este se encuentra sucio para evitar infecciones en el lactante.
- **Sueño:** El bebé debe dormir las horas necesarias, los padres deben proporcionar un ambiente adecuado para el descanso del lactante, esta puede ser una cuna de superficie plana y no colocar suelta ropa cerca ya que existe un riesgo de asfixia.
- **Ropa:** los padres proporcionaran una vestimenta suave, ligera y fácil de poner y quitar, no se debe sobre abrigar al bebé.
- **Estimulación:** los padres deben iniciar en una etapa temprana, como: hablarle, sonreírle, acariciarlo, cantarlo.
- **Visitas al pediatra:** los padres deben acudir con el lactante periódicamente a un médico par que el lactante sea valorado en crecimiento, peso y la prevención de problemas de salud, dentro de esto se encuentra la asistencia a la colocación de sus respectivos vacunas en el tiempo establecido por el personal de salud.

Beneficios del cumplimiento adecuado de los roles:

El cumplimiento adecuado proporcionara satisfacción tanto individual como familiar, en el estado emocional, psicológico y social.

Los padres dentro del hogar obtendrán una familia capacitada de obtener responsabilidades en beneficio de todos al igual que una relación familiar sin violencia verbal o física debido a la frustración del ejercicio de las diferentes funciones.

En los cuidados del lactante obtendrán un desarrollo y crecimiento adecuado eliminado en su totalidad la aparición de problemas de salud e incluso la muerte de su bebe.

Complicaciones de su incumplimiento

Dentro del hogar existirá sentimientos de aprehensión, baja autoestima, depresión, llevando actuar a cada uno en beneficio propio, existe el riesgo de aparición de violencia física y verbal, ocasionando la credibilidad y faltas de respeto entre los miembros

En el lactante puede contraer enfermedades con facilidad que si no son detectados a tiempo puede llevarlos a la hospitalización y si no se resuelve el problema su defunción.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

Enrique, F. (2015). En el Rol de los Padres en la Actualidad. *Buena Salud* , 10-15

Silvana, S. (2008). Educacion a los padres . *Revista de Enfermeria*, 22-30.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: ENFERMERÍA
PLAN DE VISITA DOMICILIARIA 7

Fecha: 10 de Noviembre del 2015	
Responsable: Johanna Guapulema	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: J.L	Número de miembros de la Familia: 4
Edad: 3 meses 15 días	Dirección: Guano-San Andrés- Miraflores
Motivo de la visita: Seguimiento domiciliario a la paciente pediátrica.	Diagnóstico Médico: Neumonía+Crisis Convulsivas

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNOSTICOS NANDA:

1	Etiqueta Diagnóstica: Disposición para mejorar la gestión de salud (madre).
	Manifestado por: expresa deseo de mejorar la utilización de los servicios sanitarios y el estado de inmunizaciones.

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. Conducta del fomento de la salud (de la madre a la niña)
--

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACION/ COMPRESION
Disposición para mejorar la gestión de salud (madre).	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria • Fomentar la salud (utilización de los servicios de salud) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudas audiovisuales de los servicios de salud. • Cámara 	Toda la familia indica los beneficios de la utilización de los servicios de salud para el lactante.

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se educa acerca de los servicios de salud, beneficios de su utilización en la resolución de los problemas de salud del lactante así como el adecuado desarrollo y crecimiento. Se pudo dialogar con la familia estableciendo una relación enfermero/a –paciente de confianza donde se pudo promover una discusión abierta de temas de interés y fomentar la necesidad de los cuidados que se debe mantener con el lactante. Además se llega a acuerdos y compromisos por parte del paciente y la familia para la próxima visita.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

PLAN EDUCATIVO 7

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Servicios de Salud.

LUGAR: Domicilio de la paciente

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Madre y padre del niño

FECHA: 10 de Noviembre del 2015

HORA: 09:00 a 10:00

FACILITADOR: Johanna Guapulema

TIEMPO ASIGNADO: 1 hora

OBJETIVOS:

- Proporcionar información a la madre acerca de los servicios de salud.
- Asesorar la utilización de los mismos.

2. PLAN

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
<p>Tema: Servicios de salud.</p> <p>Subtemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuáles son los servicios de salud • Beneficios de su utilización. • Localización del servicio de salud más cercano. • Características de los servicios. • En qué momentos utilizarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición • Demostración 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio con imágenes de los distintos servicios de salud. • Planificar la asistencia al centro de salud para un chequeo médico. • Cámara • Registro de asistencia. 	<p>Preguntas previas sobre el tema y preguntas de evaluación final. Madre acude al centro de salud para chequeo médico.</p>

3. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

SERVICIOS DE SALUD

Prestaciones que brindan asistencia sanitaria, estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas, también abarca todo lo referente a la prevención y a la difusión de aquello que ayuda desarrollar una vida saludable.

Encontramos servicios saludes públicas y privadas, los servicios públicos son gestionados y financiados por el Estado mientras lo privados requiere de recursos económicos en ese momento.

Los servicios de salud:

- Hospitales
- Clínicas
- Centros de salud
- Puestos de salud
- Ambulancias

Profesionales que encontramos:

- Médicos
- Enfermeros
- Farmacéuticos
- Odontólogos
- Fisioterapeutas

Mejorando los servicios de salud mental y discapacidades de desarrollo, cuidados en enfermerías y casas de descanso, acceso a cuidados en la comunidad, servicios a la población de VIH y el manejo del cuidado de salud.

Beneficios de su utilización

- Acceder a un cuidado médico de calidad para los niños y sus padres, para familias de bajos y moderados ingresos.
- Asistir a las familias con asistencia social, anteriormente con asistencia social, o en peligro de necesitar asistencia social por hacerse y quedarse autosuficiente, cuidado de niños de calidad y tratamiento por abuso de sustancias.
- Mejorar el cuidado de salud y apoyo para los discapacitados y los ancianos pobres, con un enfoque preventivo y promocional

Características de los servicios:

1°.-Carácter tangible: es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación. (Como se lo atiende por teléfono, las condiciones de confort y limpieza del consultorio, como lo recibe la recepcionista.)

2°.-Fiabilidad: consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Hay que tener cuidado porque normalmente el 96% de los pacientes insatisfechos no realizan reclamaciones pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan.

3°.-Rapidez: se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para el paciente. No retener a un paciente mucho tiempo en la sala de espera y no dar turnos por períodos muy largos.

4°.-Cortesía: expresada través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia el paciente.

5°.-Credibilidad: es decir, honestidad del profesional que presta el servicio tanto en sus palabras como en sus actos.

6°.-Seguridad: ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio.

7°.-Accesibilidad: que se traduce por la facilidad con la que el paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.

8°.-Comunicación: se debe informar al paciente con un lenguaje que éste entienda, eliminar vocablos técnicos que lo confunden y asustan.

9°.-Conocimiento del paciente: se trata del esfuerzo realizado por el profesional para entender a sus pacientes y sus necesidades, para poder atenderlo y contenerlo.

Momentos para utilizarlos:

- Requerimiento de información relacionado a la salud
- Aplicación de vacunas
- Aplicación de inyecciones
- Revisión medica
- Revisión odontológica
- Realización de curaciones
- Realización de planificación familiar
- Curación de problemas de salud si las posee

CITAS BIBLIOGRAFICAS

Conde, S., & Isel, Z. (22 de Mayo de 2012). *Monografias- Calidad en los Servicios de Salud*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2015, de Monografias- Calidad en los Servicios de Salud.

Lucio, R. (2007). Servicios Publicos de Atencion de Salud. *Salud de Altura*, 63-81



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: ENFERMERÍA
PLAN DE VISITA DOMICILIARIA 8

Fecha: 10 de Noviembre del 2015	
Responsable: Johanna Guapulema	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: J.L	Número de miembros de la Familia: 4
Edad: 3 meses 15 días	Dirección: Guano-San Andrés- Miraflores
Motivo de la visita: Seguimiento domiciliario a la paciente pediátrica.	Diagnóstico Médico: Neumonía+Crisis Convulsivas

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNOSTICOS NANDA:

1	Etiqueta Diagnóstica: Disposición para mejorar la gestión de salud (madre).
	Manifestado por: expresa deseo de mejorar la utilización de los servicios sanitarios y el estado de inmunizaciones.

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

2. Manejo de la inmunización /vacunación.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACION/ COMPRESION
Disposición para mejorar la gestión de salud (madre).	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria • Fomentar la salud (utilización de los servicios de salud) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio con información sobre las vacunas. 	Toda la familia indica los beneficios de la utilización de los servicios de salud para el lactante.

		<ul style="list-style-type: none"> • Cámara 	Madre acude al centro de salud para la aplicación de las vacunas correspondientes.
--	--	--	--

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se educa acerca de los servicios de salud, beneficios de su utilización en la resolución de los problemas de salud del lactante así como el adecuado desarrollo y crecimiento, beneficios de la colocación de las diferentes vacunas. Se pudo dialogar con la familia estableciendo una relación enfermero/a –paciente de confianza donde se pudo promover una discusión abierta de temas de interés y fomentar la necesidad de los cuidados que se debe mantener con el lactante. Además se llega a acuerdos y compromisos por parte del paciente y la familia para la próxima visita.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

PLAN EDUCATIVO 8

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Inmunizaciones.

LUGAR: Domicilio de la paciente

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Madre y padre del niño

FECHA: 10 de Noviembre del 2015

HORA: 09:00 a 10:00

FACILITADOR: Johanna Guapulema

TIEMPO ASIGNADO: 1 hora

OBJETIVOS:

- Proporcionar información a la madre acerca de los beneficios de la colocación de las vacunas.
- Asesorar la aplicación de las mismas.

2. PLAN

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
Tema: Inmunizaciones. Subtemas: <ul style="list-style-type: none"> • Definición de cada vacuna y su beneficio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio con información sobre las vacunas • Cámara • Registro de asistencia. 	Preguntas previas sobre el tema y preguntas de evaluación final.

3. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

INMUNIZACIONES

Las vacunas son medicamentos biológicos que, aplicados a personas sanas, provocan la generación de defensas (anticuerpos) actúan protegiendo ante el contacto con los agentes infecciosos contra los que se vacuna, evitando la infección o la enfermedad. El objetivo primordial es disminuir totalmente o parcialmente el riesgo de disminuir enfermedades prevenibles.

❖ BCG

La vacuna BCG (Bacilo Calmette Guerin) conocida como la vacuna contra la tuberculosis protege a los bebés contra las enfermedades pulmonares. Esta vacuna se aplica una sola vez por vía intradérmica en el hombro derecho de los recién nacidos o pequeños menores de tres meses, que estén en óptimas condiciones de salud. Está contraindicado en recién nacidos de menos de 2000 gramos. (Pediátrica, 2009)

❖ HB

Esta vacuna protege contra la hepatitis B, una enfermedad seria que causa daño al hígado. Es una de las inmunizaciones infantiles recomendadas, pero muchos adultos también la necesitan. La vacuna contra la hepatitis B está hecha de un virus inactivado (muerto) de hepatitis B. Después de que usted recibe una vacuna contra este tipo de hepatitis, su cuerpo aprende a atacar al virus de esta enfermedad si está expuesto a ella. Esto quiere decir que es muy improbable que usted se enferme de hepatitis B. El virus inactivo estimula al cuerpo a producir anticuerpos para combatir el virus de la hepatitis B.

❖ ROTAVIRUS

La vacuna del rotavirus es una vacuna oral que protege frente a serotipos que con mayor frecuencia son causa de gastroenteritis en niños. La vacuna contra el rotavirus no prevendrá la diarrea o los vómitos provocados por otros gérmenes, pero es muy eficaz en la prevención de la diarrea y los vómitos que provoca el rotavirus. La mayoría de los bebés

que reciben la vacuna no presentan diarrea por rotavirus y, casi todos ellos, quedan protegidos de las diarreas por rotavirus severas. El rotavirus puede causar diarrea acuosa grave en bebés y niños pequeños. Por lo general, también tendrán fiebre, vómito y dolor abdominal. Algunos niños con rotavirus no pueden beber los líquidos necesarios para reemplazar los perdidos por la diarrea o muchos vómitos durante el día. Esto puede llevar a una grave deshidratación, hospitalización y hasta a la muerte.

El rotavirus se propaga fácilmente entre niños pequeños. Las personas que contraen la enfermedad por rotavirus liberan enormes cantidades del virus a través de las heces (materia fecal). Si el virus entra en su boca, usted puede contraer la enfermedad por rotavirus. Esto sucede cuando usted toca las manos de otras personas u objetos (como juguetes) que están contaminados con el rotavirus. (Salud, 2013)

❖ NEUMOCOCO

La vacuna del neumococo protege frente a otitis, neumonía, sinusitis, meningitis y septicemia (infección grave de la sangre) causadas por esta bacteria. Neumonía, sinusitis y otitis son enfermedades comunes en niños menores de dos años, en especial en los que acuden a la escuela infantil, aunque también pueden darse a otras edades.

El nombre de esta bacteria proviene de su capacidad para producir neumonía, o sea, una infección en el pulmón, sobre todo en niños de menos de 5 años en los que es la primera causa de neumonía bacteriana. Pero también causa meningitis, una infección grave, incluso mortal, de las meninges o cubiertas que rodean al cerebro, que es más frecuente en los niños más pequeños, por debajo de los 2 años, y que puede dejar secuelas. Puede provocar además bacteriemia, que es una infección de la sangre y que da lugar a fiebre elevada. (Pediatria, 2013)

❖ OPV

La poliomielitis (o polio) es una enfermedad causada por un virus. El virus entra en el cuerpo de un niño o de un adulto a través de la boca. Algunas veces el virus no causa una enfermedad seria. Pero otras veces causa parálisis (la persona no puede mover los brazos o

las piernas). La poliomielitis puede matar a las personas afectadas, usualmente al paralizar los músculos que la ayudan a respirar.

❖ **PENTAVALENTE**

Es una vacuna que combina cinco antígenos. La preparación contiene bacterias muertas de Bordetella pertusis, toxoides tetánico y diftérico, antígeno de superficie del virus de la hepatitis B y polisacárido capsular purificado de Haemophilus influenzae tipo b.

Previene contra la difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e infecciones invasivas producidas por Haemophilus influenzae del tipo b.

❖ **INFLUENZA PEDIÁTRICA**

La vacuna contra la influenza estacional protege contra tres virus de la influenza que las investigaciones indican serán los más comunes durante la temporada: un virus de la influenza A (H1N1), un virus de la influenza A (H3N2) y un virus de la influenza B. Algunos niños de 6 meses a 8 años requieren 2 dosis de la vacuna contra la influenza. Los niños de este grupo etario que reciben la vacuna por primera vez necesitarán dos dosis. Algunos niños que han recibido la vacuna contra la influenza previamente también necesitarán dos dosis.

❖ **DPT**

Es una vacuna combinada que protege al niño contra tres enfermedades difteria, tosferina y tétanos. Es una vacuna muy eficaz ya que proporciona alta protección, y gracias a su utilización hoy son poco frecuentes estas enfermedades. Si dejamos de vacunar a los niños, estas enfermedades volverán a aumentar, con todas sus complicaciones.

✚ Tres dosis a partir de los 2-3 meses de edad con un intervalo de 6-8 semanas entre ellas (2, 4, 6, ó 3, 5, 7 meses).

✚ Dosis de refuerzo a los 2 y 4 años.

❖ SRP

La vacuna triple viral SRP, protege contra sarampión, rubéola y paperas, enfermedades que si no se evitan pueden ser graves. La Vacuna Triple Viral SRP, es elaborada con virus atenuados y protege contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis.

Su eficiencia varía dependiendo de la enfermedad que prevenga. Sin embargo su nivel de protección es muy amplio, ya que para el sarampión es de entre 95% y 100%; para rubéola de 98% a 100% y para parotiditis o paperas es de 90 % a 98%.

❖ FA

La fiebre amarilla es una enfermedad causada por un virus que se transmite a través de la picadura del mosquito *Aedes aegypti* en regiones tropicales.

Es obligatorio aplicar la vacuna antiamarílica al año de vida para quienes habiten en áreas de alto riesgo. También se debe aplicar la vacuna de la fiebre amarilla a los viajeros que ingresan o salen de zonas endémicas o epidémicas. La vacunación que deben aplicarse aquellas personas que viajen a áreas de riesgo debe realizarse con dos semanas de anticipación a fin de asegurar la protección contra esta enfermedad.

❖ VARICELA

Esta vacuna protege contra la varicela, una enfermedad causada por el virus varicela zóster. La varicela es causada por el virus varicela zóster (VZV), que es muy común, se propaga muy fácilmente y se presenta con más frecuencia en invierno y en primavera.

La mayoría de las veces, la infección es leve y no es potencialmente mortal; sin embargo, algunas personas con varicela se enferman gravemente, necesitan hospitalización o incluso mueren a raíz de esta enfermedad.

La vacuna contra la varicela funciona muy bien para prevenir la enfermedad. Un pequeño número de personas que reciben la vacuna aún contraerá esta enfermedad;

sin embargo, presentarán un cuadro generalmente más leve que las personas que no recibieron la vacuna.

❖ DT

Vacuna contra de difteria y el tétano.

Difteria: La difteria es una infección bacteriana aguda y extremadamente contagiosa ocasionada por el *Corynebacterium diphtheriae*, que afecta principalmente la nariz y la garganta. Los niños menores de 5 años y los adultos mayores de 60 son particularmente propensos a contraer esta infección. Las personas que viven en condiciones insalubres o de hacinamiento, las que padecen malnutrición y los niños y adultos que no tienen al día el calendario de vacunaciones también están en situación de riesgo. Se caracteriza por la aparición de lesiones localizadas generalmente en mucosa nasal, faringoamigdalina y laríngea. Es importante enfatizar que es una enfermedad que se puede prevenir con la vacunación oportuna.

Tétanos: Una de las complicaciones más temibles de cualquier corte, mordedura u otro tipo de herida, incluso pequeña, es la infección por tétanos. Puede desarrollarse días o incluso semanas después de la herida, dando lugar a una rigidez de los músculos de la mandíbula y de otros músculos, y puede llegar incluso a las convulsiones y a la incapacidad para respirar. La bacteria del tétanos generalmente se encuentra en el suelo, pero puede estar prácticamente en cualquier sitio. Si sus esporas entran en una herida más allá del alcance del oxígeno, germinan y producen una toxina que interfiere con los nervios que controlan los músculos. Una infección de tétanos es seria, y puede acabar en la muerte si no se ha inmunizado previamente.

Grupos de edad	Vacuna	Total dosis	Dosis recomendada	Vía de administración	Frecuencia de administración						
					Número de dosis			Refuerzos			
					1 dosis	2 dosis	3 dosis	1 Refuerzo	2 Refuerzo	3 Refuerzo	
Menores de un año	BCG	1	0,05* 0,1 ml*	I. D.	R. N.						
	HB ^º	1	0,5 ml	I. M.	R. N.						
	Rotavirus	2	1ml	V. O.	2m	4m					
	OPV	3	2 Gtts	V. O.	2m	4m	6m	1 año después de la tercera dosis			
	PENTAVALENTE (DPT+HB+Hib)	3	0,5 ml	I. M.	2m	4m	6m				
	Neumococo conjugada	2	0,5 ml	I. M.	2m	4m					
	SR	1	0,5 ml	S. C.	6m						
	Influenza Pediátrica (a partir de los 6 meses)	1	0,5	I. M.	A partir de los 6 m.						
12 a 23 meses	DPT	1	0,5 ml	I. M.				Usar DPT al 1 año después de la tercera dosis de pentavalente			
	SRP	1	0,5 ml	S. C.	Dosis única						
	Neumococo conjugada	1	0,5 ml	I. M.	Dosis única						
	Varicela	1	0,5 ml	S. C.	Dosis única						
	FA	1	0,5 ml	S. C.	1er Contacto			Cada 10 años			
	Influenza Pediátrica	1	0,5 ml	I. M.	Solo en campaña						
5 - 11 años	DT ** (5 años)	1	0,5 ml	I. M.					5 años (1ero de básica)		
	Varicela 6 años (2do grado básica)	1	0,5 ml	S. C.	Dosis única						
	SRP2 6 años (2do grado básica)	1	0,5 ml	S. C.	Dosis única						
	Varicela 10 años (6to grado básica)	1	0,5 ml	S. C.	Dosis única						
	HB 11 años (Séptimo de básica)	3	0,5 ml	I. M.	1er contacto	1 mes	6 meses				
Mujeres en edad fértil (MEF) ***	dT 15 años	1	0,5 ml	I. M.						15 años	
	dT Embarazadas										
	dT No embarazadas (en áreas de alto riesgo)	5	0,5 ml	I. M.	1er contacto	1 m después de la primera dosis	6 meses después de la segunda dosis	1 año después de la tercera dosis	Cada 10 años		
Adultos > 65 años	Influenza estacional	1	0,5	IM	Solo campañas anuales						
	Neumococo polisacárido	1	0,5	IM	Primer Contacto			Cada 5 años			
Grupos de riesgo	Influenza contra AH1N1	1	0,25 y 0,5	IM	Solo campaña						
	SR	1	0,5 ml	S. C.	Dosis única en campañas de seguimiento y para control de brotes						

* De acuerdo al fabricante

PAI/2012

Imagen tomada de la página del Ministerio de Salud del Ecuador: www.salud.gob.ec/



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: ENFERMERÍA
PLAN DE VISITA DOMICILIARIA 9

Fecha: 16 de Noviembre del 2015	
Responsable: Johanna Guapulema	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: J.L	Número de miembros de la Familia: 4
Edad: 3meses 15 días	Dirección: Guano-San Andrés- Miraflores
Motivo de la visita: Seguimiento domiciliario de la paciente pediátrica.	Diagnóstico Médico: Neumonía+Crisis Convulsivas

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNOSTICOS NANDA:

1	Etiqueta Diagnóstica: Conocimientos deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)
	Factor Relacionado: falta de exposición de temas.
	Manifestado por: verbalización del problema (madre)

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. Conocimiento: cuidados del lactante (higiene corporal)

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACION/ COMPRESION
Conocimiento: cuidados del lactante (higiene	<ul style="list-style-type: none"> Enseñanza: baño corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> Cámara Tina de baño del niño 	Madre sabe cuáles son los riesgos que puede

corporal)		<ul style="list-style-type: none"> • Shampoo • Jabón de baño • Toalla • Suero fisiológico • Algodón • Cortauñas • Ropa limpia 	tener el niño si no tiene una buena higiene al igual que el entorno que la rodea.
-----------	--	--	---

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se educa acerca de la higiene del lactante con el fin de prevenir infecciones o enfermedades causantes de una higiene adecuada. Se pudo dialogar con la familia estableciendo una relación enfermero/a –paciente de confianza donde se pudo promover una discusión abierta de temas de interés y fomentar la necesidad de los cuidados que se debe mantener con el lactante. Además se llega a acuerdos y compromisos por parte del paciente y la familia para la próxima visita.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

PLAN EDUCATIVO 9

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Higiene del lactante

LUGAR: Domicilio de la paciente

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Madre y padre de la niña.

FECHA: 16 de Noviembre del 2015

HORA: 09:00 a 10:00

FACILITADOR: Johanna Guapulema

TIEMPO ASIGNADO: 1 hora

OBJETIVOS:

- Educar a la familia la importancia de la higiene del niño.
- Informar cuales son los riesgos que puede tener el niño de una mala higiene.

2. PLAN

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
<p>Tema: Higiene personal del lactante.</p> <p>Subtemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición • Higiene de las diferentes partes del cuerpo. • Materiales para el aseo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición • Demostraciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio con información del baño de la niña. • Implementos deseado personal • Cámara de • Registro asistencia. 	<p>Preguntas previas sobre el tema y preguntas de evaluación final. Realiza el baño con técnica adecuada</p>

3. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

HIGIENE DEL LACTANTE

La higiene personal no es más que el aseo, limpieza y cuidado del cuerpo. Aunque es una parte importante de nuestra vida cotidiana en la casa, la higiene personal es importante para la salud y estado de bienestar del lactante. Es realmente indispensable educar a los cuidadores para así poder prevenir la propagación de gérmenes y enfermedades que pongan en riesgo la salud del bebe.

Se describirán los principales hábitos de higiene personal y su importancia:

1. La ducha es la mejor forma de aseo

Con esta práctica se controlan olores naturales del cuerpo que son producidos básicamente por la transpiración o el sudor. De igual forma se evita la presencia de gérmenes y bacterias que pueden afectar la salud de la piel.

El lavado del cabello debe realizarse por lo menos dos veces por semana, teniendo cuidado de usar un shampoo específico para él bebe.

2. El aseo de las uñas evita la presencia de gérmenes

La limpieza y corte de las uñas de manos y pies evita la adquisición de gérmenes y bacterias así como infecciones.

3. El cuidado de los ojos previene de enfermedades e infecciones

Los ojos son órganos muy delicados. Por lo tanto no deben tocarse con las manos sucias ni con pañuelos u otros objetos. Su mecanismo propio de limpieza son las lágrimas.

4. La higiene de la nariz es fundamental para lograr una buena respiración

La nariz deja entrar el aire para que llegue a los pulmones con la temperatura y humedad adecuadas y libres de partículas extrañas. La producción de mocos es un proceso natural que sirve como lubricante y filtro para el aire. Sin embargo, es necesario retirarlos varias veces al día, pues además de la incomodidad que representan, contienen partículas y microorganismos filtrados que pueden propiciar enfermedades.

5. La higiene de las manos es la mejor barrera para evitar muchas enfermedades

El contacto permanente de las manos con los papeles, alimentos. Favorece el transporte de gérmenes y bacterias causantes de enfermedades como la conjuntivitis o infecciones gastrointestinales (infecciones en el estómago).

Debemos mantenerlas limpias porque con ellas se toca la cara, los ojos, la boca.

6. La higiene de los oídos facilita la buena escucha

Es conveniente evitar que el agua entre en los oídos, y su aseo debe hacerse de manera periódica, teniendo en cuenta que no se debe introducir objetos en los oídos como: ganchos, pinzas, palillos u otros objetos.

Precauciones:

- Recuerda que deberá pasar por lo menos 1 hora después de haberlo alimentado antes de bañarlo, de lo contrario existe el riesgo de que vomite.
- Organiza tus actividades de tal manera que consideres el tiempo suficiente para realizar el baño de tu bebé y evitar con ello prisas innecesarias.
- Recuerda preparar todos los artículos necesarios para el baño antes de desnudar a tu bebé, si es necesario haz una tarjeta que te sirva de "guía" donde anotarás lo que necesitas.
- Si estás sola en casa puedes dejar la contestadora telefónica durante el tiempo necesario para esta actividad, con ello evitará interrupciones o prisas.

Técnica de higiene personal:

1. Baña a tu bebé en una habitación con las ventanas y puerta cerradas, esto para evitar corrientes de aire dentro de la habitación.
2. Coloca a tu bebé sobre una superficie suave y firme, podría ser su cama o una colchoneta y coloca encima una toalla limpia.
3. Coloca los aditamentos necesarios cerca de ti. Teniendo principal cuidado con el recipiente de agua tibia, por lo que se recomienda ponerlo en un lugar seguro.
4. Una vez preparado lo anterior, prepárate para desvestir al bebé. Existen dos opciones:

a. Desnuda al bebé por completo y cúbrelo con una toalla siempre y cuando la habitación sea cálida.

b. Si por el contrario la habitación es fría, desviste poco a poco cada parte del cuerpo para su limpieza, cubriéndolo de inmediato.

5. Empieza la limpieza de las zonas más limpias para terminar con las más sucias, de tal forma que el agua que estés usando permanezca limpia. El siguiente orden puede ayudarte para organizar el baño de esponja para tu bebé:

a. Cabeza. -Sostén al bebé con tu antebrazo y descansa la cabecita en la palma de su mano, colocando una pequeña cantidad de jabón, dando un masaje con la yema de los dedos y enjuaga. Cuida que el agua no entre a los oídos (coloque una bolita de algodón encima de cada oreja mientras humedeces y enjuagas la cabeza).

b. Cara.- Para el aseo de la cara NO se necesita jabón; con una bolita de algodón húmeda limpia cada ojo del ángulo interno de la nariz hacia la oreja, limpia sobre la frente, mejillas, nariz y boca y seca de inmediato.

c. Cuello, pecho y abdomen.- Pasa la esponja enjabonada por estas partes con suavidad, especialmente en los pliegues y con la toallita facial límpialo, seca de inmediato y cúbrelo. Con una gasa húmeda y jabón limpia la base del muñón umbilical, cambia la gasa húmeda y retira los residuos de jabón, finalmente seca cuidadosamente con otra gasita.

d. Brazos.- Pasa la esponja enjabonada por su brazo y mano (si la tiene cerrada ábrela con delicadeza), límpialo con la toallita facial, seca de inmediato y cúbrelo.

e. Espalda.- Pasa la esponja enjabonada desde el cuello y hasta la cintura, con la toallita húmeda límpialo, seca de inmediato y cúbrelo.

f. Piernas.- Pasa la esponja enjabonada a lo largo de cada pierna, hasta terminar en cada pie, teniendo especial cuidado en los pliegues, con la toallita húmeda límpialo, seca de inmediato y cúbrelo.

g. Genitales.- Con una bolita de algodón húmeda o toallita húmeda desechable, SIN jabón, limpia en el caso de las niñas separando los pliegues de los labios mayores de arriba (parte baja del vientre) hacia abajo sin que toque el ano. Después cambia la bolita de algodón y limpia el ano, sin que toque la vagina.

6. Una vez terminado el baño, y sin zonas húmedas, aplica en todo su cuerpo una crema hipoalergénica para hidratar su piel.

7. Protege la piel de los pompis con una pomada especial para evitar rozaduras.

8. Coloca el pañal y vístelo.

Recuerda: Deberás mantenerlo abrigado, e ir descubriendo cada parte de su cuerpo a la vez, lavándolo con suavidad, limpiando con la toallita humedecida en agua tibia, finalmente secar y cubrir de inmediato.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

Beltrán, U. M. (2010). El proceso de Enfermería: Instrumento para el cuidado. *Redalci*, 18-21.

Pérez, I. M. (3 de 04 de 2012). *Diez normas para la adquisición de hábitos de higiene*. recuperado el 20 de 10 de 1014, de diez normas para la adquisición de hábitos de higiene: <https://sites.google.com/site/actfissal/home>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: ENFERMERÍA
PLAN DE VISITA DOMICILIARIA 10

Fecha: 23 de Noviembre del 2015	
Responsable: Johanna Guapulema	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: J.L	Número de miembros de la Familia: 4
Edad: 3meses 15 días	Dirección: Guano-San Andrés- Miraflores
Motivo de la visita: Seguimiento domiciliario de la paciente pediátrica.	Diagnóstico Médico: Neumonía+Crisis Convulsivas

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNOSTICOS NANDA:

1	<p>Etiqueta Diagnóstica: Conocimientos deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)</p> <p>Factor Relacionado: falta de exposición de temas.</p> <p>Manifestado por: verbalización del problema (madre)</p>
---	---

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. Conocimiento: ambiente seguro

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACION/ COMPRESION
Conocimientos deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia en el mantenimiento del hogar. • Demostración 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetos necesarios para la limpieza. 	Madre sabe cuáles son los riesgos que puede tener el niño si no se encuentra en

madre en el domicilio			un ambiente saludable.
-----------------------	--	--	------------------------

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se educa acerca de la higiene del hogar como medio participativo del desarrollo y crecimiento adecuado del lactante. Se pudo dialogar con la familia estableciendo una relación enfermero/a –paciente de confianza donde se pudo promover una discusión abierta de temas de interés y fomentar la necesidad de los cuidados que se debe mantener con el lactante. Además se llega a acuerdos y compromisos por parte del paciente y la familia para la próxima visita.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

PLAN EDUCATIVO 10

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Higiene del hogar

LUGAR: Domicilio de la paciente

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Madre y padre de la niña

FECHA: 23 de Noviembre del 2015

HORA: 09:00 a 10:00

FACILITADOR: Johanna Guapulema

TIEMPO ASIGNADO: 1 hora

OBJETIVOS:

- Educar a la familia la importancia de la higiene del hogar
- Informar que el hogar debe estar aseado para que los niños puedan jugar de manera segura y evitar contagiarse de alguna otra enfermedad.

2. PLAN

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
Tema: Higiene del hogar Subtemas: <ul style="list-style-type: none"> • Definición • Higiene de las diferentes partes del hogar. • Materiales para la limpieza del hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demostraciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetos necesarios para la limpieza. 	Preguntas previas sobre el tema y preguntas de evaluación final

3. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

HIGIENE DEL HOGAR

La limpieza del hogar es la forma más sencilla de cuidar nuestro hogar y de toda la familia. Tanto la higiene básica, como el cuidado y la limpieza de nuestra casa tienen que estar incluidos en las tareas rutinarias como hábitos diarios. Ganará en calidad de vida al ver el aspecto agradable de su hogar y no tendrá que sacrificar un día por semana a realizar la limpieza general. Todo es cuestión de organización y de hacer un poco todos los días.

El ambiente doméstico es donde el bebé duerme, come, juega y aprende a gatear. Debe ser un lugar limpio y seguro para su salud. Para ello, se debe mantener una higiene adecuada de los lugares donde se concentran el mayor riesgo de infecciones y alergias: el suelo, las superficies de juego, las destinadas a la preparación de la comida y el baño. Te damos algunos consejos:

- **Limpieza cuidadosa de los suelos.** Las bacterias patógenas que proliferan en nuestras casas son las responsables de infecciones gastrointestinales. Se encuentran en los suelos, sobre todo, el de la cocina y el baño, y pueden provocar trastornos en los pequeños, que gatean y se lo llevan todo a la boca. Para controlar su difusión, debes limpiar el suelo con frecuencia. Lo ideal es hacerlo utilizando un aspirador y, a continuación, fregarlo con agua caliente y detergente.
- **Atención con los cojines y los colchones.** Los ácaros de polvo, que pueden provocar reacciones alérgicas, están presentes en el relleno de los cojines, en los colchones, en los sillones y en los sofás. Para prevenir su proliferación es bueno airear el ambiente a menudo y limpiar, como mínimo una vez a la semana, las estanterías, sobre todo las que contienen libros. También debes mantener una higiene óptima de moquetas y alfombras.
- **Máxima higiene en la cocina.** Tampoco hay que descuidar las zonas en las que se prepara la comida. En el caso de la mesa y de las superficies de apoyo de la cocina, debes evitar que las posibles bacterias patógenas (presentes en la carne cruda, la verdura sin lavar o las cáscaras de huevo) contaminen los alimentos.

CONSEJOS PARA APLICAR EN CASA

1. Hacer una limpieza exhaustiva en el hogar cada 15 días, lo que incluye cobijas, almohadas y colchones.
2. Las sábanas no se deben sacar al sol, hay que dejarlas adentro y que entre solo un poquito de aire, para no dejar que el mugre de la calle se les pegue.
3. Dejar abierto el closet media hora para que haya recirculación del aire.
4. No caminar descalzo.
7. Bañarse con agua caliente, ya que ayuda a que las personas con rinitis y sinusitis se descongestionen.
8. No se recomienda la alfombra.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

Silva, M. (2014 de 03 de 25). *Salud vida*. Recuperado el 06 de 12 de 2014, de SALID VIDA : <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=4556>

Silvana, S. (2008). Educacion a los padres . *Revista de Enfermeria*, 22-30.

DISCUSIÓN

Para el presente estudio de caso se realizó la valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon en el área intrahospitalaria y en el área extrahospitalaria se utilizó el Modelo de Interacción de Kathryn E. Barnard, para la identificación de problemas y necesidades de la niña pediátrica, a través del formato elaborado por la carrera de Enfermería y el formato realizado por la Docente Tutora y mi persona como investigadora se realiza una relación de similitud entre la valoración intra y extrahospitalaria, encontrando los siguientes patrones alterados: Patrón 1. Percepción de salud, Patrón 2. Nutricional metabólico-hidratación tegumentario (piel), Patrón 3. Respiración circulación, Patrón 4. Eliminación, Patrón 5. Actividad y ejercicio, Patrón 7. Cognitivo Perceptual, Patrón 8. Relaciones Familiares, Patrón 10. Adaptación y tolerancia al estrés; se encontró similitud con un estudio sobre **“Neumonía en niños menores de un año en el área de Pediatría del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala ”**, primer trimestre año 2014 realizado en la ciudad de Machala, permitiendo reunir datos necesarios para abordar problemas de salud reales y potenciales a través de actividades independientes e interdependientes a realizar por los profesionales de enfermería.

Se priorizaron los siguientes diagnósticos de enfermería: Intercambio gaseoso, Hipertermia, limpieza ineficaz de vías aéreas, Interrupción de la lactancia materna, Ansiedad de los padres, Riesgo de aspiración, Riesgo de infección, Lactancia materna ineficaz, Conocimientos deficientes , Desempeño infectivo del rol , Riesgo de retraso en el desarrollo, para lo cual se brindó cuidados específicos que contribuyeron en el mejoramiento de la salud de la niña pediátrica; coincidiendo con un trabajo sobre **“Cuidados de Enfermería en pacientes pediátricos de 1 a 5 años con Síndrome Convulsivantes aérea de pediatría en el hospital Dr. Abel Gilbert Pontón”**, realizado en abril del 2013 en la ciudad de Guayaquil”, donde hicieron énfasis en la aplicación del plan de cuidados estandarizados en los pacientes pediátricos, se ejecutó el seguimiento domiciliario de las diferentes intervenciones de enfermería con el fin de evaluar las metas propuestas (conocimiento: lactancia materna, conocimiento: proceso de la enfermedad,

satisfacción con el rol padre/madre y control de riesgo), no se evidencio dificultad alguna en el desarrollo de las actividades .

CONCLUSIONES

- La aplicación del proceso enfermero basado en la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon (intrahospitalaria) y el modelo de Interacción Padre-Hijo de Kathryn E. Barnard (extrahospitalaria), en una paciente pediátrica con neumonía y crisis convulsivas permitió brindar cuidados personalizadas que mejoren la calidad de vida tanto del paciente como su familia y participación activa de la madre con el propósito de mantener la salud y evitar complicaciones.
- Con la adecuada valoración se identificó problemas reales y potenciales priorizando las necesidades.
- Se emitieron diagnósticos de Enfermería basados en la Taxonomía NANDA: Limpieza ineficaz de vías aéreas, Hipertermia, Interrupción de la lactancia materna, Ansiedad (de los padres), Riesgo de aspiración, Riesgo de infección, Disposición para mejorar la lactancia materna, Conocimientos deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio) y Disposición para mejorar la gestión de la salud (madre), permitiendo desarrollar planes acertados para el caso.
- La planificación de los cuidados de Enfermería basados en la taxonomía NOC (objetivos enfermeros) Y NIC (intervenciones de enfermería), permiten el planteamiento de los cuidados más apropiados favoreciéndola recuperación de la salud y el seguimiento domiciliario a través de la educación y demostración con el propósito de mejorar el fomento de la salud en la niña.
- Al ejecutar los planes de cuidados de enfermería se observó en gran parte el mejoramiento en el manejo del lactante, al igual que en los familiares se evidenció la aceptación del cambio de vida, apoyo familiar para el cumplimiento de las intervenciones, basado en el Modelo de Interacción de Kathryn E. Barnard.
- Para la evaluación de los resultados se utilizó como instrumento la escala de Likert lo que facilitó la evaluación y el seguimiento de las actividades, se evidenció que la madre adquirió conocimientos y mejoró los cuidados en la niña como compromiso al cumplir cada una de las actividades planteadas generando un impacto importante en su calidad de vida y el de su hija.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los profesionales de enfermería, aplicar el proceso enfermero en madres y padres considerados cuidadores principales de su hijo/ con déficit de conocimientos acerca de la enfermedad, tratamiento, continuidad o no con el estilo de vida, así ayudaremos afrontar conjuntamente el proceso-enfermedad.
- Se recomienda a la familia que mantenga los cuidados aprendidos para que puedan sostener la calidad de vida del niño.
- Se incentiva a los familiares en la asistencia continua a los establecimientos de salud para la detección oportuna de cualquier complicación que pueda acontecer en el paciente.
- Para los estudiantes de la carrera el proceso enfermero permite mantener la actualización de conocimientos que ponderan con calidad el desarrollo de destrezas y habilidades para el cuidado directo.
- Continuidad en el seguimiento de caso con las visitas domiciliarias para una mejor respuesta a la condición de salud del paciente, ya que permitirá realizar las actividades de enfermería de una manera organizada y sistémica.
- El personal de enfermería debe realizar evaluaciones constantes para lograr el mejoramiento continuo de los cuidados aplicados en enfermería.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Ablactación.-** Incorporación lenta y paulatinamente de alimentos semi-sólidos en la dieta de un niño que aseguren el correcto desarrollo y buen estado de salud del bebe.
- **Actividades de enfermería.-** Actividades o acciones específicas que realiza la enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado deseado.
- **Aleteo nasal.-** Es el ensanchamiento de la abertura de las fosas nasales durante la respiración, con frecuencia es un signo de que se necesita mayor esfuerzo para respirar.
- **Ataxia.-** Pérdida de coordinación que afecta a los dedos, manos, extremidades superiores e inferiores, al cuerpo, el habla o a los movimientos oculares causados por diversas condiciones neurológicas.
- **Bacteria.-** Son organismos unicelulares de vital importancia y útiles para la humanidad, solamente el 1% de ellas producen enfermedades, las cuales son cada vez más difícil de combatir por el abuso indiscriminado de antibióticos.
- **Calidad de vida:** Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.
- **Caseína.-** Proteína de la leche, que generalmente no causa problemas en su consumo a menos de que exista problemas de digestión correcta.
- **Diseminación.-** Esparcimiento, dispersión de algo por distintos lugares.
- **Diagnóstico enfermero.** "Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable".
- **Fisioterapia.-** La OMS describe como el arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje, incluye pruebas eléctricas y

manuales para determinar el grado de afectación de la intervención y fuerza muscular.

- **Hiperplasia gingival.**- Ampliación de la encía, el tejido blando en la boca, causada por una serie de factores que van desde el embarazo hasta una enfermedad sistémica.
- **Hipoxemia.**- Déficit del nivel de oxígeno en la sangre. El término es utilizado cuando se produce una situación en donde el aporte de oxígeno a las células no puede cubrir las necesidades metabólicas.
- **Higiene.** Conjunto de hábitos sanitarios que tienen por objeto preservar la salud y prevenir la aparición de enfermedades, especialmente de infecciones.
- **Lactoalbúmina.**- Componente importante de la leche, es necesaria para ayudar al cuerpo a digerir la lactosa, es portadora de calcio y una proteína de defensa potencial del cáncer.
- **Mycoplasma.**- Microorganismo unicelular de acción patógena, de pared celular poco diferenciada y gran variedad de formas.
- **Neumatocele.**- Cavitación parenquimatosa distal, tanto bronquial como alveolar, que favorece el atrapamiento de aire y acumulación de este a nivel intersticial.
- **Nistagmo.**- Movimiento involuntario, rápido y repetitivo de los ojos, por lo general este movimiento es de lado a lado, hacia arriba y hacia abajo o de movimiento circular, afecta a ambos ojos.
- **Periodo ictal.**- Tiempo en el que se da propiamente la crisis convulsiva.
- **Periodo interictal.**- Periodo entre crisis convulsivas donde la actividad cerebral es más normal.
- **Periodo postictal.**- Estado alterado de la conciencia en el que entra una persona después de tener una crisis convulsiva.
- **Rabdomiolisis.**- Descomposición de las fibras musculares que ocasiona la liberación de los contenidos de fibras (mioglobina) en el torrente sanguíneo.
- **Tiraje subcostal.**- Retracciones de los músculos del tórax, movimiento de los músculos hacia adentro entre las costillas.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- Alligood, M. R., & Tamey, A. M. (2011). Modelos y Teorias en enfermeria. En M. R. Alligood, & A. M. Tamey, *Modelos y Teorias en enfermeria* (págs. 61-65). España: Publicaciones Travessera de Gracia.
- AMIR. (2013). Metodologia del Proceso de Cuidar. En AMIR, *Metodologia del Proceso de Cuida* (págs. 617-625). España: MARBAN.
- A, E., & C, M. (2008). Manual de Cuidados Intensivos para Enfermeria-Tercera Edicion. En E. A, & M. C, *Manual de Cuidados Intensivos para Enfermeria-Tercera Edicion* (págs. 374-380). Madrid: Springer-Verlag Ibetic.
- A. Bernalte, M. M. (2005). Manual de Enfermeria Comunitaria. En M. T. Alvaro Bernalte Benazet, *Manual de Enfermeria Comunitaria* (págs. 10,11,12-28,29). España: libros en red.
- Aguilar Cordero, M. J. (2003). *Tratado de Enfermería Infantil - Cuidados Pediátricos*. Madrid: Elsevier.
- Aguilar, E. (2008). Comunicacion Familiar. En E. Aguilar, *Familias Con Comunicacion Sana* (págs. 2-6). Mexico: Klubig y Asociados.
- Alfaro-LeFevre, R. (1999). Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. En R. Alfaro-LeFevre, *Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso* (págs. 1-5). Florida: Springer.
- Alazraqui, M., Mota, E., & Spinelli, H. (2009). Sistemas de Informacion en Salud. *Scielo*, 11-18.
- Bebes y mas . (23 de Agosto de 2011). *Estimulacion Temprana*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, de Estimulacion Temprana: <http://www.bebesymas.com/desarrollo/la-importancia-del-ambiente-en-el-desarrollo-del-bebe>
- Bebes y Niños. (08 de Noviembre de 2015). *Webconsultas-centro medico* . Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, de Webconsultas-centro medico: <http://www.webconsultas.com/bebes-y-ninos/el-bebe/lactancia/lo-mejor-778>
- Bellamy, C. (2012). Entorno Limpio y Saludable. En C. Bellamy, *Estado mundial de la infancia 2002* (pág. 20). España: Divicion de comunicaciones UNICEF.

- Beltrán, U. M. (2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Redalci*, 18-21.
- Benalcazar, I., & Moposita, F. (2011). Guia Infantil. En I. Benalcazar, & F. Moposita, *Guia Infantil* (págs. 14-20). Mexico: Mexico Publicaciones Salud.
- Benavent, A., Ferrer, E., & Francisco del Rey, C. (2012). Fundamentos de enfermeria. En A. Benavent, E. Ferrer, & C. Francisco del Rey, *Fundamentos de enfermeria* (págs. 248-304). España: Ediciones DAE.
- Betancourth, C. (2014). Proceso de atencion de enfermeria en la practica pediatrica. Riobamba, Chimborazo, Ecuador.
- Campos, J., Borja, M., & Suarez, A. (2013). Amir Enfermeria. En J. Campos, M. Borja, A. Suarez, V. Arreo, E. Franco, & J. Aso, *Amir Enfermeria* (págs. 617-625). España : Marban Libros.
- Collado, Y. (19 de octubre de 2012). *el modelo de kathryn Barnard aplicandolo a pediatria*. Obtenido de el modelo de kathryn Barnard aplicandolo a pediatria: <http://enferpedia2tria.blogspot.com/>
- Cisneros, F. (2009). *proceso de atencion de enfermeria*. obtenido de proceso de atencion de enfermeria: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
- Conde, S., & Isel, Z. (22 de Mayo de 2012). *Monografias- Calidad en los Servicios de Salud*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2015, de Monografias- Calidad en los Servicios de Salud.
- CC Attribution-ShareAlike. (23 de Abril de 2011). *Salud y Medicina*. Recuperado el 8 de Noviembre de 2015, de Salud y Medicina: <http://es.slideshare.net/bLaCkTeArS01/neumonia-7710871>
- Crespo, M. (2008). Manual del Residente de Pediatria y sus Areas Especificas-Volumen 1. En M. Crespo, *Manual del Residente de Pediatria y sus Areas Especificas-Volumen 1* (págs. 188-193). España: Ediciones Norma.
- Dra.Solano, M., & Dr.Soto, M. (2009). Manejo practico de las neumonias en niños. *Scielo*, 9-13.

- Dr.Fernando, P. (14 de Octubre de 2012). *Escuela de Medicina. Pontifica Universidad Catolica de Chile*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2015, de Escuela de Medicina. Pontifica Universidad Catolica de Chile: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/neumonia/neumonial1.html>
- Dr.Mesa, T. (18 de Marzo de 2012). *Escuela de Medicina -Convulsiones en el Niño*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2015, de Escuela de Medicina -Convulsiones en el Niño: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/convulsiones.html>
- Escuela de Enfermeria Hospital Universitario de Bellvitge-Barcelona. (24 de Octubre de 2012). *Crisis Convulsiva y Actuacion de Enfermeria*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2015, de Crisis Convulsiva y Actuacion de Enfermeria: <http://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/EliceoFelipe.pdf>
- Enrique, F. (2015). En el Rol de los Padres en la Actualidad. *Buena Salud* , 10-15.
- Fanny, C. (5 de Agosto de 2011). *Artemisa*. Recuperado el 8 de Noviembre de 2015, de Unicauca: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
- Gobierno Federal. (2011). Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Niños. *Guía de Referencia Rápida*, 1-13.
- Gonzalez, L. V. (30 de Noviembre de 2013). *Prezi 2015*. Recuperado el 8 de Noviembre de 2015, de Prezi 2015: https://prezi.com/co_uuhttp-vz9/kathryn-barnard/
- Gonzales, B. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. En M. d. Salud-Peru, *Manual de Guías de Administración de Medicamentos* (págs. 20-24). Lima: Ministerio de Salud-Peru.
- Hernandez, M. (2010). Pediatría-Segunda Edición. En M. Hernandez, *Pediatría-Segunda Edición* (págs. 707-715). España: Ediciones Diaz de Santos.
- Hernandez, S., & Estrada, A. (2012). Cuidados de Enfermería en el control hidroelectrolítico-Capítulo 8. *Fundamentos de Enfermería* , 337-345.
- HPGDR. (2013). Riobamba

- INEC. (20 de Abril de 2013). *Analisis-Revista Conyutural*. Recuperado el 8 de Noviembre de 2015, de Analisis-Revista Conyutural: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>
- Jacques Quevauvilliers, L. P. (2007). *Diccionario de enfermería: enciclopedia práctica*. España: Elsevier.
- Joan, M. (29 de Noviembre de 2010). *SlideShare*. Recuperado el 31 de Noviembre de 2015, de SlideShare: <http://es.slideshare.net/joanmarch/medios-de-comunicacin-y-salud-grx-comed>
- João Carlos Arivabene, M. A. (marzo de 2010). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Recuperado el 11 de noviembre de 2014, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_18.pdf
- Jonathan Duarte. (10 de Abril de 2013). *www.metro.com.ec*. Obtenido de <http://www.metroecuador.com.ec/50663-en-ecuador-hay-122-mil-madres-adolescentes.html>
- Juan Ignacio Carmona, J. I. (2005). Mantenimiento del hogar. En J. I. Juan Ignacio Carmona, *Enfermedad y sociedad en los primeros tiempos modernos* (pág. 5). España : Pedro Cid.
- Landa, J., & Gonzalez, E. (10 de febrero de 2010). *Hospital Donostia-Osakidetza*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2015, de Hospital Donostia-Osakidetza: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=80000002&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=51&ty=46&accion=L&origen=apcco ntinuada&web=www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=v1n1a2pdf001.pdf
- Luis, T. M. (2012). AIEPI. En M. T. Luis, *AIEPI* (págs. 211-214). Ecuador: MSP.
- Lucio, R. (2007). Servicios Publicos de Atencion de Salud. *Salud de Altura*, 63-81
- Mead Johnson. (14 de Noviembre de 2012). *Mead Johnson*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2015, de Mead Johnson: <http://www.mead-johnson.com.mx/todo-sobre-tu-bebe/desarrollo-del-bebe-3-a-4-meses.aspx>
- Molina, J. C. (9 de febrero de 2012). *Servicio de Urgencias.Hospital Infantil Univeristario Niño Jesus*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2015, de Servicio de Urgencias.Hospital Infantil Univeristario Niño Jesus: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/convulsiones.pdf>

- Moreno, J., Penche, R., & Delgado, C. (2011). El mejor tratado de procedimientos y técnicas de Enfermería. *Revista de Enfermería-ROL*, 20-25
- OMS. (18 de Noviembre de 2014). *WHO Media Centre*. Recuperado el 8 de Noviembre de 2015, de WHO Media Centre: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>
- OMS. (01 de Abril de 2003). *Organizacion Mundial de Salud*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, de Organizacion Mundial de Salud: <http://www.who.int/features/2003/04/es/>
- OMS. (22 de Mayo de 2015). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2015, de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/>
- Pérez, I. M. (3 de 04 de 2012). *diez normas para la adquisición de hábitos de higiene*. recuperado el 20 de 10 de 1014, de diez normas para la adquisición de hábitos de higiene: <https://sites.google.com/site/actfissal/home>
- Pocket Atlas. (2010). *Medillust-EPOC*. En P. Atlas, *Medillust-EPOC* (págs. 2-34). España: Ars Medica-Lexus
- Potter P, Perry A. *Autoconcepto*. En Potter P, Perry A. *Fundamentos de Enfermería*. 5º ed. Madrid: Mosby/Doyma;2001.p.554-577.
- Ruperez, E., Herranz, M., & Bermaola, E. (18 de Abril de 2013). *Servicio Navarro de Salud Osasunbidea*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2015, de Servicio Navarro de Salud Osasunbidea: www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Neumonia%20en%20pediatria.pdf
- Silva, M. (16 de 03 de 2010). *Salud vida*. Recuperado el 06 de 12 de 2015, de SALID VIDA: <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=4556>
- Silva, M. (2014 de 03 de 25). *salud vida*. Recuperado el 06 de 12 de 2014, de SALID VIDA : <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=4556>
- Silvana, S. (2008). Educacion a los padres . *Revista de Enfermería*, 22-30.
- Unicef Ecuador. (10 de Marzo de 2012). *Unicef Lactancia Materna Guia*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2015, de Unicef Lactancia Materna Guia: <http://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. - CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ESTUDIO DE CASO



1. DATOS GENERALES:

1.1. NOMBRE DEL O LOS INVESTIGADORES PRINCIPALES	Johanna Nataly Guapulema Llongo
1.2. NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
1.3. NOMBRE DEL PATROCINADOR	HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA
1.4. NOMBRE DE LA PROPUESTA O VERSIÓN:	ESTUDIO DE CASO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

2.- INFORMACIÓN DEL ESTUDIO:

PROCESO ENFERMERO BASADO EN EL MODELO DE KATHRYN BERNARD EN UNA LACTANTE CON NEUMONIA Y CRISIS CONVULSIVA.

Para ser leído por el proponente.

3.- INTRODUCCIÓN

El/la suscrita Srta. Johanna Nataly Guapulema Llongo, Estudiante del Internado Rotativo de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Chimborazo, se ha permitido informarme lo siguiente: que como parte de la formación académica y curricular en la Universidad Nacional de Chimborazo, la estudiante de la Carrera de Enfermería, realiza la presentación de un estudio de caso que consiste en la utilización de datos de confidencialidad de la Historia clínica Única y datos obtenidos en la entrevista directa, sobre mi enfermedad o patología actual y relevante. Me ha entregado la información necesaria y además he sido invitado a participar de ésta investigación. Me ha indicado que no tengo que decidir hoy si participar o no. Antes de decidirme, puedo hablar con alguien con quien me sienta cómodo de ésta propuesta. Puede existir algunas palabras que no entienda por lo cual me permite interrumpirle para su ampliación respectiva y si tengo alguna duda más tarde puedo preguntarle a él (ella) o a alguno de los miembros del equipo. (OMS)

Propósito:

El presente estudio del caso, se realiza por que tiene relevancia en el quehacer científico de la práctica asistencial y permite profundizar los conocimientos pre-profesionales relacionados con los campos investigativos, metodológicos, epistemológicos y terapéuticos de la patología descrita. El presente estudio contribuirá al avance académico y científico de la formación como profesionales de la salud competentes.

Tipo de estudio.- Se utilizará la metodología de análisis y discusión de casos clínicos, mediante la metodología ABP (Aprendizaje basado en problemas), pues cada uno de los parámetros clínicos será analizado a profundidad, para identificar patrones funcionales o necesidades alteradas a fin de emitir diagnósticos enfermeros que servirán para planificar intervenciones eficaces que permitirán obtener los resultados esperados en la recuperación del estado de salud del individuo.

Confidencialidad.

La información que se recolecte en éste proceso de investigación será de carácter confidencial. Únicamente los investigadores tendrán accesibilidad a ella. Cualquier

información de su persona no será compartida ni entregada a nadie, excepto [nombre de algún directivo o persona responsable profesor director docente etc.

El conocimiento obtenido de ésta investigación se compartirá con el usuario antes de que se haga disponible al público. Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de ésta investigación.

Derecho a retirarse del estudio:

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección.



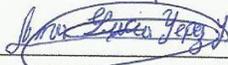
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ESTUDIO DE CASO



CONSENTIMIENTO

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante Ana Yépez

Firma del Participante 

Fecha 14 de Septiembre del 2015 Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador Srta. Johanna Guapulema

Firma del Investigador 

Fecha: 14 de Septiembre del 2015

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado

(Iniciales del investigador/asistente).....

ANEXO 2.

MEMORIAS FOTOGRAFICAS INTRAHOSPITALARIAS

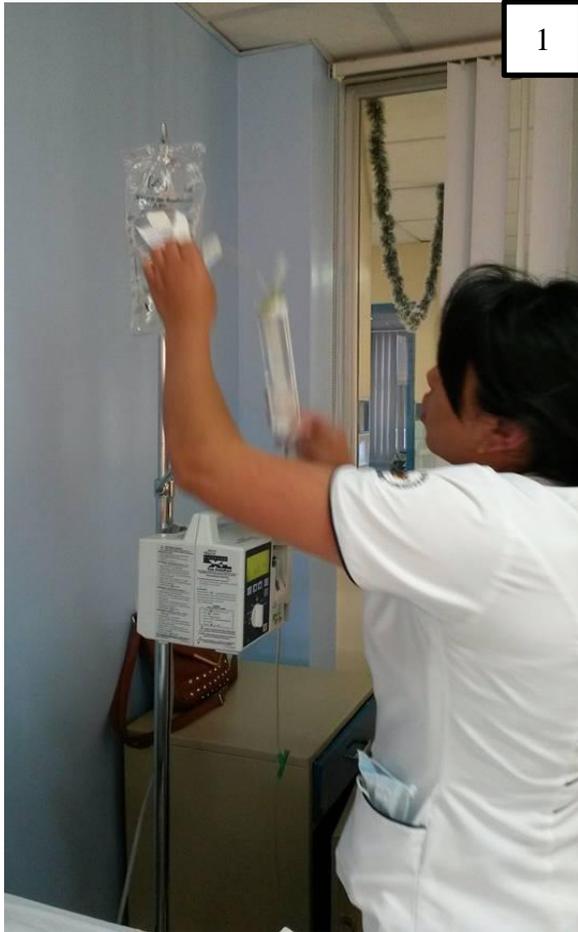


Fecha: 14 de Septiembre del 2015
Actividad: Revisión de la historia clínica
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 14 de Septiembre del 2015
Actividad: Revisión de la historia clínica
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

Nota: la revisión se hizo un día después del ingreso debido a la poca información obtenida



1

Fecha: 13 de Septiembre del 2015
Etiqueta Diagnostico: Interrupción de la lactancia materna.
Objetivo NOC: Hidratación
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

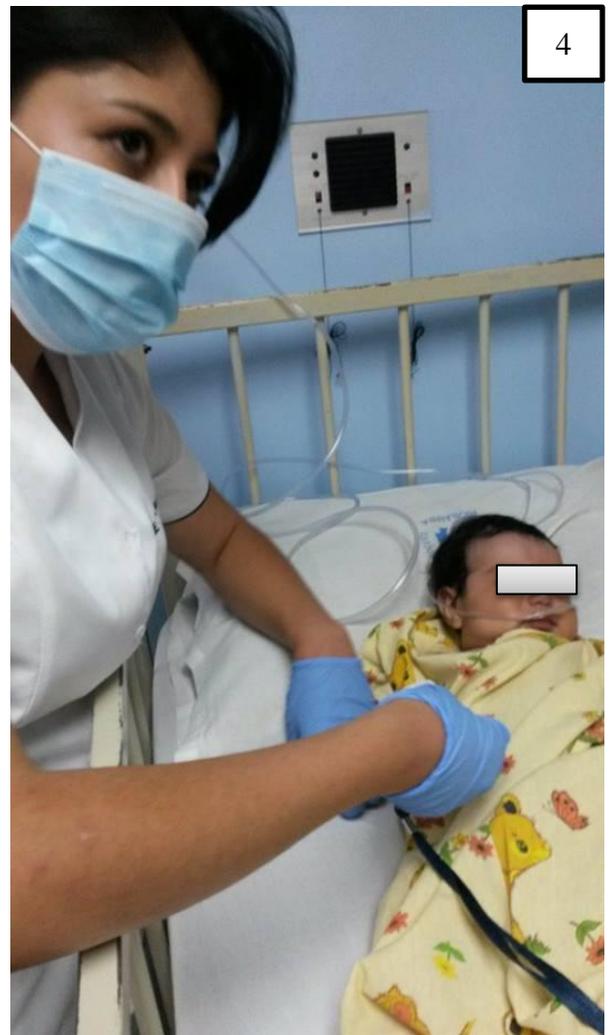


2

Fecha: 13 de Septiembre del 2015
Etiqueta Diagnostico: Interrupción de la lactancia materna.
Objetivo NOC: Hidratación
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 14 de Septiembre del 2015
Etiqueta Diagnostico: Limpieza ineficaz de vías aéreas.
Objetivo NOC: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 14 de Septiembre del 2015
Etiqueta Diagnostico: Limpieza ineficaz de vías aéreas.
Objetivo NOC: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

5



Fecha: 15 de Septiembre del 2015
Etiqueta Diagnostico: Hipertermia
Objetivo NOC: Termorregulación
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

6



Fecha: 15 de Septiembre del 2015
Etiqueta Diagnostico: Hipertermia
Objetivo NOC: Termorregulación
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 15 de Septiembre del 2015
Etiqueta Diagnostico: Hipertermia
Objetivo NOC: Termorregulación
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 17 de Septiembre del 2015
Etiqueta Diagnostico: Limpieza ineficaz de vías aéreas
Objetivo NOC: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



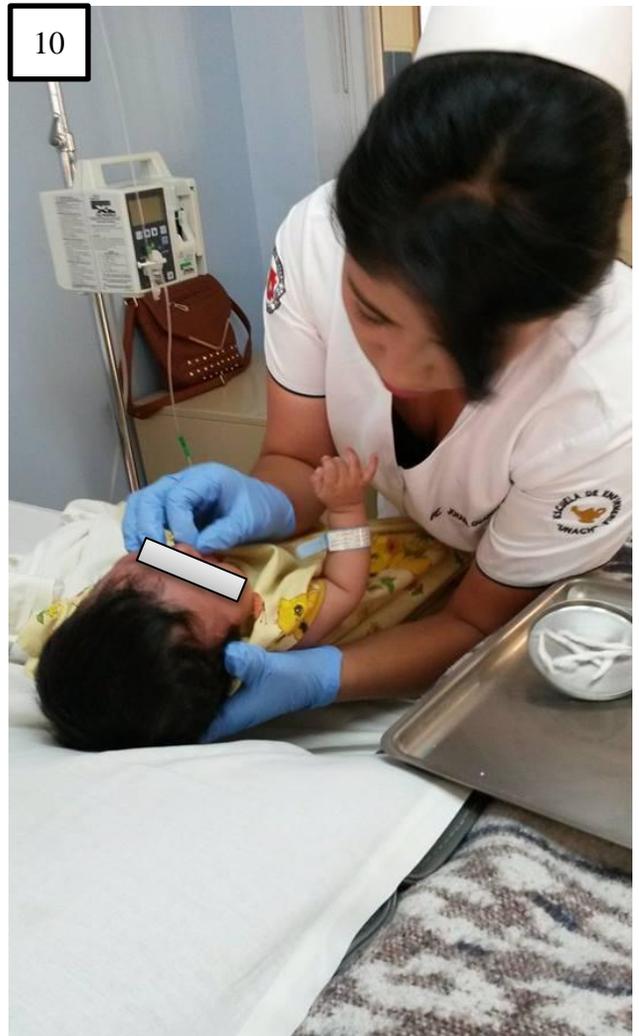
9

Fecha: 17 de Septiembre del 2015

Etiqueta Diagnostico: Limpieza ineficaz de vías aéreas

Objetivo NOC: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



10

Fecha: 17 de Septiembre del 2015

Etiqueta Diagnostico: Limpieza ineficaz de vías aéreas

Objetivo NOC: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

11

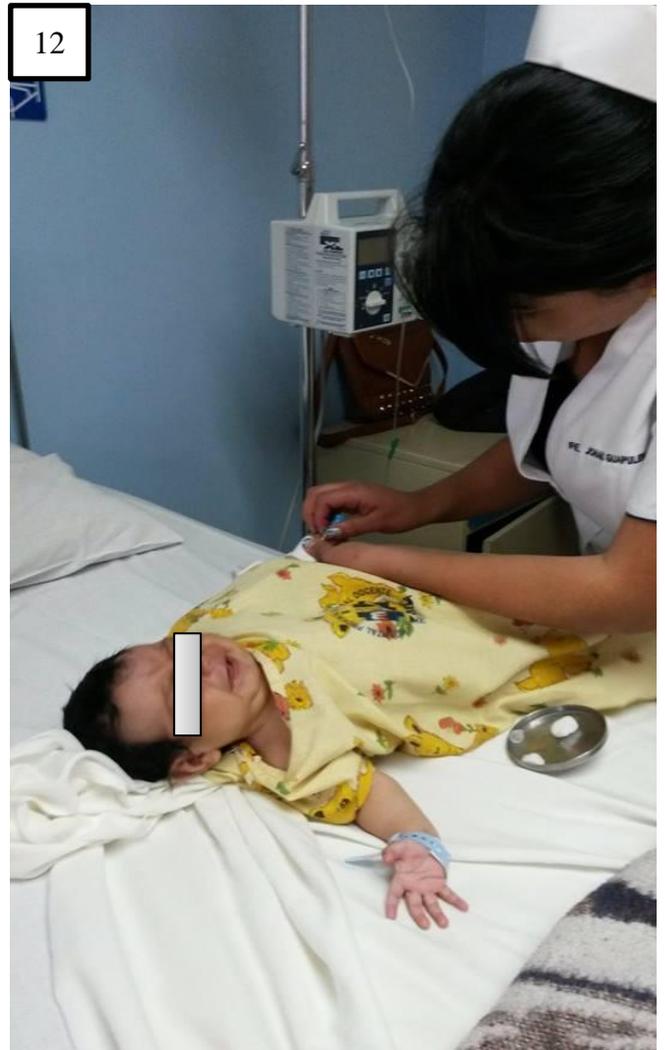


Fecha: 17 de Septiembre del 2015

Actividad: Enseñanza de la técnica correcta de alimentar a la niña.

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

12



Fecha: 19 de Septiembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Riesgo de infección

Objetivo NOC: Control de riesgo

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

13



Fecha: 19 de Septiembre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Riesgo de infección
Objetivo NOC: Control de riesgo
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

Fecha: 19 de Septiembre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Riesgo de infección
Objetivo NOC: Control de riesgo
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

14



ANEXO 3.

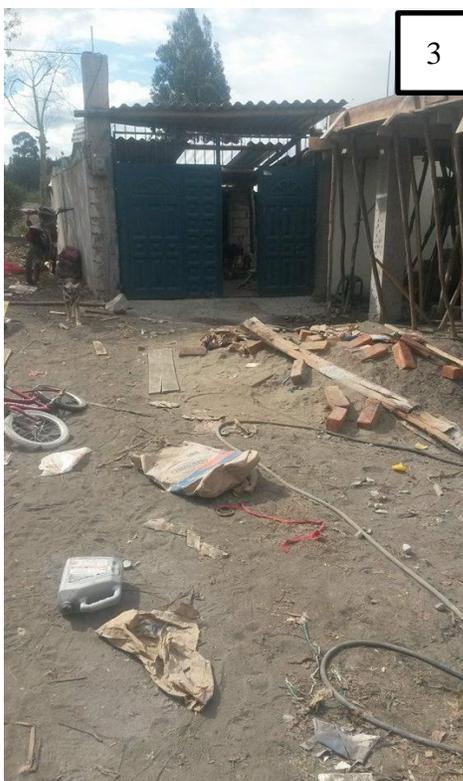
MEMORIAS FOTOGRAFICAS EXTRAHOSPITALARIAS

ANEXO 3.1

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO



OBSERVACIÓN DEL DOMICILIO



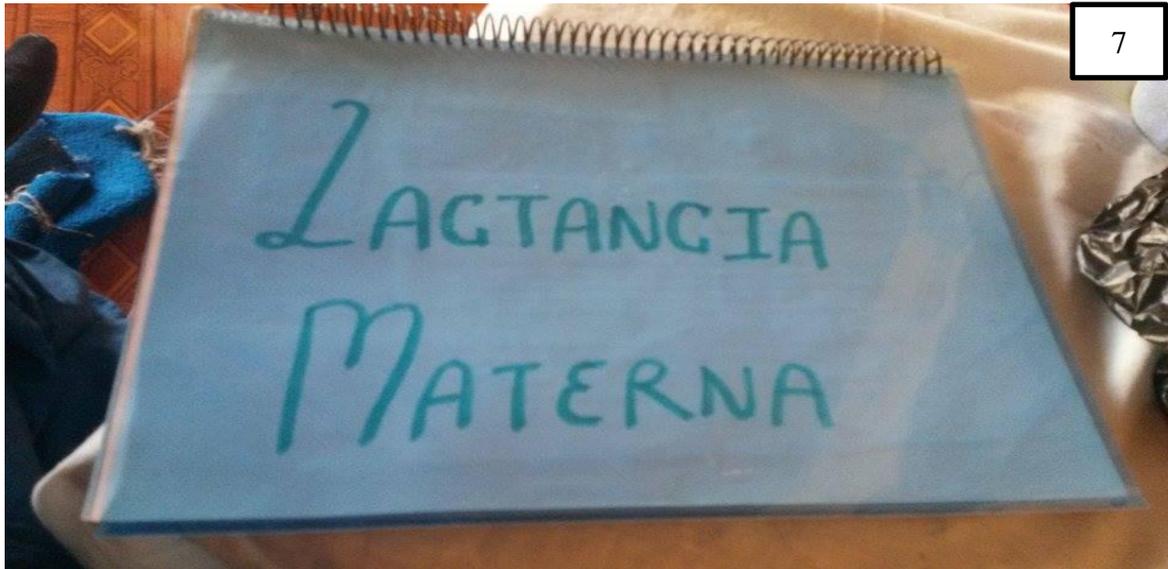


5



6

Fecha: 05 de Octubre del 2015
Actividad: Identificación del domicilio y observación del mismo
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



7

Fecha: 14 de Octubre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Disposición para mejorar la lactancia
Objetivo NOC: Conocimiento: lactancia materna
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



8

Fecha: 14 de Octubre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Disposición para mejorar la lactancia
Objetivo NOC: Conocimiento: lactancia materna
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 14 de Octubre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Disposición para mejorar la lactancia
Objetivo NOC: Conocimiento: lactancia materna
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 14 de Octubre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Disposición para mejorar la lactancia
Objetivo NOC: Conocimiento: lactancia materna
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

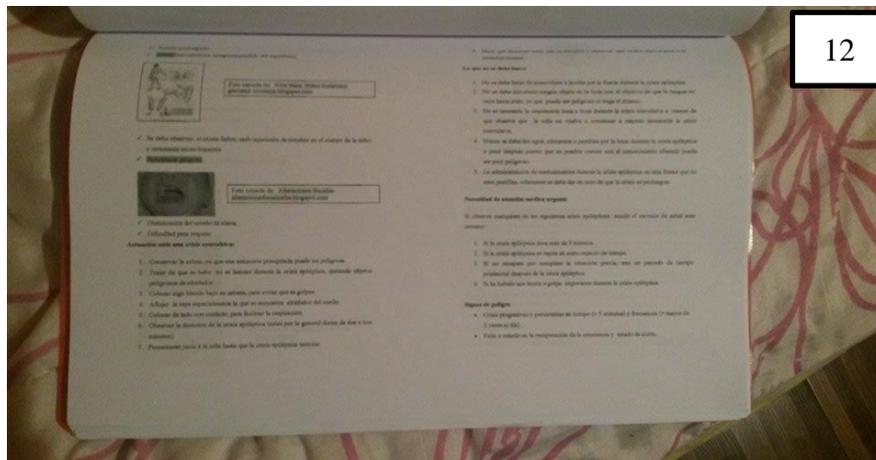


Fecha: 14 de Octubre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Disposición para mejorar la lactancia
Objetivo NOC: Conocimiento: lactancia materna
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

ANEXO 3.2

Plan Educativo 2

Tema: Cuidados en una Crisis Convulsiva



Fecha: 19 de Octubre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)
Objetivo NOC: Conocimiento: proceso de la enfermedad
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

CUIDADOS DE ENFERMERIA

• Educar al paciente sobre los efectos adversos porque puede ocasionar lesión.
 • Estabilidad de la solución es muy estable por lo que debe prepararse inmediatamente antes de su aplicación y se debe desecher el vial del contenido de acción de 10-20 min.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA DE ENFERMERIA

FENITOINA

MECANISMO DE ACCIÓN: Actúa SNC bloqueando de polarización de la neurona disminuyendo la conductancia del sodio y en menor grado la del potasio y con otra parte la reducción del glutamato

INDICACIONES: Convulsiones generalizadas tónico clónicas
 Neuralgia del trigémino

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al medicamento
 Alteraciones de los riñones Glaucoma

EFFECTOS ADVERSOS: Somnolencia, letargo, náuseas, irritabilidad, mareos, náuseas, vómito, diarrea

SOLUCIÓN DE CONSERVACIÓN: U/a Oral

PRESENTACIONES Y NOMBRES COMERCIALES: Tegretol
 Neugeron Carbazol sup 100mg-5ml

Anti convulsivante

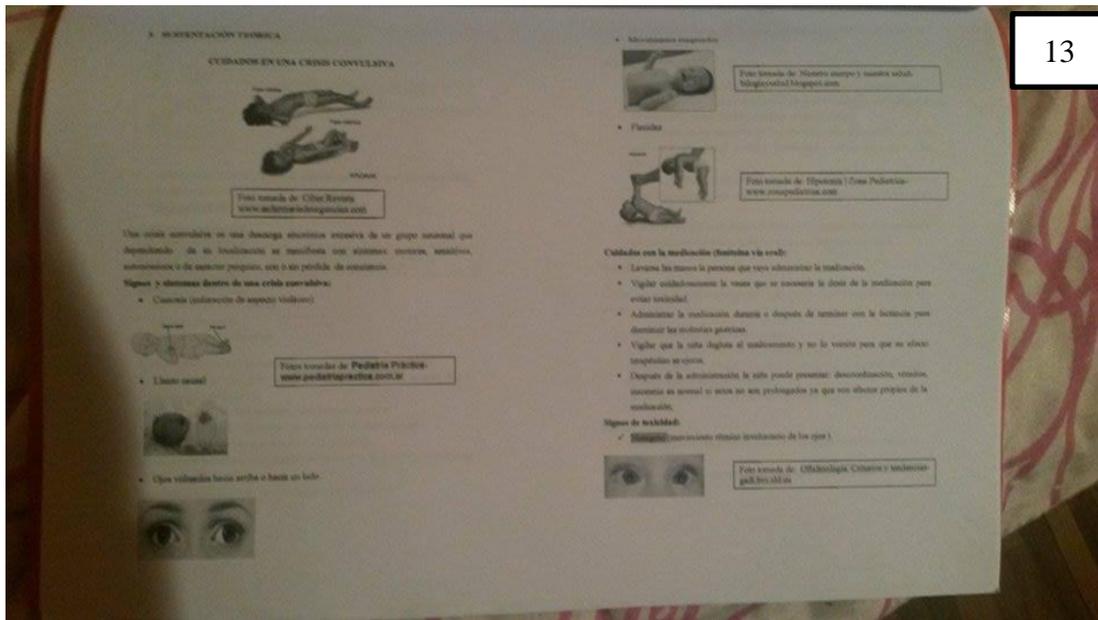
**Antiarrítmico
 Anticolinérgico**

Fecha: 19 de Octubre del 2015

Etiqueta diagnóstica: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: medicación

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 19 de Octubre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)
Objetivo NOC: Conocimiento: proceso de la enfermedad
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

Plan Educativo 3
Tema: Desarrollo y Crecimiento del lactante



Fecha: 23 de Octubre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)
Objetivo NOC: Conocimiento: crecimiento y desarrollo del lactante.
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

ANEXO 3.3

Plan Educativo 4

Tema: Ambiente seguro para el lactante



Fecha: 29 de Octubre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: seguridad infantil

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

ANEXO 3.4

Plan Educativo 6

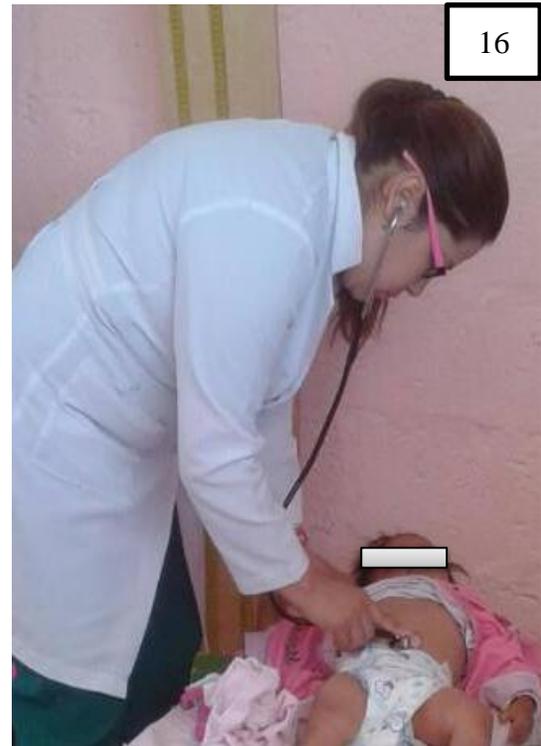
Tema: Función de los padres

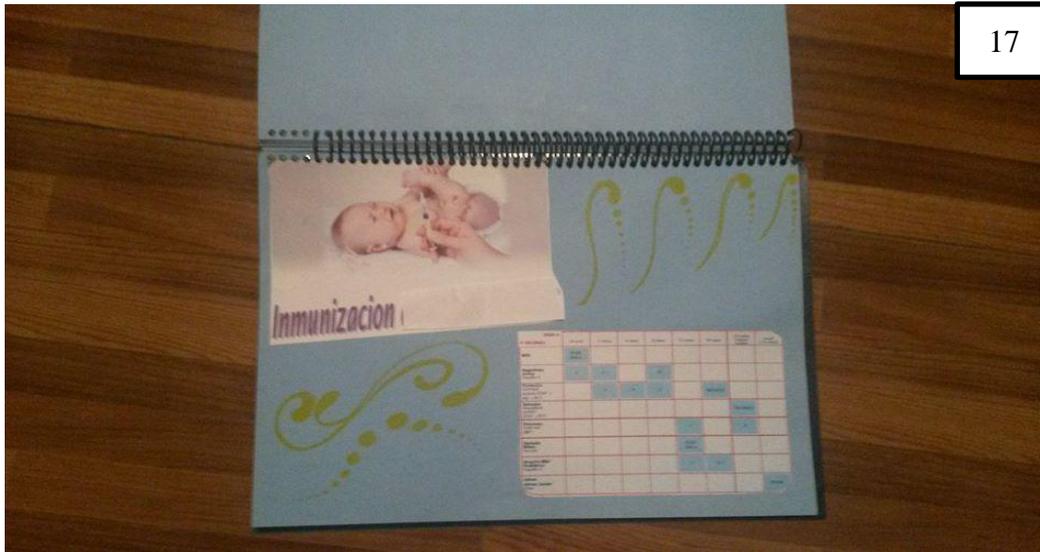
Fecha: 09 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

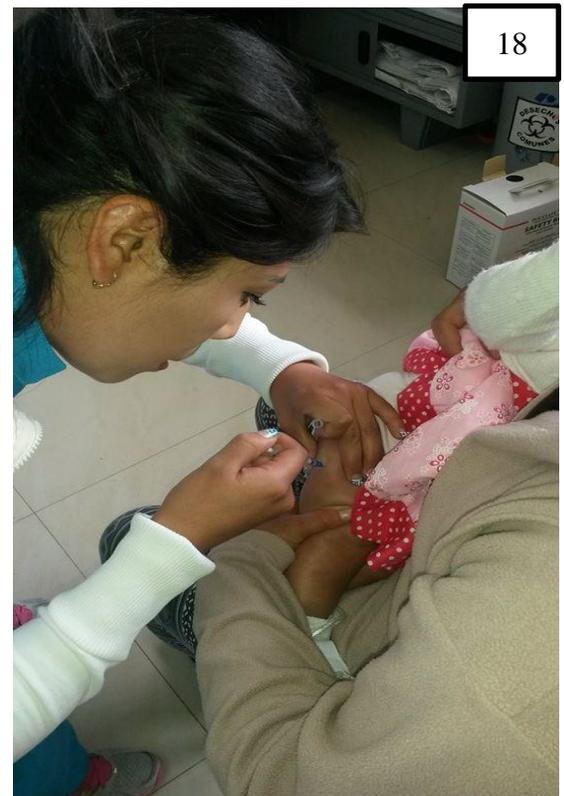
Objetivo NOC: Conocimiento: seguridad personal (madre/padre)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo





Fecha: 10 de Noviembre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Disposición para mejorar la gestión de salud (madre)
Objetivo NOC: Conducta del fomento de la salud y manejo de la inmunización /vacunación
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 10 de Noviembre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Disposición para mejorar la gestión de salud (madre)
Objetivo NOC: Conducta del fomento de la salud y manejo de la inmunización /vacunación
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 10 de Noviembre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Disposición para mejorar la gestión de salud (madre)
Objetivo NOC: Conducta del fomento de la salud y manejo de la inmunización /vacunación
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

Fecha: 10 de Noviembre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Disposición para mejorar la gestión de salud (madre)
Objetivo NOC: Conducta del fomento de la salud y manejo de la inmunización /vacunación
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo





Fecha: 16 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: cuidados del lactante (higiene o baño)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 16 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: cuidados del lactante (higiene o baño)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



23

Fecha: 16 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: cuidados del lactante (higiene o baño)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



24

Fecha: 16 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: cuidados del lactante (higiene o baño)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 16 de Noviembre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Riesgo de Infección
Actividad: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)
Objetivo NOC: Conocimiento: cuidados del lactante (higiene o baño)
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 16 de Noviembre del 2015
Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)
Objetivo NOC: Conocimiento: cuidados del lactante (higiene o baño)
Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

ANEXO 3.5

Plan Educativo 10

Tema: Higiene del hogar



Fecha: 23 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: ambiente seguro (higiene del hogar)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 23 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: ambiente seguro (higiene del hogar)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



29

Fecha: 25 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: ambiente seguro (higiene del hogar)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

30



Fecha: 25 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: ambiente seguro (higiene del hogar)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



31

Fecha: 23 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: ambiente seguro (higiene del hogar)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



32

Fecha: 23 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: ambiente seguro (higiene del hogar)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



33

Fecha: 25 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: ambiente seguro (higiene del hogar)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



34

Fecha: 23 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: ambiente seguro (higiene del hogar)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



35

Fecha: 25 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: ambiente seguro (higiene del hogar)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



36

Fecha: 23 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: ambiente seguro (higiene del hogar)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 23 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: ambiente seguro (higiene del hogar)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo



Fecha: 23 de Noviembre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Conocimientos Deficientes (respecto al manejo de la niña por parte de la madre en el domicilio)

Objetivo NOC: Conocimiento: ambiente seguro (higiene del hogar)

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

COMO SE SABE SI UN NIÑO
ESTA ALIMENTÁNDOSE
(MAMANDO)
CORRECTAMENTE?

- Su cuerpo esta pegado al cuerpo de su mama
- La boca y la mandíbula están pegadas al cuerpo de la mama
- La mayor parte de la areola o toda ella esta escondida dentro de la boca del bebe
- La mama no siente dolor en los pezones
- El niño esta relajado y feliz
- El niño da chupadas, rítmicas al pecho



VENTAJAS DEL
AMAMANTAMIENTO EN EL
DESARROLLO DEL BEBE

- Favorece el crecimiento de sus huesos, músculos cartilagos.
- Mejora la oclusión dental.
- Previene caries dentales
- Evita la adquisición de hábitos deformantes bucales
- Mantiene un desarrollo optimo
- Contribuye a un buen aprendizaje
- Facilita el crecimiento armónico del bebe

LA MEJOR LECHE DEL MUNDO
PARA TU BEBE



UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

REALIZADO POR:
JOHANNA GUAPULEMA

Fecha: 14 de Octubre del 2015

Etiqueta diagnóstico: Disposición para mejorar la lactancia

Objetivo NOC: Conocimiento: lactancia materna

Responsable: Johanna Nataly Guapulema Llongo

ANEXO 4.

REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

RESPONSABLE: JOHANNA NATALY GUAPULEMA LLONGO

FECHA	HORA	TEMA	FIRMA DE LA MADRE DE LA NIÑA PEDIATRICA
05 de Octubre del 2015	15:00 - 16:00	Valoración Extradomiciliaria	
14 de Octubre del 2015	17:00 - 18:00	Lactancia Materna.	
19 de Octubre del 2015	17:00 - 18:00	Cuidados en una crisis Convulsiva.	
23 de Octubre del 2015	17:00 - 18:00	Desarrollo y Crecimiento del Lactante.	
24 de Octubre del 2015	17:00 - 18:00	Ambiente Seguro para el Lactante.	

04 de Noviembre del 2015	17:00 - 18:00	Medios de Información en Salud.	<u>Ana Lucía López y</u>
09 de Noviembre del 2015	15:00 - 16:00	Función de los Padres	<u>Ana Lucía López y</u>
10 de Noviembre del 2015	09:00 - 10:00	Servicios de Salud.	<u>Ana Lucía López y</u>
16 de Noviembre del 2015	09:00 - 10:00	Higiene del lactante	<u>Ana Lucía López y</u>
23 de Noviembre del 2015	09:00 - 10:00	Higiene del Hogar	<u>Ana Lucía López y</u>
26 de Noviembre del 2015	15:00 - 16:00	Agradecimiento a los Familiares.	<u>Ana Lucía López y</u>