



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A LACTANTE MAYOR CON CELULITIS
EN PIERNA DERECHA EN UN HOSPITAL PÚBLICO
DE CHICLAYO-2019**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER
EN ENFERMERÍA**

Autora:

Diaz Facho Erika Sheila

Asesora:

Mg. Heredia Llatas Flor Delicia

Línea de Investigación:

Ciencia de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel – Perú

Año 2019

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN PACIENTE CON CANCER AL
COLON DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE
CHICLAYO-2019**

PRESENTADO POR:

ERIKA SHEILA DIAZ FACHO

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán

Para optar el Grado Académico de:

BACHILLER EN ENFERMERÍA

Mg. Mendoza Mundaca Laura Socorro

PRESIDENTA

Mg. Perleche Fuentes Gladys del Rosario

SECRETARIA

Mg. Heredia Llatas Flor Delicia

VOCAL

DEDICATORIA

A Dios por haberme brindado los conocimientos necesarios para poder realizar mi trabajo de investigación y permitirme seguir creciendo como persona y profesional.

A mis padres: Carlos y Antonieta, por sus consejos, valores y apoyarme con mis estudios, dándome la confianza necesaria y motivación para seguir luchando por mis sueños y por terminar esta carrera que será motivo de orgullo para ellos.

A mis amigos Guillermo y Lizett, de la escuela de enfermería que fueron el apoyo incondicional en estos 5 años quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas.

Erika Sheila

AGRADECIMIENTO

A mis jurados por la generosidad, sabiduría, y supo orientarme teóricamente y metodológicamente de manera correcta y haberme brindado los aportes y conocimientos necesarios para que este trabajo de investigación se haya culminado correctamente.

A nuestros docentes que me inculcaron enseñanzas y me motivaron a seguir adelante, apoyándome en todo momento, guiándome, y brindándome conocimientos para cumplir con mis expectativas.

Agradezco al Hospital Público porque me dio la oportunidad de poder dialogar, interrelacionarme con el paciente y poder brindarme las respuestas necesarias que necesitaba para la valoración, al personal de salud y enfermeras por su tiempo y amabilidad que de alguna forma han contribuido en logro de esta investigación.

A la todas las personas que participaron de la investigación, y me brindaron su tiempo para poder interactuar con la lactante mayor, sin ayuda de ellos no hubiese podido recoger los datos.

Erika Sheila

RESUMEN

El Proceso de Atención de Enfermería es la aplicación del método científico en la práctica diaria, comprende cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería se realizó en un hospital público a un lactante mayor de sexo femenino, de 1 año y 7 meses de vida, con diagnóstico médico celulitis en pierna derecha y anemia leve. El Modelo teórico que sustenta este proceso es el Virginia Henderson fundamentado en la taxonomía NANDA – NOC – NIC.

En la fase de valoración se observó que lactante presenta facie pálida +/+++, mucosas orales secas, abdomen blando, depresible y miembro inferior derecho lado posterior se evidencia enrojecido con secreción purulenta, edematizada ++/+++ y dolor a la palpación con una escala Eva 6, Resultado de laboratorio: hemoglobina: 10.8 g/dl.

Se identificó como diagnósticos principales: Dolor Agudo r/c agentes lesivos biológicos (00132), deterioro de la integridad cutánea r/c deterioro de la sensibilidad, falta de inmovilización (00046), desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002), riesgo de infección (00004).

Los principales resultados NOC propuestos fueron: dolor referido nivel del dolor (2101), Integridad tisular: piel - membranas y mucosas (1101), estado nutricional (1004), control del riesgo (1924), las intervenciones NIC: manejo del dolor (1400), vigilancia de la piel (3590), cuidados de las heridas (3661), manejo de la nutrición (1100), control de infecciones (6540) las cuales se implementaron en la fase de ejecución logrando mejorar el estado de salud del paciente.

PALABRA CLAVE: Anemia, celulitis, cuidado de enfermería, lactante, virginia henderson.

ABSTRACT

The Nursing Care Process is the application of the scientific method in daily practice, it comprises five stages: assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation.

The following Nursing Care Process was performed in a public hospital for an older female infant, 1 year and 7 months old, with a medical diagnosis of cellulitis in the right leg and mild anemia. The theoretical model that supports this process is the Virginia Henderson based on the NANDA - NOC - NIC taxonomy.

In the assessment phase, it was observed that the infant has a pale + / +++ facie, dry oral mucous membranes, a soft, depressible abdomen and lower right back limb, evidence is reddened with purulent secretion, edematized ++ / +++ and pain at palpation with an Eva 6 scale, Laboratory result: hemoglobin: 10.8 g / dl.

The main diagnoses were identified: Acute Pain r / c Biological harmful agents (00132), deterioration of skin integrity r / c sensitivity impairment, lack of immobilization (00046), nutritional imbalance: intake less than needs (00002), risk of infection (00004)).

The main NOC results proposed were: referred pain level of pain (2101), Tissue integrity: skin - membranes and mucous membranes (1101), nutritional status (1004), risk control (1924), NIC interventions: pain management (1400), skin surveillance (3590), wound care (3661), nutrition management (1100), infection control (6540) which were implemented in the execution phase, improving the patient's health status.

KEYWORDS: Anemia, cellulite, nursing care, infant, virginia henderson.

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I.INTRODUCCIÓN	8
1.1. Valoración según dominios.....	9
1.1.1. Historia de salud de enfermería	11
1.1.2. Examen físico	12
1.1.3. Situación problema.....	14
1.2. Análisis y confrontación con la literatura	16
1.3. Formulación del diagnóstico según nanda	24
MATERIAL Y MÉTODOS	25
2.1 Instrumentos utilizados en la recolección de datos.....	25
2.2. Aspectos éticos.....	26
2.3 Criterios de rigor científico.....	27
2.4. Planificación del cuidado (NIC)	29
III.RESULTADO Y DISCUSIÓN	54
IV. CONCLUSIONES	60
REFERENCIAS	62

I. INTRODUCCIÓN

Es una disciplina racional, metódico y organizado el proceso de atención de enfermería desde el cual se podrán proporcionar cuidados individualizados a la persona, en todas las etapas del ciclo vital, el principal objetivo es poder identificar el estado y las necesidades de salud de la persona, tanto reales como de riesgo, para establecer planes dirigidos a las necesidades en el que se identificó y realizar intervenciones de enfermería. (1)

Por lo tanto, el desarrollo del proceso de enfermería está enfocado en un lactante mayor de 1 año y 7 meses de edad, con diagnóstico médico Celulitis de pierna derecha; quien se encontró hospitalizado en el área de Pediatría de un Hospital Público en Chiclayo, este propósito del caso fue identificar el estado de salud, y acelerar la pronta recuperación durante su estadía en el servicio, a través de los cuidados de enfermería, estudio se realizó por la teórica Virginia Henderson, con su modelo de las 14 necesidades, llevando a cabo una valoración completa del lactante mayor en satisfacer sus necesidades y poder mejorar su estado de salud.

Sabiendo que la carrera de enfermería es una ciencia que abarca diversas especialidades, y contamos con el área de pediatría, donde se desarrolla cuidados para proteger a la salud del niño de heridas y patologías desde sus primeros días de vida, y proporcionarle herramientas que le ayuden a obtener un confort biopsicosocial que le permita mejorar y mantener un buen estado de salud. (2)

En esta investigación, se detallan diferentes capítulos, el capítulo I: el autor desarrolló la valoración por dominios, examen físico, situación problemática, análisis, confrontación teórica y formulación de los diagnósticos. El capítulo II: se describió claramente la parte de material/métodos, aspectos éticos, criterio de rigor y planificación. El capítulo III: se llevó a cabo el resultado y discusión. En el capítulo IV, se desarrolló la conclusión de la investigación la cual está relacionada con cada objetivo según los diagnósticos.

1.1. Valoración según dominios

Dominio 2: Nutrición

- Al examen físico presento facie pálida +/+++, mucosas orales secas.
- Presenta abdomen blando y depresible
- Piel seca y escamosa
- Lactancia materna exclusiva pero poco
- Anemia leve: (Hb: 10.80 g/dl)
- Madre refiere... “Tiene poco apetito...”
- En los últimos 6 meses ha bajado de peso
- Peso actual: 9.600 kg y talla: 85 cm

Dominio 4: Actividad y Reposo:

- Se encuentra en cama N°3 del servicio de pediatría, en reposo acompañada de su madre.
- Presenta cabello seco, desalineado, oído con presencia de cerumen, uñas largas en manos y pies.
- Temperatura axilar 36.6 °C
- Actividad moderada, respuesta a estímulos
- Actividad circulatoria: frecuencia cardíaca de 122 por minuto.
- Actividad respiratoria: Lactante respira espontáneamente 36 respiraciones, no presenta tiraje subcostal.
- Ruidos respiratorios: murmullo vesicular.
- Saturación de oxígeno: 98%
- Manifiesta por las noches no puede dormir por la aplicación de medicamentos y labores que se realizan en el servicio.
- Manifiesta la madre que no puede caminar bien por el dolor
- Incapacidad para poder caminar por el dolor y necesita apoyo de otros.
- Fuerza muscular: disminuida

Dominio 11: Seguridad y Protección

- A la valoración se encuentra pálido, piel seca y escamosa, su temperatura corporal es de 36.6 °C. Presenta miembro inferior derecho lado posterior se evidencia enrojecido con secreción purulenta, edematizada ++/+++.

- Vía clorurada permeable en miembro superior izquierdo.

Dominio 12: Confort

- Lactante mayor se encuentra despierta en cama, llorosa, irritable al contacto.
- Se encuentra en posición fowler
- Actividad moderada en respuesta a estímulos
- Dolor a la palpación con una escala Eva 6 en miembro inferior derecho

Dominio 13: Crecimiento y desarrollo

- Lactante mayor con iniciales H.I.M de 1 año y 7 meses de edad.
- Peso actual: 9.600 kg, talla: 85 cm

1.1.1. Historia de salud de enfermería

Datos de filiación

1. **Nombre:** Helen Irrazábal Moreto
2. **Edad:** 1 año 7 meses
3. **Etapas de la Vida:** Lactante Mayor
4. **Estado Civil:** soltera
5. **Grado de Instrucción:** ninguna
6. **Lugar de nacimiento o procedencia:** Chiclayo
7. **Religión:** católica
8. **Fecha de Ingreso:** 06/04/2018
9. **Motivo de Ingreso:** Madre refiere que 2 días antes del ingreso durante el baño de Lactante mayor noto la presencia de tumoración en parte posterior de pierna derecha por picadura de mosquito, edematizada con dolor, que decide colocarle una tapa de limón, en zona de lesión. Por la noche la lactante se queja de dolor, y nota que tumoración había crecido y decide llevarla al Hospital Público, la cual fue atendida inmediatamente.
10. **Diagnóstico Médico:**
 - Celulitis en pierna derecha
 - Anemia leve
11. **Tratamiento Médico:**
 - Reposo
 - DC + LAV
 - CFV C/8h
 - Discofix
 - Oxacilina 350 mg ev c/6h (150 mg/kg/d)
 - Clindamicina 100 mg ev c/8h 30 mg/kg/d)
 - Ibuprofeno 90 mg vo c/8h
12. **Antecedentes personales:**
 - Reacción Adversa a Medicamentos: NO
 - Antecedentes Patológicas: No
 - Antecedente Quirúrgico: No

13. Antecedentes Familiares.

Tipo Familiar: Nuclear

Dinámica Familiar: paciente – enfermera.

14. Redes de Apoyo

Iglesia: NO

15. Vivienda: Características de la Vivienda: Material Noble

Saneamiento Básico: Agua Luz, Desagüe

1.1.2. Examen físico

En este trabajo de investigación, los datos fueron recopilados por la madre de la lactante mayor se describen a través del examen físico céfalo – caudal.

Aspecto general: Lactante mayor fue examinado en su cama junto a su madre.

Estado de conciencia: despierta, lúcida, orientada en espacio y persona.

Constitución: Normolíneo

Deambulaci3n: marcha con dificultad

Decúbito: posici3n fowler

Fascie: p3lida, llorosa e irritable al contacto.

Piel: p3lida, seca y escamosa.

Uñas: largas de manos y pies

Medidas Antropométricas:

Peso: 9.600 kg Talla: 85 cm

Aspecto Regional:

Cabeza: forma, tamaño y movimiento normal

Cabello: Color negro, lacio, seco y desalineado

Ojos: simétricos, parpados sin lesiones, pestañas, cejas normales y sin ningún problema visual.

Nariz: forma y tamaño normal, fosas nasales y tabique nasal céntrico e íntegro.

Oídos: pabellón auricular simétricos conducto auditivo externo sin alteración y oído con presencia de cerumen.

Boca: mucosas orales seca, dentadura completa y sin ninguna alteración en la mucosa oral.

Cuello: simétrico, sin presencia de ganglios linfáticos, pulso carotídeo íntegro, y con movilidad rotativa.

Columna vertebral: posición normal, sin presencia de lesiones evidentes.

Tórax: simétricos, forma y volumen normal, sin presencia de masas ni lesiones evidentes.

Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos normales

Extremidades: edema, secreción purulenta, enrojecido en parte lateral del miembro inferior, con movimientos en miembro superiores normales.

Genitales: aparentemente limpios sin ninguna lesión, anatómicamente normales.

1.1.3. Situación problema

Lactante Mayor H.I.M de 1 año y 7 meses de edad, sexo femenino, procedencia Chiclayo, en su 7avo día de hospitalización, en la cama N°3 del área de Pediatría del Hospital Público de Chiclayo, se encuentra despierta, facie pálida +/+++ , llorosa e irritable al contacto, en posición fowler, delgada, mucosas orales secas, con diagnóstico médico Celulitis en pierna derecha y Anemia leve.

Al examen físico se observa cabello seco, desalineado, oído con presencia de cerumen, ventilando espontáneamente, piel seca y escamosa, abdomen blando, depresible, miembro inferior derecho en lado posterior se evidencia enrojecido con secreción purulenta, edematizada ++/+++ y dolor a la palpación con una escala Eva 6 y uñas largas en manos y pies, con vía clorurada permeable en miembro superior izquierdo.

Al registro de funciones vitales: T°: 36.6 °C FC: 122x' FR: 36X' SO2: 98%

Las medidas antropométricas: Peso: 9.600 Talla 85 cm.

Al interrogatorio madre refiere "...No puede caminar bien por el dolor...", "... Por las noches no puede dormir por la aplicación de medicamentos y labores que realizan en la estancia hospitalaria...", "Tiene poco apetito...", "...Madre manifiesta tener el mayor tiempo posible para cuidar a su hija...".

Tratamiento Médico:

- Reposo, Discofix
- DC + LAV
- CFV C/8h
- Oxacilina 350 mg ev c/6h (150 mg/kg/d)
- Clindamicina 100 mg ev c/8h (30 mg/kg/d)
- Ibuprofeno 90 mg vo c/8h

Al recolectar datos en la Historia Clínica se observa:

Hemograma Automatizado

Recuento Celular

Leucocitos	8.380.00 mm ³
Hematíes	4, 430, 000,00 c/campo
Plaquetas	347,000. mm ³
Hemoglobina	10.80 g/dl

Constantes Corpusculares

VCM	73.1 Fl
HCM	24.4 pg
CCMH	333 g/L
RDW – CV	14.5 %
RDW – SD	3780 f/L
VPM	9.0 F/L

Formula Diferencial %

Segmentados	51.0 %
Bastones	0.0
Metamielocitos:	0.0
Mielocitos:	0.0
Neutrófilos	51.00
Eosinofilos	2.0
Monocitos	10.0
Basófilos	0.0
Linfocitos	37.0

1.2. Análisis y confrontación con la literatura

La presente investigación fue ejecutada en el Hospital Público, aplicado a un lactante mayor con Iniciales H.I.M de 1 año y 7 meses de vida, se realizó bajo el enfoque teórico de Virginia Henderson que considera al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir autonomía e integridad total de mente y cuerpo, cuya función esencial es el intercambio de las diferentes labores que el paciente no cumple en una fase de su vida, enfermedad o edad avanzada (3)

Henderson plantea como modelo las 14 necesidades básicas que se emplea en la atención de enfermería, ya que son fundamentales para poder mantener la integridad del niño, sobre todo en los requisitos que está compuesto por cada necesidad y son biológicos, psicológicos, socio-culturales y espirituales e interactúa entre ellas, también considera que la función esencial de enfermería es apoyar al individuo sano o enfermo, además se determinó tres niveles de relación enfermera – paciente las cuales son: sustituta, que es la satisfacción temporal o permanente de las 14 necesidades, colaboradora, satisfacer algunas de las necesidades que no puede realizar el paciente y compañera, supervisa, educa, acompaña cuando el paciente realiza sus cuidados.(4)

Por lo tanto, la enfermería se encarga de identificar las necesidades que presenta el lactante mayor, ya que es un ser dependiente y necesita el apoyo de la madre para lograrlo, y la inmovilidad que presenta en la pierna por la lesión le impide realizarlo, mientras que el nivel de acompañamiento, las actuaciones de enfermería están encaminadas al asesoramiento de los padres de familia sobre el diagnóstico, tratamiento y la evolución del paciente hospitalizado. (5)

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, constituye la principal barrera estructural de defensa del organismo frente a agentes externos, estando formada por 3 capas: epidermis, capa protectora, más superficial y avascular; dermis y tejido subcutáneo (TCS), capas más profundas y con riesgo sanguíneo. (6)

Las infecciones que corresponden a piel y partes blandas constituyen la segunda causa más frecuente de hospitalización de pacientes en las áreas clínica o medicina interna. Se sabe que la mayor prevalencia de zonas afectadas son los miembros inferiores. Tiene una gran prevalencia a nivel mundial, además es una de causa primordial de hospitalización. Incluso

puede llegar a tener complicaciones que afectan la vida normal del paciente, como puede ser pérdida de sustancia, amputación e incluso la muerte. (7)

La celulitis es una tumefacción severa de la dermis y del tejido celular subcutáneo, puede ocurrir a causa de la flora bacteriana común de la piel o por bacterias exógenas. Usualmente ocurre cuando la piel sufre una lesión, debido a una cortadura, quemadura, picadura de insecto, herida quirúrgica o en el sitio de inserción de catéteres. Las más afectadas son la piel del rostro y de las extremidades inferiores son las zonas más comúnmente afectadas por esta infección, aunque esta patología puede presentarse en cualquier parte del cuerpo. (8)

Dicha patología se presenta por la falta de cuidado en lo que respecta la piel del lactante, por lo que se evidencia la lesión fue por la causa de bacterias estafilococos y estreptococos, en lo que manifiesta la madre que se produjo por la picadura de un mosquito, y no actuó a tiempo curando la herida con asepsia, sino con productos naturales que no le favoreció a la cicatrización, sino empeoro la lesión y provocó presentar signos y síntomas más fuertes como es el dolor. Por lo que nos dice la literatura que las zonas más afectadas por esta enfermedad son la cara y los miembros inferiores como se presenta en este caso del lactante con dolor, secreción purulenta y enrojecida y edematizado. (9)

La causa más usual de celulitis es debido a las lesiones, úlceras de la piel. Las mordeduras por humanos o animal, por la flora bacteriana presente, tanto en la piel como en la mucosa oral, también la picadura de insectos, caries y otros. Los agentes causales más frecuentes son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y estreptococos. (10)

Las manifestaciones clínicas que se presenta son eritema, edema facial o de la extremidad afectada, calor y dolor a la palpación alrededor de la zona infectada. Los signos pueden ser fiebre, escalofríos, malestar, pesadez en los miembros inferiores, inflamación de la piel, apariencia de piel tersa o brillante, rigidez en la zona afectada, aumento de dolor de los nódulos linfáticos regionales. Se sitúa en cualquier sitio de la piel, pero más repetidamente en los miembros inferiores, seguido de miembros superiores, cabeza, cuello, tórax y abdomen. (11)

La celulitis debe administrarse tratamiento con antibiótico para evitar complicación. Los niños con formas graves deben tratarse con antibioterapia sistémica y calmante a nivel hospitalario para prevenir la sepsis. La restauración comienza en 48 h, pero la terapia debe

continuar al menos 10 días. Si no se trata a tiempo con el tratamiento puede producir osteomielitis, artritis o infección sistémica grave. (12)

A continuación, se detallan de manera priorizada los diagnósticos de enfermería encontrados en el presente estudio.

(00132) Dolor Agudo r/c Agentes lesivos biológicos s/a Celulitis e/p dolor a la palpación con una escala Eva 6 en miembro inferior derecho, llorosa, irritable al contacto.

El confort es el estado de bienestar físico, mental y social, el cual depende de circunstancias y parámetros que permiten o no que los individuos se encuentren bien. Según la Asociación Internacional para el estudio del dolor. Dolor se define como el estado en el que una persona examina y expresa la presencia de una molestia intensa o una sensación incómoda, que esta relacionada directamente con una lesión tisular y la cual se resuelve cuando el tejido se cura. (13)

En el caso del lactante mayor H.I.M, la función por qué esta alterada es la piel ya que es una obstáculo constitutivo de protección del organismo frente a agentes externos y que esta formado por la epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo (TCS), y el tejido que esta más afectado es el TCS, que se compone de tejido conjuntivo blando, grasa y une la piel con las estructuras adyacentes en donde se encuentra los nervios, glándulas y vasos sanguíneos, que es causado por la celulitis que es la inflamación aguda de la dermis y el TCS ocasionado por una bacteria estafilococo y estreptococo en la que causa una infección cutánea, en el área infectada y se tornará roja, caliente, irritada y dolorosa. (14)

Por ello podemos evidenciar dolor a la palpación con una escala de Eva 6 en miembro inferior derecho, ya que el dolor es una molestia intensa que va relacionado con la lesión que presenta el lactante en su piel, por lo tanto, encontramos los tipos de dolor: localización, duración, etiología e intensidad. (15)

Intensidad, es un procedimiento fiable y fácil para definir la intensidad del paciente y la escala se basa en una puntuación de 0 – 10, y el paciente presenta Eva 6 que representa dolor intenso, también podemos reflejar en la cara de Wong Baker que incluye una escala numérica en relación con un dibujo de expresión fácil, con eso podemos evidencia la expresión del lactante que se encuentra llorosa e irritable. Su objetivo es poder disminuir el dolor permitiendo regenera la piel con la ayuda del tratamiento y curaciones que se realicen diario. (15)

(00046) Deterioro de la Integridad Cutánea r/c deterioro de la sensibilidad, falta de inmovilización s/a Celulitis: Picadura de mosquito e/p piel seca, escamosa, miembro inferior derecho de lado posterior se evidencia enrojecido con secreción purulenta, edematizada ++/+++.

La piel es el órgano más extenso del cuerpo y desempeña numerosas funciones importantes en el mantenimiento de la salud, protege los tejidos, evita el ingreso de microorganismos, regula la temperatura corporal y la protección frente a las lesiones. (6)

En el caso del lactante mayor H.I.M, la función porque esta alterada es la celulitis por la picadura de mosquito, es conocida como una enfermedad infecciosa de carácter agudo que ataca varias capas de la piel, lo que provoca fiebre, inflamación, enrojecimiento, dolor y calor en la zona afectada. Esta patología es causada por bacterias patógenas como los estreptococos y estafilococos. (16)

Por lo tanto, se ve afectada la inmovilización de su miembro inferior que es la reducción de la amplitud para desempeñar su función que trae como efecto el deterioro de la función motora, e impide la marcha del lactante. Se evidencia la presencia de piel seca, escamosa en que el profesional de enfermería utilizó limpiadores suaves que disminuyó la irritación y la sequedad y no romper barreras naturales de la piel. (17)

Además, se tuvo que evitar el uso de agua caliente, que incrementa la sequedad, y se trató con lociones hidratantes aplicadas a la piel húmeda después del baño, y el objetivo para que la herida disminuya el enrojecimiento, secreción purulenta y la edematización se dejan 3 a 5 días para que el edema o la infección se resuelva y el exudado drene conjuntamente con el tratamiento médico. (17)

(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factor biológico s/a anemia e/p facie pálida +/+++ , mucosas orales secas, “Tiene poco apetito...”, (Hb: 10.80 g/dl).

El equilibrio nutricional es el efecto de una alimentación adecuada, balanceada que permite cubrir los requisitos nutricionales del organismo según sexo, actividad y edad. Es una base de una buena salud, aprendiendo a escoger los alimentos de una forma más apropiada para nuestras. (18)

En el caso del lactante mayor H.I.M, la función porque está alterada es la anemia que es la reducción de la concentración de la hemoglobina por debajo de los niveles normales. Es el resultado de una disminución y destrucción acelerada de hematíes, que caracteriza o acompaña a un buen número de entidades patológicas. (19)

El despistaje de hemoglobina o hematocrito para descartar anemia en los niños se realiza a los 4 meses de edad y niños de 6 meses a 5 años cumplidos tenemos Anemia moderada < 7.0, Anemia severa 7.0 - 9.9, Anemia leve: 10.0 - 10.9, Valores normales de hemoglobina son: $\geq 11.0 - 12$ g/dl. En el caso del lactante su hemoglobina está por debajo de lo normal Hb: 10.80 g/dl. (19)

Los signos de alarma que se produce al padecer anemia en un lactante mayor es el aumento de sueño, irritabilidad, rendimiento físico reducido, fatiga, mucosas pálidas, alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje, etc. Para ello se realizó el examen físico, donde se utilizó la observación que se detalló el color de la piel, la palma de la mano, verificar las mucosas oculares el color, la resequedad de la piel, y las mucosas orales si están deshidratadas. En la que se evidencio en el lactante tiene facie pálida +/+++, mucosas orales secas, y el de tener poco apetito. (20)

La OMS recomienda que a partir de los 6 meses de edad el niño ya debe consumir sus papillas, de 9 – 11 meses su comida picada y de a partir de un año alimentarse unas tres o cuatro veces al día su comida en plato normal, añadiendo los requerimientos hierro que sean necesarios o ya sean sus micronutrientes, y lo que debe consumir son de 1 mg/kg/día desde los 4 meses hasta los 3 años de edad. (21)

(00198) Trastorno del patrón del sueño r/c interrupciones s/a dolor m/p “Por las noches no puede dormir por la aplicación de medicamentos y labores que se realiza en su estancia hospitalaria...”

El sueño es un requisito humano básica que se define como un estado de inconsciencia, del cual despierta la persona con impulsos sensoriales u otros. El descanso y el sueño son apariencia fundamental para mantener la salud. El gasto de energía que consumimos durante el día, se repone en parte durante el sueño y esto permite un funcionamiento óptimo del organismo. (22)

En el caso del lactante mayor H.I.M, la función porque esta alterada es el dolor que expresa el estado en el que una persona experimenta y expresa la presencia de una incomodidad intensa o una sensación desagradable, que está relacionada directamente con una lesión tisular y la cual se resuelve cuando el tejido se cura. (13)

Las interrupciones son sensaciones auditivas desagradables dentro del ambiente hospitalario que afecta negativamente la salud, confort y evolución favorable del lactante. Según la OMS, nos refiere que el ruido tiene efectos muy perjudiciales para la salud, que provocan problemas en la vida cotidiana, tanto en el rendimiento como en la relación con los demás. (23)

Según la Organización de Sanidad nos informa que las necesidades individuales de sueño varían dependiendo de la etapa de vida del niño o niña, en los primeros inicios de la vida el niño requiere de a 13- 14 horas, incluyendo las horas de siestas. Cuando el niño empieza a dar sus primeros pasos: Hacia los dos años, duermen sus 12 horas diarias y descansa toda la noche y los descansos empiezan a disminuir a los 3 años. (24)

(00085) Deterioro de la ambulación r/c dolor s/a celulitis m/p madre refiere "... No puede caminar bien por el dolor..."

La movilidad es la capacidad de desplazar libremente con facilidad, con armonía y con un fin determinado en el entorno, es un componente esencial de la vida y el movimiento es necesario para protegerse de traumatismos, cubrir las necesidades básicas, para mantener la independencia. (25)

Movilidad crea una inestabilidad en la marcha, el deterioro musculo esquelético trae obstáculos respiratorias, que generan úlceras por decúbito, contracturas, dolor, trombosis venosa en miembros inferiores, entre otras, y en el lactante nos refiere que por el dolor que presenta en su miembro inferior de la pierna derecha no puede caminar bien y desplazarse como todo niño que corre y juega a su edad. El movimiento es importante para mantener la elasticidad, flexibilidad y evitar que reduzca la fuerza y el tono muscular. (25)

En el caso del lactante mayor H.I.M, la función porque esta alterada es por la celulitis que es una infección común de la piel causada por bacterias. La piel normal tiene muchos tipos de bacterias que viven en ella. Cuando hay una ruptura en ella, estas bacterias pueden causar una infección cutánea, en el área infectada y se tornará roja, caliente, irritada y dolorosa. (26)

Por lo tanto, es provocado por el dolor que presenta el lactante mayor en la que se utiliza las diferentes escalas de intensidad ya que estas permitirán al profesional de salud poder comunicarse con el paciente, estas escalas deberían basarse de 0 a 10, en la que el 0 sin dolor, y el 10 el peor dolor posible. Existen otro tipo de escala de puntuación de caras de Wong Baker que va incluir una escala numérica en relación con un dibujo de una expresión fácil de 0 – 5 en la que va a permitir documentar la intensidad del dolor. (27)

Consecuentemente va a producir el deterioro de la movilización del paciente, ya que el movimiento es importante para mantener la elasticidad, flexibilidad y evitar que disminuya la fuerza y el tono muscular. Su objetivo es poder disminuir el dolor permitiendo la movilidad del paciente. (27)

(00108) Déficit de Autocuidado: Baño r/c dolor s/a celulitis e/p cabello seco, sucio, desalineado, oído con presencia de cerumen, uñas largas en manos y pies.

La higiene individual está constituida por un grupo de medidas que pueda llevar a un desarrollo físico óptimo y de muy buena salud, evitando enfermedades, y sobre todo teniendo estilos de vida saludables en que la persona pueda llevar una alimentación balanceada, realizar ejercicio y mantener una buena salud mental. (28)

En el caso del lactante mayor H.I.M, la función porque esta alterada es la celulitis que comienza afectando una pequeña área de piel que pudo ser expuesta por la picadura de insecto, como es en este caso, en la que comienza a extenderse bajo la piel o por encima de ella a veces en cuestión de horas, lo que da lugar a un enrojecimiento acompañado de inflamación y descamación de la piel (eritrodermia) y también presenta con dolor, estado en el que el lactante experimenta y manifiesta la molestia intensa o una sensación desagradable, que está relacionado directamente con una lesión tisular y la cual se resuelve cuando el tejido se cura. (29)

Para evitar este tipo de problemas es necesario el autocuidado personal en que la madre debe darle a su hija, su piel tiene que estar limpia todos los días, evitar la acumulación de suciedad donde pueden estar presentes estos microorganismos, hidratar y cuidar la piel, e intentar no hacer heridas por pequeñas que sean o rascándose fuerte y producir una infección. (30)

(00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos: catéter clorurado.

Infección es un estado patológico que es consecuencia de tejido corporal y crecimiento de microorganismos que pueden ser bacterias, virus o parásitos. La infección puede ser asintomática y subclínica como fuente de infección endógenas (propia del paciente) o exógenas (del ambiente y personal hospitalaria). Por ello los problemas asociados de transmisión microbiana causan riesgo de Infección, es decir un estado con mayor riesgo personal por microorganismos patógenos. (31)

En el caso del lactante mayor H.I.M, la función porque esta alterada porque presenta una ruptura de la piel, presencia de catéter endovenoso, procedimientos invasivos aquel que se basa en técnicas médicas que invaden el cuerpo con el fin de diagnóstico y tratamientos terapéuticos. Por lo general se introducen instrumentos dentro del organismo ya sea catéter endovenoso periférico o central, por lo tanto, es una amenaza constante lo que obliga a seguir las precauciones más estrictas. (32)

En los procedimientos invasivos hay que mantener la técnica aséptica apropiada antes, durante y después del procedimiento, sabiendo que la asepsia es la condición libre de gérmenes e infecciones. Existen cuatro categorías principales de microorganismos que producen infecciones (bacterias, hongos, virus y parásitos). Las infecciones nosocomiales afectan el 5 y 6% de pacientes hospitalizados, por lo tanto, el personal de salud tiene que usar las medidas preventivas como es el lavado de manos, mantener el entorno limpio, el de manipular asépticamente los catéteres, actualizar los protocolos sobre los procedimientos invasivos en el centro laboral. (31)

1.3. Formulación del diagnóstico según nanda

Problemas reales

✓ **Diagnostico 1:**

(00132) Dolor Agudo r/c Agentes lesivos biológicos s/a Celulitis e/p dolor a la palpación con una escala Eva 6 en miembro inferior derecho, llorosa, irritable al contacto.

✓ **Diagnostico 2:**

(00046) Deterioro de la Integridad Cutánea r/c deterioro de la sensibilidad, falta de inmovilización s/a Celulitis: Picadura de mosquito e/p piel seca, escamosa, miembro inferior derecho de lado posterior se evidencia enrojecido con secreción purulenta, edematizada ++/+++.

✓ **Diagnostico 3:**

(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factor biológico s/a anemia e/p facie pálida +/+++ , mucosas orales secas, “Tiene poco apetito...”, (Hb: 10.80 g/dl).

✓ **Diagnostico 4:**

(00198) Trastorno del patrón del sueño r/c interrupciones s/a dolor m/p “Por las noches no puede dormir por la aplicación de medicamentos y labores que se realiza en su estancia hospitalaria...”

✓ **Diagnostico 5:**

(00085) Deterioro de la ambulación r/c dolor s/a celulitis m/p madre refiere “... No puede caminar bien por el dolor...”

✓ **Diagnostico 6:**

(00108) Déficit de autocuidado: baño r/c dolor s/a celulitis e/p cabello seco, sucio, desalineado, oído con presencia de cerumen, uñas largas en manos y pies.

Problemas de riesgo

✓ **Diagnostico 7**

(00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos: catéter clorado.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Instrumentos utilizados en la recolección de datos

En el presente trabajo de investigación el método que se empleo fue de tipo descriptivo observacional, siendo como unidad de análisis, un lactante mayor de 1 año y 7 meses, hospitalizado en el servicio de Pediatría de un Hospital Público, elegido de forma aleatoria, asociada a la complejidad de la situación de la salud que presenta el paciente.

Para la recopilación de datos se tuvo como base la valoración por dominios de salud, elaborado y adecuado al paciente en estudio, estuvo constituido por treces dominios que instaura Nanda (Diagnósticos de Enfermería de NANDA Internacional). (33)

El término observación según Pérez G, es la acción de examinar atentamente a la persona, es el de poder abrir los ojos para contemplar, buscar, explorar, comparar, conjuntamente con el resto de los sentidos que nos va a permitir conseguir la información sobre un acontecimiento. (34) En este estudio de investigación la observación estuvo presente desde el primer momento del proceso de salud y enfermedad del lactante mayor con iniciales H.I.M, el cual se permitió interpretar los signos y síntomas de una forma significativa y ejecutar un plan de cuidados.

El segundo método fue la entrevista, según Rodríguez G, es un método la cual se utiliza para dialogar dos o más personas o la interacción verbal que se obtiene datos sobre un problema determinado. Este estudio de investigación la finalidad de la entrevista fue obtener información más profunda sobre la patología del lactante mayor, así mismo educar, proporcionar apoyo a los familiares y establecer buena relación. (35)

El examen físico, según García M. se refiere al hallazgo de signos clínicos anormales somáticos (orgánicos o funcionales) del paciente, lo que significa que la valoración del lactante con iniciales H.I.M fue céfalo-caudal el cual permitió valorar todas las partes del cuerpo y utilizar una serie de maniobras como son: la inspección, palpación, percusión y auscultación, obteniendo datos objetivos de la salud del lactante. (36)

Según García M, la historia clínica, es la narración escrita de la patología del paciente. Su fin es crear una relación con el sujeto de estudio y solucionar los problemas que demanden atención. En este caso, siendo la historia clínica un documento legal nos proporcionó la

situación actual del lactante, así como indagar acerca de todos los antecedentes, factores de riesgo, exámenes complementarios, entre otras. (36)

Finalmente, se valoró las necesidades básicas alteradas, y se permitió poder identificar los diagnósticos enfermero y el análisis de la comorbilidad. De la misma forma se tuvo en cuenta el Proceso Enfermería a partir de la valoración realizado por la Escuela Académico de Enfermería de la USS formado por los 13 dominios que establece la Taxonomía II de la NANDA adecuado para el lactante mayor, los mismos que sirvieron de base para los resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) (37) e intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification). (38)

2.2. Aspectos éticos

En este estudio se empleó los criterios basándose en el informe de Belmont, los cuales se citarán a continuación. (39)

Respeto a la persona:

Los criterios que implican a este principio ético es poder dar entender a la persona que existen dos ideas morales: primero que la población se debe tratar con independencia y segundo que las personas con menor autonomía tienen la facultad de ser protegidos, es decir que se debe tratar a cada uno con el respeto que se merece por su dignidad y valor como persona. (40)

Por tal motivo, esta investigación mantuvo el respeto al lactante mayor con iniciales H.I.M en el sujeto de estudio, con autorización de la madre por brindarnos la información clara de su estado de salud de su hija, además se protegió la confidencialidad de la patología y ser tratados con el respeto que merece.

Beneficencia:

Es el tratar a una persona de una forma integral, respetando sus derechos, decisiones, y de defenderlo de cualquier perjuicio o daño sino también cuidar su tranquilidad en todo momento. El principio se entiende por actos de bondad y caridad que sobrepasan la obligatoriedad. El cual se ha formulado dos acciones el no crear perjuicio que sobrepasan la obligatoriedad. El cual se ha formulado dos acciones incrementar el rendimiento que disminuyan el posible mal y el no causar daño. (41)

En esta investigación no solo se respetó sus condiciones y se resguardo de algún mal, sino que se procuró el confort del lactante. Se aplicó en un principio no revelando el nombre del lactante mayor, respetando y cuidando su integridad, evitando causar daño, además sus cuidados fueron enfocados a sus necesidades.

Justicia:

El principio de equidad es el significado de imparcialidad. Este alcanza el tipo de medios que permite poder adquirir el servicio de salud, que no dependa solo de la población para integridad del individuo, sino de responsabilidades y derechos que se aplica en futuras generaciones. Esto da entender que la iniquidad ocurre cuando la persona se le niega sus derechos. (42)

Es decir que el lactante mayor tiene derecho a ser atendido por lo que cuenta con un sistema de salud como es el Minsa, para que sea tratado con responsabilidad, amabilidad, respeto y beneficencia, sin amenazar los derechos del lactante, con el fin de velar por el beneficio, con privacidad, el término justicia se toma como símbolo de equidad que permita tomar decisiones que cumplan con una adecuada investigación y compromiso del mismo.

2.3 Criterios de rigor científico

Se considera los siguientes criterios de rigor, dos posturas que se asemeja a la alternativa entre aceptar o no los criterios del paradigma científicista y afirmar las características de los datos y sus resultados a la Autenticidad, confiabilidad y replicabilidad. (43)

Autenticidad: Se creyó conveniente tomar este criterio debido a que la autenticidad además de ser importante en la parte ética de los trabajos, es fundamental como un valor innato que asegura la veracidad de los datos conforme a los cuidados que se realiza en esta patología que presenta el lactante, la obtención de información en parte a las historias clínicas, en la búsqueda de libros y artículos, citándolos correctamente y adecuadamente, para que los resultados y las conclusiones sean una verdadera realidad del estudio (44)

Confidencialidad: Este es uno de los criterios más importantes que se empleó para poder garantizar la objetividad de este trabajo de investigación, principalmente en el momento de obtener los datos, que nos va a permitir que el entrevistado que en este caso es la madre del lactante nos va a revelar el motivo o hecho que causo que su hija se encuentre en este nosocomio, el cual se no se revelara la información sin previa autorización.(45)

La replicabilidad: se sustentó en el cumplimiento de los criterios antes mencionados, de tal manera que los cuidados de enfermería se puedan repetir en otra investigación con características similares. (45)

2.4. Planificación del cuidado (NIC)

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</p>	<p>(00132) Dolor Agudo r/c Agentes lesivos biológicos s/a Celulitis e/p Dolor a la palpación con una escala Eva 6 en miembro inferior derecho, llorosa, irritable al contacto.</p>	
<p>OBJETIVO</p>	<p>El lactante expresará disminución del dolor gradualmente, post intervenciones de enfermería durante su hospitalización.</p>	
<p>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</p>	<p>INTERVENCIONES/ACTIVIDADES (NIC)</p>	<p>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</p>
<p>NIVEL DEL DOLOR (2102)</p> <p>Dominio: Salud percibida</p> <p>Clase: Sintomatología</p> <p>Escala de medición según diana: Sustancialmente a Levemente.</p>	<p>(1400) MANEJO DEL DOLOR.</p> <p>ACTIVIDADES</p>	
	<p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.</p>	<p>La recolección de datos objetivos y subjetivos mediante esta valoración facilita el diagnóstico enfermero y contribuye a la planificación de cuidados a través de diversas intervenciones y estrategias que conlleven al bienestar físico y mental del lactante. (46)</p>
	<p>Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos prescritos (Ibuprofeno 90 mg vo c/8h).</p>	<p>Los analgésicos son más eficaces si se administran de forma temprana en el ciclo del dolor, ya que así permite evaluar la efectividad</p>

							de la analgesia. El Ibuprofeno es un antiinflamatorio no esteroideo (AINE), utilizando frecuentemente como antipirético, analgésico y antiinflamatorio que se utiliza para fiebre, dolor y para tratar cuadros antiinflamatorios. (46)
Indicadores	G	S	M	L	N		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
Dolor referido (210201)	1	2	3	4	5	Registrar el efecto adverso del analgésico o cualquier otra respuesta	Los registros de enfermería determinan la valoración del dolor siendo fundamental para facilitar una atención individualizado, desde perspectivas legales, profesionales y éticas. Registrar la respuesta del analgésico para evaluar el dolor del lactante si ha disminuido, y conjuntamente con la escala del dolor, conoceremos las reacciones adversas más importantes de cada opiáceo. En el caso del lactante la disminución del dolor se hará más evidente ya que si bien no puede expresar con claridad si se siente mejor se hará notoria con la ausencia o disminución del llanto y el sueño conciliado. (48)
Expresiones faciales de dolor (210206)	1	2	3	4	5		

	<p>Reducir o eliminar los factores que precipiten o eleven la experiencia del dolor (fatiga, monotonía y falta de conocimientos)</p>	<p>Intervenciones en enfermería como: comunicación, educación, modifican los procesos de pensamiento para aliviar el dolor. Los niños mientras más le muestres seguridad, confianza y amor al momento de establecer comunicación se logra la participación para su alivio. La actividad cognoscitiva desvía la percepción dolorosa, algunos de ellos son programas educativos para el control del dolor. (4)</p>
	<p>Enseñar al niño técnicas de relajación y distracción.</p>	<p>Es importante saber que las técnicas de relajación deben utilizarse como complemento del tratamiento médico convencional de la ansiedad y el dolor.</p> <p>Las técnicas de relajación que se deben emplear en el lactante son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a que la respiración del niño sea consciente (Disminuir lo más posible el llanto ya que eso provoca que la respiración se acelere y por ende aumente la intensidad del dolor.

		<ul style="list-style-type: none">• Métodos de respuesta de relajación (La terapia de inhalación y exhalación funciona muy bien en este caso).• Imaginación consciente También conocida como técnica de visualización y funciona haciendo que el paciente cierre los ojos y se imagine que está en un lugar seguro o en un momento del pasado en la que fue muy feliz.• Musicoterapia Del mismo modo que una imagen agradable puede tranquilizar la mente y calmar en parte el dolor la musicoterapia puede ofrecer los mismos beneficios, levantando el ánimo y fomentando el bienestar mental y físico. (46)
--	--	--

	Considerar el tipo de dolor al momento de seleccionar una estrategia de alivio.	Al momento de planificar la intervención de la terapia para el alivio de dolor del lactante tenemos en cuenta, la localización y el tipo de dolor si es agudo o crónico, para elegir el método más adecuado en que el paciente pueda colaborar y no le cause malestar, sino que la terapia seleccionada conlleve a una sensación de bienestar y alivio en el paciente. (13)
	Proporcionar apoyo emocional y tranquilidad al paciente.	Brindar apoyo emocional al niño, lo ayuda a mantenerse tranquilo y relajado, factores importantes para evitar el dolor causada por la Celulitis. (48)
	Observa Claves no verbales de molestias.	Las claves no verbales se pueden identificar como los gestos, el llanto que se puede manifestar. En el caso del lactante es una niña que por la edad que tiene y el Diagnostico que presenta: Celulitis en M.I.D su forma de comunicación llanto e irritabilidad. (48)

DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÍA	(00046) Deterioro de la Integridad Cutánea r/c deterioro de la sensibilidad, falta de inmovilización s/a Celulitis: Picadura de mosquito e/p piel seca, escamosa, miembro inferior derecho de lado posterior se evidencia enrojecido con secreción purulenta, edematizada ++/+++.	
OBJETIVO	El lactante se evidenciará mejora progresiva de la piel, posterior a los cuidados de enfermería durante estancia hospitalaria.	
CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
INTEGRIDAD TISULAR: PIEL - MEMBRANAS Y MUCOSAS (1101) Dominio: Salud fisiológica Clase: Integridad tisular Escala: gravemente comprometido hasta no comprometido Indicadores:	(3590) VIGILANCIA DE LA PIEL. ACTIVIDADES: Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.	Resequedad de la piel se produce cuando se pierde agua y aceite en cantidad, es común y puede afectar a cualquier persona de cualquier edad, se puede presentar en cualquier parte del cuerpo, pero comúnmente aparece en los brazos, manos, la parte inferior de las piernas y pies. Humectar la piel con crema o loción de 2 a 3 veces al día o con la frecuencia que sea necesaria. Use solamente jabón o productos de limpieza recomendados por su médico. (17)
	Vigilar el estado de la piel.	Realizar una evaluación diaria de la piel, es necesario la vigilancia constante y la observación de la lesión (p.ej. cambios en la herida, presencia de secreción purulenta, edematización) para detectar la infección. (17)

Indicadores	G	S	M	L	N		
Hidratación (110104)	1	2	3	4	5		Brindar comodidad y confort.
Lesiones cutáneas (110115)	1	2	3	4	5		<p>(3661) CUIDADOS DE LAS HERIDAS.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>Preparar un campo estéril y mantener una buena asepsia durante todo el procedimiento.</p>
							Colocar al paciente en una posición correspondiente y que facilite la curación
							Monitorizar las características de la lesión, incluyendo el drenaje, color, tamaño y olor.
							<p>Conjunto de actividades dirigidas al niño y su comodidad, cuyo objetivo es reducir la colonización bacteriana. (17)</p> <p>El Centro de Hospitalización de Pediatría cuenta con medidas específicas para prevenir las infecciones, es indispensable usar todas las barreras de protección (mascarillas, guantes, botas, gorros), para asegurar que el paciente y personal de salud esté libre de microorganismos patógenos que causen infecciones a corto o largo plazo. (49)</p> <p>La posición correcta y adecuada en el lactante ayudará que el procedimiento de la curación de herida sea efectivo y eficaz, evitando la exposición de la herida por mucho tiempo a gérmenes circulantes. (49)</p> <p>Es importante vigilar la lesión, por las indicaciones de infección, cambios de coloración, olor, o consistencia de las secreciones. Esto ayuda a que estemos atentos hacia la reacción del lactante a la celulitis y poder actuar de manera oportuna para evitar complicaciones. (49)</p>

	Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.	Los apósitos adheridos a la herida se retiran de manera más cómoda humedeciéndolos con agua destilada o NaCl. Además, con la hidroterapia se ejercitan la extremidad inferior del lactante y se puede limpiar todo el cuerpo, cuando se moviliza se lavan y se remueven todos los residuos adheridos al cuerpo. (49)
	Desinfectar con solución salina o un limpiador no tóxico.	La curación de heridas es importante ya que impide la proliferación de microorganismo y es necesaria una técnica aséptica adecuada para evitar la infección de la herida. (50)
	Vendar la herida cubriendo por completo la zona afectada.	El vendaje de las heridas nos asegura de protegerlas de roces, impactos y de la contaminación por bacterias. (50)
	Registrar y comparar regularmente cualquier cambio producido en la herida.	Se debe comparar y registrar a diario en la historia la evaluación continua de la herida esto es importante ya que permite a la enfermera saber cómo va evolucionando el lactante y si hay algún signo que necesite ayuda inmediata. (50)
	Masajear la zona alrededor de la herida para favorecer la circulación.	Es importante porque activa el riego sanguíneo, mejora el retorno venoso, así se previene los edemas, ayuda a eliminar toxinas, alivia la pesadez en las piernas. Los

		masajes se deben realizar de manera circulatoria y hacia arriba. (50)
	Cambio de posición al paciente como mínimo cada 2 horas según corresponda.	Ubicar al paciente en una posición dorsal sin perjudicar su alineación corporal, evitando que las sábanas de la cama puedan hacer fricción sobre la herida, esto le brinda una mayor comodidad al niño y evita posibles complicaciones. Los cambios de posición se deben realizar cada 2 horas, así evitamos las úlceras por presión y ayuda a mantener una buena circulación. (50)
	Enseñar al paciente o familiar los signos de alarma de la infección.	La enfermera explica y educa a la familia sobre los signos de alarma que puede producir una infección: enrojecimiento, dolor espontáneo, calor palpable en la zona, fiebre, y las complicaciones que deben informar al médico, además de la importancia de una buena higiene que ayudara a prevenir las complicaciones e infecciones. (50)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factor biológico s/a Anemia e/p facie pálida +/+++ , mucosas orales secas, “Tiene poco apetito...”, (Hb: 10.80 g/dl).	
OBJETIVO	Lactante mejora su estado nutricional, con los cuidados adecuados que le brinde el profesional de enfermería durante su estadía hospitalaria para así mejorar sus niveles de hemoglobina.	
CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
ESTADO NUTRICIONAL (1004) Dominio. salud fisiológica, Clase: digestión y nutrición Escala de Medición: Desviación grave del rango normal hasta desviación lentamente del rango normal.	(1100) MANEJO DE LA NUTRICIÓN. ACTIVIDADES: Determinar el estado nutricional y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.	El estado nutricional son requerimientos en que un paciente debe tener para una optima salud y bienestar, sobre las diferentes necesidades de alimentación que conlleva a un lactante de su edad mantener, interviene el proceso de maduración del sistema nervioso central ya que esto va a poder marcar las diferentes etapas de alimentación que lleva el niño, y juntamente la velocidad de la edad concuerde con los requerimientos energéticos que tiene el lactante mayor. (18)

INDICADORES	DG	DS	D M	DL	SD
Ingesta de alimentos (100402)	1	2	3	4	5
(100401) Ingesta de nutrientes	1	2	3	4	5

Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes en el niño.	Las necesidades tonificantes para el lactante y el desarrollo en el crecimiento durante su primer, son proporcionales a la edad, y tenemos que la 96 kcal/kg/día de los 6 a 12 meses. La necesidad de consumir agua son aproximadamente 150 ml/kg de peso y día. La relación de energía abastece principalmente por la aportación de la leche humana. Las grasas deben aportar el 50-54% de la energía, los hidratos de carbono, el 36-40%, y las proteínas, un 7% de la energía. (18)
Monitorizar la hemoglobina, hematocrito y administrar transfusiones de sangre según lo indique el médico.	La hemoglobina es el principal transporte de oxígeno en nuestro cuerpo y los valores normales en un lactante son: 11 g/dl a 12 g/dl. El hematocrito mide la proporción de sangre que está compuesto por glóbulos rojos. (51)
Control de peso y talla al lactante menor.	Las medidas antropométricas, son indicadores que nos va poder permitir reflejar el desarrollo, crecimiento, la maduración y el estado nutricional que lleva el lactante en su periodo de vida. Por

		ello es indispensable contar con su carnet de CRED, para que sea evaluado cada vez que le toque sus controles y llevar un adecuado peso y talla. (52)
	Ayudar al cuidador acceder a programas nutricionales.	Los programas nutricionales son servicios que tienen la función de promover y mejorar el estado de salud en los pacientes a través de una buena alimentación, en la cual aquí también interviene la nutricionista que tiene la capacidad para intervenir en la nutrición de las niñas teniendo en cuenta las necesidades básicas y fisiológicas, que se presenta un lactante. (53)
	Informar a la nutricionista para ajustar la dieta, según sea necesario (aumentar los alimentos que contengan vitaminas B12 y minerales).	Los alimentos aportan la energía necesaria para hacer frente a las labores diarias y mantiene el funcionamiento de su organismo en buena condición. La vitamina B12 es un nutriente que ayuda a mantener las neuronas sanas y los glóbulos rojos, previene la anemia, denominada anemia megaloblástica, que produce cansancio y debilidad en los niños. (53)

	<p>Explicar a la familia sobre el requisito de la dieta en función a su enfermedad.</p>	<p>Las distintas comidas cumplen una función el de aportarnos la energía necesaria y los componentes estructurales para que nuestro organismo funcione y se mantenga activo. Las vitaminas y minerales tienen propiedades antioxidantes. Estos nutrientes están presentes en nuestra variedad de alimentos, que consumimos por lo que es recomendable seguir una alimentación llena de proteínas, carbohidratos, bajo en grasa, y lo más variada posible. (53)</p>
--	---	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	(00198) Trastorno del patrón del sueño r/c Interrupciones s/a Dolor m/p “Por las noches no puede dormir por las interrupciones por la aplicación de medicamentos y actividades que se realiza en la estancia hospitalaria...”	
OBJETIVO	Lactante recuperara progresivamente el sueño durante su estancia hospitalaria.	
CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Organi	(1850) MEJORAR EL SUEÑO ACTIVIDADES	
	Determinar el patrón de sueño/vigilia del niño.	El sueño es una parte integral en que la persona necesita para descansar, una necesidad biológica que le permita establecer en su vida cotidiana. El profesional de enfermería debe de valorar si el lactante presenta dificultad para dormir, o problemas para mantenerse despierto durante el día o cambios recientes en el patrón del sueño. (22)
	Observar/ registrar el patrón y número de horas de sueño del niño.	La necesidad del sueño es importante para el buen funcionamiento motor y anímico de la persona, el lactante se le considera que su sueño debe ser de 13- 14

		horas, incluyendo siestas, sin interrupciones para lograr una relajación física y mental. (22)
	Organizar un ambiente tranquilo, sin interrupciones, durante los periodos de siesta y por la noche.	Un ambiente adecuado, va a permitir que un niño pueda tener un equilibrio en el organismo, tener actividad muscular, y cerebral, con las características de que el ambiente sea amplio, libre de ruidos, con temperatura ambiental y limpio para permite un mejor descanso para el niño y de esta manera duerma tranquilo y cómodo, (24)
	Comprobar el patrón de sueño del niño y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria).	Las consecuencias de la falta del sueño por circunstancias físicas propio del dolor, tienen repercusiones sobre el desarrollo cognitivo y físico del niño. La OMS está totalmente comprobado que las horas de sueño están totalmente relacionadas con la inteligencia. Cuando existe problemas de sueño en el niño, va a perjudicar en su entorno y producir una dinámica disfuncional en la familia, afectando el vinculo afectivo con el niño. (54)

	<p>Desarrollar medidas de relajación simple, masajes, contacto afectuoso, etc.</p>	<p>Medidas de relajación, son actividades que reducen la tensión física y/o mental. En el que va a permitir que el lactante pueda reducir sus niveles de estrés, tener calma, disminuir su ansiedad o ira.</p> <p>La relajación física como son: leer un cuento, cantar una canción, rezar o dormir con su juguete preferido antes de acostarse está comprobado que ayuda a niño en sus horas de sueño, y poder favorecer a que el niño pueda se sienta alegre, y con confort. (54)</p>
	<p>Apoyar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</p>	<p>La tensión es una respuesta del organismo ante cualquier requerimiento que se le imponga o se presente un obstáculo en el desarrollo del sueño, porque puede interferir en la capacidad de relajarse, descansar, y dormir las horas completas, el escuchar música, o darse un baño, o leer un libro, en el que pueda conciliar el sueño y pueda sentirse bien físicamente y mentalmente. (54)</p>
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</p>	<p>(00085) Deterioro de la ambulación r/c Dolor s/a Celulitis m/p Madre refiere "... No puede caminar bien por el dolor...".</p>	
<p>OBJETIVO</p>	<p>El lactante recuperara la ambulación progresivamente posterior al tratamiento y cuidados recibidos.</p>	

CRITERIO DE RESULTADO (NOC)						INTERVENCIONES/ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
MOVILIDAD (0208)						(0221) TERAPIAS DE EJERCICIOS: AMBULACIÓN ACTIVIDADES	
Dominio: Salud funcional							
Clase: movilidad							
Escala: Gravemente comprometido hasta no comprometido							
Indicadores:						Reconocer las características del ambiente que aumenten las caídas en el niño. (suelos resbaladizos).	Verificar que el piso no esté resbaloso, ni mojado, o haya obstáculos alrededor del niño, eso es esencial, porque de esta manera se podrá disponer de medidas. (25)
						Ayudar a colocar a un niño en una postura óptima para el movimiento pasivo/activo.	Cuando el cuerpo está bien alineado, mejora y favorece las funciones circulatorias, renales y gastrointestinales eficientes, a la vez permite valorar su estado general, y se refleja en su estado de ánimo. (25)
						Conservar la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.	La fricción puede raspar la piel y la hace más propensa a la rotura. La humedad continua de la piel provoca alteraciones como dermatitis o infecciones. (25)
Indicadores	GC	SC	MC	LC	NC	Ubicar en la cama una base de apoyo para los pies.	La base de apoyo como por ejemplo las almohadas evita que haya una mayor presión y roce de la piel,

Mantenimiento de la posición corporal 020802	1	2	3	4	5		y disminuya el dolor que presenta el niño por la patología. (55)
Realización del traslado- 020805	1	2	3	4	5	Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas, silla de ruedas, etc.). Para la deambulaci3n si el paciente tiene inestabilidad.	Tan pronto mejore se debe ayudar al ni1o a colocar de pie con apoyo, conforme se fortalece y mantiene el equilibrio, la deambulaci3n puede iniciarse con el uso de barras o muletas, el ni1o aprende como realizar una marcha normal, sin realizar demasiado sobre esfuerzo, caminando distancias determinadas. (55)
Ambulaci3n - 020806	1	2	3	4	5	(1480) MASAJE. ACTIVIDADES Elegir la zona del cuerpo que han de masajearse.	El masaje es un procedimiento de evaluaci3n y tratamiento manual de aquellas partes del cuerpo humano que prolonga alguna dolencia, o susceptibles de presentarla, su objetivo es de mejorar el dolor y circulaci3n, disminuir o eliminar tensiones musculares, y conseguir una mejoría del estr3s, ansiedad y las incertidumbres del día a día. (55)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	((00108) Déficit de autocuidado: ba1o r/c dolor s/a celulitis e/p cabello seco, sucio, desalineado, oído con presencia de cerumen, u1as largas en manos y pies.
----------------------------------	---

OBJETIVO	El lactante mejorará progresivamente su autocuidado (baño) durante su estancia hospitalaria con ayuda del personal de enfermería y su madre.	
CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>AUTOCAUIDADO: HIGIENE (0305)</p> <p>Dominio: Salud funcional</p> <p>Clase: Autocuidado</p> <p>Escala de medición según diana: Gravemente comprometido a No comprometido</p> <p>Indicadores:</p>	<p>(6820) CUIDADOS DEL NIÑO</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>Considerar la edad del niño al fomentar las actividades de autocuidado.</p>	<p>El estado de higiene y el cuidado individual va a permitir que el niño o la persona pueda sentirse limpias y favorecer a su salud.</p> <p>La educación se viene desde la casa y también incluye las buenas costumbres de aseo personal, por lo contrario, en este caso es un lactante mayor en el que la madre es la que realiza el baño y el cuidado personal, higiene bucal y corporal. En la dimensión en que los pequeños avanzan en su periodo de crecimiento y edad, es importante que los padres estén pendientes de sus cambios físicos, olores o sudoración.</p>

indicadores	G.C (1)	S.C. (2)	M.C (3)	L.C (4)	N.C (5)		
Se limpia los oídos (030504.)	1	2	3	4	5		Para los profesionales de enfermería el cuidado de su higiene y en la medida de que este sea totalmente satisfecho cumplirá con los cuidados planteados en el tratamiento y su pronta recuperación. (28)
Se lava el pelo (030508)	1	2	3	4	5		Controlar la integridad cutánea del paciente.
Mantiene la higiene corporal (030517)	1	2	3	4	5		El valor del estado de la piel, permite que la enfermera obtenga datos concretos y pueda aplicar cuidados de acuerdo a la necesidad del niño y permite identificar el riesgo de que se desarrolle lesiones graves. (28)
							Recomendar a los progenitores a que realicen los cuidados diarios del baño al paciente.
							La costumbre de higiene son los que nos permiten vivir con buena salud y ayudar a mejorar la calidad de vida, la imagen de las personas y establecer una mejor comunicación con los demás. (28)
							(1670) CUIDADOS DEL CABELLO Y DEL CUERO CABELLUDO ACTIVIDADES

	<p>Vigilar el estado del pelo y del cuero cabelludo, incluida las anomalías.</p>	<p>El cuidado del cabello del lactante es importante para su aspecto personal y su sensación de bienestar, es necesario lavarlo y peinarlo con parte de su aseo diario junto con el cuidador. (30)</p>
	<p>Lavar y enjuagar el pelo, masajeando con champú y el acondicionador en el cuero cabelludo y el pelo.</p>	<p>La aplicación de shampoo saponifica las grasas, estimula la circulación del cuero cabelludo y mejora la nutrición del epitelio ayudando así en su mejora de su higiene personal en el lactante junto con la ayuda de su madre. (30)</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	(00004) Riesgo de infección: Sobreagregado r/c procedimientos invasivos: catéter clorurado.																
OBJETIVO	Lactante no presentara una infección sobre agregada durante su estancia hospitalaria posterior a los cuidados de enfermería.																
CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ACTIVIDADES (NIC)			FUNDAMENTO CIENTÍFICO													
CONTROL DEL RIESGO: PROCESO INFECCIOSO (1924) Dominio: Conocimiento y conducta de salud Clase: Control del riesgo y seguridad Escala de medición según diana: Siempre demostrado hasta a Nunca demostrado.	(6540) CONTROL DE INFECCIONES ACTIVIDADES																
Escala de medición según diana: Siempre demostrado hasta a Nunca demostrado.	Asear el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.			Es indispensables que la habitación del paciente tenga unas óptimas condiciones higiénicas que lo hagan más cómodo y seguro. Así se evita las infecciones hospitalarias. (31)													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reconoce el riesgo personal de infección (192401)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	GC	SC	MC	LC	NC	Reconoce el riesgo personal de infección (192401)	1	2	3	4	5					
Indicadores	GC	SC	MC	LC	NC												
Reconoce el riesgo personal de infección (192401)	1	2	3	4	5												

	Usar guantes según la norma de precaución universal.	Protege del contacto y de sustancias corporales, reduciendo la probabilidad de transmisión de microorganismos ya sea de enfermero – paciente o de un paciente a otro. (32)
	Asear la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.	La piel es un medio donde se alberga microorganismos por lo que es necesario mantenerla limpia para así evitar el ingreso de microorganismos hacia el interior de la piel o torrente sanguíneo, la clorhexidina al 2% es una sustancia antiséptica de acción bactericida y fungicida. (6)
	Asegurar una manipulación aséptica de todas las vías I.V.	La prevención de las infecciones de las vías central, periférica requiere un manejo aséptico donde existen protocolos que describen métodos para la preparación, el mantenimiento y la vigilancia de los sitios de entrada sépticos (31)
	Cambiar los sitios de las vías I.V. periférica y central.	La institución de diferentes lugares se recomiendan el cambio de cada 48-72 horas,

		los sistemas periféricos en el que los pacientes se mantiene por su pronta recuperación. (31)
	Enseñar al paciente y a la familia acerca de los signos de alarma de infección y cuando se deben notificar al cuidador.	Instruir los signos y síntomas que indiquen la presencia de una infección: enrojecimiento, dolor espontaneo, calor palpable en la zona, fiebre. (31)
	<p>(2314) ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN INTRAVENOSA (IV).</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>Administración de antibiótico: . Clindamicina</p>	<p>El tratamiento antibiótico impide el crecimiento de microorganismos y se realiza para tratar y controlar las infecciones.</p> <p>La clindamicina es un antibiótico, que se utiliza para las diversas infecciones bacterianas y contiene una sustancia activa que mata bacterias infecciosas, facilitando la curación y eliminando los síntomas que presenta el paciente. (56)</p>

	Oxacilina	La oxacilina es un antibiótico beta-lactámicos (penicilina) que va inhibir la biosíntesis de los peptidoglicanos de la pared celular. Su espectro se limita a bacterias grampositivas como: estafilococos, Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae. (57)
--	-----------	--

III.RESULTADO Y DISCUSIÓN

El trabajo de investigación tuvo como objetivo principal brindar cuidados de enfermería a un lactante mayor que presenta esta enfermedad de celulitis, el cual nos permite considerar que es paciente con riesgo, dependiente y con una enorme complejidad para su cuidado. Cabe mencionar que los cuidados brindados fueron indispensables para identificar y satisfacer necesidades en el sujeto de estudio, se le brindo confort, bienestar y se le orientó, aconsejó a la madre para los cuidados necesarios al lactante.

Como establece el enfoque teórico de Virginia Henderson, La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, donde se considera que el individuo precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad total de mente y cuerpo. (4)

Así mismo la persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma o cuando esto no es posible como en este caso, se necesita la ayuda de otros. El papel que considera la enfermera es de poder suplir autonomía o ayudarle a poder lograr su independencia, desarrollar su fuerza, conocimientos y la voluntad para que pueda utilizar sus recursos internos y externos. También existe la enfermera sustituta la que cubre necesidades como si fuera de ella en el cuerpo del paciente, enfermera ayudante apoya y ayuda al paciente sobre las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma, enfermera acompañante fomenta relación terapéutica con el paciente.

Celulitis es una inflamación severa de las capas de la dermis y del tejido conectivo subcutáneo caracterizada por el edema de color lila o rojizo, con dolor a la palpación y caliente el cual puede presentar un borde no definido. Usualmente ocurre cuando se presenta una lesión, debido a diferentes causas como son; una cortadura, quemadura, picadura de insecto, herida quirúrgica o el sitio de inserción de catéteres, y se puede presentar en cara, extremidades inferiores, etc. (8)

Frente a ello enfermería tiene un rol indispensable en su atención para satisfacer sobre el cuidado del lactante mayor, lo que nos va a permitir poder disminuir su morbilidad y mortalidad, en lo que respecta con este diagnóstico.

La anemia es la reducción de la concentración de la hemoglobina por debajo de los niveles normales. Es el resultado de una disminución y destrucción acelerada de hematíes, que caracteriza o acompaña a un buen número de entidades patológicas. (19)

Con lo que respecta con este diagnóstico se ha observado que el lactante tiene una mala alimentación, ya que por su edad es un niño que ya se alimenta como una persona normal, se considera que la madre tendría que priorizar el tipo de alimentos le brinda a su hija, consume comidas que tengo mucho hierro y hasta suplementos que originen que se eleve su hemoglobina, para evitar complicaciones más adelante que pueda afectar la salud de su hija.

Por lo consiguiente este proceso de enfermería aplicado a un lactante mayor, las necesidades alteradas que se consideraron como los más prioritarios son siete.

Con respecto al primer diagnóstico: (00132) Dolor agudo por agentes lesivos biológicos en la que se presentó por una bacteria a través de una picadura de mosquito de tipo *Pseudomona aeruginosa*, en la que ocasionó dolor a la palpación con una escala Eva 6 en miembro inferior derecho, llorosa, irritable al contacto. Cuyo objetivo fue: El lactante expresará disminución del dolor gradualmente, post intervenciones de enfermería durante su hospitalización.

Se obtuvieron resultados favorables tras las intervenciones de enfermería por la disminución del dolor que presentaba el lactante, por la administración de los analgésicos como es el ibuprofeno que actúa como analgésico, antiinflamatorio, también se trabajó a como poder ayudar a aliviar el dolor enseñándoles técnicas de relajación y distracción, y a disminuir lo más posible el llanto ya que eso provocaba que sus signos vitales se aceleren y así aumentaba el dolor, a terapias de inhalación y exhalación, con musicoterapia y también a través de la imaginación y por el apoyo incondicional que le brindaron la enfermera y la familia para que se mantenga relajada y tranquila, de esta manera se llegó a cumplir un 80% del objetivo programado, estas intervenciones se siguen evaluando continuamente hasta alcanzar la recuperación completa del lactante menor.

Estos datos guardan relación con el autor Berman A, Snyder S. menciona que el dolor surge en el cerebro y recibe señales en décimas de segundo, las interpreta y genera el dolor, y lo que respecta al lactante la función fisiológica del dolor es generado por la infección, de esta manera llega como señal al sistema nervioso ya que está expuesta a una situación extraña que desencadena una serie de mecanismos, y como consecuencia de esta enfermedad y algunos tratamientos o está relacionado con la inmovilidad de un miembro inferior. (58)

El segundo diagnóstico: (00046) Deterioro de la Integridad Cutánea r/c deterioro de la sensibilidad, falta de inmovilización s/a Celulitis: Picadura de mosquito e/p piel seca, escamosa, miembro inferior derecho de lado posterior se evidencia enrojecido con secreción purulenta, edematizada ++/+++. Tuvo como objetivo que el lactante se evidenciará mejora progresiva de la piel, posterior a intervenciones de enfermería durante estancia hospitalaria.

Se obtuvieron resultados favorables tras las intervenciones de enfermería se le explico a la madre como podría evitar la piel seca y escamosa de su hija en la que se le aplico cremas, loción que puedan humectar su piel, de 2 a 3 veces al día o con la frecuencia que sea necesario, y con la ayuda del baño diario. (59)

Respecto a la piel se le ha brindaba curaciones a la lesión todos los días para evitar que la secreción purulenta, edematización, e infección siga avanzando y pueda propiciar una colonización bacteriana, para eso la interna de medicina usaba todas las barreras necesarias para asegurar que esté libre de microorganismos patógenos que causen infecciones, retiraba los apósitos con cuidado lavando la lesión con NaCl, y secando con cuidado para colocar el ungüento que sea necesario para esa lesión, y cubriendo con apósitos para evitar los microorganismos que se aíslan en la lesión. Se alcanzó un 75% de la meta programada logrando un cambio positivo para la recuperación del lactante mayor. (59)

Ball J, Bindler R, refiere que el sitio donde más se presenta este tipo de lesión como es la celulitis se encuentra en los miembros inferiores y superiores, cabeza, cuello, tórax y abdomen. Los síntomas que se presenta son fiebre, escalofríos, malestar general, y lo que causa este tipo de infección es causada por *S. aureus* tiende a ser más localizada y supurativa, mientras que la debida a *S. pyogenes* (estreptococo del grupo A) tiende a extenderse más rápidamente y se acompaña de linfangitis. (11)

El tercero diagnóstico: (00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factor biológico s/a Anemia e/p facie pálida +/+++, mucosas orales secas, “Tiene poco apetito...”, (Hb: 10.80 g/dl). Tuvo como objetivo: Lactante mejora su estado nutricional, con los cuidados adecuados que le brinde el profesional de enfermería durante su estadía hospitalaria para así mejorar sus niveles de hemoglobina.

Se obtuvieron resultados favorables tras las intervenciones de enfermería se le proporciona a la madre del lactante sobre información acerca de cómo sería la alimentación de su hija el tipo de comida, que contenga sobre todo hierro (hígado, sangrecita, bazo, menestras, etc.)

que le puede ayudar a subir su hemoglobina, la cantidad de aporte nutricional y energía puede tener su hija para elevar su Hb, y que conozca los valores normales en que tendría que estar su hija para que puedan tener un buen sistema inmunológico, tratándola con suplementos como es el sulfato ferroso, hierro polimaltosado, asistiendo a sus controles de crecimiento y desarrollo para que mantenga su peso y talla normal a su edad e invitándola a la madre a sesiones educativas que pueda informarse sobre la nutrición esencial para su hija. Se alcanzó a un 80% del objetivo programado, estas intervenciones siguen evaluando continuamente hasta alcanzar la recuperación del lactante mayor.

Ball J, Bindler R, según el autor el equilibrio nutricional es el resultado de una alimentación adecuada, balanceada que permite cubrir las necesidades nutricionales del organismo según sexo, actividad y edad, el cuerpo obtiene la energía en forma de calorías desde los carbohidratos, proteínas, grasas, ya que el cuerpo usa la energía para las actividades voluntarias, como caminar y hablar y para las actividades involuntarias como respirar y segregar enzimas, por ello el lactante puede garantizar una buena alimentación y una mejora de su hemoglobina. (18)

El cuarto diagnóstico: (00198) Trastorno del patrón del sueño r/c Interrupciones s/a Dolor m/p “Por las noches no puede dormir por la aplicación de medicamentos y labores que se realiza en la estancia hospitalaria...”, tuvo como objetivo: Lactante recuperara progresivamente el sueño durante su estancia hospitalaria.

Se obtuvieron resultados favorables tras las intervenciones de enfermería por lograr que la lactante mayor pueda recupera su sueño y las horas correctas que debe dormir una niña a su edad de 13- 14 horas, sin interrupción para poder lograr una relajación, y se cambió los horarios programados para la administración del medicamento para que no interrumpa su sueño, se le brindo que tuviera una relajación ayudándola con cuentos, canciones, rezar y dormir con algún objeto que ella prefiera, para llegar evitar el estrés y le disminuyo el dolor de su pierna con el cuidado de enfermería que se le brindó. Se alcanzo un 90% del objetivo programado, estas intervenciones siguen evaluando continuamente hasta alcanzar la recuperación del lactante mayor. (22)

Según la Organización de Sanidad nos informa que las necesidades individuales de sueño varían dependiendo de la etapa de vida del niño o niña, en los primeros inicios de la vida el niño requiere de a 13- 14 horas, incluyendo las horas de siestas. Cuando el niño empieza a

dar sus primeros pasos: Hacia los dos años, descansa toda la noche y hacen un par de descansos durante el día. Duermen una media de 12 horas diarias, los descansos empiezan a disminuir a los 3 años. (24)

El quinto diagnóstico: (00085) Deterioro de la ambulación r/c Dolor s/a Celulitis m/p Madre refiere "... No puede caminar bien por el dolor...". Se tuvo como objetivo: El lactante recuperara la ambulación progresivamente posterior al tratamiento y cuidados recibidos.

Se obtuvieron resultados favorables tras las intervenciones de enfermería se le brindó un buen confort en su estancia hospitalaria, con el apoyo de almohadas que evite presiones y roce la piel en donde tiene la lesión, en la posición adecuada, y mantener sábanas sin arrugas para evitar raspar o hacer fricción en su herida que pueda provocar una alteración, y con el apoyo de la madre brindarle dispositivos como una silla de ruedas apropiado para su recuperación. Se alcanzo un 80% del objetivo programado, estas intervenciones siguen evaluando continuamente hasta alcanzar la recuperación del lactante mayor.

Berman A, Snyder S. según los autores nos dice que la movilidad crea una inestabilidad en la marcha, el deterioro musculo esquelético trae complicaciones respiratorias, atrofia de los músculos generando úlceras por decúbito, contracturas, dolor, trombosis venosa en miembros inferiores, entre otras, y en el lactante nos refiere que por el dolor que presenta en su miembro inferior de la pierna derecha no puede caminar bien y desplazarse como todo niño que corre y juega a su edad. El movimiento es importante para mantener la elasticidad, flexibilidad y evitar que disminuya la fuerza y el tono muscular. (25)

El sexto diagnóstico: (00108) Déficit de autocuidado: baño r/c dolor s/a celulitis e/p cabello seco, sucio, desalineado, oído con presencia de cerumen, uñas largas en manos y pies. Tuvo como objetivo: El lactante mejorará progresivamente su autocuidado (baño) durante su estancia hospitalaria con ayuda del personal de enfermería y su madre.

Se obtuvieron resultados favorables tras las intervenciones de enfermería porque se alcanzó que la madre pueda ayudar en la mejora de su higiene corporal, bucal de su hija, para poder mantener su piel limpia, y humectada de igual el cabello que este limpio, brillante, los oídos mantenerlos en buen estado, e así ayudara a mantener un buen color, olor y así evitar que toda clase de microorganismos puedan alterar su lesión u otra complicación. Se alcanzo un 90% del objetivo programado, estas intervenciones siguen evaluando continuamente hasta alcanzar la recuperación del lactante mayor.

Ball J, Bindler R según los autores nos dice que la higiene individual está constituida por un grupo de medidas que pueda llevar a un desarrollo físico óptimo y de muy buena salud, evitando enfermedades, y sobre todo teniendo estilos de vida saludables en que la persona pueda llevar una alimentación balanceada, realizar ejercicio y mantener una buena salud mental. (28)

El séptimo diagnóstico: (00004) Riesgo de infección: Sobreagregado r/c procedimientos invasivos: catéter clorurado. Se tuvo como objetivo: Lactante no presentara una infección sobre agregada durante su estancia hospitalaria posterior a los cuidados de enfermería.

Se obtuvieron resultados favorables tras las intervenciones de enfermería se mantuvo limpieza en el ambiente después de cada curación, se usó guantes para evitar la transmisión de microorganismos, se manipulo antisépticos de acción bacteriana para previa limpieza de piel de pacientes, se le hizo el cambio de la vía intravenosa de 48 – 72 horas para evitar complicación en el lactante. Se alcanzó a un 90% del objetivo programado, estas intervenciones siguen evaluando continuamente hasta alcanzar la recuperación del lactante mayor.

Estos datos guardan relación con el autor Valverde I, Mendoza N, Peralta I. que la infección puede ser asintomática y subclínica como fuente de infección endógenas (propia del paciente) o exógenas (del ambiente y personal hospitalaria). Por ello los problemas asociados de transmisión microbiana causan riesgo ya que por la misma lesión proviene el crecimiento de microorganismos, bacterias, virus o parásitos que alteran la piel de la persona causando distintas complicaciones que conlleven a una hospitalización, por la vía intravenosa de la mala praxis o por el tiempo que se colocó dicho dispositivo. (31)

IV. CONCLUSIONES

El dolor es uno de los factores principales por el cual el bienestar de la persona se puede ver alterado, uno de los principales son los agentes lesivos biológicos causados por la celulitis como en el caso del paciente en estudio, el cual manifestó dolor a la palpación con EVA 6 e irritabilidad, por ello se establecieron intervenciones que mejoren la salud del paciente entre las que destaca la administración de la analgesia. De los objetivos NOC planteados se logró un 80%, y durante su estancia hospitalaria con los cuidados del personal de enfermería se esperará llegar a un 100%.

La celulitis ocasiona un deterioro importante de la integridad cutánea la cual se puede evidenciar mediante la secreción purulenta en los miembros inferiores el cual es un índice de infección, se tuvieron en cuenta los cuidados de enfermería ante este diagnóstico del cual se llegó a alcanzar un 75 % de los objetivos diana propuestos, se llegará al 100% si se mantiene el cuidado en vigilar el estado de la piel, valorar el color de la secreción, cambios de apósitos y confort.

El desequilibrio nutricional en un paciente hospitalizado se produce por un acelerado metabolismo y degradación de las proteínas y el grupo proteico de la hemoglobina, la cual se manifiesta por el facie pálido, mucosas secas y un resultado de laboratorio positivo para anemia, como es en el caso del paciente. Del NOC formulado se llegó a alcanzar un 80%, se llegará a un nivel óptimo con los cuidados en la dieta, teniendo en cuenta los requerimientos de la persona.

El trastorno del sueño en un lactante hospitalizado produce que presente factores como estrés psicológico y externos como ambientales o sociales, la cual manifiesta las interrupciones por la noche por el empleo del medicamento y labores que se realizan en el hospital, no sean apropiadas para el descanso del paciente y poder completar su horario que le corresponde a su edad, como es en el caso del paciente. Del NOC formulado se llegó a alcanzar un 90%, se llegará a un nivel óptimo con los cuidados del personal de salud, teniendo en cuenta los requerimientos de la persona.

El deterioro de la ambulación en un paciente con celulitis trae consigo a que no pueda caminar ya que la movilidad en un niño es indispensable por la necesidad de realizar sus necesidades para mantener la libertad, el cual se manifiesta que el niño no puede caminar

bien por el dolor de la misma enfermedad que presenta cómo es en el caso del paciente. Del NOC formulado se llegó a alcanzar un 80%, %, y durante su estancia hospitalaria con los cuidados del personal de enfermería se esperará llegar a un 100%.

El autocuidado en un lactante hospitalizado presenta a que la higiene personal no sea la adecuada, como sabemos que la higiene individual está constituida por un grupo de medidas que pueda llevar a un desarrollo físico óptimo de muy buena salud, evitando enfermedades, por eso la madre debe participar en la higiene corporal de su niña, el cual manifiesta cabello seco, sucio, desalineado, oído con presencia de cerumen y uñas largas y sucias, cómo es en el caso del paciente. Del NOC formulado se llegó a alcanzar un 90%, y durante su estancia hospitalaria con los cuidados del personal de enfermería se esperará llegar a un 100%.

La celulitis puede ocasionar una infección e igual una vía endovenosa, en un lactante mayor que se encuentra hospitalizado ya que si no hay una buena asepsia puede hacer que los microorganismos ingresen y agraven la lesión, como sabemos la infección puede ser asintomática y subclínica como fuente de infección endógenas (propia del paciente) o exógenas (del ambiente y personal hospitalaria) cómo es en el caso del paciente. Del NOC formulado se llegó a alcanzar un 90%, y durante su estancia hospitalaria con los cuidados del personal de enfermería se esperará llegar a un 100%.

REFERENCIAS

1. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: Kozier & Erb. Novena Edición. 2do volumen. Madrid. España: McGraw – Hill Interamericana; 2013.1205 pp.
2. Jane W. Ball, Ruth C. Bindler. Enfermería Pediátrica. Asistencia Infantil. Cuarta Edición. Pearson Educación S. A. 2010. 37 pp.
3. Bellido J, Ángeles A, Fernández S. Proceso de enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Primera Edición. Jaén. Impreso en España. 2000. 20 – 21 pp
4. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de Enfermería. Séptima Edición. Barcelona, España. Elsevier España, SL. 2011. 73 - 74 pp.
5. Jane W. Ball, Ruth C. Bindler. Enfermería Pediátrica. Asistencia Infantil. Cuarta Edición. Pearson Educación S. A. 2010. 23 pp.
6. Pacheco E. Características Clínicas Epidemiológicas de Celulitis en paciente pediátrico del Hospital Goyeneche del 2011 al 2017. Arequipa. Tesis Pregrado. Arequipa. Universidad Nacional San Agustín Arequipa. 2018. 11 – 12 pp.
7. Beltrán C. Caracterización demográfica y clínica de las infecciones de partes blandas de los pacientes Ingresados en el servicio de medicina interna”- Hospital Eugenio Espejo. Tesis Pregrado. 2012; 11 pp.
8. Acosta A. Guías y recomendaciones de Celulitis en niño. Volumen 22. Costa Rica. Edición Acta pediátric costarric. 2010. Disponible en: <https://repositorio.binass.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/366/art10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Pacheco E. Características Clínicas Epidemiológicas de Celulitis en paciente pediátrico del Hospital Goyeneche del 2011 al 2017. Arequipa. Tesis Pregrado. Arequipa. Universidad Nacional San Agustín Arequipa. 2018. 11 – 12 pp.
10. Moyano M, Peuchol A, Giachetti A, Moreno R. Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. Editorial Arch Argent Pediatr. Argentina. 2014. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_infecciones-de-piel-y-partes-blandas-en-pediatria-consenso-sobre-diagnostico-y-tratamiento-parte-2-celulitis-ectima-y-ectima-gangrenoso-celulitis-necrotizantes-consideraciones-finales-16.pdf

11. Jane W. Ball, Ruth C. Bindler. Enfermería Pediátrica. Asistencia Infantil. Cuarta Edición. Pearson Educación S. A. 2010. 1308 pp.
12. Jane W. Ball, Ruth C. Bindler. Enfermería Pediátrica. Asistencia Infantil. Cuarta Edición. Pearson Educación S. A. 2010. 1309 pp.
13. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: Kozier & Erb. Novena Edición. 2do volumen. Madrid. España: McGraw – Hill Interamericana; 2013.1205 pp
14. Pacheco E. Características Clínicas Epidemiológicas de Celulitis en paciente pediátrico del Hospital Goyeneche del 2011 al 2017. Arequipa. Tesis Pregrado. Arequipa. Universidad Nacional San Agustín Arequipa. 2018. 11 – 12 pp.
15. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: Kozier & Erb. Novena Edición. 2do volumen. Madrid. España: McGraw – Hill Interamericana; 2013.1217 pp
16. Fernández A, Moraga F. Enfermedades bacterianas de la piel. Editorial Pediatr Integral. Barcelona. 2016. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx03/04/n3-179-188_FdoMoraga.pdf
17. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: Kozier & Erb. Novena Edición. 1er volumen. Madrid. España: McGraw – Hill Interamericana; 2013.1205 pp
18. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: Kozier & Erb. Novena Edición. 2do volumen. Madrid. España: McGraw – Hill Interamericana; 2013.1259 pp
19. Ministerio de Salud. Norma Técnica – Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Primera edición. 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
20. Svarch E. Anemia por deficiencia de hierro en el lactante. Revista cubana pediatría (Internet) 2015. [Citado el 02 de febrero del 2020]. 87(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000400001
21. Organización Mundial de la salud. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/elena/titles/iron-children-24to59/es/>
22. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: Kozier & Erb. Novena Edición. 1er volumen. Madrid. España: McGraw – Hill Interamericana; 2013.1182 pp
23. Ball J, Bindler R. Enfermería Pediátrica. Asistencia infantil. Cuarta edición. Madrid, España. Editorial Gea consultoría S.L. 2010. 300 pp.

24. Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Edición: Ministerio de ciencia e innovación. 2011. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/07/GPC-sobre-Trastornos-del-Sue%C3%B1o-en-la-Infancia-y-Adolescencia-en-Atenci%C3%B3n-Primaria.pdf>
25. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: Kozier & Erb. Novena Edición. 1er volumen. Madrid. España: McGraw – Hill Interamericana; 2013.1121 pp
26. Bravo S. Principales factores de riesgo y prevalencia de celulitis en el servicio de medicina del Hospital de Ventanilla, periodo enero – diciembre 2016. Tesis pregrado. Universidad Ricardo Palma. 2018. 22 pp.
27. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: Kozier & Erb. Novena Edición. 2do volumen. Madrid. España: McGraw – Hill Interamericana; 2013. 1208 pp
28. Valverde I, Mendoza N, Peralta I. Enfermería Pediátrica. Editorial: Manuel Modernos S.A. 2013. 118 pp
29. Gaioli M, Berberian G, Fernández M. Pediatría Practica. Picadura de mosquitos. Volumen 4. 2012. Disponible en: http://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2012/xix_4_313.pdf
30. Lemone P, Burke K. Enfermería Medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. Cuarta edición. Volumen I. 2009. 45 pp
31. Ball J, Bindler R. Enfermería Pediátrica. Asistencia infantil. Cuarta edición. Madrid, España. Editorial Gea consultoría S.L. 2010. 1308 pp.
32. Valverde I, Mendoza N, Peralta I. Enfermería Pediátrica. Editorial: Manuel Modernos S.A. 2013. 118 pp
33. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 20012-2014. Barcelona: Elsevier España. 2012.
34. Pérez G. Metodología de la investigación cualitativa. Retos e interrogantes II Técnicas y análisis de datos. Madrid: la muralla S.A.2002. 13 pp
35. Rodríguez G. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Albije, S.L. 1996. 17 pp
36. García M. Revista Médica Electronica Portales Médicos. [Online].; 2016 [cited 2019 September 9. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/historia-clinica-anamnesis-exploracion-fisica/>.

37. Nursing Outcomes Classification (NOC). Sexta ed. Barcelona: Elsevier España; 2019.
38. Nursing Interventions Classification (NIC). Séptima ed. Barcelona: Elsevier España; 2019.
39. Comisión nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos. National Institutes of Health. U.S.A. 18 de abril 1979. Disponible en: http://medicina.unmsm.edu.pe/etica/images/Postgrado/Instituto_Etica/Belmont_report.pdf
40. Echemendía B. La regulación ética de las investigaciones biomédicas y los comités de ética de la investigación. Rev cubana Hig Epidemiol. 2014. abril; 52(1).
41. Arias M, Giraldo V. El rigor científico en la investigación cualitativa. Invest Educ Enferm. 2011;29(3): 500-514. Disponible en: file:///C:/Users/Carlos%20Diaz/Downloads/artículo_redalyc_105222406020.pdf
42. Polit F, Hongler B. Investigación Científica En Ciencias De La Salud: Principio Y Métodos. Sexta edición. México. Mc Graw- Hill Interamericana. 2000. pp 238
43. Polit F, Hongler B. Investigación Científica En Ciencias De La Salud: Principio Y Métodos. Sexta edición. México. Mc Graw- Hill Interamericana. 2000. pp 239
44. Polit D, Hongler B. Investigación científica en ciencias de la salud: Principios y métodos. Sexta Edición. México. Mc Graw Grill Interamericana. 2000. 239-240.
45. Brunner y Suddarth. Enfermería Medicoquirúrgica. 12ª.Edicción. Volumen I. Barcelona (España).2013.
46. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: Kozier & Erb. Novena Edicción. 2do volumen. Madrid. España: McGraw – Hill Interamericana; 2013.1205 pp
47. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: Kozier & Erb. Novena Edicción. 2do volumen. Madrid. España: McGraw – Hill Interamericana; 2013.1227 pp
48. Brunner y Suddarth. Enfermería Medicoquirúrgica. 12ª.Edicción. Volumen I. Barcelona (España).2013.

49. Pacheco E. Características Clínicas Epidemiológicas de Celulitis en paciente pediátrico del Hospital Goyeneche del 2011 al 2017. Arequipa. Tesis Pregrado. Arequipa. Universidad Nacional San Agustín Arequipa. 2018. 11 – 12 pp.
50. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: Kozier & Erb. Novena Edición. 2do volumen. Madrid. España: McGraw – Hill Interamericana; 2013.1227 pp
51. Ministerio de Salud. Norma Técnica – Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas. Primera edición. 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
52. Organización Mundial de la salud. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/elena/titles/iron-children-24to59/es/>
53. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: Kozier & Erb. Novena Edición. 2do volumen. Madrid. España: McGraw – Hill Interamericana; 2013.1230 pp
54. Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Edición: Ministerio de ciencia e innovación. 2011. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/07/GPC-sobre-Trastornos-del-Sue%C3%B1o-en-la-Infancia-y-Adolescencia-en-Atenci%C3%B3n-Primaria.pdf>
55. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: Kozier & Erb. Novena Edición. 2do volumen. Madrid. España: McGraw – Hill Interamericana; 2013.1123 pp
56. Flórez J. Farmacología y Dolor. Edición. Ergon. C/arboledaS. A. Madrid. 2010. 125 pp
57. Flórez J. Farmacología y Dolor. Edición. Ergon. C/arboledaS. A. Madrid. 2010. 16 pp
58. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: Kozier & Erb. Novena Edición. 2do volumen. Madrid. España: McGraw – Hill Interamericana; 2013. 1123 pp
59. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: Kozier & Erb. Novena Edición. 2do volumen. Madrid. España: McGraw – Hill Interamericana; 2013. 919 pp

