

VII.- PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA:

7.1.- HISTORIA DE ENFERMERIA:

7.1.1.- Datos Sociales Basicos:

7.1.1.1.- Nombre .- R.S.M.C.

7.1.1.2.- Edad.- 2 años 3/12.

7.1.1.3.- Sexo.- Masculino.

7.1.1.4.- Nacionalidad.- Mexicana.

7.1.1.5.- Religión.- Católica.

**7.1.1.6.- Domicilio actual.- Lomas de Colosio, La Salvación,
Ejido San José de Guaymas.**

7.1.1.7.- Lugar de procedencia.- Guaymas Sonora.

**7.1.1.8.- Preferencias personales.- Correr, jugar a la pelota,
juega mucho con carritos.**

7.1.2.- Datos Fisiológicos Básicos:

7.1.2.1.- Peso.- 13.105 Kg.

7.1.2.2.- Estatura.- 95 cms.

7.1.2.3.- Audición.- Sin compromiso.

7.1.2.4.- Visión.- Sin compromiso.

7.1.2.5.- Olfato.- Sin compromiso.

7.1.2.6.- Lenguaje.- Sin compromiso.

7.1.2.7.- Capacidad para movilización.-Normal.

**7.1.2.8.- Eliminación.- Renal (4 a 5 veces por día),
Intestinal (1 a 2 veces por día).**

**7.1.2.9.- Reposo y sueño.- Duerme normalmente y durante el
día duerme 2 hrs.**

7.1.3.- Forma de Vida Cotidiana:

**7.1.3.1.- Higiene personal.- El baño cada tercer día, debido a la
escasez de agua, lo mismo que de ropa, el aseo bucal no
se efectúa, lavado de manos una vez por día (por la
noche), corte de uñas cada semana.**

**7.1.3.2.- Alimentación.- La mayoría de las veces es frijol, leche,
huevos, naranjas, plátanos.**

**7.1.3.3.- Recreación.- Los fines de semana ocasionalmente lo
llevan al parque.**

7.1.4.- Estudio de Situación Social y Económica:

**7.1.4.1.- Generalidades de la colonia.- Esta colonia es realmente
nueva (2 años), aún no cuenta con servicios de luz,
agua, drenaje.**

**7.1.4.2.- Tipo de vivienda.- Obrera, consta de una habitación
6x5 mts.**

7.1.4.3.- Ubicación.- al norte con San José de Guaymas,
al sur con Guaymas,
al este con Empalme y
al oeste con San Carlos.

7.1.4.4.- Construcción.- Casa de madera, con techo de lámina negra, es una sola habitación de 6x5 mts. y un baño (letrina).

7.1.4.5.- Ventilación.- Es natural, tiene dos ventanas y una puerta.

7.1.4.6.- Iluminación.- Por el día natural, por la noche lámpara de gas butano.

7.1.4.7.- Abastecimiento de agua.- El suministro de agua es por llave a 700 mts. de la casa.

7.1.4.8.- Disposición y eliminación de desechos.- Cuenta con una fosa séptica separada de la casa como a 20 mts., la basura la queman en el patio.

7.1.4.9.- Fauna nociva y animales.- Hay muchas cucarachas, no hay perro ni gato, no hay ningún árbol.

7.1.4.10.- Organización familiar:

7.1.4.10.1.- Autoridad familiar. 4to niño.

7.1.4.10.2.- Número de miembros que conviven con el paciente:

Padre: 47 años de edad, 4to semestre de licenciatura en economía, su cupación es albañil.

Madre: 24 años de edad, escolaridad, secundaria, ocupación, hogar.

Hermano: 7 años, cursa 2do. año de primaria

Hermana: 6 años, cursa 1er. año de primaria

Hermana: 5 años, cursa prepimaria.

7.1.4.11.- Interrelaciones familiares y comunales: Es buena, los vecinos están muy retirados (500 mts).

7.1.4.12.- Situación económica.- Es variable pero por lo regular hay un ingreso de n\$20.00 por día.

7.1.4.12.1.- Ingreso mensual.- n\$700.00 mensuales.

7.1.4.12.2.- Distribución de ingresos:

Alimentación 60%

Vestido 20%

Educación 5%

Recreación y otros 5%

7.1.5.- Antecedentes:

7.1.5.1.- Hereditarios y familiares:

Abuelos paternos: Diabético y con enfermedades cardíacas.

Abuelos maternos: La señora, hipertensa controlada, el señor sano.

Padres: El padre diabético, la madre sana

7.1.5.2.- Personales patológicos:

Amigdalitis, hospitalizado tres veces a la edad de 2 meses y a los 2 años tiene todas las vacunas. En sus hospitalizaciones ha sido manejado con antibióticos, analgésicos y antihistamínicos, respondiendo a ellos sin complicaciones.

7.1.5.3.- Antecedentes Perinatales:

Es producto del 4to. embarazo de 38 semanas de gestación, bajo control prenatal, sin patologías durante el embarazo. Con peso de 2.300 Kg. atendido por facultativo, sin problemas durante el nacimiento, respiró y lloró al nacer, con reflejos normales, aparentemente sin patología agregada; seno materno hasta los tres meses, caminó y habló al año de edad, control de esfínteres a los 2 años, con esquema completo de vacunación.

7.1.6.- Percepción del paciente acerca de su enfermedad:

Sabe que en forma frecuente le sucede, al presentar dolor en "garganta" y le molesta al pasar o deglutir alimento y que en ocasiones se le acompaña de otros malestares físicos.

El niño sabe que tiene que aceptar la administración de sus medicamentos para poderse sentir mejor, se le informa que debe acudir con el médico para vigilar la evolución de su padecimiento. La madre explica al niño que no debe descubrirse de su ropa al estar el clima frío, no tomar bebidas muy frías, mantenerse con calzado para evitar que toque el piso húmedo y frío.

Hay veces en que sí participa en su cuidado y tratamiento y en otras no, se pone irritable, rechaza el medicamento, más cuando se trata de aplicación de antibiótico por vía parenteral.

7.1.7.- Descripción del Padecimiento y Tratamiento:

El paciente ingresa al Hospital Básico de Guaymas, el día 3 de marzo del año en curso, procedente de la consulta de urgencias con la siguiente sintomatología: con dos días de evolución, cuadro gripal por la madrugada de ese día, agregándose tos traqueal, disfonía y estridor laríngeo acompañada de dificultad respiratoria y fiebre de 39 grados centígrados, por lo que acuden al servicio de urgencias donde se deriva al servicio de pediatría.

A la exploración física: Estridor laríngeo moderado, tos traqueal ocasional, polimnea ++ hidratado, orofaringe y amígdalas hiperémicas, campos pulmonares con rudeza respiratoria ++ y estridor laríngeo +, campos pulmonares bien ventilados sin fenómenos exudativos, restos sin cambios.

I.D. Faringoamigdalitis e insuficiencia respiratoria. Se le practica Biometría Hemática con discreta baja de hemoglobina 11.6 mgr., leucocitos normales, con predominio de linfocitos (48), que sugiere proceso viral.

03-Marzo-95

14:00 Hrs.

- Indicación Médica:**
- 1.- Abundantes líquidos orales.
 - 2.- Terapia inhalatoria con nebulizador ultrasónico 15 min. C/2 Hrs.
 - 3.- Hidrocortizona 250 mgr. I.V. C/6 Hrs. (valorar retiro mañana).
 - 4.- Vigilar incremento de síndrome de insuficiencia respiratoria.
 - 5.- Penicilina G.Sódica Cris. 1 200 000 U.I. I.V. C/4 Hrs.
 - 6.- Solución glucosada al 10% 300 ml. más solución fisiológica 100 ml. más 12 meq. de KCL. para 8 Hrs.
 - 7.- Rayos X de tórax.
 - 8.- Posición semifowler.
 - 9.- Oxígeno 3lts x min. PRN.
 - 10.- Acetaminofén sup. rectal, uno C/6 Hrs.
 - 11.- Biometría hemática.
 - 12.- Valorar por pediatra.
 - 13.- Signos vitales por turno.
 - 14.- Cuidados generales de enfermería.

03-Marzo-95

22:40 Hrs.

Fue valorado por pediatra reportándolo delicado, continúa con tos traqueal, disfonía, estridor laringeo, inquietud, polipnea y cede la hiperternia.

- Indicación Médica:**
- 1.- Dieta normal con abundantes líquidos.
 - 2.- Terapia inhalatoria con nebulizador ultrasónico 15 Mins C/2 Hrs, con palmopercusión posterior.

- 3.- Hidrocortisona 150 mg. I.V. C/6 Hrs.
(valorar retiro).
- 4.- Vigilar incremento de dificultad respiratoria.
- 5.- Penicilina sódica Cris. 600 000 U.I. I.V.
C/4 Hrs.
- 6.- Resto igual.

04-Marzo-95

8:00 Hrs.

De acuerdo con nota anterior contos traqueal, disfonía y desaparece el estridor laríngeo inspiratorio, no tiene insuficiencia respiratoria y comió bien.

Exploración Física: rudeza respiratoria, estertores gruesos bronqueales, no agregados, dejarse 24:00 Hrs. más.

Indicaciones Médicas.- Mismo manejo.

05-Marzo-95

9:00 Hrs.

Problema laringotraqueobronqueal francamente resuelto (90%), pero trae crisis asmática más o menos moderada por lo que se decide dejarlo 24:00 Hrs. más.

Lo manejaremos con Clorfeniramina/ betametazona y cambiamos dosis de penicilina sódica Crist. Su estado general es satisfactorio y su cooperación es excelente.

Indicaciones médicas: 1.- Dieta normal con abundantes líquidos.
2.- Penicilina 600 000 U.I. C/6 Hrs.
3.- Suspender hidrocortisona.

- 4.- Celestamine Pediátrico jarabe, dar 5 ml. C/8 Hrs. V.O.
- 5.- Nebulizaciones C/ 3 Hrs, salbutamol 0.5 ml, y solución fisiológica 3.5 ml.
- 6.- Posición semifowler con rossiere.
- 7.- Signos vitales por turno.

06-Marzo95

9:00 Hrs.

Se manejará como externo dado que sus condiciones generales lo permiten, durmió bien, come bien, tos ocasional no produce insuficiencia respiratoria, buena ventilación, no tiros intercostales, sólo estertores gruesos bronqueales, corazón normal.

Plan: alta con mejoría con curación y manejo externo.

Indicaciones médicas:

- 1.- Retirar venoclisis
- 2.- Suspender penicilina sodica Crist.
- 3.- Dar ampicilina 500 mg. V.O. C/8 Hrs.
- 4.- Celestamine pediátrico jarabe 5 ml.
V.O. C/8 Hrs.
- 5.- Cita en siete días.

VALORACION CEFALOCAUDAL:

Descripción del paciente:

Preescolar masculino de 2 años de edad que acude al servicios de urgencias del Hospital Básico de Guaymas con diagnóstico de faringoamigdalitis e insuficiencia respiratoria. El día 3 de marzo del año en curso, a las 14:00 Hrs. el niño es llevado por su madre procedente del área rural. Refiere la madre que inicia con hipertermia no cuantificada y tos seca frecuente, incrementándose por la noche al presentar dificultad respiratoria. Al momento de ser explorado con temperatura de 39.4 grados centígrados, con tiros intercostales, disociación toracoabdominal, aleteo nasal, frecuencia respiratoria 65 X' orofaringe hiperémica, campos pulmonares hipoventilados, sibilancias y estertores en ambas bases. Motivo por el cual es ingresado al servicio de pediatría para su manejo correspondiente.

OBSERVACIONES:

Su edad 2 años tres meses corresponde cronológicamente a su peso y su complexión, a su apariencia física 13,105 Kg., con una talla de 95 cm., su color de piel es morena clara, hidratada, sin ninguna patología aparente.

Signos Vitales: Temperatura 39.4 grados centígrados.

Pulso: 136 X'

Respiraciones: 65 X'

Tensión Arterial: 95/65.

Somatometría: Peso: 13.105 Kg.

Talla: 95 cms.

P.C.: 52 cms.

P.A.: 56 cms.

P.T.: 55 cms.

CABEZA: En forma ocasional refiere cefalea que cede con analgésicos.

CARA: Sus movimientos normales, es expresiva, en forma esporádica con manifestaciones de dolor en el momento de deglutar, cuando las amígdalas se encuentran hipertróficas.

CUERO CABELLUDO: Sin caspa, ni cicatrices y no hay pediculosis.

CEJAS: Negras y abundantes.

OJOS: Cafés oscuros, con buena visibilidad, con pupilas normorefléxicas e isocóricas, normal.

PARPADOS: Con movimientos normales y coloración sin alteraciones.

OIDO: Con buena audición, sólo refiere dolor, con escaso exudado no fétido.

OIDO EXTERNO: Secreción de serumen normal.

NARIZ: Olfato presente, situada en forma simétrica, un poco enrojecida con rinorrea hialina a veces amarillo verdoso, aunque narinas permeables.

BOCA Y GARGANTA: Al momento de estar con su cuadro clínico quizás por el mismo proceso infeccioso hay presencia de halitosis, dificultad para pasar o deglutir sus alimentos (disfagia), un poco disfónico.

LABIOS: Sonrosados, simétricos e hidratados, sin grietas.

ENCIAS: Color rosado y sin edema.

DIENTES: 8 incisivos, cuatro caninos, 8 molares y sin caries.

LENGUA: Rosada, hidratada y sin lesiones.

GARGANTA: Con presencia de amígdalas hipertróficas, accesos aislados de tos húmeda y en ocasiones seca, se acompaña de ronquidos al momento de estar dormido (razón por la que duerme con almohada).

VOZ: Leve disfonía, un poco "gangoso" por el proceso inflamatorio, sin perder la emisión de voz o sonidos.

CUELLO: Con inflamación leve de ganglios en cuello acompañada de dolor.

TORAX: Simétrico, con movimientos intercostales normales, sin patología agregada aparentemente.

PIEL: Buena turgencia, con llenado capilar normal, hidratada y sin edema ni cicatrices.

MAMAS: Simétricas, color café claro y sin patologías.

AXILAS: Sin ganglios inflamados, con extensión en sus movimientos.

PULMONES: Rudeza respiratoria, con leve dificultad para respirar al momento de encontrarse con hipertermia, con taquipnea transitoria, que cede al bajar la temperatura por medio físicos o medios químicos, sus pulmones con buena entrada de aire y sin infiltrado bronconeumónico.

CORAZON: Con taquicardia por la presencia de hipertermia con ruidos cardiacos normales, sin soplos agregados.

ABDOMEN: Perímetro abdominal 56 cms., blando con cicatriz umbilical normal, simétrico, depresible y con movimientos peristálticos normales.

ELIMINACION URINARIA: Volumen adecuado, color amarillo claro, transparente, sin sedimentos, con control de esfínter urinario de cuatro a cinco veces por día.

APARATO GENITAL MASCULINO: Con meato urinario permeable sin fimosis, ni alteraciones en pene ni escroto, de color café obscuro, buena sensibilidad y sin problemas.

RECTO: Permeable, sin lesiones anorrectales y con esfínter normal.

EXTREMIDADES: Simétricas, con buenos movimientos de abducción y aducción, extensión y flexibilidad normal, sin cicatrices, ni inflamaciones y no hay limitación de movimientos.

ARTICULACIONES: Son simétricas, leve artralgia que cede con analgésicos, sin presencia de hiperemia, con temperatura normal y sin limitar sus movimientos.

VASOS: Con llenado capilar normal, sin flebitis ni presencia de fragilidad capilar.

ESPALDA: Simétrica, con movimientos normales, sin deformaciones en la columna vertebral.

7.1.9.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Paciente masculino de 2 años de edad, consciente a su ingreso, hidratado, con hipertermia 39 grados centígrados, accesos de tos traqueal, estridor laríngeo y polipnea.

Con irritabilidad, inquietud y regular aceptación de sus alimentos.

Con apatía, poco comunicativo e inseguro, quiere que la madre permanezca todo el tiempo a su lado y duerme por ratos mal.

Su padecimiento es la cuarta vez que se manifiesta y su manejo han sido a base de antibióticos y fisioterapia pulmonar, presentando los siguientes problemas:

- 1.- Funcionamiento respiratorio ineficaz, relacionado por proceso inflamatorio, mayor producción de secreciones viscosas, fatiga, menor nivel de energía.
- 2.- Hipertermia relacionada con deshidratación, menor ingesta de líquidos, efectos de la infección, alteración metabólica.
- 3.- Alteración en el bienestar a causa del dolor con proceso inflamatorio de faringe y amígdalas.
- 4.- Alteraciones en la integridad física del paciente producida por la terapéutica medicamentosa.
- 5.- Alteración de la nutrición relacionada con una menor ingesta calórica, aumento de las necesidades metabólicas y rechazo al alimento.

- 6.- Dificultad para la deglución relacionada con la reducida capacidad en relación a la inflamación local de amígdalas.**
- 7.- Angustia por temor a lo desconocido.**
- 8.- Incapacidad de conciliar el sueño relacionado con la falta de adaptación del paciente al medio hospitalario o aunado al dolor e inquietud frente a su padecimiento y generado por estrés.**
- 9.- Alteración en el estado emocional del paciente y la familia relacionado con el diagnóstico de faringoamigdalitis.**
- 10.- Alteración en el estado de higiene del paciente y la familia, relacionado con los tabúes que conservan por tradición en el que el baño puede hacerles " daño " o es perjudicial.**

7.1.10.- PLAN DE ATENCION:

1.- Problema Real:

Funcionamiento respiratorio ineficaz, relacionado por proceso inflamatorio, mayor producción de secreciones viscosas, fatiga, menor nivel de energía.

Problema Potencial:

Bajo aporte de oxígeno hacia los tejidos.

Objetivo:

Favorecer la permeabilidad de las vías respiratorias altas y bajas.

Acciones de Enfermería:

Proporcionar ambiente húmedo con nebulizador ultrasónico, en forma intermitente C/2 Hrs, mantenerlo en posición semifowler con aplicación de oxígeno 3 Lts. X'.

Animar y ayudar al paciente a toser, indicándole la manera de hacerlo, exemplificando con uno mismo, explicando cuál es la forma para que salgan las secreciones, instruir las técnicas de respiración a través de labios semicerrados para disminuir la sensación de disnea y estimular la respiración profunda (se le dan las siguientes instrucciones) :

- 1.- Adopte una postura confortable, relajada.**
- 2.- Inspire lentamente a través de la nariz. Mantenga la boca cerrada.**
- 3.- El vientre debe expandirse. Observe el movimiento con la mano situada sobre el estómago.**
- 4.- Ponga los labios como si fuera a apagar una vela o dar un beso, o silbar.**

- 5.- Expire lentamente a través de los labios semicerrados. El vientre debe descender.
- 6.- La expiración debe durar, por lo menos, el doble que la inspiración.
- 7.- Descanse.
- 8.- Repita.

Se practica 3 ó 4 respiraciones de 6 a 8 veces al día hasta que la técnica sea automática.

Valorar ruidos respiratorios, facilitar la fisioterapia pulmonar respiratoria si el paciente no puede movilizar las secreciones eficazmente.

Aspiración de secreciones con succión por aire o manualmente con perilla de caucho, drenaje postural si está indicado, la fisioterapia respiratoria consta de las técnicas de percusión de la pared torácica, de drenaje postural, de vibración y sacudidas costales para ayudar a la eliminación de secreciones respiratorias, tomando en cuenta los siguientes puntos:

- 1.- Afloje la ropa ajustada.
- 2.- Asegúrese de que el paciente esté cómodo y comprenda el procedimiento.
- 3.- Realice la vibración a través de una sola capa de ropa o toalla de baño, la percusión se realiza golpeando la pared torácica con la manos en forma de copa, generando un sonido hueco, seco. Si se realiza correctamente es indolora. La vibración se ejecuta durante expiración, utilizando la parte plana de la palma sobre la zona tratada, el paciente expira a través de labios semi cerrados mientras que la enfermera vibra la zona en la misma dirección que el movimiento costal. Se balancean las costillas hacia abajo utilizando la parte plana de la mano. La vibración y sacudidas de las costillas ayudan a desalojar tapones mucosos. Debe evitarse la percusión sobre la columna, hígado, riñón, abdomen, bazo, escápulas y tejido mamario.

- 4.- Los pacientes pueden sufrir disnea durante el drenaje postural.
 - 5.- Pueden estar indicados periodos de reposo.
 - 6.- Espere por lo menos una hora después de la comida antes de realizar el drenaje postural.
 - 7.- Estimule la respiración profunda y la tos después del tratamiento.
 - 8.- Aspire secreciones si el paciente experimenta dificultad para expulsarlas.
- Colocar al paciente en posición semifowler para comodidad y para facilitar la ventilación.
- Valorar la frecuencia y el patrón respiratorio, y el movimiento de la pared torácica (disociación toracoabdominal, tiros intercostales, periodos de apnea, taquipnea, aleteo nasal, cianosis, etc.).
- Suministrar y vigilar la administración de oxígeno suplementario según prescripción.
- Vigilar el color, cantidad y consistencia de la expectoración.
- Tomar en cuenta que las complicaciones de la terapéutica de oxígeno son: náuseas, disnea, dolor subesternal, narcosis de dióxido de carbono (se quita el estímulo para la respiración espontánea. Puede presentarse delirio), fibroplasia retrolenticular.

Ejecución y/o Delegación: Enfermera.

Evaluación:

Mostró mejoría al día siguiente de su ingreso, debido a la fisioterapia pulmonar y a la oxigenoterapia.

2.- Problema Real:

Hipertermia relacionada con deshidratación, menor ingesta de líquidos, efectos de la infección, alteración metabólica.

Problema Potencial:

Desencadenar crisis convulsivas.

Objetivos:

Mantener la temperatura corporal normal, 36 grados centígrados a 36.5 grados centígrados.

Acciones de Enfermería:

Controlar la temperatura corporal por medios físicos (por medio de compresas húmedas y/o baño), controlar por medios químicos, aplicando acetaminofén sup. uno V.R. C/6 Hrs.

Llevar registro gráfico de las oscilaciones termométricas, como ayuda para determinar el curso de la enfermedad.

Instruir al enfermo y a los familiares sobre los síntomas de la infección (fiebre, variación en el color, escalofríos, crisis convulsivas, etc.).

Enseñar las formas de controlar la temperatura cuando exista fiebre en casa, mediante el baño con agua tibia o compresas húmedas constantes en cabeza, tórax (por debajo de las axilas, abdomen y pelvis), que es donde pasan los grandes vasos.

Hacer conciencia que con la fiebre no se debe cubrir demasiado al paciente, ya que se conserva más el calor en lugar de perderlo, incrementando la posibilidad de crisis convulsivas por hipertermia, y en caso de que esto suceda, demostrarle que es un signo de alarma en el que se debe acudir en forma inmediata a urgencias médicas.

Ejecución y/o Delegación: Enfermería.

Evaluación:

Cedió con los medios físicos y medios químicos empleados, sin que presentara complicaciones.

3.- Problema Real:

Alteración en el bienestar a causa del dolor por proceso de inflamación de faringe y amígdalas.

Problema Potencial:

Irritabilidad, angustia.

Objetivo:

Mantener sin dolor intenso en la mayor brevedad posible, aproximadamente 30 a 45' posterior a la administración de analgésicos.

Acciones de Enfermería:

- Administración de analgésicos por V.R. C/6 Hrs. un sup. de acetaminofén.
- Asegurar la eficacia del medicamento, administrándole con horario, no PRN de acuerdo a las características del dolor.
- Identificar la fase o fases (anticipación, presencias, secuelas) que experimenta el enfermo.
- Durante cada fase de la experiencia dolorosa observar todas las respuestas conductuales, que son:
 - 1.- Manifestaciones fisiológicas.
 - 2.- Expresiones verbales.
 - 3.- Conducta vocal.
 - 4.- Expresiones faciales.
 - 5.- Movimientos corporales.
 - 6.- Contacto físico con otras personas.
 - 7.- Alteraciones en respuesta al medio ambiente.

Usar las respuestas conductuales del enfermo para determinar los siguientes parámetros:

- a).- Intensidad del dolor.
- b).- Tolerancia al dolor.
- c).- Características como sitio, duración, ritmo y calidad.
- d).- Lo que en opinión del paciente, le ayudará a combatir el dolor.
- e).- Las preocupaciones del sujeto con respecto al dolor.
- f).- Cualquier pauta en la conducta del paciente, esto es, conductas que el paciente tiende a mostrar repetidamente.

Usar las siguientes categorías de actividad de enfermería como guía para elegir y poner en práctica medidas de enfermería, que modificarán factores que influirán en las experiencias y conductas del sujeto durante cada una de las fases del dolor:

- 1.- Establecer una relación adecuada con el paciente que sufre dolor.
 - 2.- Enseñar aspectos importantes sobre el dolor.
 - 3.- Hacer que participen otras personas que se pongan en contacto con él.
 - 4.- Estimular el descanso y la relajación.
 - 5.- Usar una terapéutica conductual.
 - 6.- Permanecer con el enfermo.
-
- Administrar ambiente húmedo para que al momento del acceso de tos seca no favorezca al dolor.
 - Proporcionar medidas terapéuticas de confort, cambios posturales preferentemente semifowler con rossiere.

Ejecución y/o Delegación: Enfermería.

Evaluación:

Disminuye o desaparece el dolor a la aplicación de analgésico, V.R.

4.- Problema Real:

Alteraciones en la integridad física del paciente producida por la terapéutica medicamentosa.

Problema Potencial:

Repercusión funcional mediante reacciones secundarias dependiendo del fármaco administrado y la sensibilidad del organismo del paciente.

Objetivo:

Recibirá administración segura y sin complicaciones de los fármacos administrados.

Acciones de Enfermería:

- 1.- Cerciorarse de la permeabilidad de la venoclisis.
- 2.- Inmovilizar el brazo para impedir la salida del catéter y lesión en la vena.
- 3.- Vigilar la presencia de burbujas de aire en el equipo de venoclisis , que pueden producir embolia gaseosa en el sistema circulatorio.
- 4.- Vigilancia continua del flujo de la solución para impedir la sobrecarga del sistema circulatorio
- 5.- Vigilar la infiltración de líquidos hacia los tejidos:
 - a).- Edema, blanqueado de la piel.
 - b).- Molestias que dependen de la naturaleza de la solución.
 - c).- El flujo de líquido es más lento o se detiene.
 - d).- Detener la infusión si eso existe.
 - e).- Notificar al médico.
 - f).- Colocar compresas calientes para incrementar la absorción de líquido.
 - g).- Volver a empezar la infusión en otro sitio.

6.- Vigilar y detectar oportunamente datos de flebitis:

- a).- Al principio hay hipersensibilidad y después dolor a lo largo de la vena.
- b).- Edema y enrojecimiento de la vena o en el sitio de la inyección.
- c).- Como consecuencia el brazo se siente más caliente que el otro.

7.- Si existen datos fracos de flebitis, suspender el flujo y cambiar a otro sitio:

- a).- Colocar compresas frías inmediatamente para mejorar el dolor y la inflamación.
- b).- Seguir con compresas húmedas y calientes para estimular la circulación y propiciar la absorción.
- c).- Colocar un vendaje poco compresivo.

8.- El fármaco debe tener la dilución apropiada para evitar concentraciones altas del mismo en el momento de infusión.

9.- Administrar penicilina G. Sod . Crit 1,200 000 U.I I.V. C/4 Hrs.

10.- Vigilar cualquier manifestación de shock anafiláctico o reacción alérgica.

11.- Administrar solución glucosada al 10% 300 ml. más 100 ml. de solución fisiológica más 12 meq. de kcl, pasar en 8 Hrs.

12.- Administrar hidrocortizona 250 mg, I.V. C/6 Hrs., administrándola diluida de 10 a 15 ml., aplicando lentamente.

13.- Vigilar manifestaciones de náuseas, vómito, etc.

- 14.- Aplicación de acetaminofén, un sup. V.R.. C/6 Hrs.**
- 15.- Aplicación de Ventolín 0.5 ml. más sol. fisiológica c/3 Hrs., vigilando la aparición de taquicardia, temblor, nerviosismo, palpitaciones, inestabilidad, sudoración, arritmias, insomnio, rubefacción, aumento de la tensión arterial, cefalea, náuseas, vómitos e irritabilidad.**
- 16.- Administrar Celestamine jarabe (pediátrico) 5 ml. V.O. C/8 Hrs.**
- 17.- Administrar líquidos orales abundantes, corroborar la hora, vía de administración, la cantidad, nombre del medicamento y nombre del paciente antes de ser administrado cualquier medicamento.**

Ejecución y/o Delegación: Enfermería.

Evaluación:

El paciente no presentó manifestaciones secundarias a los medicamentos, por lo que fue más rápida su recuperación.

5.- Problema Real:

Alteración de la nutrición relacionada con una menor ingesta calórica, aumento de las necesidades metabólicas y rechazo al alimento.

Problema Potencial:

Anemia, Desnutrición.

Objetivo:

El paciente mantendrá la ingesta calórica apropiada.

Acciones de enfermería:

- Pesarlo a diario a las 8 a.m. usando la misma báscula.
- Controlar la ingesta de nutrientes.
- Iniciar un recuento calórico.
- Reducir el nivel de actividad para disminuir las necesidades metabólicas.
- Aumentar la actividad según se tolere.
- Investigar qué alimentos le gustan y cuáles no.
- Proporcionar una dieta de poca cantidad, pero frecuente, rica en proteínas e hidratos de carbono.
- Fomentar que le traigan la comida de su casa en caso de que esto se permita.
- Favorecer la ingesta de líquidos en su dieta para ayudar a fluidificar secreciones.

Ejecución y/o Delegación: Enfermería.

Evaluación:

Al inicio se le dificultaba aceptar los alimentos, debido a su mal estado general, al tercer día muestra mejor aceptación de sus alimentos.

6.- Problema Real:

Dificultad para la deglución relacionada con la reducida capacidad en relación a la inflamación local de amígdalas.

Problema Potencial:

Rechazo al alimento.

Objetivo:

Facilitar la ingesta con alimentos blandos, líquidos de fácil deglución.

Acciones de Enfermería:

- Ofrecer dieta que consiste en gran cantidad de líquidos, así como de comidas suaves no irritantes, ofreciendo jugos de frutas, leche, gelatina, atoles, cremas de verduras, etc. Dar buena presentación a sus alimentos para que le estimule la ingesta.
- Preguntar qué alimento le gusta comer y que sea de fácil ingesta.
- Protegerlo y asistirlo en los horarios de su alimento (evitando broncoaspiración por un acceso de tos súbita), y que no se encuentre con secreciones que le impidan el paso del alimento.
- Colocarlo en posición casi sentado.

Ejecución y/o Delegación: Enfermería.

Evaluación:

El seleccionaba sus alimentos, los que más le agradaban y que sentía eran de fácil deglución, teniendo predilección por gelatina y plátano.

7.- Problema Real:

Angustia por temor a lo desconocido.

Problema potencial:

Rechazo al tratamiento.

Objetivo:

Disminuir la ansiedad.

Acciones de enfermería:

Valorar la llegada del niño, su preparación psicológica para la hospitalización:

- 1.- El niño debe saber por qué ha sido llevado al hospital, qué es lo que le espera.**
- 2.- Mostrar confianza al paciente desde el momento de su ingreso (explicarle el funcionamiento del área).**
- 3.- Ayudar a los padres a preparar al niño, hablándoles primero en términos generales de la hospitalización.**
- 4.- Escuchar con atención lo que nos diga y demostrarle que le creemos y deseamos ayudarle.**
- 5.- Darle seguridad, explicándole con palabras sencillas y claras su enfermedad, el tratamiento y sus funciones que usted como enfermera y su médico desempeñan para salir adelante.**

- 6.- Explicarle que la separación de la familia es parcial y que aun estando internado tendrá su apoyo.**
- 7.- Explicarle los beneficios que tendrá con el tratamiento y las complicaciones que podrían ocurrir si no se le aplica.**
- 8.- Animarlo a que haga preguntas sobre su problema de salud o sobre el funcionamiento del área de hospitalización.**
- 9.- No hacer comentarios delante del paciente.**

Ejecución y/o Delegación: Enfermería.

Evaluación:

Se mostró irritable al manejo desde su ingreso posterior a las 8 Hrs., se logra adaptar al medio por mantenerse acompañado de su madre, que fue la que le brindó la mayor parte de su seguridad.

8.- Problema Real:

Incapacidad de conciliar el sueño relacionado con la falta de adaptación del paciente al medio hospitalario o aunado al dolor e inquietud frente a su padecimiento generado por estrés.

Problema Potencial:

Insomnio.

Objetivo:

Contribuir a favorecer el reposo, descanso y el sueño.

Acciones de Enfermería:

- La identificación del patrón normal del sueño del paciente.
- Determinación de lo que el paciente percibe de los efectos del patrón habitual.
- Iniciación de medidas para aumentar la duración o la cantidad del sueño y del reposo.
- Promoción de relajación mediante técnicas físicas o mentales.
- Provisión de educación sanitaria para el paciente y la familia según sea necesaria.
- Facilitarle la presencia de un familiar que le dé seguridad en el momento de dormir.
- Evitar ruidos y movimientos bruscos o desagradables.
- Vigilar que la iluminación y la temperatura ambiente sean adecuadas.
- Verificar que la ropa de cama se encuentre limpia y bien seca
- Ofrecerle seguridad y dejarlo tranquilo.

Ejecución y/o Evaluación: Enfermería.

Evaluación:

Dormía por periodos cortos porque la fisioterapia pulmonar le fastidiaba, ya que tenía que ser constante: C/2 Hrs las primeras 24 Hrs., y eso no le permitía el sueño principalmente. Se adaptó y logró hacerlo aun con la aplicación de las nebulizaciones.

9.- Problema Real.

Alteración en el estado emocional del paciente y la familia relacionado con el diagnóstico de faringoamigdalitis.

Problema Potencial:

Aumento del estrés.

Objetivo:

El paciente y la familia aceptarán el diagnóstico y colaborarán de manera positiva en el tratamiento.

Acciones de Enfermería:

- Establecer una relación de confianza entre enfermera y paciente.
- Alentar al paciente y su familia para que expresen sus sentimientos, preocupaciones y dudas sobre la enfermedad.

- Ayudar al paciente y a su familia a controlar sus temores al suprimir los mitos de su perspectiva y proporcionarle información que reduzca su preocupación sobre la enfermedad y al tratamiento médico quirúrgico (incluyendo los efectos secundarios), además demostrarles confianza y simpatía.

Ejecución y/o delegación: Enfermería.

Evaluación:

Su estrés emocional desapareció al comprender que el medicamento intravenoso se le administraba sin producirle dolor al ver la jeringa, y que ésta se le inyectaba al catéter de la venoclisis y que en el resto del manejo no recibió la agresividad que posiblemente él esperaba sino que recibió la confianza y seguridad en su tratamiento.

10.- Problema Real:

Alteración en el estado de higiene del paciente y la familia, relacionado con los tabúes que conservan por tradición, en el que el baño puede hacerles "daño" o es perjudicial.

Problema Potencial:

Falta de Higiene.

Objetivo:

Conservar la limpieza general del cuerpo para proporcionar comodidad y bienestar.

Acciones de Enfermería:

- Mostrar confianza y seguridad al paciente y familia explicando que el aseo o el baño con agua a temperatura corporal no le perjudica ni aumenta el cuadro clínico de su padecimiento, que lo que sí se debe controlar es la entrada de corrientes de aire en el momento de estarlo bañando y que se debe secar perfectamente, lubricarle la piel y vestirlo, corte de uñas si es necesario y peinarlo.
- Educar y mostrarle la técnica del cepillado dental.
- Hacer mención al paciente y familia que el baño favorece al descanso, y ayuda a la relajación del cuerpo para facilitar el sueño.

Ejecución y/o Delegación: Enfermería.

Evaluación:

Al llegar el paciente venía en malas condiciones de higiene por temor de la madre de que si lo bañaba podría perjudicarle aún más. Se logra educar a la madre y acepta que una buena higiene es para bienestar del niño.

7.1.11.- RESUMEN DE LA EVOLUCION DEL PACIENTE:

Masculino de 2 años de edad con diagnóstico de faringoamigdalitis más insuficiencia respiratoria moderada.

Durante la estancia en la unidad médica se maneja dos días con esteroides I.V., penicilina I.V. y salbutamol inhalado.

Evolución satisfactoria, no aumentó insuficiencia respiratoria, sólo rudeza y estertores gruesos bronqueales. Comiendo y durmiendo bien.

Se manejará como externo:

Fecha de ingreso: 03-Marzo-95.

Fecha de egreso: 06-Marzo-95.

Hora de egreso: 10:00 Hrs.

Expediente: 11454.

Nota: Los padres continúan con el interés de seguir el tratamiento en la misma institución.

7.1.12.- RESUMEN DE VISITA DOMICILIARIA:

El día jueves 9 de marzo del presente año, se realiza visita domiciliaria por la mañana, previa recolección de datos del paciente en Hospital Básico de Guaymas, Sonora.

Fuimos recibidas por la madre y el padre del niño, los cuales cooperan con el interrogatorio del caso, mostrándose amables, explicándonos el padecimiento y situación general del mismo; cómo ha sido la forma de enfrentarlo y tratarlo, en esos momentos el niño se encontraba jugando, sólo escuchamos accesos de tos esporádica, continuaba con el tratamiento indicado por el pediatra y mencionando que la cita era para el día 13 de marzo cuando acudirían para revisión del niño.

Una vez recolectados los datos sobre antecedentes hereditarios patológicos y no patológicos, así como situación social y económica, les solicitamos una segunda cita para familiarizarnos con el paciente y tomar sus datos personales. Acudiendo el día 14 de marzo un día posterior a la cita médica con el pediatra, ese día acudimos a las 10:30 Hrs., sólo que tuvimos que hacer una breve espera, ya que la madre del niño había salido a realizar compras de artículos domésticos.

Continuamos la plática o entrevista con el papá del niño mostrándose igual de cooperador, a los 30 mins. llega la madre y nos ofrece café con galletas, continuando con nuestra investigación. Esta vez nos dice que el pediatra revisó al niño y no encontró ninguna alteración, haciéndole mención de la importancia de recibir el tratamiento completo, y que ellos tratarán de hacer conciencia del padecimiento, sobre la frecuencia del cuadro o sintomatología en forma repetitiva, y en caso que esto suceda, acudiera de nuevo con el médico para no esperar que se agrave el padecimiento.

Observamos que los familiares sí llevan a cabo las indicaciones médicas y que son capaces de valorar el curso del padecimiento de nuestro paciente y que están dispuestos a continuar con la terapéutica en caso de que se presentara de nuevo el padecimiento.

Se le habló de la importancia de los dientes de leche y del cuidado de éstos:

a).- A los tres años el niño debe ser examinado por el dentista, una vez que los dientes de leche han aparecido.

b).- Cuando los dientes de leche cariados se descuidan, suelen perjudicar la salud el niño y pueden causar abscesos, fiebre y dolor excesivo. Los dientes infectados pueden dañar los dientes permanentes que se están formando en el maxilar. Un niño con caries dentales avanzadas encuentra dificultad en masticar algunos alimentos, que son esenciales para una dieta bien equilibrada.

c).- Los dientes de leche actúan como una guía para la posición adecuada de los dientes permanentes. Cada diente de leche guarda el espacio para el diente permanente que lo reemplazará, si se pierde un diente de leche en forma permanente, se perderá el espacio. Esto trae como resultado el apretamiento de los dientes permanentes requiriendo en último término un trabajo de ortodoncia, cuando el niño es mayor.

d).- Los dientes de leche sirven de estímulo para el crecimiento de los maxilares, ayudan al desarrollo de la dicción y desempeñan un papel estético.

Al mismo tiempo aprovechamos la oportunidad para dar a los niños y a sus padres información que promueva la salud dental, proporcionándole la técnica del cepillado dental, y una dieta bien equilibrada para el desarrollo sano de los dientes.