



Mi Universidad

Ensayo

NOMBRE DEL ALUMNO: Lizbeth Gómez Ramírez

TEMA: cuidados generales del niño y el adolescente enfermo

PARCIAL: 2

MATERIA: enfermería del niño y adolescente

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez García

LICENCIATURA: enfermería

CUIDADOS GENERALES DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE ENFERMOS

Reacciones del niño y la familia ante la hospitalización y ante la muerte.

La enfermedad es un acontecimiento común en la vida del ser humano. Desde la primera infancia e incluso desde la concepción la persona está expuesta a la experiencia del enfermar. Para aprender y desarrollarse el niño debe percibir, explorar e intentar comprender las situaciones nuevas que le provocan incertidumbre y curiosidad con una finalidad, la adaptación. Las reacciones de los niños hospitalizados dependen de la comprensión de lo que les ocurre, teniendo en cuenta que " nada es lo que parece cuando se mira con ojos de niño". La hospitalización

No existe una respuesta universal a la hospitalización. Existen determinadas variables (motivo de ingreso, edad del niño, estadio de la enfermedad,) que van a influir en la respuesta individual.

Hay algunas variables que influyen en el modo de percibir el niño los factores estresantes de la hospitalización, condicionando su respuesta ante ella y la enfermedad:

- Edad, sexo y desarrollo cognitivo.
- Diagnóstico médico.
- Duración de la hospitalización.
- Experiencias previas con procedimientos médicos y el hospital.
- Naturaleza y tiempo de la preparación para la hospitalización.
- Ajuste psicológico prehospitario.
- Habilidad de los padres a fin de ser un apoyo adecuado para el niño.

Atención y alivio del dolor y el estrés en el niño.

Todos los programas de preparación para la hospitalización infantil conllevan los siguientes objetivos:

- Reducir la vulnerabilidad del niño y los padres al estrés y hospitalización.
- Potenciar la habilidad del niño y los padres para afrontar la ansiedad.
- Desarrollar o mantener el sentimiento de competencia que facilita el afrontamiento eficaz en padres e hijo.
- Promover la participación de los padres como apoyo del niño.
- Tener en cuenta la individualidad del niño en relación al nivel de funcionamiento cognitivo.
- Aspectos a trabajar en la Primera Infancia (0-3 años). Para trabajar la actitud de los padres hacia el niño hay que orientar a los padres para evitar las actitudes negativas delante de los niños y para que dejen al niño sólo ante actividades lúdicas.

Los padres han de familiarizarse con el entorno hospitalario y han de familiarizar al niño también. Prevención de infecciones nosocomiales.

Una infección nosocomial puede definirse de la manera siguiente: Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Las infecciones contraídas en los establecimientos de atención de salud están entre las principales causas de defunción y de aumento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Son una pesada carga para el paciente y para el sistema de salud pública.

Administración de fármacos por vía oral, intramuscular y subcutánea

La vía oral

El medicamento se introduce en el organismo a través de la boca y se absorbe en algún tramo del tracto digestivo. Es una vía fácil de utilizar y muy cómoda. Cuando se toma un medicamento, siempre se debe hacer con un vaso de agua lleno.

La vía sublingual y la vía bucal son dos variedades de la vía oral. En vía sublingual, el fármaco se coloca debajo de la lengua, para que se absorba rápidamente. En la vía bucal, el medicamento se coloca entre las encías y se disuelve por la acción de la saliva.

Hay diferentes formas farmacéuticas que se emplean por vía oral: * Preparados sólidos *Cápsulas.

El medicamento está contenido dentro de una cubierta de gelatina que tiene una función de protección del medicamento y también de enmascaramiento de las características organolépticas desagradables (mal olor o sabor).

* Comprimidos.

El medicamento y los excipientes que le dan cohesión son sometidos a un proceso de compresión que les da la forma.

* Grageas.

El medicamento está rodeado de una cubierta dura o compacta, generalmente de azúcar, que protege el medicamento.

* Preparados líquidos □ Jarabes.

El medicamento está disuelto en una solución azucarada que enmascara el sabor del medicamento y que, por su alto contenido en azúcar, impide que crezcan las bacterias.

* Elixir.

La solución que acompaña al medicamento tiene un contenido variable de alcohol.

* Suspensión.

Es una preparación en la que el medicamento es insoluble en el líquido que lo contiene. Si se deja en reposo, el polvo (el medicamento) se deposita en el fondo. Antes de tomar una dosis, se debe agitar vigorosamente.

La vía intramuscular

El medicamento se introduce dentro de un músculo a través de una aguja. El músculo, al estar muy irrigado por los vasos sanguíneos, permite que el medicamento pase rápidamente a la sangre.

La vía subcutánea

El medicamento se introduce a través de una aguja de punta fina en el tejido que tenemos bajo la piel. Allí el medicamento se va liberando lentamente al torrente sanguíneo. La insulina y las heparinas son un ejemplo.

Administración de fármacos por vía inhalatoria.

La vía inhalatoria

Los medicamentos se introducen directamente en los pulmones realizando una inhalación. El efecto es muy rápido y se emplean dosis muy bajas.

Hay tres tipos de dispositivos para la administración inhalada: los aerosoles, los nebulizadores y los dispositivos en polvo seco.

Administración de líquidos y de medicamentos por vía intravenosa e intraósea.

La vía intravenosa

El medicamento se introduce directamente dentro del torrente sanguíneo. Es la vía más rápida de aparición de los efectos de un medicamento.

La vía intraósea (IO) está indicada en pacientes adultos y pediátricos en situaciones de emergencia o urgencia en las que no sea posible conseguir un acceso vascular en los primeros momentos, bien por la situación clínica del paciente, bien por dificultades ambientales.

especialmente en:

- Reanimación Cardiopulmonar (RCP)
- Traumatismo grave
- Gran quemado
- Shock severo
- Agitación paciente respiratorio.

Cuidados del niño que ha recibido un trasplante de órganos.

El propósito de esta actividad administrativa es lograr que el trabajo requerido sea logrado con el menor gasto posible de energía, de tiempo y dinero, sin descuidar la calidad de trabajo acordada. Para poder dar respuesta a esta demanda, debe existir una organización previa que provea el equipamiento necesario para el desarrollo con efectividad en el trabajo operativo, disponiendo de los recursos humanos y materiales para dar comienzo a las acciones junto al potencial donante.

Una vez realizado el operativo, debe completar los insumos utilizados en los equipos correspondientes y llevar el control de costos, la reposición y el mantenimiento de dichos equipos, para posteriores operativos. Funciones asistenciales: Ejerce tareas de

asistencia al profesional a partir del momento que ocurre la denuncia de un potencial donante, circunstancia que desencadena la generación de operativos con presencia y asistencia activa junto a la cama del donante, en el lapso de tiempo que dure la actividad, signado por la decisión familiar de ser donante o por la viabilidad de órganos y tejidos. Estos cuidados aplicados por la enfermera, requieren de un proceso largo y complicado, con aspectos poco gratificantes por el hecho de estar manteniendo a un cadáver. Sin embargo, no debemos olvidar que, si esta tarea no existe y por ella no se realiza a tiempo el diagnóstico de muerte cerebral, ni el mantenimiento adecuado, este potencial donante puede realizar un paro cardíaco, por lo cual no podrán servir sus órganos para posteriores trasplantes. Quitándoles de esta forma una expectativa de vida a muchos pacientes que necesitan un trasplante para poder seguir viviendo.

Cuidados domiciliarios del niño con enfermedad crónica.

Cuidar de pacientes crónicos, especialmente cuando se trata de niños, requiere por parte del médico algunas habilidades peculiares, cuyo aprendizaje no siempre está bien contemplado en el currículo de estudio de la carrera de medicina. Obtener estas habilidades presupone conquistar una perspectiva enfocada en la continuidad, en la capacidad de tratar con las familias que se encuentran sobrecargadas para incluirlas efectivamente en los cuidados que el paciente necesita.

Alimentación

Después del estirón que experimentan los niños desde el nacimiento hasta el año de edad, la etapa que va desde que el niño tiene 1 año y hasta los 3 años se caracteriza por un crecimiento lento pero constante. Ya desde estas edades, cambios en la dieta, especialmente en lo que se refiere a consumo de ciertos tipos de grasas y de vitaminas, pueden ayudar a prevenir algunas enfermedades y a que crezcan sanos y fuertes.

Es muy importante sentar las bases de una alimentación adecuada desde el principio.

Promoción de la lactancia materna

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno.

También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos propios para su edad complementarios, hasta un mínimo de dos años.

La leche materna humana es el alimento natural producido por la madre para alimentar al recién nacido. Se recomienda como alimento exclusivo para el lactante hasta los seis meses de edad y con alimentación complementaria hasta los dos años de edad, ya que contiene todos los nutrientes necesarios para su correcto crecimiento y desarrollo. Además contiene inmunoglobulinas y otras sustancias que protegen al bebé frente a infecciones y contribuye a estrechar el vínculo madre-hijo, favoreciendo un adecuado desarrollo psicomotor.

Lactancia artificial. Alimentación complementaria.

La lactancia artificial es una manera de que el lactante pudiese alimentarse en el caso de que la madre no pueda por diversos motivos o elija no hacerlo.

deben ser a demanda lo que significa que no existen relojes y el niño es quien decide cuando quiere alimentarse. Lo habitual es que un niño, cuanto más pequeño es demande muy a menudo, especialmente durante las noches. El mito de que un niño

debe comer cada tres horas durante diez minutos de ambos senos es infundada y arbitraria.

Alimentación del recién nacido de bajo peso.

Estos lactantes con bajo peso al nacer corren un mayor riesgo de morbimortalidad neonatal.

El bajo peso al nacer se debe en la mayoría de los casos al parto prematuro, a un tamaño pequeño para la edad gestacional, o a ambos.

Las intervenciones dirigidas a mejorar la alimentación de los lactantes con bajo peso al nacer tienden a mejorar su salud y bienestar inmediatos y a largo plazo, y repercuten considerablemente sobre los niveles de mortalidad neonatal e infantil en la población.

La lactancia materna tiene muchos beneficios para la salud de la madre y el niño. La leche materna contiene todos los nutrientes que el niño necesita durante los seis primeros meses de vida. La lactancia materna protege contra la diarrea y las enfermedades comunes de la infancia, como la neumonía, y también puede tener beneficios a largo plazo para la salud de la madre y el niño, como la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia.

Manifestaciones digestivas propias del lactante.

Estreñimiento

El estreñimiento es un problema muy frecuente sobre todo en los lactantes alimentados con fórmulas adaptadas. Representa un grave problema para la mayoría de los padres.

Debemos tener en cuenta dos aspectos fundamentales que nos ayudará a centrar el problema:

1. Preguntar a los padres qué entienden por estreñimiento, aprovechando para señalar que el ritmo de las deposiciones varía de un individuo a otro.
2. El ritmo de las deposiciones del niño.

Para hablar de estreñimiento debemos tener presente:

1. Lactante con lactancia materna que realiza menos de dos deposiciones al día
2. Lactante con fórmula adaptada que realiza menos de tres deposiciones a la semana.

El cólico del lactante

Es un síndrome caracterizado por un autolimitado grupo de conductas en los tres primeros meses de vida en supuesta relación a una alteración gastrointestinal de base. Nuestro entendimiento de su etiología, fisiopatología y tratamiento está lejos de ser completo.

En el 30-40% de los casos los síntomas persisten hasta el 4^o-5^o mes.

Observaciones de distensión abdominal y alivio cuando el gas es liberado por el recto mantienen la creencia de su papel, pero no es claro dónde está el papel de este aire ubicuo en el síndrome, si es primario o secundario. No está claro si los lactantes con cólicos se pueden considerar "normales". En la práctica clínica el cólico implica

normalidad (no enfermedad), una conclusión mantenida por la mayoría de los estudios realizados. Para la mayoría de los lactantes los característicos comportamientos del síndrome se representan como normal, aunque disfuncional.

Los criterios diagnósticos los podemos dividir en principales y secundarios:

· Principales:

1. Llanto paroxístico (>3h/día, >3días/semana)
2. Comportamientos motores característicos: Piernas flexionadas sobre el abdomen; Puños cerrados.

3. Agitación: Niño molesto, inquieto, irritable.

4. Llanto vespertino · Secundarios:

1. Lactante saludable (llanto inexplicable).
2. Síntomas gastrointestinales: distensión y timpanismo abdominal, meteorismo, estreñimiento, regurgitaciones.
3. Facies dolorosa.
4. Falta de respuesta a los estímulos tranquilizantes.
5. Otras características: estrés padre, patrón sueño / comida alterado.

Patogenia

- Crecimiento y maduración del SNC.
- Alimentación
- Gas intestinal
- Motilidad intestinal
- Prostaglandinas y hormonas intestinales
- Estilo de cuidados del lactante.

Alimentación y cólico.

Las causas alimentarias más comúnmente implicadas es el contenido proteico. Las proteínas de la leche de vaca de la dieta actuarían como estímulo antigénico a nivel gastrointestinal. En estudios controlados la prevalencia, patrón y cantidad de llanto han sido similares en niños alimentados con lactancia materna y fórmula adaptada, esto sería debido a que la proteína antigénica de la leche de vaca sería la b-lactoglobulina que está presente, también en la lactancia materna.

Gas intestinal.

El aire intestinal puede provenir del aire tragado, por difusión sanguínea en función de las presiones relativas parciales en los dos compartimentos y producción intraluminal por productos de fermentación bacteriana. Es removido del intestino a través del eructo, ventosidad, difusión a sangre y catabolismo bacteriano.

Cuidados del lactante.

La observación sistemática confirma la sabiduría común que prácticas tales como coger y mecer al niño son efectivos tranquilizantes.

En general, comportamientos y estímulos que suponen cambio postural, repetitividad, constancia y/o raticidas y más cercana proximidad entre madre y lactante tienden a mantener el estado de no-llanto.

Alimentación a partir del primer año de vida.

Hasta el primer añito es bastante sencillo porque nos habremos limitado a la lactancia inicial (materna o artificial) y a la introducción posterior de papillas y purés respetando la cronología de introducción de determinados alimentos, con un menú muy similar diariamente aunque con pequeñas variaciones. Se dice que, a partir del año, el niño se debería sentar en la mesa con el resto de la familia a comer.

Alimentación del Preescolar y escolar

Transcurridos los dos primeros años de vida del niño, correspondientes al periodo de crecimiento acelerado, se pasa a la etapa de crecimiento estable en la edad preescolar (3-5 años) y escolar (desde los 6 años al comienzo de la pubertad). El crecimiento longitudinal en el preescolar es de 6-8 cm/año y el incremento ponderal de 2-3 kg anuales. En el escolar, el crecimiento longitudinal es un poco más lento (5-6 cm/año) y la ganancia de peso es de 3-3,5 kg/año. Paralelamente, continúa la maduración de órganos y sistemas.

El desarrollo psicológico en los preescolares incluye la incorporación paulatina de habilidades motoras y del lenguaje; más tarde, durante la época escolar, maduran habilidades como: la lectura, la escritura, las operaciones matemáticas y la adquisición progresiva de conocimientos.

Dietas no convencionales en la infancia y la adolescencia.

Adolescencia se caracteriza por un intenso crecimiento y desarrollo, hasta el punto que se llega a alcanzar en un periodo relativamente corto de tiempo el 50% del peso corporal adulto; se experimenta una velocidad de crecimiento mayor que en cualquier otra edad a partir del 2º año de vida. A esto contribuye, también, la maduración sexual, que va a desencadenar importantes cambios, no solo en la composición corporal sino en su fisiología y en sus funciones orgánicas. Existe una enorme variabilidad en el momento en el cual se produce este cambio. En la actualidad, en los países occidentales, se fija la pubertad entre los 9 y 13 años, y la adolescencia entre los 14 y 18 años.

La mayoría de los adolescentes del medio urbano controlan su propia dieta y el nivel de actividad física que practican. Por todo ello, la adolescencia está considerada como un periodo de la vida especialmente vulnerable desde el punto de vista de la alimentación.

Problemas nutricionales y endocrinos

El sistema endocrino es un sistema de mensajeros químicos que transporta hormonas por todo el cuerpo. Las hormonas ayudan a regular los procesos corporales, incluido el crecimiento. Cuando existe un trastorno del sistema endocrino, el crecimiento puede detenerse.

Los trastornos endocrinos incluyen:

- Deficiencia de la hormona del crecimiento (somatotrofina): Esta enfermedad poco común se produce cuando el nivel de hormona del crecimiento de un niño es escaso o nulo. La hormona de crecimiento se produce en la hipófisis y estimula el crecimiento a través de interacciones químicas en el cuerpo. Sin ella, o sin una cantidad suficiente de ella, el crecimiento es lento o se detiene por completo
- Hipotiroidismo: Es una enfermedad causada por niveles bajos de hormona tiroidea en la sangre. Sin una cantidad suficiente de esta hormona, los bebés pueden tener un desarrollo cerebral inadecuado. Los niños mayores pueden tener un crecimiento lento y un metabolismo lento.