

II.- VALORACION DE ENFERMERIA

2.1. Historia de la Enfermería.

2.1.1. Datos de identificación.

Nombre: R.A.C.

Edad: 4 años.

Sexo: Masculino.

Ocupación: No asiste al jardín de niños.

Persona para Contactar: A.R. (Padre).

Lugar de Procedencia: Empalme, Sonora.

Domicilio Actual: Morelos # 10 Manzana 88 Col. Modelo.

Servicio: Pediatría.

Fecha de Ingreso: 24 de Noviembre de 1998.

Motivo de solicitud de atención: Dolor en costado derecho, fiebre y dolor abdominal.

Diagnóstico Médico: Neumonía basal derecha y derrame pleural derecho a descartar absceso hepático.

2.1.2. Antecedentes personales patológicos.

Basadas en el interrogatorio realizado a la madre del niño, ésta refiere que ha padecido resfriados comunes, cuadros de faringitis, amigdalitis, otitis, varicela a los 2 años 6 meses.

2.1.3. Antecedentes personales no patológicos.

Es un producto de la tercera gesta, el cual se obtiene por parto normal, lloro y respiro al nacer.

Los primeros cinco meses de vida, se alimenta de seno materno, continuando con alimentación a base de papillas, integrándose en forma gradual a la dieta familiar.

Según la madre del usuario expresa que ha crecido y se ha desarrollado adecuadamente conforme a sus etapas de vida, se hace referencia de la administración de vitaminas homeopáticas.

Cuenta con esquema de vacunación completo.

Referente a su desarrollo psicomotor refiere la madre que fija la mirada a los dos meses de edad y reconoce a su madre, sostiene la cabeza a los tres meses, y comienza a gatear a los seis, sus primeros pasos fueron a los ocho meses, a los nueve camina por sí solo, a esta edad comienza a decir sus primeras palabras.

Sube escaleras a los dos años ayudado por el barandal y deja de utilizarlo a los tres años, para caminar libremente y sin ayuda.

Su lenguaje es fluido a partir de los dos años.

2.1.4. Antecedentes heredo familiares.

De acuerdo a la entrevista realizada a la madre del usuario ésta nos revela que el niño cuenta con los siguientes antecedentes:

Abuela materna: De 76 años con diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertensión arterial sistémica (no refieren control), abuelo finado a causa de cirrosis hepática e infarto agudo al miocardio.

Por parte del padre, abuela de 57 años de edad con hipertensión arterial sistémica controlada, abuelo finado por causa desconocida.

El padre del usuario presenta cifras elevadas de ácido úrico y trigliceridemia.

La madre y hermanas aparentemente sanas.

2.1.5. Resumen de inicio y evolución del padecimiento actual.

Inicia el padecimiento el 18 de Noviembre 1998 cursando con dolor en oído derecho, el cual es constante y variable, el cuadro que presenta es de faringitis y otitis media, por lo que acude a consulta, donde es tratado, con antibióticos como: amikacina (dosis desconocida), no cediendo el cuadro, presentándose tos productiva así como secreciones blanquecinas no fétidas, fiebre no cuantificada por lo que acude al servicio de urgencias de la unidad ISSSTE de Empalme, por presentar dolor tipo punzante en hipocondrio derecho que aumenta con el movimiento, así como fiebre (39°C.) la cual no tiene predominio de horario, y aparentemente sin factor desencadenante.

En este caso es tratado con amikacina, ambroxol y salbutanol (se desconoce dosis) sin mejorar el cuadro, agudizándose con disnea de pequeños esfuerzos.

El usuario es transferido de Empalme a unidad hospitalaria ISSSTE de esta ciudad donde recibe atención médica por el cuadro presentado.

Ya estando en esta unidad presenta datos francos de dificultad respiratoria y dolor abdominal, peristalsis disminuida a descartar probable sepsis. Por lo que se le coloca sonda nasogástrica y se obtienen restos alimenticios color café.

Se solicitan estudios de radiología, siendo postero anterior y lateral de tórax simple de abdomen, de pie y decúbito, con interconsulta a pediatría.

Posteriormente se observa disnea intensa así como estertores y dolor en región abdominal (hipocondrio derecho), fiebre sin ningún patrón establecido, con facie dolorosa, posición forzada, estableciéndose el diagnóstico de derrame pleural derecho y probable neumonía basal derecha por lo cual inicia tratamiento a base de: Ayuno, soluciones parenterales para ocho horas con glucosa al 10% 165ml. solución salina 85ml. más cloruro de potasio 15 meq., ceftriaxona 1gr. intravenosa (IV) cada 8 horas, amikacina 75mg. IV cada 8 horas, ranitidina 15mg IV cada 8 horas, dipirona 200mg IV cada 6 horas, ambroxol 5 ml. vía oral (VO) cada 8 horas.

Días después se agrega vancomicina 250 mg IV c/8 hrs. (esquema por 10 días) y ceftazidima 250 mg. IV c/8hrs. (esquema por 15 días).

Agregándosele también difenidol 0.7 ml. IV y diazepam 0.5 mg. Intra muscular (IM) P.R.N., cloranfenicol 350mg. IV cada 6 horas, metrodinazol 200mg. IV cada 8 horas por 11 días, posteriormente se administra gentamicina 40 mg. IV cada 8 horas y PGSC 1,000,000 IV cada 4 horas por 10 días.

Se realizan exámenes de laboratorio como: Biometría hemática completa, grupo Rh, plaquetas, cultivo de líquido pleural, examen general de orina y electrolitos sericos.

Se aplican nebulizaciones con solución salina 15 minutos cada dos horas, seguidas de palmopercusiones enérgicas y frecuentes; aspiración de secreciones por razón necesaria, oxígeno a 5 litros por minuto, continuo. Con vigilancia estrecha de enfermería para valorar la aparición de signos que indiquen compromiso cardiorrespiratorio y abdominal, se instala sonda nasogástrica dejándose abierta y a gravedad, se transfunde 150ml. de paquete globular O(+) para tres horas, por presentar hemoglobina de 10.5 gr/dl.

Se realiza una venodisección en miembro superior, brazo derecho por resultar imposible la venopunción.

El resultado radiológico muestra datos de derrame pleural por lo que se solicita interconsulta con neumología, y cirugía Pediátrica quienes deciden instalar drenaje pleural, (sello de agua), posteriormente se solicita tomografía computarizada de tórax, la cual muestra absceso pulmonar y fistula broncopleural.

Aparecen picos febriles vespertinos de 38.9°C y por la noche de 39.3°C. Se reajusta dosis de vacomicina a 40 mg/kg. El líquido drenado por el sello de agua es de 120 ml. con características serohemáticas el cual fue disminuyendo paulatinamente, mejorando así la sintomatología del niño.

Se valora el retiro del catéter IV, pues evoluciona satisfactoriamente aunque de manera tórpida al principio, sus signos vitales se estabilizan (dentro de los parámetros normales), tolera la vía oral y sin alteración en la eliminación, es dado de alta el 24 de Diciembre de 1998 por mejoría para continuar su manejo por parte de la consulta externa de su unidad médica familiar.

2.1.6. Valoración del estado de salud de acuerdo a patrones funcionales según Marjory Gordon.

Patrón de mantenimiento y percepción de la salud.

En la entrevista realizada a la madre nos refiere que ha sido un niño sano, que sólo presenta resfriados y que en este momento percibe mal su salud, que sus hábitos y cuidados bucodentales no los lleva a cabo con regularidad. La higiene general la realiza con cambios de ropa al bañarse, se lava las manos antes y después de comer, después de ir al baño y después de jugar.

Comenta la madre que no presenta alergia, acostumbra darle vitaminas homeopáticas como complemento a su dieta.

Lo lleva a revisión médica cada seis meses aunque no se sienta enfermo, de igual manera a consulta dental para chequeo y limpieza con la misma periodicidad.

Menciona además que el usuario realiza ejercicio jugando béisbol, acostumbra darle tratamientos caseros como el té (sin especificar) cuando presenta dolor abdominal.

Considera que su hijo es obediente y cooperador y explicándole lo que se le va a realizar, se muestra dispuesto a seguir los tratamientos prescritos. Y las expectativas que tiene al internamiento son de mejoría, confía en que sanará y que tomará medidas para mantener un ambiente agradable en su casa para favorecer la salud de su hijo.

En cuanto a condiciones de la vivienda que habita refiere que es de material de concreto, el número de habitaciones son: tres recámaras, una cocina, un comedor, dos baños y cuenta con servicios básicos, (drenaje, agua, energía eléctrica), tiene ventilación natural y artificial, refiere que el mobiliario con el que cuenta cubre las necesidades básicas.

La limpieza general de la casa se realiza diariamente, según menciona la madre, existe la presencia de moscas las cuales controlan con insecticidas caseros, no conviven con animales domésticos.

Patrón nutricional metabólico.

Manifiesta la madre que el usuario realiza 3 comidas al día e incluye caramelos, chocolates o sabritas como postre.

Un día típico es:

DESAYUNO	COMIDA	CENA
1-1/2 huevo	1 plato guisado	1 hot-dog
1 vaso leche	1 plato caldo	2 tacos de distintos
1 vaso jugo	1 plato sopa	Guisados

De los alimentos que le desagradan está la carne pues no le gusta masticarla, tiene preferencia por el chayote y papaya.

La ingesta de líquidos al día es de aproximadamente de un litro y medio, ocasionalmente presenta náuseas o vómito provocado por la ingesta forzada de algún alimento sin especificar cual.

No ha presentado variaciones de peso en los últimos meses, ni dificultades en la deglución, refiere la madre que no hay dificultad para la cicatrización de heridas.

El cuero cabelludo está en buen estado, las uñas gruesas y cortas.

Según expresa la madre el niño presenta distensión y dolor abdominal en ocasiones.

La madre refiere sentirse preocupada por la cantidad de comida que ingiere el niño, ya que considera que es poca por lo que le fracciona el alimento (5 veces) complementándolo con cereales, frutas y verduras entre comidas.

Patrón de eliminación.

Los hábitos de evacuación intestinal son con una frecuencia de 2-3 veces al día, de consistencia sólida de color café claro u oscuro, según expresa la madre no usa laxantes, hay presencia de flatulencia.

La eliminación urinaria es de aproximadamente cinco veces al día y de una o dos veces por la noche y ocasionalmente se orina dormido; hace referencia que sabe utilizar el retrete.

Patrón de actividad y ejercicio.

El usuario es independiente para comer, beber, usar el sanitario, caminar, subir escaleras, movilizarse en su cama y en los juegos, sin embargo manifiesta la madre que no es independiente totalmente en su arreglo personal, necesita ayuda para amarrarse las cintas de los zapatos, no se lava los dientes por sí solo, y al bañarse se le ayuda con la aplicación del shampoo, también recibe ayuda después de cada evacuación intestinal para ser aseado.

Dice la madre que su hijo realiza movimientos libres y coordinados, que no existe alteración alguna, practica el béisbol.

Patrón de sueño descanso.

Basadas en el interrogatorio hecho a la madre del niño, nos afirma que los hábitos de sueño nocturno, son de aproximadamente 11 horas, (22 a 9 a.m.), en ocasiones toma siestas durante el día de 1-2 horas.

Presenta cambios de humor manifestado con llanto cuando se queda con sueño. Se le induce a dormir por la noche con la televisión y se despierta ocasionalmente para orinar.

Patrón cognitivo perceptual.

Refiere la madre que el usuario no presenta problemas para escuchar, hablar, oler ni ver, su memoria y orientación son buenas; el lenguaje y tono de voz son claros y fluidos, con cambios de humor manifestándolos con llanto, enojo o alegría de acuerdo a la situación.

Patrón de auto percepción y concepto de sí mismo.

Al usuario le provoca temor el estar hospitalizado porque está fuera del ambiente familiar, además por el dolor que le produce el padecimiento que lo aqueja y los procedimientos a los que es sometido como parte del tratamiento. Según describe la madre del niño, éste es alegre y en ocasiones irritable. Actualmente ha perdido el interés por los juguetes y en el último año perdió a su mascota. No refiere nada acerca de que le haría sentirse bien en este momento. La madre se siente preocupada por temor a que no quede bien o que tenga recaídas.

Patrón rol relaciones.

Vive con su familia, es independiente, no tiene ninguna dificultad para comunicarse, se expresa verbalmente además de en forma no verbal haciendo pucheros cuando está triste y sonríe cuando está contento. Expresa groserías cuando está enojado.

La familia está compuesta por el papá que es profesionista, y la mamá que se dedica a atender el hogar, una hermana de 14 años que es estudiante y otra hermana de 13 años, también estudiante.

Quien toma las decisiones en el manejo del hogar son ambos padres, la disciplina la impone la madre. No existen problemas económicos que afecten a sus necesidades básicas, ni violencia familiar. El niño tiene buena relación con otros compañeros de su edad y se adapta a los juegos con mayores y menores, (niñas y niños). Tiene compañero imaginario de juego.

La madre comenta que le preocupa que juegue fuera de su casa por lo que prefiere que lo haga en su hogar para vigilarlo.

Patrón sexualidad-reproducción.

De acuerdo a la edad del usuario éste muestra curiosidad preguntando sobre su cuerpo, identifica la igualdad de su sexo con el de su padre y la diferencia con el de su madre.

Patrón de afrontamiento- tolerancia al estrés.

La expresión habitual de la tensión la manifiesta con llanto, coraje, groserías. Le pide apoyo a su hermana menor, que ésta a su vez “lo chipilea” y lo compensa ofreciéndole un dulce.

El usuario toma decisiones sobre qué jugar, cómo divertirse, ver televisión y vestirse, sin embargo pierde interés rápidamente por las cosas.

En el último año perdió a su mascota y en este momento lo que lo haría sentirse mejor es no estar hospitalizado y poder realizar sus actividades cotidianas en su casa.

Patrón de valores y creencias.

Los padres del usuario le han inculcado la religión católica, la cual no presenta ninguna restricción para llevar a cabo el tratamiento.

2.2. Examen Físico.

Aspecto General.

Usuario pediátrico de 4 años de edad (aparente a la cronológica), su aspecto general es aliñado, color de piel blanca, cabello rubio oscuro, ojos color miel, complexión delgada, con facie de angustia y dolor referido en costado derecho y abdomen.

Su estado de ánimo se encuentra deprimido, consciente y alerta, colaborador respondiendo a preguntas, mantiene una postura forzada semi erguida.

Signos Vitales.

En el momento del examen físico, éstos se encuentran de la siguiente manera.

Temperatura axilar: 36.8°C

Respiración: 29 por minuto irregular y superficial.

Presión arterial: 80/60

Frecuencia cardiaca: 95 por minuto rítmica.

Respiratorio/Circulatorio:

El tipo de respiración es diafragmática con movimientos superficiales, hipoventilación en hemitórax derecho, con tos productiva, secreciones amarillentas, insuficiencia respiratoria manifestada por aleteo nasal, retracción xifoidea moderada y tiros intercostales.

Los campos pulmonares presentan estertores gruesos en ambos hemitórax, expansión pulmonar derecha alterada, casi nula.

En cuanto al sistema vascular periférico, se observa llenado capilar menor de dos segundos, la red venosa visible en miembros superiores afectada por múltiples punciones, presenta venodisección en antebrazo derecho, con catéter vascular silastic. Se percibe pulso carotídeo que al igual que el humeral, radial, femoral y poplíteo son rítmicos y de baja tensión.

Patrón nutricional metabólico

Peso real: 13.500 kg. Peso ideal: 14.800 kg. mínimo para su edad (según tabla de peso de la Secretaría de Salud Pública y Hospital Infantil del Estado de Sonora, NOM.-008-SSA-2 1993) Talla: 1.02 mts.

Piel:

De aspecto pálida con pequeñas cicatrices en las rodillas, no existe edema visible, las uñas gruesas y cortas.

Cabeza:

De forma y tamaño proporcional al resto del cuerpo, cuero cabelludo hidratado con buena implantación de cabello, sin alteraciones.

Cavidad bucal:

Mucosas bucofaringeas íntegras de color rosado, hidratadas, número de piezas dentarias completas de acuerdo a su edad con deficiente higiene.

Abdomen:

Es plano, simétrico, a la palpación no se detectan masas ni refiere dolor, temperatura conservada, no presenta distensión, hay presencia de ruidos peristálticos (15 por minuto). A la percusión se escucha ruido timpánico, a excepción de la región hepática ya que se percibe mate.

Patrón de eliminación.

Intestinal: Presenta evacuaciones con frecuencia de 2 al día de características semisólidas, de color café claro y olor característico. Se observa región perianal íntegra.

Urinario: En cuanto a la micción ésta se da con una frecuencia de 4-5 veces en el día y de 1-2 veces por la noche, de color amarillo claro, con un volumen aproximado de 1,200 ml. – 1,500 ml. en 24hrs, sin presencia de sangre, sedimentos ni otro elemento.

No presenta ardor ni dolor durante la micción.

Reflejo cremasterino positivo:

Escroto y testículos con forma y tamaño de acuerdo a su edad, testículos descendidos, pene con presencia de sinequias prepuciales, por presentar cierto grado de fimosis.

Patrón cognitivo perceptual.

Ojos:

Grandes, simétricos, proporcionales al resto de la cara.

Pestañas onduladas, bien implantadas, párpados con buena oclusión, rima palpebral conservada, aparato lagrimal permeable, conjuntiva bulbar blanca, pupilas que reaccionan a la luz.

No se mide la agudeza visual por no contar con ortotipo de Snellen de acuerdo a su edad.

Oído:

Pabellón auricular íntegro, bien implantado, simétrico con relación al resto del cuerpo, se realiza otoscopia, observándose mucosa íntegra, rosada, presencia de cerumen escaso, se mide agudeza auditiva utilizando la técnica del susurro el cual deja de escuchar a 45 cm. de distancia.

Olfato:

Nariz chica, recta, con mucosas hidratadas de color rosa.

Para medir agudeza olfatoria se utiliza algodón con alcohol y algodón con agua.

Responde a estímulo de estornudo con pluma de ave.

Gusto:

Para medir la distinción de sabores se utiliza sal, azúcar y medicamento amargo.

Patrón de actividad y ejercicio.

Se aprecia masa muscular de acuerdo a su edad y a la complexión física.

Se encuentra con movilidad activa, con realización de movimientos bruscos e imprecisos. La realización de aducción y abducción sin alteraciones. No presenta dificultad en movimientos de rotación, extensión y flexión.

A la deambulación se aprecia marcha equilibrada y fatiga.

Las extremidades se aprecian simétricas, con múltiples cicatrices en rodillas por traumatismos, reflejos osteotendinosos presentes y reactivos al estímulo, se visualiza catéter en brazo derecho por venodisección.

La frecuencia cardíaca es de 90 por minuto y no hay presencia de ruidos agregados, mantiene postura encogida.

2.3 Resultados de Laboratorio e Imagenología

Patrón nutricional metabólico.

		24- Nov.- 98
Biometría Hemática.	Resultados	Cifras Normales
Leucocitos	20.010mm ³	4 -11.000 mm ³
Eritrocitos	3.780 mm ³	M-4.700-6.400 mm ³ F- 4.200-5.400 mm ³
Hemoglobina	10.5 g/dl.	M-14-18 g/dl. F-12-16 g/dl.
Hematocrito	31.0 %	M-42.0-52.0 % F-36.0-48.0 %
V.G.M.	82.2 fl.	M-80.0-94.0 fl. F- 81.0-99.0 fl.
Plaquetas	339.000 mm ³	150.000-450.000 mm ³
Linfocitos %	11.2 %	20.5-45.0 %
Segmentados %	84 %	30 %
Bandas	2 %	0.0-0.2 %
Monocitos	3 %	0.3-1.2 %
Eosinofilos	0 %	0.0-0.7 %
Grupo y RH	"O" RH (+)	
		28-Nov-98
Leucocitos	17.9	
Eritrocitos	4.43	
Hemoglobina	10.9	
Hematocrito	33	
V.G.M.	74.4 L	
Plaquetas	447	
Linfocitos %	26.8 L.	
Segmentados	67	
Bandas	2	
Monocitos	1	
		7-Dic-98
Leucocitos	8.8	
Eritrocitos	4.03	
Hemoglobina	11.4	
Hematocrito	33.8	
V.G.M.	84.1	
Plaquetas	554	
Linfocitos %	37.3	

Química Sanguínea

24-Nov.-98

	Resultados	Cifras normales
Na	137 mmol/l	136-142 mmol/l
K	4.07 mmol./l	3.5-5.0 mmol/l
Cl	104 mmol./l	97-107 mmol/l
Transaminasa oxalacética	21 u/l	5.0-40 u/l
Transaminasa pirúvica	13 u/l	5.0-40 u/l
Calcio	8.1 mg/dl	8.2-10.5 mg/dl
Fosfatasa alcalina	134 u/l.	35-125 u/l

Química Sanguínea.

07-Dic.-98

	Resultados	Cifras Normales
Glucosa	87 mg/dl	70-110 mg/dl
Nitrógeno Ureico	18.8 mg/dl	8.0-25 mg/dl
Creatinina	0.6 mg/dl.	0.6-1.40 mg/dl

Análisis de líquido pleural.

Proteínas	2.5 gr/dl.
Leucocitos	8,800/ml.

Cultivo de bacterias, hongos y Baar.

En el cultivo no hubo desarrollo de colonia y el resultado fue negativo a hongos, bacterias y bacilos ácido alcohol resistente (Baar).

Patrón de actividad/ejercicio.

Imagenología.

Al ingreso del usuario el día 24 de Noviembre de 1998 la radiografía de tórax muestra derrame pleural en hemitórax derecho.

El día 1ro. de Diciembre en la interpretación radiográfica se observa: neumonía organizada, atelectacia lobular media en hemitórax derecho; senos cardiofrénicos y costodiafragmáticos en la placa lateral libres, en que predomina la condensación pulmonar.

El día 8 de Diciembre de 1998, la radiografía antero posterior (AP) y lateral muestra una bula enfisematosa en pulmón derecho.

Este mismo día se toma una segunda radiografía de tórax de control, posterior a la colocación de pleurovac, siendo esta imagen aceptable.

El 15 de Diciembre la radiografía muestra hipoventilación de lado derecho aunque menos severo.

El 23 de Diciembre los rayos X muestran mejoría, campos pulmonares bien ventilados.

Tomografía de tórax simple y contrastada.

Realizada el día 7 de Diciembre de 1998 demuestra la presencia de absceso pulmonar o neumatocele basal derecho, asociado con empiema, y fistula broncopleural. Se encuentra gran dilatación ocasionada por la presencia de aire en esófago, cámara gástrica y asas de intestino delgado. Hígado de características tomográficas adecuadas.

2.4.- Documentación

2.4.1.- Datos de identificación:

R. A. C. Masculino de 4 años de edad, originario de Émpalme, Sonora con domicilio en Morelos No.10 manzana 88, colonia Modelo.

Ingresa el día 24 de Noviembre de 1998. El motivo de atención fue dolor en costado derecho, dificultad respiratoria, fiebre y dolor abdominal. Se le establece el diagnóstico de neumonía basal derecha y derrame pleural.

2.4.2.- Antecedentes personales patológicos.

El usuario ha presentado resfriados comunes, faringitis, amigdalitis, otitis y a los 2 años 6 meses padeció varicela.

2.4.3.- Antecedentes personales no patológicos.

El usuario fue producto de la tercera gesta obtenido por parto eutócico, alimentado al seno materno hasta los primeros cinco meses de vida, por los datos obtenidos ha sido un niño sin problemas en su crecimiento y desarrollo psicomotor. Con esquema de vacunación completo.

2.4.4.- Antecedentes heredo familiares.

Por la línea materna hay antecedentes de diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertensión arterial sistémica (abuela), infarto agudo al miocardio y cirrosis hepática (abuelo fallecido).

Por la línea paterna hay antecedentes de hipertensión arterial sistémica (abuela), se desconocen las causas de muerte de otros familiares.

El padre del usuario mantiene cifras de ácido úrico elevado y trigliceridemia.

2.4.5.- Resumen del inicio y evolución del padecimiento actual.

Inicia padecimiento en Noviembre 18 de 1998 con faringitis y otitis media, la cual es tratada sin éxito, acude a consulta de urgencia presentando dolor tipo punzante en hipocondrio derecho, fiebre no cuantificada, recibiendo tratamiento sin obtener respuesta. Es transferido de Empalme a la unidad hospitalaria ISSSTE de Hermosillo, y es recibido en urgencias presentando datos evidentes de insuficiencia respiratoria (disnea, aleteo nasal, retracción xifoidea, tiros intercostales), fiebre de 39°C, dolor y distensión abdominal con peristalsis disminuida, se le coloca sonda nasogástrica a gravedad, se realizan exámenes radiológicos y de laboratorio como: rayos X AP y lateral de tórax y simple de abdomen, de pie y decúbito; biometría hemática, grupo y Rh, química sanguínea, examen general de orina, electrolitos, entre otros.

Se establece el diagnóstico, de neumonía basal y derrame pleural derecho iniciando tratamiento a base de ayuno, soluciones parenterales cada 8 horas, 1 gr. ceftriaxona IV cada 8 horas, 75 mg. amikacina IV cada 8 horas, 15 mg. ranitidina IV cada 8 horas, 200 mg. de dipirona IV cada seis horas, nebulizaciones con solución salina 4ml. + 0.5ml. de salbutamol cada seis horas, alternadas con nebulizaciones simples cada 2 horas por 15 minutos, y fisioterapia pulmonar, O₂ 2 a 5 lts. por minuto, control de temperatura por medios físicos.

Además de los antibióticos prescritos se le agregaron otros medicamentos coadyuvantes en el tratamiento como son: 0.7 ml. de difenidol y 0.5 mg: de diazepam P.R.N.

Los resultados de laboratorio muestran 10.5 gr. de hemoglobina por lo que se le transfunde paquete globular 150 ml. para tres horas, previa venodisección en miembro superior derecho; se la practica paracentesis para extraer líquido pleural para cultivo el cual resulta ser negativo, se instala sello de agua para drenaje pleural, obteniéndose salida de aire y líquido con características sero hemáticas que gradualmente fue disminuyendo.

Continúan los picos febriles que van desapareciendo en forma paulatina conforme evoluciona favorablemente al tratamiento, se le retira sello de agua y dos días después es dado de alta, el día 24 de diciembre de 1998 con tratamiento para completar último esquema de antibióticos, con cita para su control.

Patrón de mantenimiento y percepción de la salud.

La madre del usuario comenta que ha sido un niño sano, hasta antes de iniciar el padecimiento actual. En general sus hábitos higiénicos son buenos, a excepción de los cuidados bucodentales que no los lleva a cabo con regularidad.

Refiere la madre que lo lleva al médico familiar y con el dentista cada 6 meses, el esquema de vacunación es completo y no refiere alergias, realiza deporte al aire libre, le administra vitaminas y ocasionalmente le da remedios caseros.

Considera que su hijo es obediente y cooperador explicándole lo que se realizará, sin embargo se muestra aprensivo y en ocasiones rebelde por el temor y dolor que le provocan los procedimientos. En cuanto a condiciones del hogar, refiere la madre del usuario que la limpieza de la casa la realiza diariamente y controla

vectores por medio de insecticidas caseros y que no conviven con animales domésticos.

Durante la visita domiciliar observamos que hay coincidencia entre lo que la mamá dijo y lo observado. Las condiciones generales del entorno donde se desarrolla el niño son adecuadas. Consideramos a este patrón como ligeramente disfuncional.

Patrón nutricional metabólico.

Por lo comentado por la madre, el usuario consume alimentos balanceados más de tres veces al día, sin embargo actualmente observamos al niño inapetente, se le fuerza a ingerir alimentos que contienen los nutrientes esenciales, fraccionándose en quintos. Ocasionalmente presenta náuseas y vómito debido a algún alimento o secreciones faríngeas. La cantidad de líquidos que el niño ingiere es de 1000 a 1500 ml. en 24 horas aproximadamente. De acuerdo a la relación peso talla éste está ligeramente por debajo del ideal (14,800) y actualmente pesa 13,500.

Por otro lado los resultados del laboratorio muestran leucocitos de 20.1 mg/dl., eritrocitos en 3.780 mg/dl., hemoglobina gr/dl 10.5gr., mientras que la glucosa en 87mg/dl.. Se realizan análisis de líquido pleural resultando negativo a hongos, bacterias y bacilos.

El examen físico de cavidad bucal se observa presencia de placa dentobacteriana, en abdomen se escuchan ruidos peristálticos aumentados.

El estado de la piel y mucosas se encuentra alterado por la pérdida de continuidad de la piel a nivel del quinto espacio intercostal derecho (toracosentesis).

Por lo anterior consideramos a éste patrón ligeramente disfuncional.

Patrón de eliminación

En relación a los hábitos de evacuación intestinal y vesical sin alteraciones.

Por lo que consideramos este patrón funcional.

Patrón de actividad y ejercicio

La madre comenta que es un niño independiente para la realización de algunas actividades de auto cuidado (nivel 2).

Al examen físico observamos que presenta fatiga y disnea al caminar, teniendo que detenerse para descansar, relacionando esto con la hipoventilación de hemitórax derecho. Su fuerza muscular es coordinada y simétrica, por otro lado la placa de tórax muestra neumonía organizada, atelectasia lobular media en hemitórax derecho. Según tomografía de tórax simple contrastada muestra neumatocele basal derecho asociado con empiema y fistula broncopleurales.

Por lo siguiente se considera este patrón como disfuncional.

Patrón de sueño descanso

Manifiesta la madre del usuario que el sueño nocturno es ininterrumpido y suficiente, sin embargo actualmente este patrón se encuentra alterado por las

manifestaciones de la enfermedad y los procedimientos continuos a los que es sometido.

Presenta cambios de humor manifestados con llanto y enojo cuando se queda con sueño, también presenta bostezos ya que actualmente duerme aproximadamente 7 horas por la noche y durante el día en pocas ocasiones puede conciliar el sueño.

Encontramos este patrón disfuncional.

Cognitivo Perceptivo

La madre refiere que el niño no presenta dificultad alguna para ver, oír, escuchar y oler, lo cual pudimos constatar al examen físico, presenta buena orientación, el lenguaje y tono de voz son claros y fluidos.

Considerando este patrón funcional.

Patrón de autopercepción y concepto de sí mismo

El usuario se observa aprensivo, manifiesta temor por estar hospitalizado y por el dolor que le provoca el padecimiento y el tratamiento al que es sometido. Por lo que consideramos este patrón disfuncional en relación a la necesidad de seguridad y protección, que se encuentra alterada.

Patrón rol relaciones

Según anamnesis y visita domiciliaria, constatamos que la relación familiar del usuario se lleva en armonía.

El niño se relaciona fácilmente con compañeros de juego por lo que consideramos a este patrón como funcional.

Patrón sexualidad reproducción

El usuario muestra interés y curiosidad por su cuerpo, identifica la igualdad del sexo de su padre con él, y la diferencia con el de su madre. Tomando en cuenta la etapa de desarrollo en que se encuentra el niño, consideramos que este patrón se encuentra sin alteraciones.

Patrón de afrontamiento, tolerancia al estrés

El usuario manifiesta el estrés por medio de llanto, y la ira con expresiones verbales inadecuadas (groserías), el miedo lo manifiesta con resistencia a los procedimientos y con llanto. Consideramos este patrón funcional.

Patrón de valores y creencias.

El usuario es instruido en la religión católica dentro de la vida familiar y educado de acuerdo a los valores que la familia considera importantes.