

III. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

HISTORIA DE ENFERMERIA

Datos Sociales Básicos:

Nombre : M.G.H.R

Edad: 7 meses

Sexo: Masculino

Nacionalidad: Mexicana

Religión: Iglesia Apostólica Romana de la Fé en Cristo Jesús.

Domicilio: Calle José Urrea # 1322, Colonia Juárez.

Procedencia: Bahía de Lobos.

Preferencias Personales: Pasear en andadera, duerme a intervalos cortos durante el día, jugar con juguetes apropiados a su edad (sonajas).

Datos Fisiológicos Básicos:

Peso: 7.200 kgs.

Estatura: 71 cm.

Audición: Normal, escucha los diferentes sonidos y reacciona ante ellos.

Visión: Normal, sigue objetos con la vista.

Lenguaje: Balbucea.

Capacidad de Movilización: Se desplaza normalmente en la andadera.

Mano Dominante: Hasta ahora la derecha, ya que con ella toma los objetos.

Eliminación Renal: Micciona Normalmente

Intestinal: Evacuaciones diarréicas color verdoso, con moco y sangre, en cantidad de 12 evacuaciones en 24 horas.

Reposo y Sueño: Poco irritable y con dificultad para conciliar el sueño, dormía a intervalos cortos durante el día y la noche.

Formas Ordinarias de Vida Cotidiana:

Higiene Personal: Buena porque se le efectua baño diario, corte de uñas cada tercer día, aseo de los oídos.

Alimentación: Verduras, como: zanahorias y calabacitas.

Frutas: Manzanas, plátanos y peras.

Estudios de Situación Social y Económica:

Generalidades de la Colonia: Cuenta con servicios de agua potable, luz eléctrica.

Tipo de Vivienda: Obrera

Ubicación: Queda hacia el norte de la ciudad.

Construcción: Está construída de material de ladrillo, tiene 3 habitaciones; dos cuentan con techo de cemento y uno de lámina galvanizada, 2 de los cuales son recámaras y una cocina,

Ventilación: Suficiente porque cuenta con 3 ventanas y 3 puertas. Tiene 3 abanicos.

Iluminación: Natural y artificial. Luz eléctrica.

Abastecimiento de agua: Por llave intradomiciliaria.

Disposición y eliminación de los desechos: La disposición de excretos es en letrina y para la basura es en botes sin tapadera, la recoge el carro recolector una vez por semana.

Fauna Nociva y Animales Domésticos: Existe toda clase de fauna nociva, como: cucarachas, moscas, mosquitos y roedores; en cantidad moderada. No cuentan con ningún otro tipo de animal doméstico.

Organización Familiar:

Autoridad Familiar : Padre

Personas que conviven con el paciente:

Mamá : Tercer grado de secundaria, ama de casa.

Papá: Segundo grado de preparatoria, pescador, sueldo de N\$ 800.00 mensuales.

Abuelo: Ningún estudio. Pensionado. Pastor de la Iglesia.

Abuela: Segundo grado de primaria. Ama de casa.

Tío: Sexto de primaria. Trabajador del V.H.

Tío: Primer grado de secundaria. Estudiante.

Tío: Estudiante segundo semestre CONALEP.

Interrelaciones Familiares y Comunes:

Relación familiar armoniosa y con sus vecinos la relación es buena, sin alteraciones.

Situación Económica: Ingreso Mensual N\$ 800.00.

Distribución de los Ingresos:

Alimentación: N\$ 500.00 mensuales

Vestido: N\$ 200.00 mensuales

Pago Recibos: Agua: N\$ 50.00 mensuales

Recreación: Ver televisión y radio, convenciones de la iglesia, festejos de la misma iglesia.

Antecedentes

Hereditarios y Familiares: Enfermedades crónico-degenerativas y familiares más cercanos; tíos, padres del niño y abuela aparentemente sanos; abuelo, hipertenso.

Protección Específica: Cuenta con el esquema de inmunización, las indicadas a su edad, que son : primera dosis de R/N Sabin y B.C.G. Las tres dosis de Sabin y D.P.T.

Antecedentes Perinatales: Parto normal, sin complicaciones.

Personales Patológicos:

Enfermedades que ha padecido anteriormente al problema actual:

Ninguna.

Hospitalizaciones Anteriores: Estuvo internado durante dos días en Puerto Libertad al inicio de su problema diarréico. El tratamiento recibido a decir de su madre, fué con líquidos intravenosos y medicamentos (metronidazol y amikacina), la respuesta fué negativa, continuando con el padecimiento . Posteriormente fué hospitalizado de nuevo en la Clínica UMF #54 de Empalme, Sonora.

Descripción del Padecimiento y su Tratamiento:

02/03/95: Paciente masculino de 7 meses de edad, con padecimiento de 8 días de evolución, evacuaciones líquidas en número no determinado, hipertemia, estuvo hospitalizado durante 2 días, mejorando; posteriormente, presenta decaimiento, evacuaciones con moco y sangre, pujo y dilatación anal.

Acude a esta unidad y se le encuentra en buen estado general, hidratado, llanto con lágrimas, irritable con hipertemia 39°C; con pujo casi constante, abdomen aparentemente doloroso a la palpación profunda, peristalsis acelerada, genitales y región perianal con eritema importante. Se solicita citología fecal para investigar la etiología de la diarrea.

El inicio de su tratamiento fué con:

Electrolitos orales a tolerancia (V.S.O.).

Dieta complementaria astringente, adecuada a su edad.

Vigilar número y características de evacuaciones bililabstix en cada evacuación.

Vigilar presencia de vómitos.

Control de temperatura por medios físicos.

Pasta de Lassar en glúteos.

Se solicita cit. fecal, B.H.C. y E.G.O.

03/03/95 : El desempeño diarréico del paciente ha sido importante (12 evacuaciones) a decir de la madre, la hidratación es completa y su ingesta es normal; no ha tenido vómito, continua con hipertemia.

El eritema perianal es importante, tomando en cuenta que se corrobora la intolerancia a la lactosa, tiene una citología fecal con germen invasor (Shigella), por lo que se le indica antibiótico. Amikacina 40 mg. 1 v.c/8 horas, y acetaminofén 15 gotas c/8 horas; en caso de persistir la hipertemia mayor de 38°C, se le indica alimento proteínico no lacteo (soya) 240 ml. c/4 horas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Lactante menor de 7 meses de edad, de complexión delgada con palidez de tegumentos. Se encuentra canalizado en miembro superior izquierdo, con cateter heparinizado sellado, adopta posición libremente escogida en brazos de su madre y en su cuna. El paciente presenta los siguientes problemas:

1. Alteración del bienestar del paciente debido a la elevación mantenida de la temperatura (39°C) ocasionado por un proceso infeccioso.
2. Presencia de dolor abdominal en relación a espasmos o cólicos intestinales.
3. Incapacidad para llevar a cabo la absorción de la lactosa por la ausencia de vellocidades intestinales, debido al aplanamiento de éstas y a la ausencia de lactasa.
4. Dificultad para adaptarse al cambio de técnica para la ingestión de la fórmula (biberón a vaso), debido a normas institucionales no se proporcionará biberón a ningún niño ya que se lleva a cabo el programa de la lactancia materna.

5. Alteración de la motilidad intestinal, en relación a la presencia de evacuaciones líquidas con moco y sangre.
6. Presencia de sangre en evacuación, debido a la falta de producción de vitamina "K", causado por el barrido antimicrobiano.
7. Presencia de enrojecimiento y escoriación de la piel en la región genital y perianal, debido a la acidez de las evacuaciones y a la frecuencia de las mismas.
8. Pérdida de la continuidad de la piel, en relación en la presencia de un cateter heparinizado.
9. Alteración de la continuidad de la piel por presencia de enrojecimiento y edema en el sitio de salida del cateter intravenoso.
10. Angustia por temor a lo desconocido.
11. Alteración del patrón de reposo y sueño, ocasionado por el movimiento propio del hospital y a las actividades constantes de enfermería.

PLAN DE ATENCION

PROBLEMA REAL

Alteración del bienestar del paciente debido a la elevación mantenida de la temperatura (39°C) ocasionado por un proceso infeccioso.

PROBLEMA POTENCIAL

Convulsiones

OBJETIVO

Disminuir su temperatura corporal 2°C en 1 hora, mantenerlo en las cifras normales de temperatura corporal.

Evitar el aumento de peristales por efecto del termómetro.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Se realizará baño de arteza al paciente, posteriormente se le aplicarán compresas húmedas.

Administración de antipirético prescrito por el médico (acetaminofén 15 gotas c/8 horas. P.R.N.).

Mantenerlo con ropa ligera.

Toma de temperatura axilar cada media hora, posteriormente cada dos horas.

Ofrecer líquidos por vía oral.

Administración de antibiótico (amikacina 40 gr. i.v.c/8 horas).

EVALUACION

Se logró el objetivo deseado.

PROBLEMA REAL

Incapacidad para llevar a cabo la absorción de lactosa por la ausencia de vellosidades intestinales, debido al aplanamiento de éstas, y a la ausencia de la lactasa.

PROBLEMA POTENCIAL

Perpetuidad de la diarrea.

OBJETIVOS

Desaparecerá la diarrea, sustituyendo su fórmula por una sin lactosa.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Se ofrecerá alimento protéico no lacteo (soya) y se evitarán alimentos derivados de la leche.

Vigilar presencia de glucosa en evacuación.

Detectar azúcares reductores con clinitest y HCl.

Cuantificar evacuaciones y sus características.

EVALUACION

Se logró el objetivo mediante la realización de todas las acciones, las evacuaciones se fueron tornando blandas y pastosas, pero con sangre.

PROBLEMA REAL

Dificultad para adaptarse a cambio de técnica para la ingestión de la fórmula (biberón a vaso), debido a normas institucionales.

PROBLEMA POTENCIAL

Rechazo a la fórmula en forma definitiva.

Presencia de vómito al intentar la alimentación.

OBJETIVO

Disminuirá al máximo los riesgos de la repetición del cuadro gastroenteral.

Se habituará a la ingestión de su fórmula a base de soya y vida suero oral en vaso.

Evitará llegar a la deshidratación y desnutrición.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Medidas de sostén para evitar la ruptura del equilibrio agente, huésped y medio ambiente.

Ofrecer su alimento protéico no lácteo (soya) y vida suero oral en vaso.

Educación a la madre sobre técnicas de alimentación y beneficios de la nueva fórmula.

EVALUACION

El paciente no rechaza la fórmula de soya, pero no se habitúa a tomarla en vaso.

PROBLEMA REAL

Alteración de la motilidad intestinal en relación a la presencia de evacuaciones líquidas con moco y sangre,

PROBLEMA POTENCIAL

Deshidratación y desnutrición.

OBJETIVO

Disminuirá el número de evacuaciones dentro de los 3 primeros días de hospitalización y posterior a la aplicación de medicamento.

Mantendrá estado nutricional.

Recuperará más rápidamente la mucosa intestinal mediante la alimentación.

Evitará llegar a la deshidratación y desnutrición.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Administración de antibiótico, amikacina 40 mg. i.v. c/8 horas.

Acciones de vida suero oral.

Nos encontramos al paciente con el Plan "A".

Se administra V.S.O a libre demanda. Ofrecer pequeñas cantidades (15 a 30 ml.) por cada evacuación.

Dieta complementaria astringente adecuada a su edad (7 meses), papillas de manzana, pera, guayaba, plátano, pollo, cereal de arroz, etc.

Toma de peso diario.

Detectar signos de deshidratación y desnutrición.

Se recogerán muestras de heces para citología fecal.

Bililabstix en cada evacuación.

EVALUACION

Las evacuaciones fueron más pastosas pero con sangre, se lograron los objetivos en un 90% y se corroboró la intolerancia a la lactosa. El peso del bebé aumentó 200 grs.

PROBLEMA REAL

Presencia de sangre en evacuación debido a la falta de producción de vitamina "K", ocasionado por el barrido antimicrobiano.

PROBLEMA POTENCIAL

Anemia a largo plazo.
Angustia de la madre.

OBJETIVO

Corregirá el problema de sangrado en evacuación posterior a la aplicación del medicamento prescrito por el médico.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Aplicación de vitamina "K", 5 mg. I.M. c/24 horas por dos días.

EVALUACION

El problema se corrigió al aplicársele la vitamina "K".

PROBLEMA REAL

Presencia de enrojecimiento y escoriación de la piel en la región genital y perianal, debido a la acidez de las evacuaciones y a la frecuencia de la misma.

PROBLEMA POTENCIAL

Ulceración de las regiones afectadas y asociación de otras dermatosis (micosis problemas bacterianos).

OBJETIVO

Mejorará al máximo el estado de la piel, en una semana.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Baño diario.

Aseo de genitales, después de cada micción y/o evacuación.

Aplicación de pasta de Lassar.

Mantenerlo limpio y seco, cambio de pañal P.R.N.

Calor local con fuente de luz directa en forma cuidadosa.

EVALUACION

Mejóro mucho el estado de la piel de la región genital del paciente, aunque aún le quedan pequeñitas fisuras anales.

PROBLEMA REAL

Pérdida de la continuidad de la piel en relación a la presencia de un cateter heparinizado.

PROBLEMA POTENCIAL

Flebitis.

Infección en el sitio de punción.

OBJETIVO

Mantendrá una vía endovenosa para los fármacos y soluciones de hidratación que requiera.

Mantendrá limpio su sitio de punción.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Cambio frecuente de la protección del cateter (telas adhesivas, gasas, etc.).

Aseo en el sitio de punción.

El cateter endovenoso no permanecerá más de 72 horas en el mismo sitio.

EVALUACION

Se mantuvo limpio el sitio de punción, pero hubo reacción de sensibilidad endovenosa al medicamento.

PROBLEMA REAL

Alteración de la continuidad de la piel por presencia de enrojecimiento y edema en el sitio de salida de cateter intravenoso.

PROBLEMA POTENCIAL

Infección en el sitio de punción.

OBJETIVO

Disminuirá el edema y enrojecimiento del área de punción intravenosa.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Aplicación de compresas de agua fría en el sitio de punción intravenoso.

Curaciones del área afectada.

Mantener limpia la herida.

EVALUACION

Se logró el objetivo ya que desapareció el edema y enrojecimiento de la piel, quedando solo la huella del punto de punción.

PROBLEMA REAL

Angustia por temor a lo desconocido.

PROBLEMA POTENCIAL

Llanto constante.

OBJETIVO

Disminuirá su ansiedad

ACCIONES DE ENFERMERIA

Mostrar interés por el paciente.

Hablarle en voz baja y ser amigable para ganar su confianza.

Jugar con el niño y distraerlo.

Darle juguetes adecuados.

Crearle un ambiente de cordialidad.

Acariciarlo.

EVALUACION

El paciente se adapta al ambiente hospitalario, al ganar su confianza se mostró sonriente.

PROBLEMA REAL

Alteración del patrón de reposo y sueño ocasionado por el movimiento propio del hospital y a actividades constantes de enfermería.

PROBLEMA POTENCIAL

Cambio del ritmo circadiano (sueño-alerta).

Irritabilidad.

OBJETIVO

Reposará en un ambiente agradable, tranquilo y muy cordial.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Molestarlo lo menos posible.

Adaptar horario de medicamentos para que no interfiera con el ritmo del sueño.

Canalizarlo en horas apropiadas y con la frecuencia recomendada (72 horas).

Disminuir los ruidos hospitalarios.

Ofrecerle un ambiente agradable y terapéutico.

Disminuir en lo posible las luces , para proporcionarle un mayor descanso.

EVALUACION

Se logró el objetivo creándole un ambiente confortable.

VISITA DOMICILIARIA

La vivienda es modesta pero limpia, el aspecto de las personas que conviven con el niño es bueno, en cuanto a higiene se refiere, sus recursos económicos son bajos.

El patio de la casa se encuentra limpio, la basura recolectada en botes sin tapadera, donde proliferan las moscas, cucarachas y mosquitos; de acuerdo a ésto, se les proporcionó orientación sobre la higiene personal, de la vivienda, y la higiene en la preparación de los alimentos; así como la recolección de la basura en botes con tapadera y control de la fauna nociva. También se les dieron orientaciones específicas sobre el cuidado y protección del niño.

Resumen de la Evolución del Paciente

Su evolución fué tórpida inicialmente, con decaimiento, pero nunca llegó a la deshidratación por tolerar perfectamente la vía oral.

Mostrando mejoría mediante los cuidados de enfermería otorgados y la administración de medicamentos prescritos por el médico. Inició con amikacina 40 mg. c/8 horas i.v., posteriormente se agrega trimetropin con sulfametoxazol 2.5 ml. c/8 horas v.o. y vitamina "K" 5 mg. i.m. c/24 horas por tres días, mejorando progresivamente en el número de evacuaciones y en la consistencia. Actualmente tiene pequeñas escoriaciones anales, fisuras que causan rasgos sanguíneos al evacuar, pero la consistencia es pastosa, por lo que el paciente es egresado a su domicilio, continuando su control en la consulta externa.