

ENFERMERIA PEDIATRICA

UNIDAD I

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO SANO*

OBJETIVO GENERAL

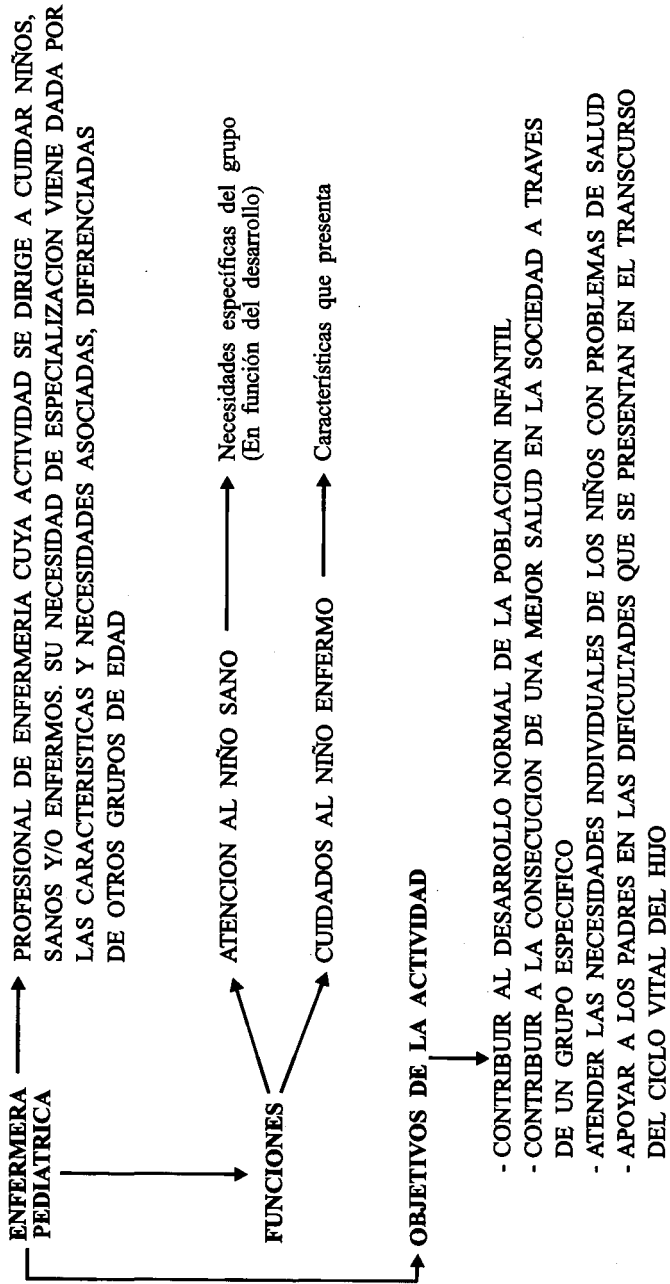
Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios que las capacitan para identificar las necesidades del niño sano y para proporcionar la atención de enfermería para que el niño alcance un desarrollo normal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

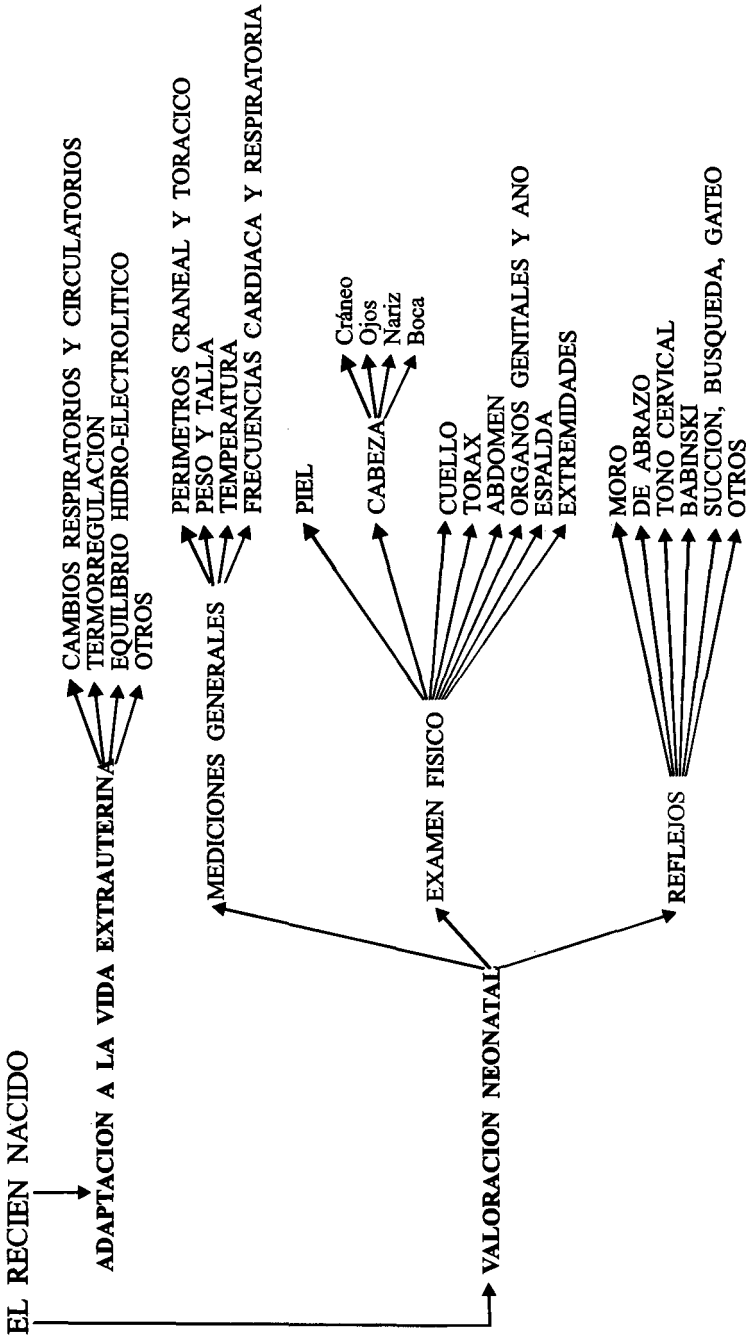
1. Describir las características generales y especiales del recién nacido.
2. Identificar las necesidades del niño sano desde su nacimiento hasta la adolescencia.
3. Detectar los problemas más frecuentes que impiden el desarrollo normal del niño.
4. Explicar las condiciones socioculturales que influyen en el desarrollo del niño.
5. Identificar la función de la enfermera en la atención al niño sano.

* Se describe la unidad completa.

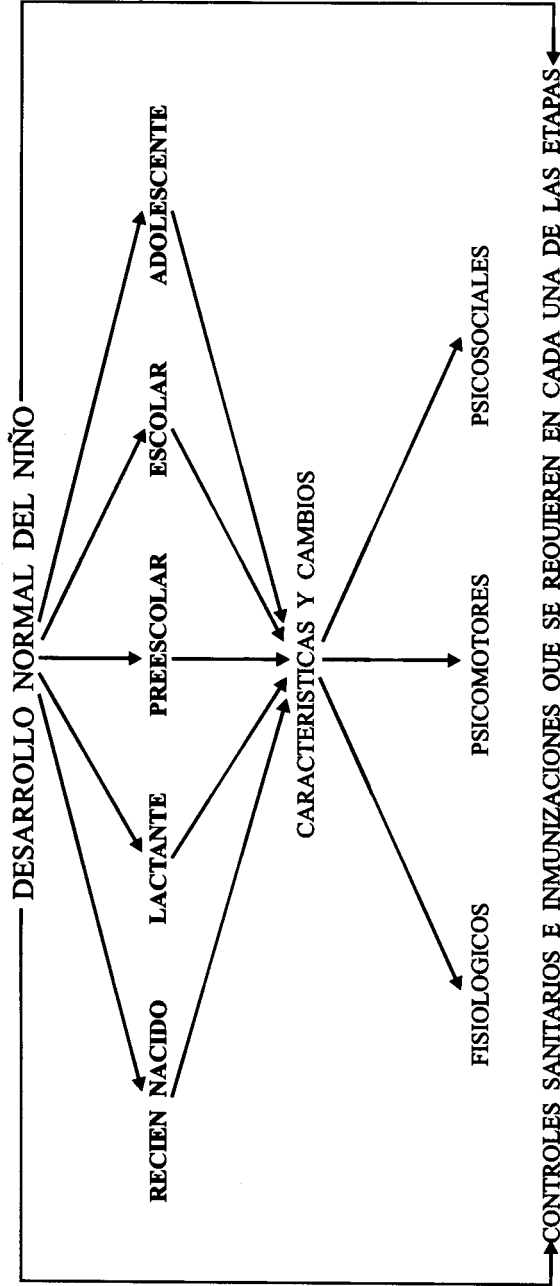
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO SANO (I)



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO SANO (II)

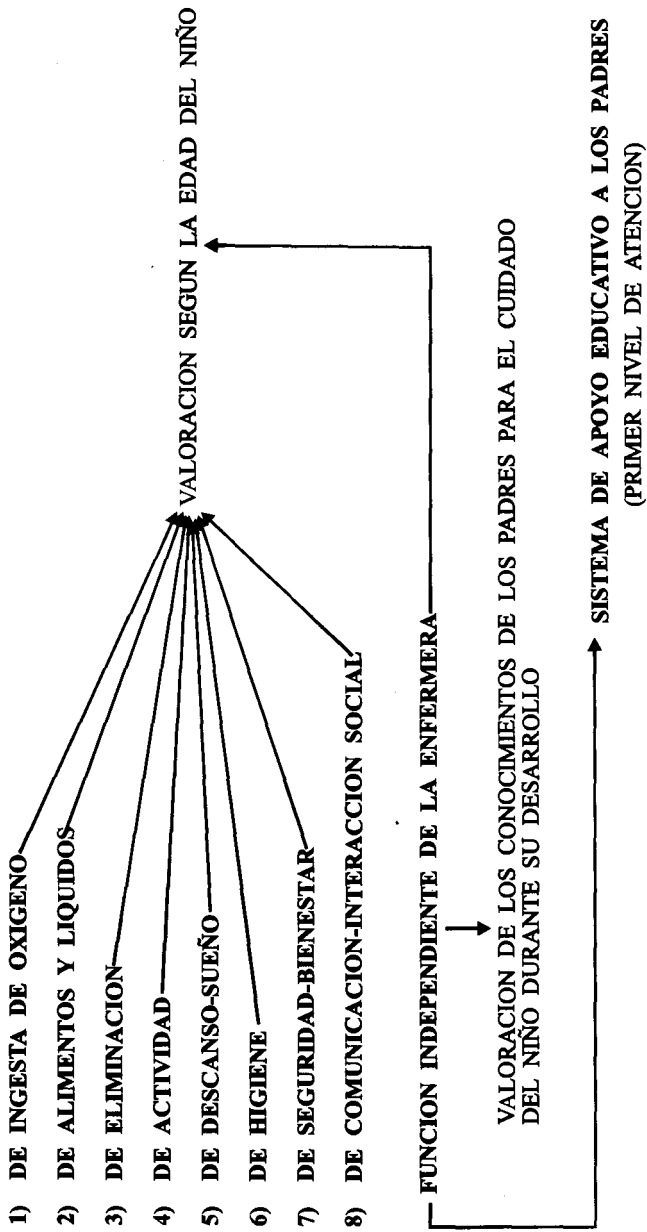


ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO SANO (III)



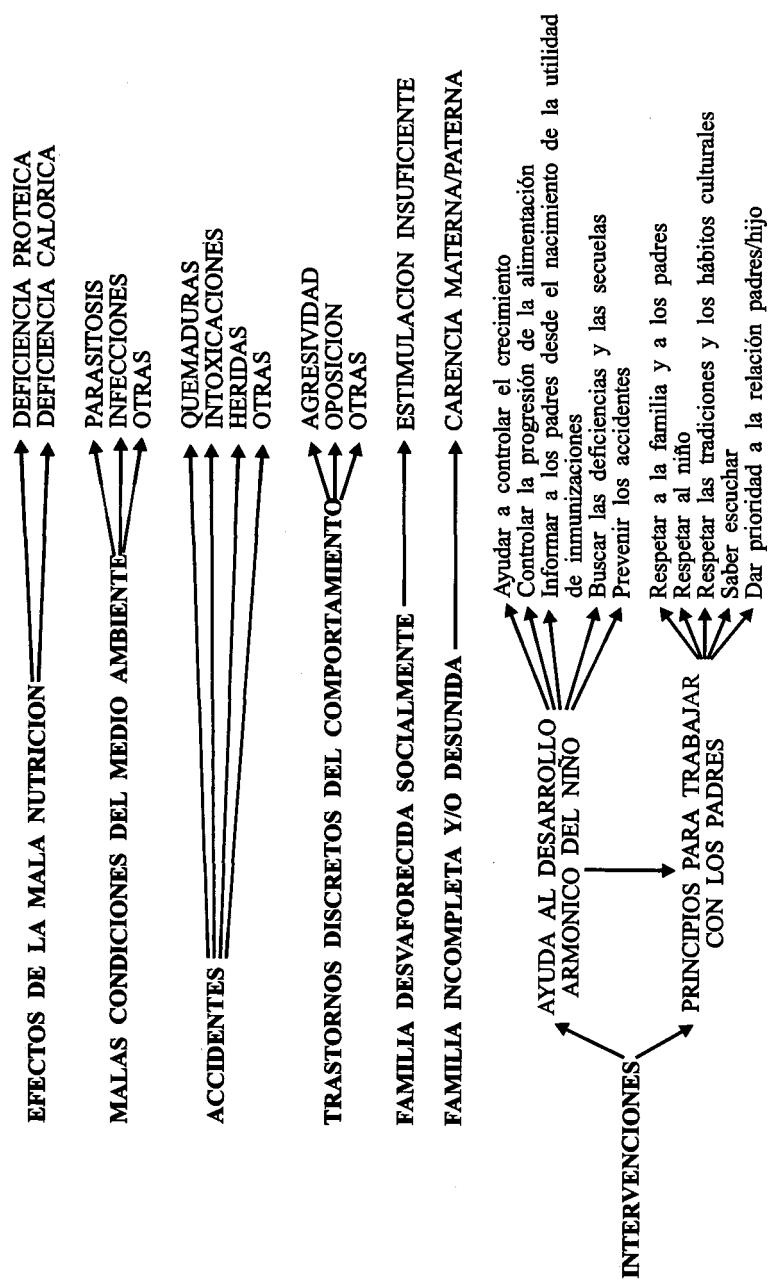
ATENCION DE ENFERMERIA AL NIÑO SANO (IV)

LAS NECESIDADES DEL NIÑO SANO



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO SANO (V)

OBSTACULOS EN EL DESARROLLO DEL NIÑO



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ATENCION DE ENFERMERIA AL NIÑO SANO

EJERCICIO 1

1. Describa el crecimiento del niño.
2. Describa esquemáticamente el desarrollo psicomotor del niño.
3. Describa las normas generales en la alimentación del niño a partir del año de vida.
4. Describa brevemente los trastornos discretos del comportamiento del niño.
5. Describa el papel del adulto en el aporte de los juegos sensoriomotrices, desde el nacimiento hasta los dos años.

RESPUESTAS

1. DESCRIBA EL CRECIMIENTO DEL NIÑO

El crecimiento de un niño no es un proceso uniformemente continuado, sino más bien irregular, con períodos de aceleración y períodos de relativo estacionamiento, sin relación con su salud. En líneas generales puede decirse que existen tres grandes períodos de crecimiento acelerado: el primero es continuación del rápido crecimiento del feto y dura hasta el final del primer año, el segundo tiene lugar alrededor de los siete años (estirón de la segunda infancia) y el tercero corresponde al desarrollo de la pubertad.

Aumento de peso: en los cuatro primeros días de vida se produce la *pérdida fisiológica* de peso, alrededor de 250 g., a causa de la desproporción entre la escasa cantidad de alimento ingerido y la eliminación normal del contenido intestinal, excreción renal, pérdida a través de la piel y de los pulmones. Hacia el décimo día se recupera el peso inicial y a partir de ahí comienza la ganancia de peso continua, aunque no uniforme.

Durante el primer trimestre se suele producir un aumento semanal de 200 g. aproximadamente, y a partir del cuarto mes este aumento va siendo progresivamente menor. En condiciones normales, hacia el quinto mes se dobla el peso del nacimiento, se triplica al año y se cuadruplica a los dos años. En niños muy pequeños al nacer este aumento es mayor, en tanto que los niños grandes aumentan relativamente menos. Pueden estacionar temporalmente el peso: la erupción de los dientes, un cambio de alimentación o las vacunaciones.

En los años en que la talla aumenta a mayor velocidad la ganancia de peso es menor, y al revés. El mínimo de aumento de peso recae en los niños de cinco a seis años, en que sólo ganan 1,5 kg. al año. En la pubertad, al igual que en la época de la lactancia, se produce un rápido aumento de peso y talla conjuntamente.

Existen tablas indicadores del promedio normal de peso a cada edad, pero debe

tenerse siempre muy presente que estas cifras admiten amplias variaciones y una desviación «fisiológica» en un niño determinado no tiene porqué indicar alteración de la salud. En este sentido, el mejor índice de una evolución normal lo constituye más que el peso el aspecto sano del niño que se muestra feliz, vigoroso y satisfecho.

Aumento de talla: el crecimiento en longitud es muy considerable durante los primeros meses, después del primer año es bastante más lento. El crecimiento depende tanto de factores endógenos como exógenos. Entre los primeros figuran fundamentalmente las hormonas producidas por las glándulas de secreción interna: así, en los primeros meses el papel del timo parece ser el más importante; hacia el final del primer año es el tiroideo el que asume la función primordial en este sentido; a partir del tercer o cuarto año la hipófisis rige todo el crecimiento hasta la época postpuberal. Entre los factores exógenos, la alimentación es el más importante. La vida sana al aire libre, la luz solar, las vitaminas, estimulan el crecimiento, en tanto que las enfermedades agudas o crónicas que inhiben el aumento de peso apenas trastornan el crecimiento en altura.

No todas las partes del cuerpo crecen con el mismo ritmo, puesto que las proporciones de los distintos segmentos del niño con relación al adulto no son todos iguales. Los segmentos proporcionalmente más desarrollados del recién nacido experimentan aumentos menores que aquellos otros que al principio están menos desarrollados. Así, mientras la cabeza aumenta al doble, el tronco triplica su longitud, las extremidades superiores la cuadruplican y las inferiores la quintuplican. Todos los segmentos aumentan, pero cada uno a su ritmo, ya que las proporciones que se deben alcanzar en el adulto difieren mucho de las del recién nacido. En éste la cabeza representa la cuarta parte de la longitud total del cuerpo, mientras que en el adulto es sólo la octava parte. Al nacer el punto medio del cuerpo se encuentra por encima del ombligo, en tanto que el adulto lo tiene a la altura de los trocánteres. Las extremidades, sobre todo las inferiores, son proporcionalmente mucho menores que en el adulto.

2. DESCRIBA ESQUEMATICAMENTE EL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO

Al mes:

- El niño sigue con la mirada una luz brillante.
- Entre las cuatro a seis semanas comienza a sonreír.
- Duerme mucho y cuando está despierto hace continuos movimientos incoordinados, con los brazos y las piernas, sin finalidad concreta.

A los dos meses:

- En decúbito prono, levanta la cabeza y la gira para contemplar algún objeto en movimiento.
- Aparece la primera articulación de palabras tartamudeadas.

A los tres meses:

- La cabeza hace movimientos voluntarios.
- Fija la mirada en los objetos y dirige la atención hacia el sonido.
- Reconoce a su madre.
- Comienza a contemplar sus manos.
- Cuando se le habla «contesta» con monosílabos.

A los cuatro-cinco meses:

- Si se le sostiene sentado es capaz de mantener la cabeza erguida y moverla libre.
- Reconoce la voz de sus padres.
- Contempla sus manos y pies.
- Puede coger espontáneamente los objetos que se le ofrecen.
- Ríe.

A los seis meses:

- Se sostiene sentado sin apoyo guardando bien el equilibrio.
- Comienza a jugar con los objetos que le dan, los cambia de mano llevándoselos a la boca.
- El balbuceo se hace más variado y expresivo.
- Aprende a reconocer lo que le rodea, aunque su memoria es aún muy escasa, pues basta una separación de pocos días para que lo olvide todo, incluso a su madre.
- Hace intentos para ponerse de pie.

A los nueve meses:

- Se mantiene en pie sin apoyo y estando echado puede sentarse solo. Puede gatear.
- Comienza a repetir las palabras que oye con frecuencia, aunque no comprende su significado; son simple imitación.
- Es capaz de coger un objeto entre el índice y el pulgar y llevárselo a la boca o soltarlos deliberadamente; puede comer solo una galleta.
- Se interesa por su mundo circundante y se asusta ante personas extrañas.

Al año:

- Entre los doce y catorce meses inicia la deambulaci3n.

- Al poder andar conoce su ambiente mucho mejor, iniciando el proceso de adaptación a la sociedad.
- El aprendizaje consciente del habla hace que ya pueda decir unas cuantas palabras conociendo su significado.
- Sabe beber en vaso, destapar una botella y desenvolver el papel de un caramelo.
- Manifiesta sensaciones anímicas simples, como miedo, alergia, ira, desilusión, etcétera.
- Puede aprender algunas «habilidades», como decir adiós con la mano, acariciar, etcétera.

A los dieciocho meses:

- Anda con soltura y trepa a una silla. Puede tirar una pelota y realizar juegos sencillos.
- Sostiene un vaso con seguridad y come solo con cuchara.
- El vocabulario se enriquece (unas 15 palabras) y liga palabras con algún sentido.
- Obedece órdenes simples.

A los dos años:

- Puede correr, sostiene un vaso con una sola mano y puede girar las hojas de un libro una a una.
- Forma frases de tres y cuatro palabras. Su vocabulario asciende a 200 ó 300 palabras.
- Desea compañía y amigos para jugar, pues empieza a desarrollar sus aptitudes sociales.
- Domina su esfínteres, de tal manera que sólo durante la noche se le puede escapar la orina; durante el día pide sus necesidades, siempre que se le haya enseñado a hacerlo.
- Al mismo tiempo aprende a comer solo con limpieza.

A los tres años:

- Puede ir en triciclo, jugar solo y garabatear con un lápiz.
- Conoce los colores, los primeros números y su apellido.
- Reconoce y nombra los objetos existentes en un cuadro o dibujo.
- Ayuda a vestirse y desnudarse.

A los cuatro años:

- Dibuja objetos simples que le son familiares y en sus juegos manifiesta imaginación y fantasía.
- Pregunta el cómo y porqué de las cosas.

A los cinco años:

- Dibuja objetos relacionándolos en una composición; también dibuja un cuadro según una muestra.
- Conoce las letras y puede contar hasta diez.

A los seis años:

- Puede leer palabras cortas, condicionando su aprendizaje al interés que la escuela despierta en él.
- Es capaz de cumplir tres encargos relacionados entre sí.

A los siete años:

- Puede razonar, formar juicios y sacar provecho de su experiencia.
- Diferencia izquierda y derecha.
- Indica lo que falta en un dibujo (boca, nariz).

A los nueve años:

- Desarrolla preferencias, es sagaz en los juegos y puede razonar por sí mismo.
- Sabe contar hasta 100, conoce los días y los meses y sabe su dirección.
- Puede cambiar pequeñas cantidades de dinero.

A los doce años:

- Reacciona bien adaptándose solo, de forma inteligente ante situaciones nuevas que se le plantean.
- Comprende conceptos abstractos, como justicia, bondad, etc.; critica las cosas absurdas y muestra un considerable grado de comprensión.

3. DESCRIBA LAS NORMAS GENERALES EN LA ALIMENTACION DEL NIÑO A PARTIR DEL AÑO DE VIDA

Los alimentos presentados en la mesa de un niño no sólo deben cumplir los fríos requerimientos de un equilibrado contenido en principios inmediatos, vitaminas,

etc. Es necesario que estén bien condimentados, adecuadamente presentados y servidos a la temperatura precisa. Deben también variarse, con un cierto ritmo para los distintos días de la semana, y no caer en la monotonía de los mismos alimentos cada día. Esto tiene suma importancia para los niños mayorcitos.

Para conseguir un buen equilibrio se darán proteínas en forma de carnes de animales terrestres y en forma de pescados. Las grasas estarán representadas por las de origen animal (mantequilla, manteca) y las que contienen ciertos vegetales ricos en los ácidos grasos no saturados, linoleico y araquidónico (aceite, frutos secos). Se administrará medio litro de leche diario, o en su lugar derivados lácteos (queso, requesón, nata, etc.), por el calcio que aportan y el alto grado nutritivo de sus proteínas.

Las frutas y verduras se darán, en parte, crudas para evitar la destrucción de sus vitaminas. El contenido de estos alimentos en celulosa estimula el peristaltismo intestinal, asegurando evacuaciones intestinales fisiológicas.

En principio, debe respetarse el apetito de cada niño, sin imponerle cantidades injustificadas.

4. DESCRIBA BREVEMENTE LOS TRASTORNOS DISCRETOS DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

En el niño pequeño los *fenómenos de ansiedad* son frecuentes, pero habitualmente son benignos. Entre los seis y ocho meses la visión de un rostro desconocido puede provocar una reacción de angustia que cesa inmediatamente en cuanto la madre reaparece en su campo de visión. Más tarde va a aparecer el temor por la oscuridad, el temor de estar solo, el temor de ser abandonado.

El niño que se siente seguro manifiesta muy poca ansiedad. Por otro lado, el niño que vive en un medio inestable, desunido o que se siente poco amado, amenazado, manifiesta mucha más frecuentemente ansiedad, lo mismo que el pequeño que cambia con frecuencia de un medio de vida a otro.

La persistencia de *angustia* más allá de los tres años de edad debe incitarnos a buscar una causa de inseguridad excesiva en la vida del niño.

Las *manifestaciones de agresividad y de oposición* son igualmente banales y puede decirse que entre los dos y cuatro años de edad el niño pasa por un período caracterizado por crisis de cólera violentas y actitudes agresivas. Las crisis de cólera no son anormales, pero ponen a prueba la paciencia y los principios educativos de los padres. La agresividad permite al niño autofirmarse, pero es necesario que ella sea correspondida con una cierta firmeza para habituarlo a afrontar más tarde la agresividad de los otros y a controlar sus reacciones.

Algunos niños carecen de apetito; las causas pueden ser variadas, yendo desde un simple catarro a otras más complejas, como un cambio alimentario, una cierta monotonía o el hecho de que las comidas den lugar a disputas entre los padres o reprimendas. Otros niños se niegan simplemente a comer y en estos casos es necesario no inquietarse para no agravar la anorexia. Los padres deben hacerse los indiferentes y no dejarse llevar por la cólera ni el pánico. Si el niño tiene buena

salud y continúa siendo alegre y juguetón, es necesario tener paciencia y el conflicto finalizará, en la mayoría de los casos, por desaparecer solo.

5. DESCRIBA EL PAPEL DEL ADULTO EN EL APORTE DE LOS JUEGOS SENSORIOMOTRICES DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS DOS AÑOS

El adulto debe satisfacer la curiosidad natural del niño entregándole los objetos apropiados para estimular sus sentidos y desarrollar sus aptitudes. «El niño conoce el mundo por intermedio de los adultos». Las capacidades y los conocimientos del niño se van enriqueciendo a partir de las novedades que le aporta el medio ambiente. Es necesario, por tanto, cambiar constantemente los objetos que están a su alcance; si no dispone de estímulos ni de experiencias, el deseo de descubrir disminuirá y no podrá progresar. No se puede dejar a los niños vivir de una manera natural; es necesario que ellos sean solicitados constantemente por el medio ambiente para que de este modo puedan experimentar y progresar. El adulto debe igualmente velar por la seguridad del niño, que ignora los peligros del mundo que le rodea (peligro de quemaduras, de ahogo por inmersión, de intoxicaciones, de heridas, de picaduras o mordeduras de animales); durante el primer año de vida hay que preocuparse de la protección total del niño, poniendo a su alcance solamente los objetos que no le hagan correr ningún riesgo. Cuando el niño comienza a desplazarse y a explorar el medio ambiente, es necesario dejarlo efectuar un cierto número de experiencias que le llevarán a descubrir que, por ejemplo, el fuego quema, que el cuchillo tiene una parte cortante, etc. De este modo aprenderá a conocer el riesgo, sea para evitarlo o bien para enfrentarlo. Tanto la sobreprotección como la negligencia deben ser evitadas.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ATENCION DE ENFERMERIA AL NIÑO SANO

EJERCICIO 2

De las afirmaciones que se hacen a continuación indique si son verdaderas o falsas. Razone las respuestas.

1. Al examinar a una niña de ocho meses sería normal encontrar abierta la fontanela anterior, pero cerrada la posterior.
2. Al valorar la memoria inmediata de un niño sano de seis años de edad, la enfermera observa que sólo puede repetir dos números, lo que indica retraso mental.
3. Al valorar a un recién nacido la enfermera nota que está temblando, lo considera normal por el momento, pero lo volverá a examinar pasados cuatro o cinco días.
4. Un bebé que al nacer pesa 3,300 kg. pesará al año 8,300 kg.
5. A los niños debe administrársele la vacuna antisarampión a los tres meses de vida.
6. La inmunidad congénita es de tipo «adquirida transitoria».

RESPUESTAS

1. *Verdadera:* la fontanela anterior se cierra a los doce-dieciocho meses; la posterior entre el primer y segundo mes de vida.
2. *Falsa:* un niño de seis años es capaz de repetir cinco números, pero este hallazgo aislado no puede indicar por sí solo retraso mental.
3. *Verdadera:* los temblores son normales en el recién nacido, especialmente si son de frecuencia alta y poca amplitud. Pueden persistir durante unos días, siendo más habituales durante la crisis de llanto intenso.
4. *Falsa:* el niño deberá pesar al año 9,900 kg., ya que el peso se triplica aproximadamente al año de vida.
5. *Falsa:* la inmunización contra el sarampión debe aplicarse a los quince meses en lugar de a los tres meses.
6. *Verdadera:* generalmente, el lactante no produce su propia gammaglobulina hasta el segundo mes de vida, pero dispone de inmunidad pasiva recibida a través de la circulación materna durante la vida fetal.

UNIDAD II

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO ENFERMO*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las estudiantes habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios para poder atender al niño enfermo en sus necesidades básicas alteradas, identificando los problemas que pueda presentar y aplicando los cuidados en situaciones concretas de enfermedad.

* Temas que se describen:

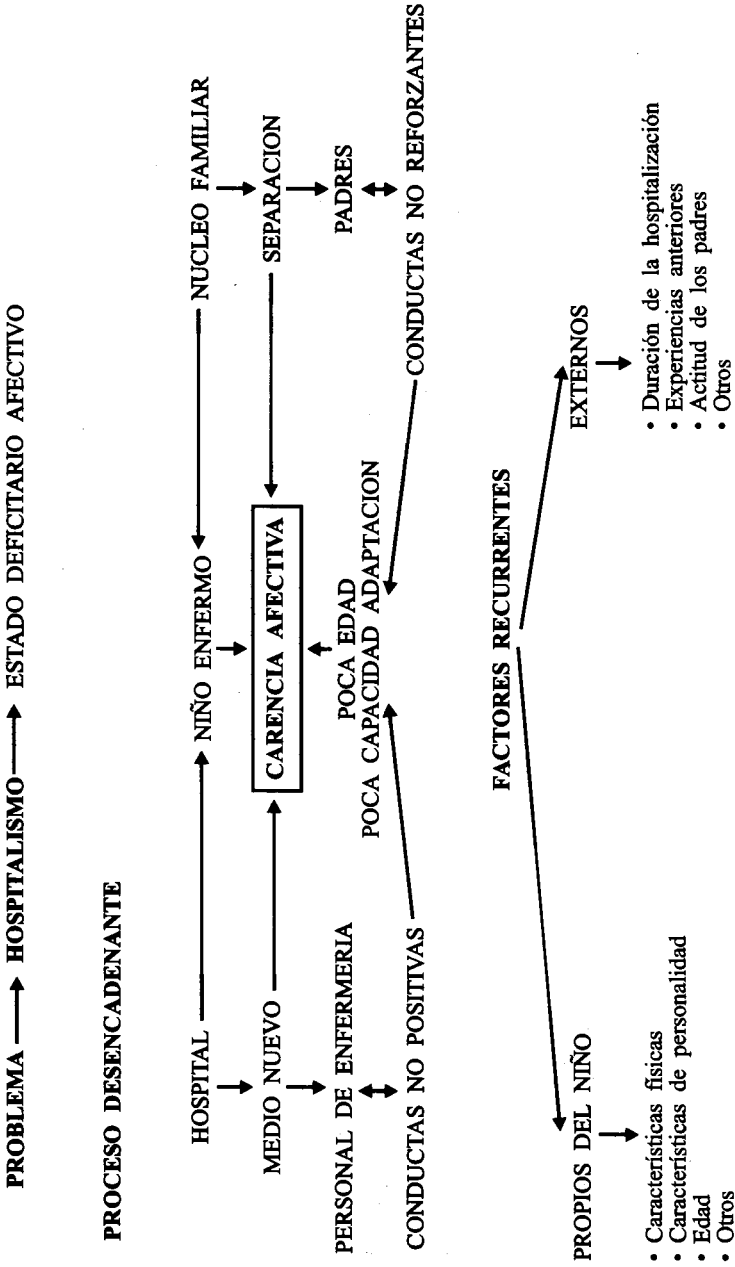
- El problema del hospitalismo en el niño enfermo.
- El niño de bajo peso y prematuro.
- Problemas del aporte de líquidos.
- Alta del niño hospitalizado.

TEMA: EL PROBLEMA DEL HOSPITALISMO EN EL NIÑO ENFERMO

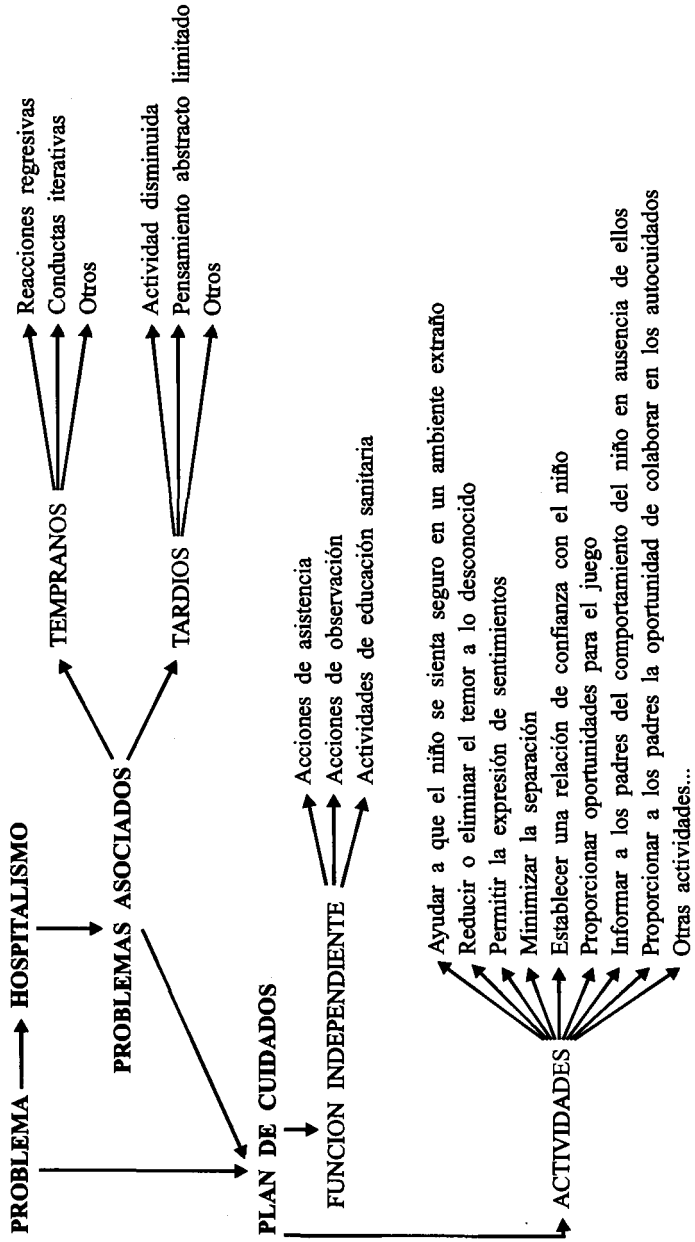
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir el concepto de hospitalismo.
2. Describir las consecuencias del hospitalismo en el niño.
3. Valorar los problemas derivados del hospitalismo.
4. Describir las acciones propias de la enfermera para resolver o paliar los problemas derivados del hospitalismo.
5. Aceptar el compromiso profesional de ayudar a los padres y al niño en el problema del hospitalismo.

EL PROBLEMA DEL HOSPITALISMO EN EL NIÑO ENFERMO (I)



EL PROBLEMA DEL HOSPITALISMO EN EL NIÑO ENFERMO (II)

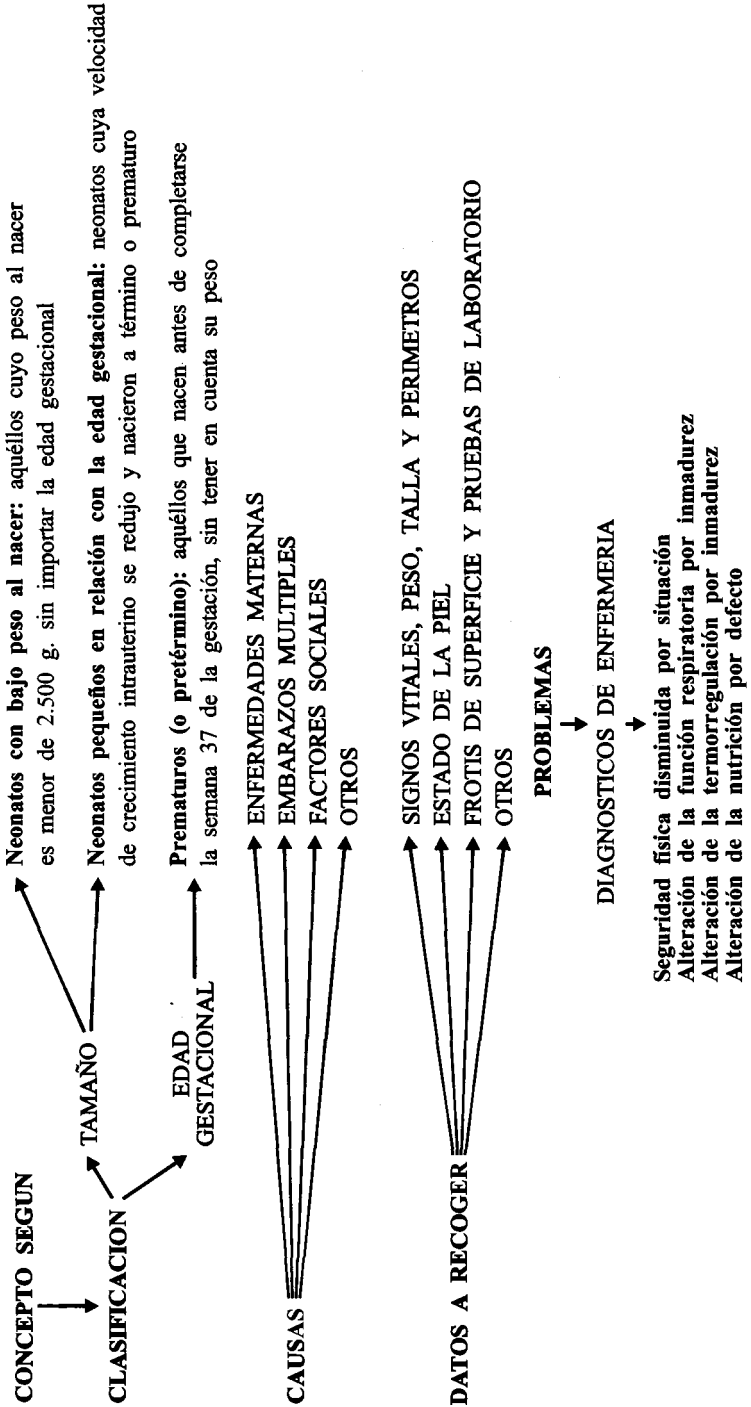


TEMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO DE BAJO PESO Y PREMATURO

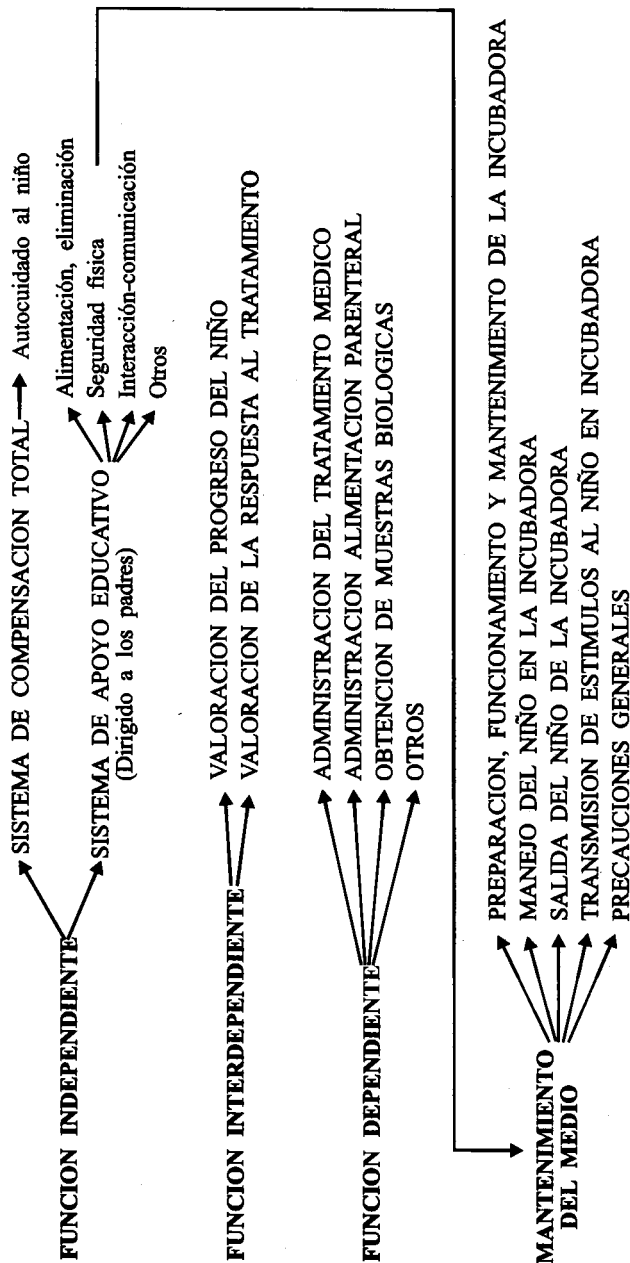
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las causas que pueden producir nacimientos de niños de bajo peso y prematuros.
2. Explicar las características fisiológicas de estos recién nacidos.
3. Describir las observaciones constantes que requieren estos niños.
4. Describir las acciones específicas de la enfermera para prevenir y/o resolver los problemas derivados de la situación de prematuridad.
5. Describir el funcionamiento de la incubadora.
6. Explicar la atención de enfermería que requiere un niño que permanece en una incubadora.

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO DE BAJO PESO Y PREMATURO (I)

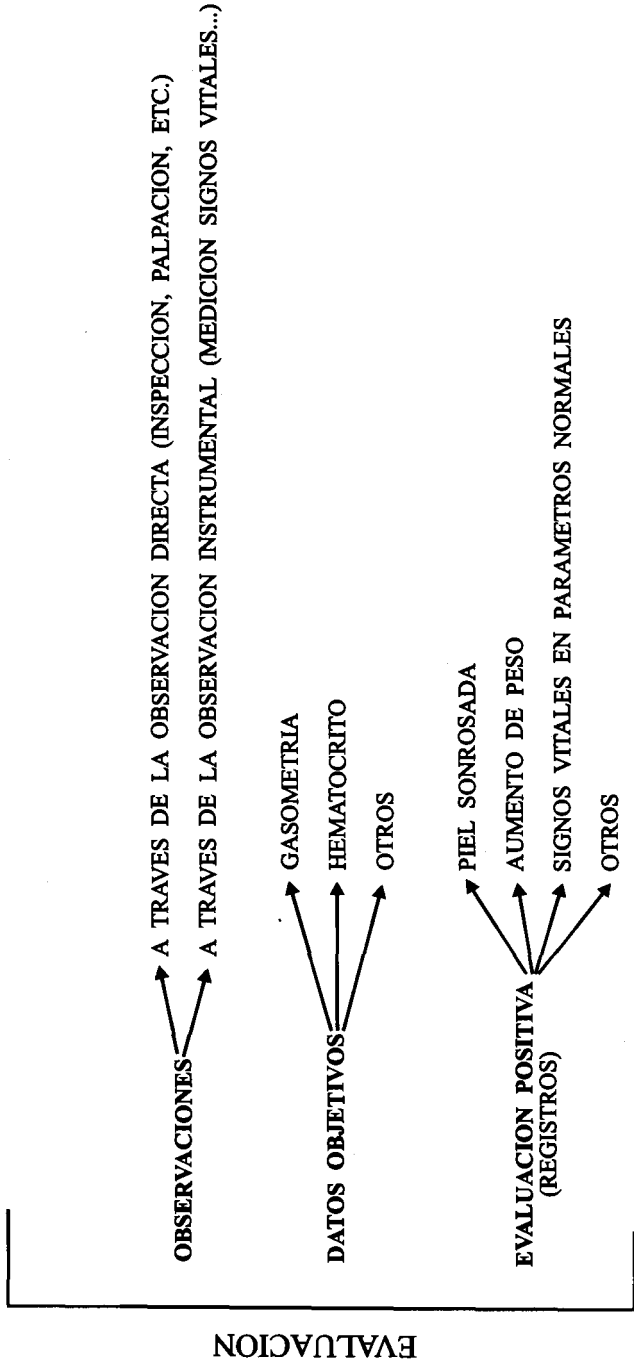


CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO DE BAJO PESO Y PREMATURO (II)



PLAN DE CUIDADOS

CUIDADOS AL NIÑO DE BAJO PESO Y PREMATURO (III)

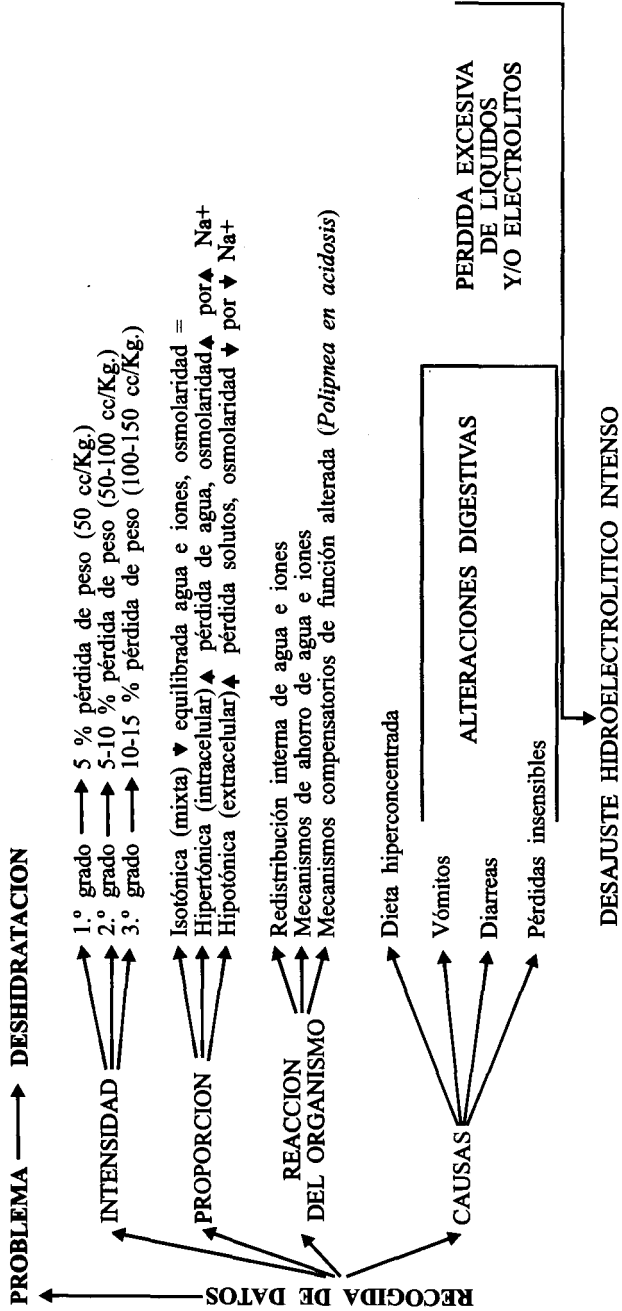


**TEMA: CUIDADOS AL NIÑO CON PROBLEMA DE DEFICIT
DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS**

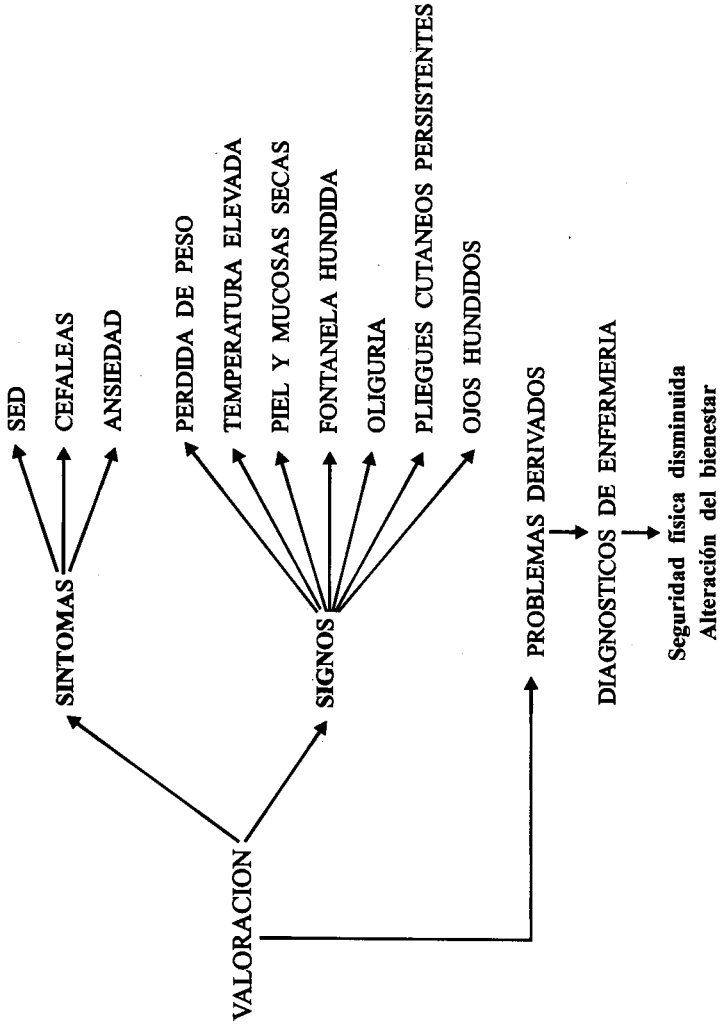
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir el problema de deshidratación en los niños.
2. Explicar las causas que producen deshidratación.
3. Describir los datos que deben recogerse para la valoración del problema.
4. Identificar los problemas derivados del problema central.
5. Describir las acciones de enfermería específicas en los niños con problema de deshidratación.
6. Describir los datos que denotan una adecuada hidratación en el niño.

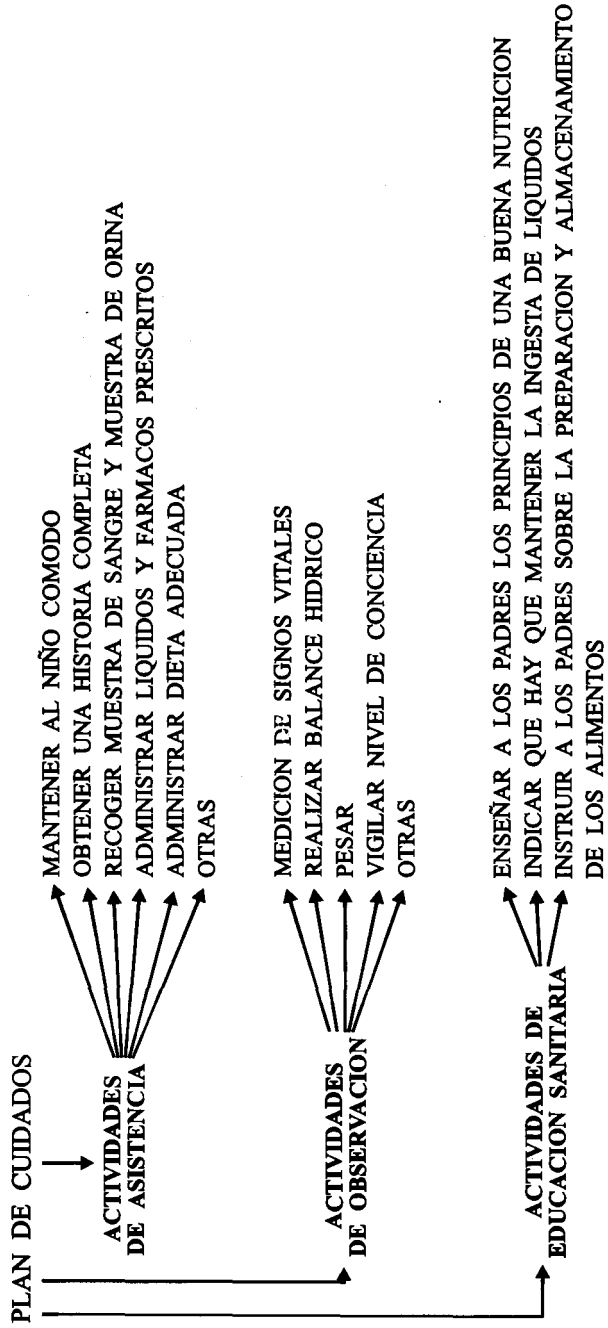
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL NIÑO CON DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS (I)



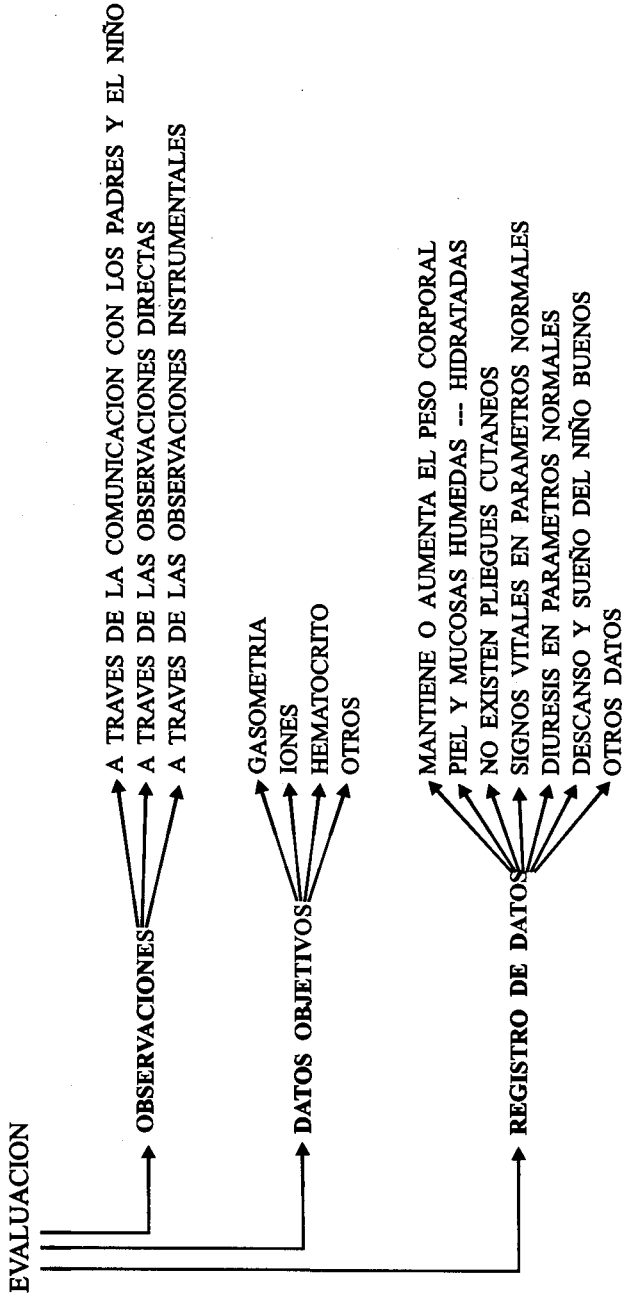
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL NIÑO CON DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS (II)



CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL NIÑO CON DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS (III)



CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL NIÑO CON DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS (IV)

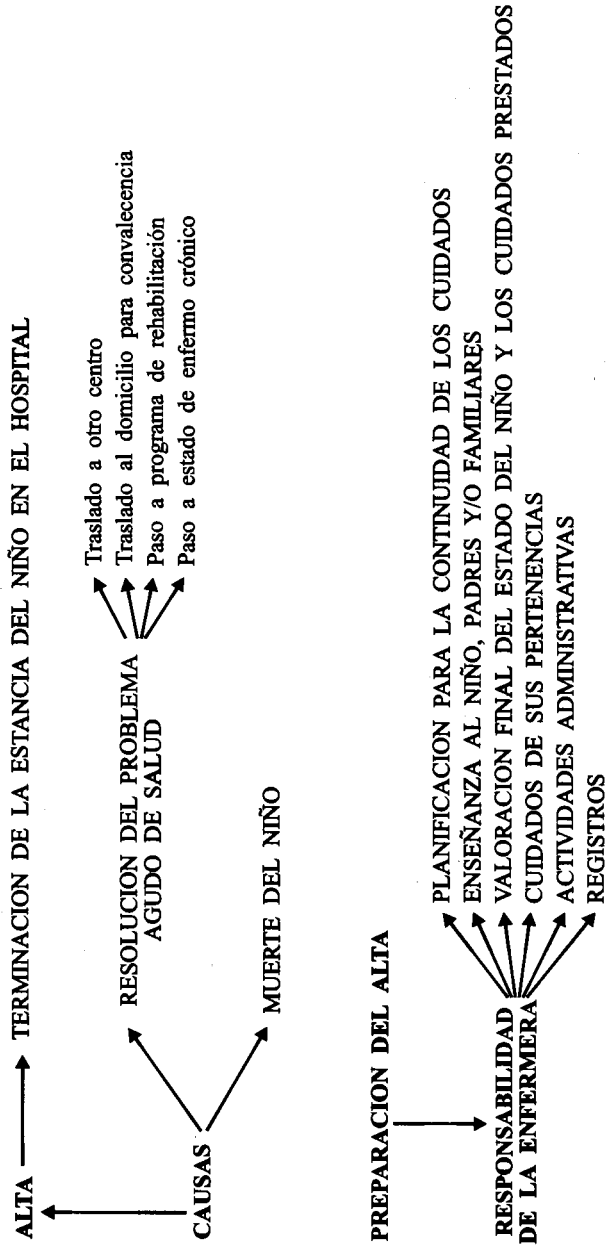


TEMA: ALTA DEL NIÑO HOSPITALIZADO

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar las acciones de enfermería para la preparación del alta del niño.
2. Describir la atención que requiere el niño en estado terminal.
3. Explicar la preparación y cuidado *postmortem* del niño.
4. Valorar la importancia que tiene, en cada cultura, la muerte del niño.
5. Valorar la necesidad de atención a los padres en la muerte del niño.

ALTA DEL NIÑO HOSPITALIZADO (I)



ALTA DEL NIÑO HOSPITALIZADO (II)

NIÑO ENFERMO CRONICO → NIÑO QUE VIVE CON UN PROBLEMA DE SALUD, AL QUE SE DEBE ADAPTAR Y QUE NECESITA VIGILANCIA MEDICA Y SANITARIA PERIODICA O CONTINUA

ACTUACION DE ENFERMERIA

OBJETIVOS

PAPEL DE LOS PADRES

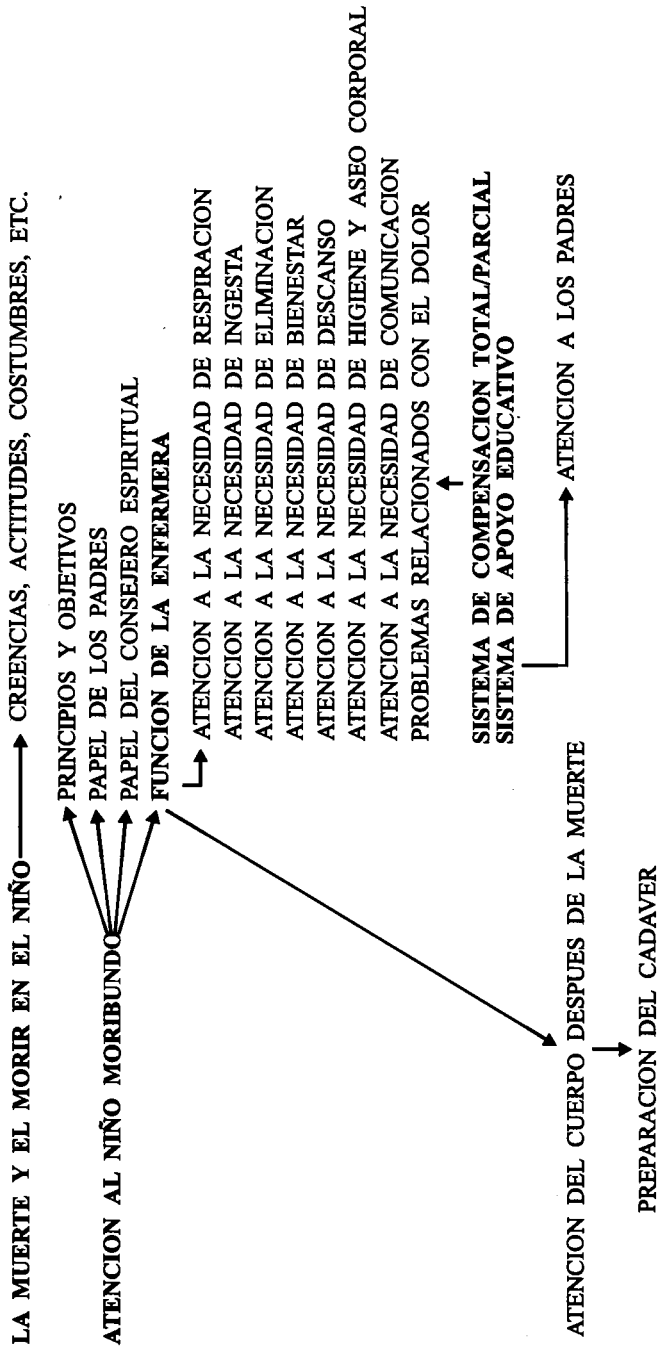
FUNCION DE LA ENFERMERA

En la rehabilitación física
En la rehabilitación psíquica
En la integración social

SISTEMA DE COMPENSACION PARCIAL AL NIÑO

SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO AL NIÑO Y A LOS PADRES

ALTA DEL NIÑO HOSPITALIZADO (III)



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO ENFERMO

EJERCICIO 1

1. Describa los problemas comunes que presenta el niño ante la hospitalización.
2. Describa las características generales del niño prematuro.
3. Describa los controles ambientales de la incubadora y su fundamento.
4. Enumere las causas de malformaciones congénitas debidas a factores ambientales.
5. Describa el problema de «enútesis de maduración».

RESPUESTAS

1. DESCRIBA LOS PROBLEMAS COMUNES QUE PRESENTA EL NIÑO ANTE LA HOSPITALIZACION

La reacción natural del niño ante la hospitalización es primero de *protesta*, después de *duda* y finalmente de *indiferencia*. Pero estas etapas no son iguales en todos los niños. Para facilitar la adaptación del niño al ambiente hospitalizado hay que hacerle comprender cuatro cosas:

1. Que continuará siendo querido (la carencia de cariño origina temor).
2. La enfermedad y la estancia en el hospital no significan ningún tipo de castigo. Muchas veces el niño lo interpreta como tal, en expiación de sus culpas, y esto dificulta la adaptación y engendra nuevos temores.
3. Debe explicarse al niño que después se sentirá mejor.
4. Hay que asegurar al niño que regresará a su casa una vez curado.

EL LACTANTE: es el que posiblemente ofrece menos problemas, ya que normalmente come y duerme. Pero no hay que olvidar que el contacto físico es esencial para evitar la carencia afectiva. No basta con darle de comer, cambiarle los pañales y colocarlo en su cuna; debe hablársele, tocarlo, cogerlo, jugar con él para estimular sus respuestas. No deben olvidarse las necesidades de la madre, procurando retornarle su función de madre en cuantas ocasiones sea posible: alimentación del niño, etcétera.

EL NIÑO PREESCOLAR: ofrece más dificultades, ya que presenta una gran variedad en sus maneras de comportarse, de hablar y de reaccionar. Esto depende muy directamente del ambiente familiar y del condicionamiento socioeconómico en que se ha desarrollado. También depende de su situación en la familia y de su grado de desarrollo. La enfermera debe esforzarse en comprender a cada niño en particular. Resulta fundamental hablar con los padres para conocer el vocabulario especial del niño, sus hábitos, si sabe comer, si pide sus necesidades, etcétera.

EL NIÑO ESCOLAR: presenta grados variables de comprensión, pero generalmente acepta fácilmente las explicaciones que se le da. Es a menudo cooperador y da la impresión de ser fuerte y estar seguro de sí mismo. Pero debajo de esta actitud se esconde el temor a lo desconocido, por lo que esta apariencia no debe engañar a la enfermera. Debe preguntar al niño por sus temores y por sus inquietudes.

El mantenimiento de la disciplina presenta problemas, agravados por el ocio a que está sometido el niño en el hospital. Por ello, resulta útil buscarle una ocupación y entretenerle en sus juegos. El niño mayor desea conocer los progresos de su enfermedad, por lo que necesita explicaciones. Debe evitarse, igualmente, hablar o discutir en su presencia acerca de él o de otros niños ingresados.

2. DESCRIBA LAS CARACTERISTICAS GENERALES DEL NIÑO PREMATURO

Durante las primeras horas que siguen al nacimiento, la impresión que se obtiene tras la observación de un prematuro es engañosa. El llanto suele ser fuerte y la movilidad es notable; agitan los miembros, patalean y respiran ampliamente. Sin embargo, a las pocas horas se muestran cansados, relajados, permanecen largo rato inmóviles y su respiración se hace superficial e irregular.

El aspecto externo se diferencia del recién nacido normal, tanto más cuanto menor es el peso. La piel está cubierta por abundante *lanugo* e impregnada por gran cantidad de grasa. El cráneo está poco osificado y presenta la sutura longitudinal y las dos fontanelas, casi siempre muy abiertas. Los rasgos de la cara son finos, pero dada la pequeñez del cráneo, la abundancia de *lanugo*, la delgadez de las extremidades y la presencia de uñas delgadas, el niño tiene un aspecto simiesco, más patente en unos prematuros que en otros.

El tejido celular subcutáneo es muy escaso y existe poco desarrollo muscular. El color de la piel es rojo los dos o tres primeros días, cambiando hacia un tono amarillo rojizo cuando aparece la ictericia. Los niños con peso inferior a los 1.500 g. presentan casi siempre el escroto sin los testículos, puesto que todavía no han descendido a las bolsas escrotales. Las niñas tienen los labios menores muy desarrollados unidos al clítoris.

Con frecuencia se observan prominencias en el ombligo y en la ingle, debida a hernias de estas regiones. En resumen, el prematuro es un ser inacabado e inmaduro, tanto más cuanto menores son el peso y la edad gestacional.

Como consecuencia de la inmadurez de todos los órganos y funciones, los riesgos a que se ve sometido el prematuro dependen del fallo de aquéllos. Cuanto más vital es la función de un órgano o un sistema, mayores son las consecuencias derivadas de su alteración funcional.

3. DESCRIBA LOS CONTROLES AMBIENTALES DE LA INCUBADORA Y SU FUNDAMENTO

— Comprobar que la temperatura se está controlando a 32-36° C.

- Comprobar que las concentraciones de oxígeno se regulan de acuerdo con los gases sanguíneos.
- Comprobar que la humedad oscila entre el 40 y el 60 por 100.

La temperatura ambiental templada es esencial para la vida del R.N. prematuro, puesto que el niño carece de la capacidad para mantener el calor corporal, debido a la falta de grasa aislante, el control reflejo pobre de los capilares cutáneos y la inactividad de los músculos pequeños. La humedad alta del aire es esencial debido a la tendencia del lactante a la deshidratación, que origina pérdida de peso e inestabilidad térmica. Las concentraciones de oxígeno deben cubrir sus necesidades individuales.

4. ENUMERE LAS CAUSAS DE MALFORMACIONES CONGENITAS DEBIDAS A FACTORES AMBIENTALES

- Exposición a los rayos X de la madre gestante.
- Administración de productos químicos a la gestante.
- Falta de determinadas vitaminas en la dieta de la gestante.
- Infección por virus en la gestante.
- Edad avanzada de la gestante.
- Factores mecánicos que originan presiones anómalas por mala posición del feto en el útero o por falta de líquido amniótico.
- Deficiente nutrición del huevo.

5. DESCRIBA EL PROBLEMA DE «ENURESIS DE MADURACION»

Definición del problema: la enuresis de maduración es la micción involuntaria que se produce en los niños durante el sueño y no tiene un origen fisiopatológico.

Valoración del problema:

- Datos subjetivos: información que se recibe de los padres.
- Factores concurrentes: vejiga pequeña, sueño profundo, respuesta al estrés ante situaciones nuevas.

Actuaciones de la enfermera:

- Fomentar una relación positiva entre padres e hijo:
 - Explicar la naturaleza del problema a padres e hijo.
 - Informar a los padres que el avergonzarse, castigar, etc., al niño no es una actitud adecuada para que cese el problema, por el contrario puede hacer al niño tímido, vergonzoso o temeroso.

- Asegurar al niño que otros tienen el mismo problema y que eso no es malo ni pecaminoso.

— Reducir, si es posible, los factores concurrentes:

- Si la capacidad de la vejiga es pequeña, después de que el niño bebe, animarle a retrasar la micción para ayudar a distender la vejiga.
- Si el sueño es profundo hacer que el niño orine antes de acostarse. Restringir los líquidos a la hora de dormir. Si se despierta al niño más tarde (sobre las doce de la noche) para que orine, intentar despertarlo del todo para reforzarlo positivamente.

— Educación sanitaria y facilitación de recursos según este indicado:

- Instruir al niño y a los padres sobre los hechos relativos al problema.
- Enseñar al niño y a la familia técnicas para controlar los efectos adversos de la enuresis, cómo usar colchones cubiertos de material impermeable y lavable; si el niño va a pasar la noche fuera de casa que use su saco de dormir, fácil de lavar en máquina, etcétera.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO ENFERMO

EJERCICIO 2

De las afirmaciones que a continuación se hacen, diga si son verdaderas o falsas. Razone las respuestas.

- A) *Cristina Oropesa*, de tres años de edad, es ingresada para ser intervenida de amigdalectomía y adenoidectomía.
1. Lo que ayudará más a Cristina a sentirse familiarizada con el entorno y el equipo sanitario es la explicación sobre los procedimientos a que va a ser sometida.
 2. La mamá de Cristina se queda en el hospital con la niña. Lo que espera prevenir la Sra. Oropesa es la ansiedad de la niña por la separación familiar.
 3. Después de la intervención quirúrgica de Cristina se tendrá presente que uno de los signos tempranos de hemorragia es el enrojecimiento de la cara y cabeza.
 4. A causa de la excesiva hemorragia, Cristina necesita una transfusión sanguínea, mientras se la está administrando presenta escalofríos, fiebre y cefaleas. La enfermera inmediatamente disminuirá el ritmo de la perfusión y avisará al médico.
 5. Una vez resuelto el problema de la hemorragia, el plan de cuidado de Cristina para las siguientes veinticuatro horas incluirá la administración de hielo picado y la estimulación de la ingesta de líquidos con paja o biberón.
- B) *La niña Regina Alvarez*, de cuatro meses de edad, acude con su madre a consulta por tener un catarro desde hace dos días y haberse despertado, en el día que acude a consulta, con tos seca y dificultad respiratoria.
6. La enfermera sospecha que la niña sufre un distrés respiratorio agudo por presentar una frecuencia respiratoria en reposo de 35 r/min. y respiración diafragmática.
 7. Regina es diagnosticada de bronquiolitis. Es ingresada y colocada en una tienda de oxígeno humidificada. La posición más terapéutica sería la de decúbito lateral derecho.
 8. Mientras Regina permanece en la tienda, una de las actividades fundamentales de la enfermera será cambiar con frecuencia el pijama de la niña.
 9. Un dato específico que indica que Regina mantiene un balance hídrico normal es que la densidad de la orina es de 1.005 a 1.025.
 10. Al alta de Regina, la madre pregunta a la enfermera cómo puede prevenir

otra crisis de bronquiolitis. La enfermera le dice que consulte a su médico, pues éste puede recetarle una vacuna, antibióticos y broncodilatadores cuando se presente la crisis.

RESPUESTAS

1. *Falsa:* la edad de Cristina la limita para comprender, sin desvirtuar, las explicaciones que se le den. En esta edad lo mejor sería que la niña hiciera una visita previa al ingreso al hospital y a la unidad para que se familiarice con el ambiente y equipo sanitario. Estas visitas podrían consistir en darle paseos por el hospital, organizar conversaciones, darle literatura infantil y libros para colorear en la propia unidad.
2. *Verdadera:* en un niño en edad comprendida entre los seis meses y cinco años, la tensión nerviosa producida por el ingreso en el hospital es motivada, sobre todo, por la separación de la familia y en especial de la madre.
3. *Falsa:* después de la amigdalectomía, el signo precoz más claro de la hemorragia es el de tragar continuamente la sangre que emana.
4. *Falsa:* cuando se desencadena un problema de «reacción transfusional», la acción inmediata será de interrumpir la transfusión, mantener una vía venosa permeable y avisar al médico.
5. *Falsa:* el hielo picado ayuda a suavizar la garganta, pero la succión con paja o biberón puede ocasionar hemorragia.
6. *Falsa:* en lactantes, la frecuencia respiratoria normal en reposo es de 30-50 r/min. y la respiración de tipo diafragmática. Los signos frecuentes de distrés respiratorio, fundamentalmente son el aleteo nasal y el tiraje intercostal y subcostal.
7. *Falsa:* la posición más indicada es la de Fowler. Esta posición permitirá a la niña que consiga una mayor expansión torácica y una vía aérea más permeable.
8. *Verdadera:* el aire húmedo de la tienda moja los pijamas de los lactantes, por tanto, deberá cambiarse con frecuencia para que no sientan frío.
9. *Falsa:* la taquipnea asociada a la bronquiolitis tiende a deshidratar al lactante. Para mantener fluidas las secreciones bronquiales es necesaria una buena hidratación. Una indicación de hidratación será la densidad específica en orina. Una densidad de 1.005 pueden ser indicativa de hiperhidratación, que podría dar lugar a edema pulmonar; una densidad de 1.025 o superior indica que los líquidos corporales son insuficientes para fluidificar las secreciones. La densidad específica de la orina que indicaría un balance hídrico normal sería de 1.015.
10. *Falsa:* lo correcto sería informarle de que consulte a su médico, ya que los ataques repetidos pueden ocasionarse a respuestas alérgicas asmáticas. El 50 por 100 de los lactantes con bronquiolitis presentan sibilancias asociadas a

alergias. Esta enfermedad no es de etiología bacteriana, por lo que no se prescriben antibióticos. No existe una vacuna efectiva para el problema y los broncodilatadores no son eficaces en el lactante.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO ENFERMO

EJERCICIO 3

Elaborar un plan de cuidados en la situación siguiente, que contenga:

1. Problemas detectados
2. Objetivos.
3. Acciones de la enfermera

CASO EN ESTUDIO

— Niño de dos años y medio de edad, que ingresa para ser tratado de «inflamación de gánglios submaxilares».

— Tratamiento al ingreso: AMOXICILINA ORAL, 250 mg. cada ocho horas; BUDIROL, un supositorio infantil, si necesita.

— Datos obtenidos por la enfermera al ingreso:

- Signos vitales: temperatura rectal, 39° C; pulso arterial, 136/min. y respiraciones (inmedibles por llanto continuo).
- Dolor en zona del cuello y cara que se acentúa a la palpación.
- Responde a los estímulos. Orientado.
- Piel y mucosas sonrojadas y húmedas.
- Peso de 15 kg. Talla de 96 cm.
- Al intentar la enfermera darle agua el niño la rechaza. Impresiona de que el dolor se acentúa al intentar tragar.
- Mirada y gestos tristes. Continuamente se acerca a su madre pidiéndole le tome en brazos. Lloro si su madre sale de la habitación.
- La madre informa sobre los hábitos del niño y comunica que duerme regularmente bien, incluida siesta de tres horas. No utiliza siempre chupete. Suele jugar solo. Se distrae fácilmente. Generalmente toma los alimentos enteros. Controla esfínteres día y noche. Pide «pis y caca». Hace sus necesidades en orinal. Recibe un baño diario (por las noches).

- No se han observado alteraciones de los órganos de los sentidos.
- Tiene puestas las vacunas correspondientes a su edad.

RESPUESTAS

PROBLEMAS:

1. *Pérdida de seguridad*, por temor a la hospitalización.
2. *Alteración del bienestar*, por dolor.
3. *Inapetencia*, por dolor a la masticación.
4. *Potencial deshidratación*, por temperatura elevada.

OBJETIVOS:

- Demostrará en el plazo de ocho horas la adecuada adaptación al medio.
- En el plazo de cuatro horas manifestará sentirse más cómodo.
- Ingerirá alimentos en cantidad adecuada a su edad y situación.
- Mantendrá signos de hidratación normal.

ACCIONES DE LA ENFERMERA:

- Facilitar la compañía constante de la madre o persona de confianza del niño.
- Hacer visitas frecuentes al niño y hablarle, respetando el descanso.
- Elegir los momentos en el que el niño se encuentra bajo escasa tensión, para realizar las técnicas molestas.
- Aplicar calor seco en zona dolorosa.
- Administrar calmante si el dolor no cede con medios físicos.
- Respetar, en lo posible, los gustos y hábitos del niño en las comidas.
- Dar los alimentos pasados por túrmix mientras permanezca el dolor e inflamación del cuello.
- Dar 1.500 cc. de líquidos al día por boca. Caso de rechazo consultar con el médico posible administración de sueroterapia.
- Hacer balance hídrico.
- Medir temperatura rectal cada cuatro-cinco horas.

