



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: LEONARDO LEOLID LOPEZ PEREZ

**TEMA: CUIDADOS GENERALES DEL NIÑO Y EL
ADOLESCENTE ENFERMOS**

MATERIA: ENFERMERIA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

NOMBRE DEL PROFESOR: RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ

LICENCIATURA: LIC EN ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: 5 CUATRIMESTRE

UNIDAD III CUIDADOS GENERALES DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE ENFERMOS

3.1.- REACCIONES DEL NIÑO Y LA FAMILIA ANTE LA HOSPITALIZACIÓN Y ANTE LA MUERTE.

A partir de la primera niñez e inclusive a partir de la concepción el individuo está expuesta a la vivencia del enfermar, que genera sensaciones internas inusuales, un repentino entendimiento de procesos corporales desconocidos y una inexplicable pérdida de control de algunas raciones o funcionalidades corporal. Para aprender y realizarse el infante debería notar, explorar y tratar de entender las situaciones novedosas que le ocasionan incertidumbre y curiosidad con una finalidad, la habituación.

Según Piaget, partimos de un grado 0 = Incomprensión y pasamos por: Las actitudes de los chicos hospitalizados están sujetas a la comprensión de lo cual les pasa, teniendo presente que...” nada es lo cual parece una vez que se mira con ojos de niño”.

Actitudes psicológicas a la patología en la niñez (Rodríguez-Sacristán, 1994): Actitudes defensivas: Regresión a fases anteriores del desarrollo, negación o identificación (“no son ellos, soy yo”). Actitudes de inadaptación y desajuste: malestar patológica, actitudes neurológicas (fobias, histeria, conversión, obsesiones), actitudes depresivas, actitudes anómalos (Pilowski).

Imagen cultural negativa: nosocomio = gravedad. No hay una contestación mundial a la hospitalización. únicamente las reiteradas hospitalizaciones de periodos mejores a las 2 semanas, en especial en chicos entre 1 a 3 años puede actuar como sensibilización a enfermedades mentales en el futuro (Quinton y Rutter, 1976).

Hospitales pediátricos eran hospicios hasta primeros del siglo XIX.

La hospitalización con división obligatoria, calificada por Cobo como la más grande catástrofe que le puede pasar a una persona entre los 8 meses y los 5 años- estaba argumentada “científicamente”. Después se le denominaría síndrome de depravación materna, pues era la división, y no el nosocomio, la que causaba trastornos secuenciales del

comportamiento en los chicos, que acababan con marasmo físico y afectación intelectual que venía a ser irreversible luego de un cierto tiempo de división, aun restituyendo a los papás.

En los años treinta la división del infante hospitalizado constituía una acometida que producía consecuencias de distinto gravedad en funcionalidad de los casos, sujetos y duración. Sobre los años cincuenta varios autores estudian el desarrollo emocional del infante: Splizt, Bowlby y Robertson,... demostrando el fuerte estrés emocional que manifestaba el infante al separarle de sus papás. Los bebés sienten un apego fuerte y natural hacia la mamá, sea o no biológica y, al igual que el infante, la división de la mamá constituye una mutilación ecológica. Hoy se acepta unánimemente el valor de la prevención de los graves efectos de la hospitalización y se permanecen llevando a cabo programas de preparación psicológica para apoyar al infante a encarar vivencias hospitalarias. Movimientos espasmódicos involuntarios de la cara o los párpados, tics. Terror a los nosocomios, personal doctor, agujas, métodos diagnósticos como los relámpagos X y a la ingestión de fármacos. Mutismo, regresión autista a grados de incomunicación o retraimiento en el contacto con la población.

Importancia de el núcleo familiar en la hospitalización.

La compañía de los papás conlleva ventajas económicas (reduciendo el trabajo del auxiliar de enfermería), reduciendo el estrés del infante e, inclusive, la estancia hospitalaria. La patología o su probabilidad crea un cambio de conducta de los papás modificando la dinámica interna del infante sensiblemente. Papel de enfermería en la hospitalización infantil. El personal de enfermería especializado presta cuidados específicos al infante y a los papás, así como intervenciones de participación con el personal de la unidad, promoviendo, previniendo y afrontando los inconvenientes de salud psicológica. La provisión de cuidados integrales de enfermería se hace por medio del proceso de atención de enfermería por la enfermera relacionado delegada de las interconsultas con hospitalización, así como el seguimiento y valoración del paciente con contactos periódicos según sus necesidades en la unidad de hospitalización o más adelante en el dispositivo, si de esta forma lo precisase.

3.2.- IMPORTANCIA DEL JUEGO EN LOS CUIDADOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO.

3.3.- ATENCIÓN Y ALIVIO DEL DOLOR Y EL ESTRÉS EN EL NIÑO.

Intervención con los niños.

- Minimizar la vulnerabilidad del infante y los papás al estrés y hospitalización.
 - Desarrollar o conservar la emoción de competencia que permite el afrontamiento eficaz en papás e hijo.
 - Impulsar la colaboración de los papás como apoyo del infante.
 - Considerar la individualidad del infante relacionadas al grado de manejo cognitivo.
 - Puntos a laborar en la Primera Niñez (0-3 años).

Malestar de división: es fundamental que el infante disponga de algunas figuras de apego para lograr indemnizar ausencias temporales de varias de ellas. El infante debería estar en compañía de figuras de apego. Estimulación psicomotriz y sensorial: es bueno que manipule objetos, darle estímulos sensoriales, dejar que el infante exprese sentimientos por medio de su cuerpo humano.

Aspectos a laborar en la niñez Preescolar (3-6 años). En este periodo, basándose en la confianza y estabilidad, el infante empieza a tomar iniciativas y planear ocupaciones que le sirven para ajustarse a su ámbito. Impulsar la idea del infante sin que afecte a otros: que el infante realice elecciones y tome elecciones, sin que estas perjudiquen a las metas de otras personas.

Aspectos a laborar en la niñez Estudiantil (7-11 años). Debería desarrollar capacidades sociales y académicas que le hagan sentirse seguro de uno mismo. Si falla en el desarrollo de estas capacidades, posiblemente va a tener sentimientos de inferioridad. Pierde el control de las capacidades de autocuidado adquiridas quedando a merced de otras personas.

Aspectos a laborar en la Juventud (12-18 años). La patología crónica puede interferir de manera significativa en el proceso de división necesitando de manera continua el cuidado de los papás en diversas superficies. Temor de pérdida de control. Las emociones de pérdida de control tienen la posibilidad de crear una vez que se exige al púber conformidad sin darle oportunidades de tomar elecciones y discutir alternativas. Los efectos de una patología crónica o discapacidad tienen la posibilidad de incrementar la inviabilidad del muchacho e

interrumpir el proceso de interacción con los equivalentes, la formación de vínculos con parejas del otro sexo y el logro de una imagen realista y positiva de uno mismo.

3.4.- PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

Comprende las infecciones contraídas en el nosocomio, empero manifiestas desde el alta hospitalaria y además las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento. A pesar del avance alcanzado en la atención hospitalaria y de salud pública, siguen manifestándose infecciones en pacientes hospitalizados, que además tienen la posibilidad de influir al personal de los nosocomios.

Varios componentes propician la infección en los pacientes hospitalizados: la reducción de la inmunidad de los pacientes; la más grande pluralidad de métodos doctores y técnicas invasivas, que inventan probables vías de infección; y la transmisión de bacterias farmacorresistentes en poblaciones hacinadas en los nosocomios, donde las prácticas deficientes de control de infecciones tienen la posibilidad de facilitar la transmisión.

Frecuencia de infección Las infecciones nosocomiales ocurren internacionalmente y están afectando a las naciones desarrolladas y a los carentes de recursos. Las infecciones contraídas en los establecimientos de atención de salud permanecen en medio de las primordiales razones de defunción y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Una encuesta de prevalencia elaborada bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud en 55 nosocomios de 14 territorios representativos de 4 Zonas de la Organización Mundial de la Salud (a saber, Europa, el Mediterráneo Oriental, el Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental) enseñó que un promedio de 8,7% de los pacientes hospitalizados presentaba infecciones nosocomiales.

La máxima frecuencia de infecciones nosocomiales ha sido notificada por nosocomios de las Zonas del Mediterráneo Oriental y del continente Asiático Sudoriental (11,8 y 10,0%, respectivamente), con una prevalencia de 7,7 y de 9,0%, respectivamente, en las Zonas del continente Europeo y del Pacífico Occidental. Las infecciones nosocomiales más comunes son las de heridas quirúrgicas, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores. En el análisis de la Organización Mundial de la Salud y en otros se demostró además que la máxima prevalencia de infecciones nosocomiales pasa en unidades de cuidados intensivos y

en pabellones quirúrgicos y ortopédicos de atención de patologías agudas. Las tasas de prevalencia de infección son más grandes en pacientes con más vulnerabilidad por causa de edad avanzada, patología subyacente o quimioterapia. Un análisis demostró que el incremento general del lapso de hospitalización de los pacientes con infecciones de heridas quirúrgicas ha sido de 8,2 días y osciló entre 3 días en casos de una mediación quirúrgica ginecológica, 9,9, una general y 19,8, una ortopédica. Las infecciones nosocomiales agravan el desequilibrio que existe entre la asignación de recursos para atención primaria y secundaria al desviar escasos fondos hacia el procedimiento de afecciones potencialmente prevenibles.

3.5.- ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA ORAL, INTRAMUSCULAR Y SUBCUTÁNEA.

La vía oral

El medicamento se mete en el organismo por medio de la boca y se absorbe en cualquier tramo del tracto gastrointestinal. La vía sublingual y la vía bucal son 2 variedades de la vía oral. En vía sublingual, el fármaco se sitúa abajo de la lengua, para que se absorba inmediatamente. En la vía bucal, el medicamento se sitúa en medio de las encías y se disuelve por la acción de la baba; principalmente se utiliza para antisépticos o antinfeciosos de la mucosa bucal.

Hay diferentes maneras farmacéuticas que se emplean por vía oral: Preparados firmes Cápsulas. El medicamento está contenido en una cubierta de gelatina que tiene una funcionalidad de custodia del medicamento y además de enmascaramiento de las propiedades organolépticas desagradables (mal olor o sabor). Hay comprimidos de varios tipos: ciertos permanecen recubiertos por una cinta que circunda el comprimido para defender el medicamento y eludir su mal gusto, otros son de liberación sostenida y hacen que el medicamento se libere dentro del organismo muy lento y otros son efervescentes y se tienen que disolver en agua anterior a tomarlos. El medicamento está rodeado de una cubierta tiesa o compacta, principalmente de sacarosa, que salvaguarda el medicamento. El medicamento está disuelto en una solución azucarada que enmascara el sabor del medicamento y que, por su elevado contenido en sacarosa, impide que crezcan las bacterias. La solución que sigue al medicamento tiene un contenido variable de alcohol.

Es una preparación en la que el medicamento es insoluble en el líquido que lo tiene. Si se deja en reposo, el polvo (el medicamento) se deposita en el fondo.

La vía intramuscular El medicamento se incorpora en un músculo por medio de una aguja. El músculo, al estar bastante irrigado por los vasos sanguíneos, posibilita que el medicamento pase inmediatamente a la sangre (3-5 minutos). Es una vía opción para esos medicamentos que no se absorben por vía oral o para enfermos que no tienen la posibilidad de coadyuvar en la ingesta.

La vía subcutánea El medicamento se mete por medio de una aguja de punta fina en el tejido que poseemos bajo la dermis. Ahí el medicamento se va liberando muy lento al torrente sanguíneo. Hay regiones más o menos utilizadas, conforme el tipo de medicamento.

3.6.- ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA INHALATORIA.

La vía inhalatoria.

Hay 3 tipos de dispositivos para la gestión inhalada: los aerosoles, los nebulizadores y los dispositivos en polvo seco. Frecuentemente los aerosoles se aplican con cámaras especiales de inhalación para facilitar su gestión.

3.7.- ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS Y DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAVENOSA E INTRAÓSEA.

La vía intravenosa.

En otras ocasiones, la gestión tinea únicamente un periodo, como la gestión instantánea llamada "bolo" o como la gestión en perfusión "goteo" en unos 15-30 min. La vía intraósea (IO) está indicada en pacientes adultos y pediátricos en situaciones de emergencia o urgencia en las que no sea viable lograr una entrada vascular en los primeros instantes, bien por el caso clínica del paciente, bien por problemas del medio ambiente (escasez de luz, espacio confinado, paciente atrapado en vez de difícil ingreso, peligro NBQ, etcétera.) en especial en:

- Reanimación Cardiopulmonar (RCP)

- Traumatismo grave
- Gran quemado
- Shock severo
- Agitación paciente respiratorio

3.8.- CUIDADOS DEL NIÑO QUE HA RECIBIDO UN TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

La enfermería en procuración tiene funcionalidades administrativas y funcionalidades asistenciales que merecen su enumeración y reconocimiento. Funcionalidades administrativas: Participa llevando a cabo una actividad vincular que posibilita aprovechar la capacidad y el esfuerzo de todos los miembros del equipo. El objetivo de esta actividad administrativa es conseguir que el trabajo solicitado sea logrado con el menor gasto viable de energía, de tiempo y dinero, sin descuidar la calidad de trabajo acordada. Para lograr ofrecer contestación a esta demanda, debería existir una organización previa que provea el equipamiento primordial para el desarrollo con efectividad en el trabajo operativo, disponiendo de los recursos humanos y materiales para ofrecer principio a las ocupaciones junto al potencial donante.

Una vez llevado a cabo el operativo, debería terminar los insumos usados en los conjuntos que corresponden y llevar el control de precios, la restauración y el mantenimiento de estos conjuntos, para posteriores operativos. Funcionalidades asistenciales: Desempeña labores de ayuda al profesional desde el instante que pasa la inculpación de un potencial donante, situación que desencadena la generación de operativos con presencia y ayuda activa al lado de la cama del donante, en el transcurso de tiempo que dure la actividad, signado por la elección familiar de ser donante o por la viabilidad de órganos y tejidos. No obstante, no debemos olvidar que, si esta labor no existe y por ella no se hace a tiempo el diagnóstico de muerte cerebral, ni el mantenimiento conveniente, este potencial donante puede hacer un paro cardíaco, por lo que no van a poder servir sus órganos para posteriores trasplantes.

3.9.- CUIDADOS DOMICILIARIOS DEL INFANTE CON PATOLOGÍA CRÓNICA.

Las visitas domiciliarias son entendidas por los alumnos como un recurso de promoción de la salud y un medio para reducir el sufrimiento. Las visitas domiciliarias son un recurso

educativo fundamental para la educación de la medicina familiar en el pregrado; además de hacer sentir a los estudiantes la necesidad de compaginar competencia técnica con capacidades de comunicación para dar un cuidado longitudinal, humanizado, integral y constante

3.10.- INGESTA DE ALIMENTOS

A partir del estirón que experimentan los chicos a partir del origen hasta el año edad, la fase que va a partir de que el infante tiene 1 año y hasta los 3 años se caracteriza por un aumento lento sin embargo constante. Ya a partir de estas edades, cambios en la dieta, en especial en lo cual tiene relación con consumo de ciertos tipos de grasas y de vitaminas, tienen la posibilidad de contribuir a prevenir varias patologías y a que crezcan sanos y fuertes. A partir del año hasta los 3 años, las necesidades de calcio resultan muy altas y la leche es la primordial fuente de este calcio de la dieta diaria. Se ofrece consumir carne de 3 a 4 veces a la semana (raciones de 40-60 gr). Una vez que se introduzca por primera ocasión, a los 6 meses, conviene comenzar con 10 o 15 gr e incrementar de manera progresiva hasta los 40 gr al año de edad. Se sugiere consumir más pescado que carne, tomando 4 raciones a la semana y de preferencia pescados magros como lenguado, merluza, pescadilla, gallo... El pescado no debería introducirse previamente del año de edad y las raciones tienen que ser de 50 a 70 gr, incrementando 10 gr por año. Aunque todos los tipos de grasas son primordiales para el conveniente manejo del organismo, debería priorizarse el consumo de grasas mono insaturadas como las que provienen de aceites vegetales.

3.10.1.- LACTANCIA MATERNA.

3.10.2.- PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.

La lactación materna es la ingesta de alimentos con leche del seno materno. La Organización Mundial de la Salud y el Unicef recomiendan como indispensable la lactación materna única a lo largo de los 6 primeros meses del recién nacido. Además recomiendan continuar amamantando desde los 6 meses, paralelamente que se va ofreciendo al bebé otros alimentos propios para su edad complementarios, hasta un mínimo de 2 años. La junta de Lactación de la Agrupación De España de Pediatría coincide en sus sugerencias con Organización Mundial de la Salud y Unicef. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y el Unicef, desde ambos primeros años la lactación materna tiene que seguir estando

hasta que el infante o la mamá decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. Ciertos estudios antropológicos publicados concluyen que la franja natural de lactación en humanos está situada entre ambos años y medio y los 7 años. Se propone como alimento único para el lactante hasta los 6 meses de edad y con ingesta de alimentos complementaria hasta ambos años de edad, debido a que tiene todos los nutrientes necesarios para su adecuado incremento y desarrollo. En España la fuente más presente es un análisis impulsado por la junta de Lactación Materna de la Agrupación De España de Pediatría llevado a cabo en 1997, que recoge de forma uniforme datos de algunas provincias españolas. En este análisis se obtuvo una tasa de duración media de lactación materna de 3,2 meses. La otra fuente con datos con representación territorial y actualizada corresponde a la Encuesta Nacional de Salud de 2006 con prevalencia de lactación materna única al principio del 68,4 %, del 52,48 % a los 3 meses de edad y del 24,27 % a los 6 meses.

3.10.3.- Lactación artificial.

La lactación artificial es una forma de que el lactante pudiese alimentarse en la situación de que la mamá no logre por diferentes motivos o escoja no realizarlo. La llamada lactación artificial se había inventado a fines de la época Mesopotámica, aplicada a la ingesta de alimentos de terneros y otros animales de granja, para ofrecer salida a los excedentes de producción de leche de mamíferos vaca y cabra, que era conservada en polvo y rehidratada después para su uso.

En la actualidad la lactación artificial y la lactación natural tienen que ser a demanda lo cual supone que no hay relojes y el infante es quien dictamina una vez que desea alimentarse. Aparte de la leche artificial de fórmula que suele utilizar el lactante, hay otros tipos de leches especiales para bebés con alergias alimenticias, en casos donde no se tolera las proteínas de la leche de vaca (cuya mejor solución podría ser la lactación materna exclusiva). No hay intolerancias a las proteínas de la leche humana, excepto en chicos con galactosemia, una patología metabólica rara. Se calcula que alrededor de unas cien sustancias que hay en la lactación materna no han podido todavía ser imitadas por los compuestos artificiales.

3.10.4.- Ingesta de alimentos del recién nacido de bajo peso.

Las intervenciones dirigidas a mejorar la ingesta de alimentos de los lactantes con bajo peso al nacer tienden a mejorar su salud y confort inmediatos y a extenso plazo, y afectan de manera considerable sobre los niveles de mortalidad neonatal e infantil en la población. La lactación materna salvaguarda contra la diarrea y las patologías habituales de la niñez, como la neumonía, y además puede tener beneficios a extenso plazo para la salud de la mamá y el infante, como la reducción del peligro de sobrepeso y obesidad en la niñez y la juventud.

3.12.- Ingesta de alimentos desde el primer año de vida.

Desde los 12 meses tienen que introducirse paulatinamente los alimentos de manera progresiva, sin forzar y en un ambiente amable. Los chicos reduplican su peso de origen a los 6 meses de vida y lo triplican al año. En los primeros 12 meses de vida habrá crecido alrededor de 25 cm y duplicará su talla de origen alrededor de a los 4 años. Por causas obvias el aumento, que es tan fundamental a lo largo de la vida intrauterina y el primer año de vida, se frena. Desde luego con el pecho se puede continuar, más que por las ventajas que llegado aquel punto tiene la leche materna a partir de la perspectiva nutricional, por la parte emocional. Empero las tetinas no sirven ya para nada: la leche ya podría ser de vaca (leches de aumento inicialmente) y tomarse en vaso. La leche, así sea materna o leche de vaca, aunque sigue teniendo su espacio, por el momento no es el alimento importante del infante como lo es tras el origen.

3.13.- Ingesta de alimentos del Preescolar y estudiantil

Transcurridos ambos primeros años de vida del infante, que corresponden al lapso de incremento acelerado, se pasa a la fase de incremento estable en la edad preescolar (3-5 años) y estudiantil (desde los 6 años al principio de la pubertad). El aumento longitudinal en el preescolar es de 6-8 cm/año y el aumento ponderal de 2-3 kilogramo anuales. En el estudiantil, el incremento longitudinal es un poco más retardado (5-6 cm/año) y la ganancia de peso es de 3-3,5 kg/año.