



UNIVERSIDAD OLMECA

UNIVERSIDAD OLMECA
Raíz de sabiduría

INCORPORACIÓN CLAVE 8964-62 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

“PROCESO DE ENFERMERÍA A PACIENTE PEDIÁTRICO
CON DIAGNOSTICO INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
/ TERAPIA DE SUSTITUCIÓN RENAL / HIPOACUSIA
NEUROSENSORIAL BILATERAL EN EL HRAE DEL NIÑO
“DR. RODOLFO NIETO PADRON”

PROCESO DE ENFERMERÍA

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA

PRESENTA:

ZULEYMA YEDID VIDAL CÓRDOVA

ASESOR:

M.C.S.P. YARA MARIA VIDAL MAYO

VILLAHERMOSA TABASCO

NOVIEMBRE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Agradezco a la universidad olmeca por brindarme la oportunidad de culminar mis estudios y uno de mis más grandes sueños poder realizar mi Licenciatura en Enfermería. Agradezco a mis compañeros de la universidad por hacerme parte de cada una de su amistad.

Con todo respeto agradezco a mi asesora como una muestra de mi cariño y agradecimiento por todo el apoyo brindado y por qué hoy veo llegar a su fin una de las metas de mi vida, le agradezco la orientación que siempre me ha otorgado y a mis sinodales por la paciencia y apoyo en elaboración de este presente trabajo de investigación.

Agradezco a todos los docentes de la Licenciatura de Enfermería que laboran universidad Olmeca, Quizá olvide tus clases, pero no la clase de maestro que fuiste. Gracias por todas tus enseñanzas, especialmente por esas que me ayudaron a formarme como persona.

Llegaste un día de repente a cambiar mi vida de una forma linda. Cuando yo estaba sola, cuando necesitaba de un amigo, de un confidente, llegaste y me hiciste sonreír, me ayudaste a seguir mi sueño, mis metas las estoy logrando por que tu estás conmigo apoyándome dándome fuerzas.

DEDICATORIA

Señor; tú que en silencio me has acompañado a lo largo de mi vida y sin pedirme nada a cambio hoy me regalas la alegría de ver realizando mis sueños, guarda mi corazón cerca de ti y guíame día con día en el camino que lleva hacia ti.

A mi Madre:

Con la mayor gratitud por todos tus esfuerzos y sacrificios para que yo pudiera terminar mi carrera profesional. Por las lágrimas que cayeron de tus ojos cuando tus sueños se quebraban. Por haberme dado todo y por enseñarme a luchar por lo que se quiere. Gracias por guiarme mi camino y estar siempre junto a mí en los momentos difíciles. Mi triunfo es tuyo.

A mi Padre:

A quien jamás encontrare la forma de agradecerte el cariño, comprensión y apoyo brindados en las derrotas y logros obtenidos, haciendo de este, triunfo más tuyo que mío por la forma en la que hemos compartido. Solo espero que comprendan que mis ideas, esfuerzos y logros han sido también suyos e inspirados en ustedes.

Por qué gracias a su apoyo y consejos he llegado a realizar la más grande de mis metas, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

A mis Hermanos:

Si algo tengo claro en esta vida es la suerte de no haber crecido sola, de tener alguien como ustedes con quien compartir la infancia, con quien compartir juegos e ilusiones, sueños y pasiones.

Para una persona especial:

Tu eres alguien especial para mí. Me has brindado tanto apoyo en los momentos en que más lo he necesitado, pero siempre estés tendiéndome tu mano y nunca dejándome sola. Gracias por todos aquellos momentos increíbles cuando te conocí al final del trayecto de mi carrera la cual fue mi etapa más dura supiste alentarme para seguir adelante y luchar por mis sueños gracias por apoyarme sin pedir nada a cambio y eso me sirve de fortaleza y me ayudó a no rendirme es por ese granito de arena que has puesto para verme terminar mi carrera profesional.

Abuelita:

Estoy aprendiendo a lidiar con tu ausencia. Estoy aprendiendo a sobrevivir sin ti. Estoy aprendiendo a sobre llevar el dolor del vacío que siente mi corazón desearía que el cielo tuviera teléfono para poder escuchar tu voz pensé hoy en ti eso no es novedad, pienso en ti en silencio todos los días. Lo único que me queda y te agradezco son recuerdos, tus enseñanzas, tus fotos y el gran ejemplo de vida. Daría todo por abrazarte, por volver a escucharte otra vez, aunque sea por un minuto.

Perrito especial:

Te tuve en mis brazos desde pequeño y ahora la vida me obliga a que te dejé ir nunca olvidare todo el amor que recibí de ti.

INDICE

AGRADECIMIENTO	2
DEDICATORIA	3
II. INTRODUCCIÓN	8
III. JUSTIFICACIÓN	9
IV. OBJETIVOS	10
4.1. General	10
4.2. Especifico	10
V. METODOLOGIA	11
VI. MARCO TEORICO	12
6.1. Enfermería como profesión disciplinaria	12
6.2. El cuidado como objeto de estudio	14
6.3. Proceso de atención de enfermería	16
6.4. Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE	18
6.4.1. Elementos fundamentales del modelo utilizado	19
6.5. Etapas del proceso de atención de enfermería	28
6.5.1. Valoración	30
6.5.2. Diagnostico	30
6.5.3. Planificación	31
6.5.4. Ejecución	31
6.5.5. Evaluación	32
6.6. Definición de patología	37
6.6.1. Problemática de salud de la persona	37
6.6.2. Insuficiencia Renal	37
6.6.3. Insuficiencia Renal Crónica	38
6.6.4. Hipoacusia Neurosensorial Bilateral	52
6.6.5. Tecnología para la diálisis peritoneal en el niño	75
VII. RESUMEN DEL CASO CLINICO	87
VIII. DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA	89
8.1. Valoración clínica del sujeto del cuidado	94
8.2. Diagnósticos de enfermería según sea el caso	98
8.3. Planificaciones de intervenciones	110
8.3.1. Planificación de cuidados estandarizados	110
8.4. Ejecución de intervenciones	111
8.4.1. Intervenciones de enfermería	111

8.5. Evaluación.....	112
8.5.1. Planificación de cuidados individualizados.....	112
8.5.2. Planificación de cuidados estandarizados.....	113
8.5.3. Ejecución de intervenciones.....	114
8.5.4. Evaluación.....	115
8.5.5. Planificaciones de intervenciones.....	116
8.5.6. Ejecución de intervenciones.....	117
8.5.7. Evaluación.....	118
8.5.8. Planificaciones de intervenciones.....	119
8.5.9. Ejecución de intervenciones.....	120
8.5.10. Evaluación.....	121
8.5.11. Planificaciones de intervenciones.....	122
8.5.12. Ejecución de intervenciones.....	123
8.5.13. Evaluación.....	124
8.5.14. Planificaciones de intervenciones.....	125
8.5.15. Ejecución de intervenciones.....	126
8.5.16. Evaluación.....	127
8.5.17. Planificaciones de intervenciones.....	128
8.5.18. Ejecución de intervenciones.....	129
8.5.19. Evaluación.....	130
8.5.20. Planificaciones de intervenciones.....	131
8.5.21. Ejecución de intervenciones.....	132
8.5.22. Evaluación.....	133
8.5.23. Planificaciones de intervenciones.....	134
8.5.24. Ejecución de intervenciones.....	135
8.5.25. Evaluación.....	136
8.5.26. Planificaciones de intervenciones.....	137
8.5.27. Ejecución de intervenciones.....	138
8.5.28. Evaluación.....	139
8.5.29. Planificaciones de intervenciones.....	140
8.5.30. Ejecución de intervenciones.....	141
8.5.31. Evaluación.....	142
IX. PLAN DE ALTA.....	143
X. CONCLUSIONES.....	150
XI. BIBLIOGRAFIA.....	151

XII. GLOSARIO DE TERMINOS.....	154
XIII. ANEXOS (instrumento de recolección de datos, cuadros, trípticos, materiales interactivos, etc.).....	171
XIV. ANEXO 1	171
XV. ANEXO 2	181
XVI. ANEXO 3	182
XVII. ANEXO 4	183
XVIII. ANEXO 5	184
XIX. ANEXO 6	185

II. INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de ellas, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud para profundizar y saber los factores de riesgo, las complicaciones y las consecuencias.

En este trabajo de Investigación se utilizó el Modelo Teórico de Marjory Gordon. Y tiene un propósito identificar las necesidades del paciente pediátrico con el Diagnostico Medico de Insuficiencia Renal Crónica Terapia de Sustitución Renal con Diálisis Peritoneal Probable Disfunción de Catéter Tenckhoff Hipoacusia Neurosensorial Bilateral. En el Hospital del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón.

Este trabajo se realizó con aquellos objetivos en identificar aquellas alteraciones de salud que pueden presentar las personas, y proporcionar planes de cuidados individualizados de acuerdo con las necesidades de cada paciente.

Como todo proceso, desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de manera que forman un todo dependiente y que se condicionan. El Proceso se divide en cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. La enfermería es una actividad innata, fundamental del ser humano y en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a individuos o grupos, a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud que se encuentren.

Esto permite que el profesional del área de enfermería pueda concentrarse en el conjunto de conocimientos exclusivos de la profesión en cuanto veamos a la resolución de los problemas del cliente a quien denominamos paciente.

III. JUSTIFICACIÓN

La evaluación de patrones funcionales de Marjory Gordon es una valoración dirigida al individuo, la familia y la comunidad, es el principal elemento que define el papel de la enfermera de Atención Primaria. Marjory Gordon (1911 – 2015) fue una teórica y profesora estadounidense, creadora de la una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería. La implantación progresiva del Proceso de Enfermería como herramienta fundamental para la gestión de los cuidados, con la estandarización y sistematización de los mismos y la utilización de un lenguaje normalizado, han contribuido al gran avance que ha experimentado la práctica enfermera en los últimos años.

Este proceso se ha basado en una serie de elementos básicos: por una parte, la informatización de los cuidados y la utilización de los patrones funcionales de valoración de Marjory Gordon y las taxonomías NANDA, NOC y NIC como base de conocimiento que sustenta el programa informático. Por otra parte, la formación y participación de los profesionales y el desarrollo de herramientas e instrumentos para la planificación y medida de los cuidados. La valoración tiene una gran importancia para conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que pueden ser tratados por las enfermeras, es decir, para llegar al diagnóstico de enfermería. Constituye un proceso planificado y sistematizado de recogida de información e interpretación de la misma que implica toma de decisiones en aspectos como la determinación de aquella información relevante en nuestra área competencial de cuidados.

IV. OBJETIVOS

4.1. General

- Realizar un proceso de atención de enfermería utilizando el modelo teórico de Marjory Gordon a un paciente en edad preescolar con diagnóstico Insuficiencia Renal Crónica e Hipoacusia Neurosensorial Bilateral.

4.2. Especifico

- Realizar valoración utilizando la guía de valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Identificar los datos objetivos y subjetivos obtenidos en la valoración del estado de salud de la persona con insuficiencia renal crónica, a través de la entrevista, observación y exploración física.
- Formular diagnósticos de enfermería reales, de riesgo y de salud derivados de la priorización de los datos obtenidos en la valoración física.
- Realizar la priorización de los diagnósticos obtenidos durante la valoración y exploración física.
- Realizar las intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades prioritarias del paciente.
- Evaluar las intervenciones de enfermería del paciente durante la estancia hospitalaria.

V. METODOLOGIA

La elaboración de este estudio se utilizó el marco teórico de Virginia Henderson de las 14 necesidades fundamentales define el enfoque de la práctica de la enfermería. Busca aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría durante su estadía en el hospital. se realizó a una persona escolar con Insuficiencia Renal Crónica / Hipoacusia Neurosensorial Bilateral en el Hospital del niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón. ", mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista clínica, observación, exploración física (inspección, auscultación, palpación y percusión), validación de datos y organización de datos mediante el método utilizado de la observación.

El instrumento utilizado que facilito la recolección de la información fueron la guía de valoración de enfermería por patrones funcionales para el usuario pediátrico, otorgado por la Universidad Olmeca en base a los 11 patrones de Marjory Gordon.

Define los patrones como una configuración de comportamientos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano estos se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

Así mismo se utilizaron los registros clínicos de enfermería que contiene datos como identificación del paciente, nombre, edad, grupo sanguíneo, fecha de ingreso, diagnóstico médico y de enfermería por el cual ingreso, así como datos subjetivos, datos objetivos, como frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura, peso y talla.

VI. MARCO TEORICO

6.1. Enfermería como profesión disciplinaria

La primera teórica en enfermería, Florence Nightingale, supo aplicar sus conocimientos de historia y filosofía al estudio de la realidad, en particular a esa parte de la realidad que se constituyó en el centro de su vida: el cuidado de la salud de las personas. Este trabajo tiene como objetivo analizar la lógica del pensamiento de la fundadora de la enfermería profesional y las bases filosóficas, tanto epistemológicas como éticas de su teoría, a partir del análisis del propio contexto histórico sociocultural en el cual se desarrolló esta personalidad histórica. Para el análisis se ha realizado el estudio de su principal obra y su epistolario, además de fuentes secundarias de teóricas más recientes, quienes han desarrollado sus propias teorías y modelos a partir de la lógica del pensamiento Nightingale. Aun cuando pudiera aducirse que la teoría de enfermería de Nightingale es pobre, vista a la luz del desarrollo científico-técnico actual, no es posible obviar que esta teoría ha servido de punto de partida para desarrollar todas y cada una de las actuales teorías de enfermería; pero, sobre todo, merece el profundo reconocimiento de haber sido la pionera del pensamiento científico y ético en enfermería. Hasta el surgimiento de la profesión, la práctica del cuidado era absolutamente dependiente de las órdenes médicas. Sólo la teoría, añadida a la práctica, ha podido fundamentar esas acciones, servirles de guía, no sólo para la práctica misma, sino también para la educación y la investigación, asociadas a las propias funciones profesionales. Sin teoría no puede haber análisis, razonamiento lógico ni esclarecimiento de los valores éticos relacionados con el actuar profesional, mucho menos definición de los objetivos de la educación, la investigación y la práctica profesional.

Es precisamente la importancia de la teoría lo que ha motivado el tratamiento del tema, relacionado con la primera teórica en enfermería, Florence Nightingale, quien supo aplicar sus conocimientos de historia y filosofía al estudio de la realidad, en particular a esa parte de la realidad que se constituyó en el centro de su vida: el cuidado de la salud de las personas. Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, utilizando un diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos con el objetivo de describir, explicar y predecir el fenómeno en estudio.

Por su parte, las definiciones son enunciados que expresan el significado de una palabra, una frase o un término, de ahí que las definiciones teóricas expresen el significado general de un concepto en una forma que se corresponda con la teoría. Los enunciados teóricos describen una relación determinada entre 2 o más conceptos. Entre los enunciados teóricos más utilizados están: ley, axioma, proposición, hipótesis, generalización empírica y teórica, relación, causa, determinación, probabilidad.

Cuestión que implica a su vez que, el arte de cuidar a las personas para restablecer su mejor condición de salud será un acto de conciencia. Por tanto, la profesión utiliza el arte del cuidado en sus actuaciones, sin distinción de credo, condición social o cultural.

El valor de una teoría no se mide solo por su alcance, que puede ser muy amplio o muy estrecho, sino por el rigor científico que se ha utilizado en su construcción. (Amaro, C.M. 2004).

6.2. El cuidado como objeto de estudio

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el que hacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros. Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos.

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

A través del tiempo y con el progreso de los conocimientos biomédicos sobre el origen de la vida humana, se han podido perfeccionar técnicas, ha habido avances científicos y tecnológicos, que influyen en el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de éste es el respeto a la vida y el cuidado profesional al ser humano.

En la actualidad la enfermera (o) puede realizar acciones hacia un paciente con el sentido de obligación o responsabilidad. Pero puede ser falso decir que ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: la integridad de la persona y la calidad de la atención. Cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida.

La revisión acerca del cuidado de enfermería, nos lleva a la reflexión de que el profesional de enfermería necesita una reforma humanista que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar al paciente y centrar su función, en la atención y apoyo, para que de esta manera se puedan brindar servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios. Fue hasta la aparición de Florence Nightingale quién surge en la época moderna y marca por completo el sentido del cuidado ya que la práctica médica, nunca pudo conceptualizar el cuidado de los enfermos, al igual que no logró estructurarlo realmente para que pudiera tener un impacto significativo como terapéutica. Su objeto es el cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud-enfermedad.

(Juárez, R.P. García, C.M. 2009).

6.3. Proceso de atención de enfermería

El Proceso de Enfermería se define como el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran. Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.

Por consiguiente, el Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica,

organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de Enfermería para un mismo sujeto. Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado.

De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso de Enfermería, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tiene algunas bases conceptuales de otras áreas del conocimiento.

los profesionales de enfermería, garantiza el desarrollo de una práctica clínica fundamentada en bases científicas, favorece la calidad en el cuidado brindado y facilita la atención individualizada al paciente. Las habilidades, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva. (Reina, G. N. 2010).

6.4. Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE

Nació en 1914 en Baltimore, Maryland. Muere: un 22 de junio del 2007 alrededor de los 94 años de edad. Su educación empezó su carrera de enfermera en la escuela de enfermeras del Providence Hospital en Washington D.C. fue una teórica y profesora que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como Patrones Funcionales de Salud de Gordon. Fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería. Fue la primera presidenta de la NANDA. Miembro de la Academia de Enfermería (ANA) en 1977. Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias. Obtuvo la Licenciatura y la Maestría por la Universidad de Nueva York. Doctorado por la Universidad de Boston. Autora de 4 libros, incluyendo el Manual de Diagnósticos de Enfermería; sus libros aparecen en 10 idiomas y en 48 países. Marjory Gordon fue especialmente conocida por crear el modelo diagnóstico para enfermería conocido como patrones funcionales. Consiste en una lista de actividades y comportamientos que contribuyen a la salud y la calidad de vida de las personas. Para examinar a los pacientes se usan tanto preguntas y cuestionarios como datos objetivos, extraídos de la observación por parte del enfermero. Ofrecer este cuidado precisa de un método ordenado y sistemático que permita recoger información; identificar problemas del individuo, su familia y su comunidad; aplicar principios y fundamentos científicos, que, en últimas, se traducen en este método.

6.4.1. Elementos fundamentales del modelo utilizado

Patrón de Percepción y Manejo de la Salud

Definición

Describe que la persona percibe de su patrón de enfermedad o de bienestar y de cómo se comportan respecto a la salud. Comprende lo que el individuo siente de su propio de salud y de la importancia de esta respecto a sus actividades y sus planes futuros. Comprende también el nivel general de comportamiento de cuidados de salud tales como un permanente cumplimiento de medidas preventivas de salud tanto física como mental, de ordenes prescritas por el médico o la enfermera y de una continuidad del cuidado de la salud. También incluye el nivel general de comportamientos de cuidados de salud como actividades de promoción a la salud, adherencia a prácticas preventivas de salud mental y física a prácticas preventivas de salud mental.

Descripción

Este primer patrón busca determinar con unas pocas preguntas el grado de preocupación de la salud por parte del paciente, además de investigar sobre sus hábitos y su nivel actual de bienestar. Las preguntas tratan de indagar sobre la salud general del paciente, como, por ejemplo, las veces que ha estado enfermo durante los últimos años. Además, se busca investigar sobre los posibles hábitos nocivos y beneficiosos de la persona, como el uso de alcohol o tabaco, la comida basura, el nivel de ejercicio habitual y otros datos.

Patrón de Nutrición y Metabolismo:

Definición

Describe las costumbres que el individuo tiene respecto al consumo de alimentos y líquidos relacionados con sus necesidades metabólicas y a los nutrientes locales existentes. Comprende el consumo usual de líquidos y alimentos que hace el sujeto, horarios, tipos y cantidad de alimentos consumidos, preferencias, uso de suplementos nutricionales como vitaminas. Implica también el informe de cualquier tipo de lesión en la piel y de la facilidad para cicatrizar. Se incluyen las condiciones de piel, uñas, pelo, membrana mucosa, dentadura y datos objetivos de temperatura corporal, altura y peso (medidas).

Descripción

Este patrón se centra en examinar la cantidad de nutrientes y calorías que el paciente ingiere y su relación con las cantidades diarias que necesita. Por ello, algunas preguntas típicas son lo que come y bebe en un día, si ha perdido o ganado peso recientemente o si sigue alguna dieta específica. También podría preguntársele sobre el uso de suplementos o vitaminas, o sobre si ha tenido algún problema con el apetito recientemente. El eje de la valoración en el patrón nutricional metabólico es el consumo de alimentos y líquido relativo a las necesidades metabólicas. Proporciona datos de los efectos observables de la ingesta de nutrientes y la cicatrización relativos a las necesidades metabólicas y todas las funciones vitales y de bienestar dependan de una adecuadamente ingesta y suministro de nutrientes.

Patrón de Eliminación

Definición

Describe las formas usuales de la función excretora (intestino, vejiga y piel). Comprende la percepción del individuo de su regularidad de las funciones excretoras, el uso de laxantes para la eliminación intestinal y de cualquier cambio o alteración en la frecuencia, en la forma, calidad y cantidad de la excreción. Implica también el uso de algunos aparatos especiales para controlar la excreción.

Descripción

La regularidad y el control de los patrones de eliminación son importantes en la vida de la mayoría de los individuos. Investiga el correcto funcionamiento del aparato excretor del cuerpo; es decir, de la orina, el sudor y las funciones del intestino. Gracias al uso de este patrón el enfermero puede descubrir la calidad, la cantidad y la regularidad de las deposiciones del paciente. De nuevo, la mayoría de las preguntas de este patrón se centran en la historia del paciente.

Patrón de Actividades y Ejercicio

Definición

Describe las costumbres o practicas usuales respecto al ejercicio, actividad, ocio y recreación. Comprende actividades de la vida diaria que exigen gasto de energía tales como higiene, cocinar, salir de compras, comer, trabajar y atender el hogar. Incluye además el tipo, cantidad de ejercicio, incluyendo los deportes que dan una

idea del patrón típico de ese individuo. Se incluyen también los factores que interfieren con el patrón deseado o esperado del individuo tales como los déficits neuromusculares y sus formas de compensación (aparatos); disnea, angina, calambres al hacer ejercicio y condiciones cardiopulmonares si es el caso. Los patrones de ocio se incluyen también y describe las actividades que el individuo cumple para recrearse ya sea con un grupo o con un individuo. Se hace énfasis en las actividades de mucha importancia para el paciente.

Descripción

El movimiento es uno de los patrones funcionales más importantes. se centra en investigar el nivel de actividad física del paciente, tanto en el ejercicio que hace conscientemente como durante sus tareas diarias. También trata de saber más sobre la energía que tiene el sujeto para realizar sus actividades cotidianas. Los componentes son las actividades de la vida diaria, ejercicio, y actividades de tiempo libre. Se obtienen las descripciones subjetivas de estos componentes, los problemas percibidos por el cliente o por otros, las razones percibidas por el cliente de algún problema presente, las acciones llevadas a cabo para resolver los problemas y los efectos percibidos de dichas acciones. La observación es un aspecto importante de la valoración de este patrón.

Patrón de Descanso y Sueño

Definición

Describe la manera acostumbrada del sujeto respecto a su sueño, descanso y relajación.

Comprende sus costumbres de dormir y de periodos de descanso y relajación en las 24 horas del día. También tiene en cuenta lo que el individuo siente respecto a la calidad y cantidad del sueño y descanso y del nivel de energía que logra con estos. Implica también todo tipo de ayudas que emplea para dormir ya sea drogas o rutinas especiales que practica para dormir.

Descripción

se centra en estudiar los patrones de sueño y descanso del paciente. ¿Tiene suficiente energía después de levantarse? ¿Suele tener problemas para dormir, o se despierta excesivamente pronto? ¿Duerme las horas necesarias? Si fuera necesario, el paciente podría someterse a algún estudio del sueño en directo para detectar problemas como la apnea. El descanso y el relax son también valorados según las percepciones del cliente. Lo que puede ser relajante para algunos es considerado trabajo para otros. Si se perciben problemas por parte del cliente o por otros deben valorarse las explicaciones, las acciones llevadas a cabo y los efectos derivados de las acciones.

Patrón Cognitivo-Perceptual

Definición

Describe el patrón cognoscitivo y Perceptual. Comprende lo adecuado de las formas sensoriales tales como vista, oído, gusto, tacto, olfato y las medidas compensatorias o prótesis que utiliza para estas, alteraciones. Cuando existe, incluye informes sobre percepción de dolor y de la manera que lo maneja. Además, comprende las capacidades cognoscitivas funcionales como con el lenguaje, memoria y capacidad de tomar decisiones.

Descripción

Trata de identificar la habilidad del paciente para percibir elementos de su entorno mediante los cinco sentidos, además de su capacidad para tomar decisiones, seguir instrucciones, pensar lógicamente y usar la memoria. Algunas de las dificultades más habituales asociadas con este patrón son los problemas perceptivos (como la miopía o la sordera) o las dificultades para razonar y usar la información disponible. Durante la historia se obtienen las descripciones subjetivas, los problemas percibidos por el cliente o por otros, las compensaciones para los déficits y la efectividad de los esfuerzos para comprenderlas. Los datos de este patrón son críticos para futuras intervenciones de enfermeras.

Patrón de Autopercepción y Autoconcepto

Definición

Describe las percepciones y el autoconcepto de sí mismo. Incluye las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo, lo que percibe de sus propias capacidades (cognoscitivas, afectivas y físicas), de su autoimagen, de su identidad, el sentido de valor general que tiene y el patrón general de emociones. Comprende también su forma de movimiento, postura corporal usuales, el contacto visual, voz y el lenguaje hablado y conversaciones.

Descripción

El autoconcepto y la autopercepción tienen que ver con la forma en la que nos vemos a nosotros mismos. ¿Crees en ti mismo? ¿Cómo te describirías? ¿Cómo te sientes con tu propio cuerpo, con tu forma de ser o con tus emociones? ¿Te sientes en control de tu propia vida? O, por el contrario, ¿piensas que eres un esclavo de

las circunstancias. También están descritos los problemas identificados por el cliente o por otros, las explicaciones o razones que dan al problema, las acciones llevadas a cabo para intentar resolverlos y los efectos de esas acciones.

Patrón de Relaciones del Rol

Definición

Describe las formas de compromiso de rol y las relaciones. Comprende los principales roles y responsabilidades de las situaciones corrientes de la vida que el individuo identifica como suyas. Incluye la satisfacción o insatisfacción en la familia, trabajo, o en relaciones sociales y responsabilidades relacionadas con estos roles.

Descripción

Las relaciones interpersonales son una de las partes más importantes de la vida de las personas. Este patrón sirve para investigar sobre las relaciones del paciente con las personas de su entorno; por ejemplo, ¿cómo se lleva con su familia?, ¿se siente solo a menudo?, ¿cómo se relaciona con las personas de su entorno de trabajo o de estudio? Si los familiares o amigos están presentes, el enfermero podría también observar las relaciones entre ellos para adquirir datos objetivos.

Patrón Reproductivo Sexual

Definición

Describe el patrón de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad; el patrón reproductivo. Incluye la percepción que el paciente tiene de su satisfacción o insatisfacción respecto de su sexualidad. Comprende también las etapas

reproductivas en la mujer, pre o post menopausia y los problemas que el sujeto percibe.

Descripción

Este patrón solo debe utilizarse si es apropiado para la edad y situación concretas del paciente. La sexualidad es la expresión del comportamiento de la identidad sexual. Incluye, pero no se limita a las relaciones sexuales con una pareja. De la misma forma que en otros patrones funcionales, las normas culturales regulan su expresión.

Patrón de enfrentamiento y Tolerancia del estrés

Definición

Describe las formas generales que el sujeto tiene de enfrentar efectivamente los estímulos estresantes y de tolerarlos. Comprende las reservas o capacidades para resistir desafíos a la integridad personal, las formas de manejar el estrés, los sistemas de apoyo familiares o de otra fuente y además las capacidades que reconoce tener para manejar y controlar situaciones.

Descripción

se encarga de estudiar los niveles de estrés de los pacientes, examinando tanto su forma de enfrentarse a las situaciones vitales complicadas como las situaciones difíciles que ha tenido que vivir en los últimos tiempos.

Algunas de las preguntas más utilizadas son: ¿cómo te enfrentas al estrés?, ¿has vivido alguna crisis o cambio importante en el último año?

Patrón de Valores y Creencias

Definición

Describe el patrón de valores, metas o creencias (incluyendo los espirituales) que orientan las escogencias o las decisiones. Comprende aquello que el individuo percibe como importante en la vida, los conflictos y valores, creencias o expectativas relacionadas con la salud.

Descripción

Los patrones de creencias describen aquello que el individuo considera que es cierto sobre la fe o la convicción. se encarga de estudiar la manera en la que el paciente se enfrenta a la vida y se relaciona con el mundo y consigo mismo. El paciente consigue lo que se propone en la vida, Tiene planes importantes para el futuro, Tiene alguna creencia que le ayude a sobrellevar las situaciones complicadas. Las acciones comunes del día a día pueden no requerir este nivel de pensamiento y explicación. La motivación para revisar la vida y las metas aquello que es importante.

6.5. Etapas del proceso de atención de enfermería

El proceso de enfermería

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o sistema familiar. El proceso de enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.

Historia

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza de la profesión, Hall (1995) lo descubrió por primera vez como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961), y Wiedenbach (1963), desarrollan un proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura Y Walsh fueron los autores del primer texto en el que describan un proceso de cuatro fases. Valoración, planificación, ejecución, y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases. Desde ese momento, el proceso de enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de enfermería. La ANA utilizó el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El proceso de enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudios de enfermería.

También ha sido incluido en la definición de enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de la enfermería. Mas recientemente, se revisaron los exámenes de licenciatura de los Tribunales estatales, para probar la capacidad de profesional de enfermería registrado, aspirante para utilizar los pasos del proceso de enfermería.

Definición

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. Yura y Walsh (1988) afirman que el proceso de enfermería en la serie de acciones señaladas, pensadas en cumplir el objetivo de enfermería, mantener el bienestar optimo del cliente y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso del bienestar no se pueda conseguir, el proceso de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.

Objetivo

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. El proceso de enfermería consiste en una relación

de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, con el cliente como centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utilizan el proceso de enfermería. Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

Organización

Como se ha señalado anteriormente, el proceso de enfermería está organizado en cinco fases identificables: valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación. Cada una de ellas puede describirse además de las siguientes formas.

6.5.1. Valoración

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente, familia o la comunidad, con el fin de identificarse las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.

6.5.2. Diagnostico

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante su valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basados en el diagnóstico de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

6.5.3. Planificación

En la fase de planificación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.

La fase de planificación consta de varias etapas:

- Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
- Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar problemas.
- Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
- Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

6.5.4. Ejecución

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser elevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente o por su familia. El plan de cuidados se utiliza de guía. El profesional de enfermería continuara recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería.

Esta documentación verificada que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

6.5.5. Evaluación

La última fase del proceso de enfermería es la evaluación. Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el proceso del cliente, establece medidas correctas si fue necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.

En la práctica real, es posible que no siempre se termine una fase diferente. En la práctica real, es posible que no siempre se termine una fase antes de pasar a la siguiente.

Propiedades

El proceso de enfermería tiene seis propiedades: es intencionado, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y tiene una base teórica. El proceso de enfermería se puede describir como resuelto por que va dirigido a un objetivo.

El profesional de enfermería utiliza las fases del proceso para ofrecer una atención de calidad centrada en un cliente. El proceso es sistemático porque consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito. Este método premeditado favorecer la calidad de la enfermería y evita los problemas asociados a la intuición o a la prestación de la asistencial tradicional. El proceso de enfermería es dinámico porque está sometido a continuos cambios. Se trata de un proceso continuo enfocado en las respuestas cambiantes del cliente que se identifican a través de la relación entre el profesional de enfermería y cliente.

La naturaleza interactiva del proceso de enfermería se basa en la relación reciprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el cliente la familia

y los otros profesionales sanitarios. Este componente asegura la individualización de la atención al cliente.

La flexibilidad del proceso se puede demostrar en dos contextos:

1. Se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades.
2. Sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente.

El proceso de enfermería se utiliza con la mayor frecuencia de forma consecutiva; sin embargo, el profesional de enfermería puede utilizar más de una etapa a la vez.

Por ejemplo, al mismo tiempo que ejecuta el plan de cuidados, el profesional de enfermería puede evaluar su eficacia. Finalmente, el proceso de enfermería tiene una base teórica. El proceso se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería.

Requisitos previos

En el empleo del proceso de enfermería influyen las opiniones, conocimientos y habilidades del profesional de enfermería. Los conocimientos y habilidades son los medios que permiten al profesional de enfermería obtener datos, determinar su importancia, desarrollar actuaciones que favorezcan una atención de enfermería.

Opiniones

Dentro de las opiniones de los profesionales de enfermería se incluyen su filosofía sobre la enfermería, la salud, el cliente como individuo y como consumidor de atención sanitaria y las interacciones entre estos factores.

Conocimientos

El proceso de enfermería le exige que posea una amplia base de conocimientos de varias disciplinas. Esta base de conocimientos incluye tantas ciencias físicas como de la conducta. Se espera de usted que domine conceptos básicos de anatomía, fisiología, química, nutrición psicología y sociología.

Utilizará esta base de conocimientos para diagnosticar las respuestas humanas del cliente ante los problemas de la salud, e identificar los factores que contribuyen a su presencia.

La selección de actuaciones de enfermería individualizadas se basa en su conocimiento de aquellas acciones que tengas más posibilidades de ser eficaces. Posteriormente, se evaluará la eficacia de las actuaciones tomando como base los conocimientos de los resultados del cliente esperados e identificados.

Habilidades

Son necesarias varias habilidades para ejecutar el proceso de enfermería. Estas habilidades están relacionadas con la base de conocimientos y pueden ser de naturaleza técnica o interpersonal. Las habilidades técnicas asociadas al proceso de enfermería comprenden técnicas y procedimientos específicos que le permitirán recoger datos y desarrollar, ejecutar y evaluar el plan integral de cuidados. Otras necesitan la realización de procedimientos como la administración de medicamentos, la colocación y cambio de posición de los clientes y el cambio de apósitos. Las habilidades interpersonales son importantes durante todas las fases del proceso de enfermería.

Dado que se trata de un proceso comunicativo e interactivo, deberá poseer una capacidad de comunicación muy desarrollada. Esta capacidad le facilitará el desarrollo de relaciones positivas entre usted y el cliente o la familia.

Consecuencias

El uso del proceso de enfermería en la práctica tiene consecuencias para la profesión de la enfermería, para el cliente y para cada profesional de enfermería en particular.

Consecuencia para la profesión

En el ámbito profesional, el proceso de enfermería demuestra en concreto el alcance de la práctica de la enfermería. A través de las cinco fases, la enfermería continúa definiendo su rol al cliente y a los demás profesionales de la atención sanitaria.

Las directrices de asistencia definen la asistencia que debe prestar a todos el cliente y a los demás profesionales de la atención sanitaria.

Estas directrices están basadas en el proceso de enfermería, incluyen actuaciones importantes iniciadas por el profesional de enfermería para prestar asistencias a los clientes y forman la base de la toma de decisiones clínicas por parte del profesional de enfermería.

El profesional de enfermería es considerado responsable de realizar una práctica de acuerdo con estas directrices, independientemente del marco o área de especialización. Las directrices del rendimiento profesional identificar expectativas adicionales del profesional de enfermería en sus roles, como profesionales.

Ambas directrices de tensión y de rendimiento profesional incluyen de determinación de definen las actividades que demuestran que han cumplido.

Finalmente, el Proceso de Enfermería evidencia un instrumento requerido para la práctica profesional que sumado a la solidez teórica y científica de la disciplina profesional de Enfermería dado por los modelos y teorías de Enfermería.

Opiniones

Dentro de las opiniones de los profesionales de enfermería se incluyen su filosofía sobre la enfermería, la salud, el cliente como individuo y como consumidor de atención sanitaria y las interacciones entre estos factores. Estas opciones llegan a formar parte del sistema teórico sobre el cual se basa la práctica de la enfermería. Este sistema se refleja a medida que los profesionales de enfermería ejecutan, cada una de las cinco fases del proceso de enfermería. A través de las cinco fases, la enfermería continúa definiendo su rol al cliente y a los demás profesionales de la atención sanitaria. Esto indica con claridad que el campo de enfermería es más amplio que la simple ejecución del plan de cuidados, tal y como ha sido prescrito por el médico.

Finalmente, el Proceso de Enfermería evidencia un instrumento requerido para la práctica profesional que sumado a la solidez teórica y científica de la disciplina profesional de Enfermería dado por los modelos y teorías de Enfermería, y con el apoyo y retroalimentación permanente de la investigación permitirá lograr una integración de la teoría y la práctica, y a su vez un mayor empoderamiento de la profesión a nivel laboral y social e igualmente proporcionar oportunidades de crecimiento personal y profesional con el aprendizaje continuo, estandarizado y actualizado de la evolución y desarrollo de la profesión.

6.6. Definición de patología

6.6.1. Problemática de salud de la persona

- Insuficiencia Renal Crónica
- Hipoacusia Neurosensorial Bilateral
- Diálisis peritoneal y técnica

6.6.2. Insuficiencia Renal

Se caracteriza por la pérdida de funcionalidad de los riñones, que se reduce o impide la filtración de productos de desechos y el control del equilibrio de agua y sales, cuya consecuencia es la acumulación de líquidos corporales y sustancias de desechos en el organismo.

En las fases iniciales, los únicos síntomas pueden ser alteraciones miccionales (aumento o reducción de la cantidad, hematuria, proteinuria), pero al avanzar la enfermedad aparecen edemas en los tobillos, cansancio, náuseas, sed, trastornos cutáneos, calambres musculares, hipertensión arterial, alteraciones de la visión, y si continúa progresando la enfermedad, puede llegar al coma y a la muerte del paciente.

La insuficiencia renal puede aparecer de forma brusca, como respuesta mala perfusión, patología renal u obstrucción en el tracto urinario, lo que se denomina insuficiencia renal aguda. O puede instaurarse progresivamente, recibirá el nombre de insuficiencia renal crónica. En el primer caso, la función renal se normaliza, una vez diagnosticada y tratada la causa que la desencadena; sin embargo, en la insuficiencia renal crónica la función suele perderse en forma irreversible.

6.6.3. Insuficiencia Renal Crónica

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una reducción progresiva e irreversible de la función renal. La prevalencia de la IRC es aproximadamente de 18 casos por 1 millón de niños (vogt y avner, 2004).

Etiología y fisiopatología

En niños, la IRC suele ser el resultado de anomalías del desarrollo del niño u obstrucción del flujo urinario y reflujo, enfermedades hereditarias como la enfermedad del riñón poliquístico, infecciones como el síndrome urémico – hemolítico, y glomerulonefritis.

La pérdida gradual y progresiva de nefronas funcionales da lugar en ultima estancia a enfermedad renal en etapa terminal (ERET). La enfermedad renal en etapa terminal se caracteriza por una función renal mínima (menor del 10% de lo normal), síndrome urémico, anemia, y valores sanguíneos, anómalos. En la ERET los niños no pueden mantener la homeostasis y el niño requiere diálisis. Los riñones excretan el ácido en exceso presente en el organismo y regulan el equilibrio orgánico de líquidos y electrolíticos. La insuficiencia renal desbarata este equilibrio de líquidos y electrolíticos. A medida que la insuficiencia renal avanza, se presenta acidosis metabólica debido a que los riñones no pueden excretar los ácidos acumulados en el organismo. La retención en exceso de sodio y agua es una causa frecuente de elevación de la presión arterial asociada a IRC.

La osteodistrofia se produce en el momento en el que el riñón no es capaz de producir vitamina D activada ni de excretar fosforo, dando lugar a un aumento de los niveles de fosforo y a una caída de niveles calcio séricos.

La glándula paratiroides responde desviando el calcio y fósforo de los huesos para mantener unos niveles séricos adecuados de dichos elementos. Cuando las glándulas paratiroides se tornan menos sensibles a la vitamina D, y las bajas concentraciones de calcio puede producirse hipocalcemia. La osteodistrofia aumenta el riesgo de que el niño sufra fracturas espontáneas y raquitismo. El retraso en el crecimiento se debe a los trastornos en el metabolismo de calcio, del fósforo y de la vitamina D, a una menor ingesta calórica y a la acidosis metabólica. Los riñones producen eritropoyetina (el factor del crecimiento responsable de la producción y maduración de eritrocitos); la carencia de eritropoyetina y la enfermedad renal progresiva con las causas de la anemia en la IRC.

Manifestaciones clínicas

Es frecuente que los niños con IRC no presenten inicialmente síntomas. La insuficiencia renal temprana, con una tasa de filtración glomerular (TFG) del 50 – 75 % del valor normal, tiene escasos signos clínicos, o no lo tiene. A medida que la insuficiencia renal avanza se produce poliuria, al ser los riñones incapaces de concentrar orina. Los síntomas se tornan entonces más típicos, con palidez, cefalea, náuseas y fatiga. Puede observarse disminución del estado mental de alerta y de la capacidad de concentración de orina. El niño puede presentar anemia, que da lugar a taquicardia, taquipnea y disnea o esfuerzo respiratorio. Al avanzar la enfermedad, el niño pierde apetito y muestra complicaciones de deterioro renal, entre ellas la hipertensión arterial, edema pulmonar, retraso en el crecimiento, osteodistrofia, retraso en el desarrollo motor fino y grueso y retraso en la maduración sexual. Compare estos signos con los de la insuficiencia renal aguda.

En la enfermedad renal en etapa terminal, la forma más avanzada IRC, la insuficiencia renal afecta negativamente a todos los sistemas orgánicos. Al aumentar la gravedad de los trastornos clínicos y bioquímicos resultantes del deterioro renal progresivo, se desarrollan síntomas urémicos. Los signos y los síntomas del síndrome urémico son náuseas y vómitos, anemia progresiva, anorexia, disnea, malestar, escarcha urémica (cristales de urea en la piel), aliento de dolor desagradable (urémico), cefalea, confusión progresiva, temblores, edema pulmonar e insuficiencia cardiaca congestiva.

Asistencia en colaboración

Pruebas diagnóstica

Para confirmar el diagnóstico de enfermedad renal crónica y el estadio de la IRC. Se realiza una evaluación del laboratorio, que incluye niveles séricos de electrolitos, fósforo, BUN, y creatinina, así como el PH. Se toma muestra de la primera orina de la mañana para su cultivo y para el cálculo de la relación proteína- creatinina. La TFG del niño se calcula mediante ecuaciones de predicción, utilizando para ello el nivel creatinina sérica y la altura y el sexo del paciente. En la web de National Kidney Foundation existe una calculadora on- line de la TFG. Los diagnósticos por imagen se realizan para identificar la enfermedad renal que puede estar causando la insuficiencia renal. En ocasiones se realiza una biopsia renal.

Tratamiento clínico

La IRC es irreversible. No obstante, el curso de la enfermedad es variable. Algunos niños avanzan rápidamente hacia la insuficiencia renal, necesitando diálisis. Otros son tratados con una combinación de fármacos y terapia dietética durante un tiempo antes de que se produzca una incapacidad renal importante.

A menudo son necesarias modificaciones frecuente en el tratamiento para orientar el estado cambiante del niño. Los objetivos del tratamiento son frenar el avance de la enfermedad y prevenir las complicaciones.

El tratamiento dietético tiene por objeto optimizar la ingesta calórica para favorecer el crecimiento, al tiempo que se limita la ingesta de fosforo, potasio y sodio, necesario para mantener el equilibrio electrolítico. Es esencial que una cantidad adecuada del calcio forme parte del plan dietético. Puede ser necesaria la alimentación por sonda o parenteral para conseguir el ingreso óptimo de proteínas en el organismo, especialmente en niños menores de 1 año. Cuando existe IRC, la ingesta optima de proteína de alta calidad (carne, pescado, pollo y clara de huevo) en niños pequeños es de 2 a 2,5 g/kg/día; para niños mayores es de 1,5 a 2 g/kg/día. Se debe optar por hidratos de carbono complejos, así como verduras y frutas pobres en potasio. A veces se recomiendan aceites vegetales, caramelos, azúcar, miel, y gelatina para añadir calorías a la dieta del niño.

Los niños avanzan hacia la ERET requieren tratamiento renal sustitutivo. El calendario para la diálisis o el trasplante renal es distinto que en los adultos; el trasplante es el objetivo, de manera que el niño tenga una infancia normal. El inicio temprano puede prevenir algunas complicaciones de la ERET.

Para decidir cuándo iniciar el tratamiento, además de la TFG, se han de vigilar signos inespecíficos, como síndrome urémico, hipertensión arterial mal controlada, osteodistrofia renal, falta de aumento normal de la circunferencia craneal, retraso en el desarrollo y escaso crecimiento. La infección es la patología más común en niños sometidos a tratamiento renal sustitutivo.

Medicamentos usados para tratar a niños con Insuficiencia Renal Crónica

Medicamento	Acción o Indicación	Consideraciones de Enfermería
Suplemento vitamínico y mineral	Aporta vitaminas y minerales, de los que se tiene carencia por una dieta muy restringida.	Solo deben utilizarse las vitaminas prescritas; la marca de venta sin receta puede contener elementos perjudiciales.
Agentes que atrapan el fosfato; carbono calcio; acetato calcio e hidrocloreuro de sevelamer.	Reducen la absorción de fosforo en el intestino.	Compruebe que el agente que se une al fosfato no contiene aluminio.
Calcitriol	Repone al calcitriol que los riñones ya no producen para mantener un equilibrio normal de calcio.	Monitoree los niveles de calcio sérico. Asegúrese de que se administra el suplemento de calcio.
Epoetina alfa	Estimula la medula ósea para produzca eritrocitos, tratando así la anemia debido a la IRC.	Se administra por inyección IV o Subcutánea. Vigile la presión arterial, pues la hipotensión es un efecto secundario. Vigile el hematocrito y el nivel ferritina sérica de acuerdo con las directrices del centro.
Suplemento de hierro	Trata la deficiencia de hierro cuando se prescribe epoetina alfa.	Puede administrarse por V.O o IV. Durante la hemodiálisis.
Hormona del crecimiento	Se utiliza para estimular el crecimiento en niños con IRC.	Tome nota debidamente de las mediciones de altura a intervalos regulares.
Agentes antihipertensivos inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), enalapril, lisinopril, diuréticos de asa.	Utilizados en la enfermedad renal proteinuria porque frenan el avance hacia la ERET; se utilizan cuando existe sobrecarga de volumen.	Vigile la función renal y el equilibrio electrolítico.

Para decidir cuándo iniciar el tratamiento, además de la TFG, se han de vigilar signos inespecíficos, como síndrome urémico, hipertensión arterial mal controlada, osteodistrofia renal, falta de aumento normal de la circunferencia craneal, retraso en el desarrollo y escaso crecimiento. La infección es la patología más común en niños sometidos a tratamiento renal sustitutivo.

Pruebas Complementaria

Las pruebas complementarias más habituales que puede requerir un niño con IRA son las siguientes:

Pruebas hematológicas y bioquímicas. Hemograma, creatinina, fosforo, plaquetas, astrup, proteínas totales, test coagulación, ionograma, hemocultivo, urea, osmolaridad, ácido úrico y calcio.

Orina: sedimento, osmolaridad urinaria, urocultivo, creatinina urinaria, sodio urinario, excreción fraccionada de sodio: (Na urinario / Na plasmático). (creatinina urinaria / creatinina plasmática).

Hemocultivos.

Otras pruebas. Radiografía de tórax y abdomen, ecografía renal, pielografía renal, arteriografía renal y biopsia renal.

Valoración y diagnósticos de enfermería

La valoración de enfermería se centra en identificar los signos y síntomas de la insuficiencia renal y de las complicaciones asociadas, así como en la evaluación de los efectos psicosocial de la insuficiencia renal en el niño y en la familia.

Valoración fisiológica

La valoración inicial y continuada del niño tiene por objeto identificar las complicaciones de la insuficiencia renal. Observe la posible aparición de signos de edema, escaso crecimiento y desarrollo, osteodistrofia y anemia. Valore los signos vitales, especialmente la presión arterial. Vigile los signos de alteraciones electrolíticas.

Valoración psicosocial

A medida que la enfermedad avanza, el número de factores estresantes para el niño y familia también aumenta. Con frecuencia la negación y la incredulidad son las primeras reacciones. Una valoración completa de la familia puede ayudar a identificar las necesidades particulares del niño y de la familia. El desarrollo de la ERET supone todo reto, especialmente en la infancia y en la adolescencia, debido a los cambios que entraña en cuanto a aspectos y cuestiones sociales, psicológicas y físicas. La falta de cumplimiento de los tratamientos puede poner en peligro la vida de adolescente.

Los diagnósticos de enfermería para el niño con IRC son similares a los previamente enumerados a propósito de la IRA.

- Retraso de crecimiento y desarrollo relacionado con la menor ingesta proteínica y calórica y con la pérdida de proteínas en un niño dializado.
- Deterioro de la interacción social relacionado con la deficiente inmunidad y la programación de la hemodiálisis durante el horario escolar.
- Intolerancia al ejercicio relacionada con anemia y fatiga.

- Control ineficaz del régimen terapéutico relacionado con la complejidad del plan asistencial y con dificultades económicas.
- Trastorno de la imagen corporal relacionado con baja estatura y el catéter para la diálisis, externo y visible.

Planificación y aplicación

Asistencia hospitalaria

Los niños con IRC suelen ser hospitalizados por una o más de las siguientes razones:

- Evaluación diagnóstica inicial
- Inicio de tratamiento de diálisis
- Problemas con el tratamiento
- Infección u otros problemas.

La asistencia de enfermería para el niño hospitalizado con IRC tiene por objeto vigilar la posible aparición de efectos secundarios de la medicación, prevenir la infección, responder a las necesidades nutricionales y proporcionar apoyo emocional e información anticipada.

Vigilancia de los posibles efectos secundarios de los medicamentos.

Observe al paciente por si presenta signos de desequilibrio electrolítico, como debilidad, calambres musculares, mareo, cefalea, náuseas y vomito en niños tratados con diuréticos. Supervise muy cerca las actividades del niño para prevenir caídas debidas al mareo y especialmente al principio del tratamiento diurético.

Si están administrando fármacos antihipertensivos como la Hidralacina, vigile el peso del niño para detectar un aumento excesivo como consecuencia de retención de agua y sodio.

Prevención de la infección

El niño con IRC es susceptible de sufrir infecciones. Este atento a los signos de infección, como temperatura elevada, orina turbia y de fuerte olor, disuria, cambios en el patrón respiratorios o tos productiva. Insista ante el niño y familia en la importancia de una buena higiene de manos.

Satisfacción de las necesidades nutricionales

El mantenimiento de una adecuada ingesta nutricional en un niño con IRC con restricciones dietéticas puede ser un reto. Proporcione comida frecuente y poco abundantes y presente de forma atractiva los platos para animar a los niños a comer. Una dietista renal trabaja con las familias de los niños con insuficiencia renal crónica para desarrollar menú que se adapten a una dieta restringida.

Proporcionar apoyo emocional

La IRC requiere un cambio total en la forma de vida del niño y de su familia. Padres y niño han de tener la oportunidad de expresar sus sentimientos en relación con la enfermedad, el pronóstico y las restricciones que supone el tratamiento, así como de trabajar tales sentimientos, ayude al niño a expresar su inquietud mediante dibujos o juegos terapéutico. La necesidad del tratamiento de diálisis y a la espera de un riñón de donante compatible resultan extremadamente estresante para el niño y para los padres. Identifique los métodos de afrontamiento y los sistemas de apoyo a la familia para promover el cumplimiento del tratamiento.

La National Kidney Foundation y los grupos locales de apoyo para la enfermedad renal pueden proporcionar a la familia información o ayuda adicional.

Planificación de alta y enseñanza de la asistencia domiciliaria

Es esencial que los padres sean plenamente conscientes de la necesidad de los tratamientos a largo plazo y de la asistencia de seguimiento. Ayude a la familia a desarrollar una agenda para que la administración de la medicación encaje en su rutina diaria. Haga hincapié en la importancia en la regularidad de los horarios de administración. Enseñe a los padres a reconocer los posibles efectos secundarios y las complicaciones de los medicamentos.

Los niños en edad escolar con IRC pueden no comprender las consecuencias de no seguir las restricciones dietéticas y pueden percibir estas restricciones como un castigo. A los adolescentes le molestan a menudo las limitaciones en su dieta y los tratamientos de diálisis continuos, que coartan su independencia y amenazan el desarrollo de la percepción de sí mismos. La falta de cooperación, la depresión y la hostilidad son reacciones corrientes.

Adoptar un estilo de vida saludable y mejorar el tratamiento y el control de la diabetes y la hipertensión son las formas más eficaces de prevenir la enfermedad renal.

Mejorar la prevención y detección temprana, fortalecer la vigilancia para conocer la situación en cada país, impulsar políticas de formación de nefrólogos y capacitar al personal de salud para hacer frente a su escasez, además de ampliar la cobertura del tratamiento, en especial, para aquellos pacientes en estados avanzados de la enfermedad.

Información Nutricional para el Niño con Enfermedad Renal

Alimentos con alto contenido de sodio	Alimentos con alto contenido de potasio	Alimentos con alto contenido de potasio
Sopas y salsa: caldos de carne, espaguetis con salsa de tomate, asados de carnes con salsa, salsa de barbacoa.	Fruta: albaricoques, aguacates, plátanos, cítricos, pera, higos, melón y otras variedades, ciruelas y uvas pasas.	Productos lácteos: leche, queso. Yogur, natillas, flan, helado.
Embutidos: mortadela, jamón, salami, salchichas, de frankuf.	Verduras: perejil, habas, alubias, patatas, verduras de hoja espinacas, tomates y calabaza.	Frutos secos, manteca de cacahuete
Carne y pescado ahumado: beicon, carne enlatada, jamón, Salmon ahumado.	Cereales integrales: especialmente aquellos que contienen salvado.	Chocolate Refresco cola Salchichas, embutidos.
Chucrut, pepinillos y otros encurtidos condimentos: rábano picante, salsa de sopa y el aditivo glutamato monosódico.	Sardinas, almejas Cacahuates Productos lácteos: leche, queso. Yogur, natillas, flan, helado. Sustituto de la sal que contiene potasio.	

Si está indicado, se facilitarán las debidas, referencias de agencias de asistencia de enfermería. Los profesionales de enfermería para asistencia domiciliaria enseñan a los padres del niño que está recibiendo diálisis peritoneal a llevar a cabo el tratamiento y a identificar complicaciones, al tiempo que proporciona apoyo y confianza.

Asistencia en la comunidad

Los niños IRC requieren frecuentes visitas en consulta externa para el seguimiento de la evolución de los signos y síntomas y para la evaluación de la eficacia de los tratamientos en curso. Se monitorizan también la presión arterial. se lleva a cabo análisis de sangre y orina para vigilar la función renal. A menudo se toman radiografía e intervalo de 6 meses para valorar los cambios óseos causados por la osteodistrofia. En la valoración del niño, compara la altura, el peso y la circunferencia craneal con los estándares específicos para la edad del paciente.

Con objeto de identificar retraso del crecimiento y para determinar el crecimiento. Valore la evolución del desarrollo utilizando la prueba Denver II u otra herramienta de detección. Evalúe al adolescente en busca de posibles signos de retraso en maduración sexual y chicas, de amenorrea. Anime al niño a hacer ejercicio con regularidad. Favorezca una buena dentición y una adecuada higiene bucal. Son importantes las visitas odontológicas periódicas para reducir las infecciones. Asegúrese que la familia es consciente de la necesidad de las profilaxis antibióticas antes de ciertos procedimientos invasivos, incluida la asistencia dental. Revise con los padres cualquier delimitación dietética.

Proporcione menús sencillos para planificar las comidas ayudar a los padres a incorporar cambios dietéticos en las comidas diarias. Un dietista renal suele ayudar al niño a elegir los alimentos y restringir el sodio y los líquidos si es necesario, teniendo en cuenta las preferencia y hábitos culturales del menor. Colabore con la familia para ayudarle a aplicar un plan adecuado de comida y comprueben si existe algún problema relacionado con la obtención y la preparación de los alimentos del niño debería conseguir. Debido a la anorexia pueden ser necesarios suplementos calóricos. Comente las posibles reacciones conductuales frente a las restricciones y limitaciones dietéticas impuesta en el plan de tratamiento. Se recomienda animar a los padres a registrar al niño en Early Education Program para favorecer el desarrollo y la interacción con otros niños. La agenda de diálisis para los pacientes en edad escolar debe permitir al niño participar en las actividades escolares. De lo contrario habrá de contactar con un tutor que acuda al domicilio familiar. En niños ERET se han de valorar los progresos en materia de educación y proporcionar asistencia adicional en la medida necesaria para favorecer los buenos resultados educativos. A menudo, los adolescentes y niños en edad escolar sienten vergüenza por tener un aspecto diferente del de sus coetáneos. Las anomalías metabólicas interfieren en el crecimiento en la altura del niño y retrasan el desarrollo puberal. pregunten al niño o la niña como se sienten en relación con la necesidad de seguir una dieta especial tomar medicamentos y someterse a tratamientos de diálisis. Para reducir al mínimo las consecuencias psicológicas del afrontamiento de una enfermedad crónica, anime a los padres a favorecer la participación del niño en actividades propias de su edad. La asistencia a la escuela y el contacto con los

compañeros favorecen un crecimiento y desarrollo normales. Trabaje para promover una autoestima saludable.

Anime al adolescente a participar un programa de ayuda en la etapa de transición a los servicios sanitarios de adulto y a la preparación para la vida laboral. En la adolescencia temprana, comience al niño sobre su estado de salud, sobre la medicación y su acción, sobre como acceder a la asistencia de urgencia y sobre los problemas causados por la falta de seguimiento del tratamiento.

A medida que el adolescente cumple años, la familia debe empezar a delegar responsabilidad en materia de autocuidado, en asuntos como pedir cita en las consultas médicas, solicitar recetas y buscar profesionales sanitarios de adulto y un programa de diálisis que se adapte a sus actividades diarias. A medida que deterioro renal del niño vaya avanzando facilite regularmente a los padres información sobre el proceso de la enfermedad, los tratamientos de diálisis y las cuestiones relacionadas con el trasplante renal.

La insuficiencia renal crónica es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal, la cual afecta a gran parte de la población en que vivimos y el objetivo del tratamiento es sustituir la función del riñón y mantener la homeostasia lo más posible.

6.6.4. Hipoacusia Neurosensorial Bilateral

Manejo de hipoacusia neurosensorial súbita en atención primaria.

La hipoacusia súbita es una pérdida auditiva neurosensorial de rápida instauración (horas o días) en un individuo aparentemente sano. La etiología puede ser amplia y multifactorial. La mayoría de los pacientes no recuperan la audición en su evolución natural e incluso algunos pueden desarrollar una cofosis del oído afecto. Es una urgencia otológica, ya que la pronta instauración terapéutica logra ofrecer un mejor pronóstico auditivo. Debido al escaso conocimiento de esta enfermedad, puede ser infradiagnosticada en centros de atención primaria. En su diagnóstico no es necesario el manejo de instrumental avanzado: basta con una detallada historia clínica, una otoscopia normal y la correcta interpretación de la acuametría (diapasones). De esta forma se logra un diagnóstico certero en la mayoría de los casos, el cual se confirmará mediante audiometría.

La hipoacusia neurosensorial súbita (HNSS), o sordera súbita, es una patología poco conocida entre médicos y pacientes. En ocasiones no se diagnostica debido a la falta de sospecha y a que no se considera entre los diagnósticos diferenciales de hipoacusia. Es una pérdida auditiva de rápida instauración que se presenta generalmente en un oído sano, de manera unilateral y en pacientes laboralmente activos. La mayoría de los casos se consideran de causa idiopática, ya que se identifica etiología en tan solo el 10% de los pacientes estudiados. Existen diversas teorías con respecto a su etiología (viral, autoinmune, traumática, entre otras), sin ser ninguna de ellas totalmente aceptada.

Con respecto al pronóstico, solo el 50% de los pacientes presentan mejoría espontánea. Un tratamiento correcto y oportuno brinda la opción de incrementar dicha tasa de recuperación.

Muchas veces se diagnostican erróneamente de otitis media o tapones de cerumen acudiendo al otorrinolaringólogo (ORL) tras semanas o meses de iniciado el cuadro. En estos pacientes, la posibilidad de recuperación es escasa debido al tiempo transcurrido.

El médico de atención primaria juega un papel fundamental en el pronóstico de estos pacientes, ya que un diagnóstico y un tratamiento oportunos incrementan las tasas de recuperación audiométrica comparados con los dejados a la evolución natural o al tratamiento tardío.

El objetivo de la revisión es desarrollar los aspectos esenciales de hipoacusia súbita para médicos de atención primaria, proporcionando los elementos teóricos básicos de manera clara y acotada; entregar información actualizada y resumida de las últimas guías publicadas acerca del tema y, además, aportar pautas de diagnóstico clínico, manejo inicial y criterios de derivación.

Principios básicos de la audición

En un oído normal, el sonido puede alcanzar la cóclea mediante 2 vías: conducción aérea y conducción ósea. En la conducción aérea participan el conducto auditivo externo (CAE), la membrana timpánica y el oído medio. En la conducción ósea, el sonido recorre la mastoides para alcanzar la cóclea.

En un paciente normoyente, el componente aéreo predomina sobre el óseo. Este último se objetiva en la audiometría y en la acuametría para el diagnóstico diferencial de hipoacusia.

Conducción aérea

La onda sonora entra por el pabellón auricular, recorre el CAE, es amplificada por la membrana timpánica y transmitida-amplificada por la cadena de huesecillos del oído medio. Alcanza el oído interno, donde es transformada en una onda nerviosa que es transmitida por el nervio coclear (VIII par) hacia el tronco encefálico y finalmente a la corteza auditiva cerebral. Manejando esta información podemos diferenciar 3 tipos de hipoacusia: conductivas (o transmisión), neurosensoriales (o de percepción) y mixtas.

Hipoacusia conductiva

Es causada por la alteración del recorrido de la onda sonora hacia la cóclea. Anomalías en oído externo, en la membrana timpánica o en el oído medio (ocupación de la cavidad aérea o en la cadena de huesecillos) pueden provocar este tipo de hipoacusias. Por ejemplo, tapón de cerumen, otitis media u otosclerosis.

Hipoacusia neurosensorial

Es causada por anomalías de la cóclea, del nervio auditivo o de otras estructuras que llevan el impulso neural a la corteza auditiva.

Hipoacusia mixta

Es un cuadro caracterizado por presentar hipoacusia conductiva y neurosensorial de manera concomitante.

Hipoacusia neurosensorial

La HNSS tiene una definición audiométrico: pérdida auditiva neurosensorial de al menos 30dB en 3 frecuencias contiguas en un periodo de 72hrs.

Guías recientes recomiendan incluir pérdidas menores a 30dB en el diagnóstico de sordera súbita en la práctica clínica.

A pesar de ser un diagnóstico audiométrico, tanto el médico de familia como el especialista ORL no suelen manejar esta herramienta en la urgencia, y la sospecha diagnóstica se puede plantear con anamnesis y examen físico⁵.

Epidemiología

Se presenta con una incidencia de 5-20 casos/100.000habitantes por año. En algunas series se estiman tasas de hasta 160 casos/100.000habitantes por año.

El 75% de los casos son mayores de 40años, y no hay distinción entre sexos. Puede ser bilateral (4% de los casos), aunque la mayor parte de las veces esto ocurre de manera asincrónica.

Etiología

Aun tras un estudio exhaustivo, la mayoría de los casos de HNSS permanecen como idiopáticos (70-90%).

Se describen como posibles factores etiológicos los procesos infecciosos (12,8%), las enfermedades otológicas (4,7%), las vasculares (2,8%) y otros (6,8%) como tóxicos, procesos metabólicos, autoinmunes, neoplásicos, traumáticos.

La patología autoinmune se plantea como posible causante de sordera súbita debido a que se han encontrado autoanticuerpos específicos contra el oído interno en pacientes con HNSS. A pesar de ellos, la dificultad de establecer una correlación clínica entre HNSS y los niveles de anticuerpos hace muy difícil validar esta teoría.

La etiología vascular se describe como consecuencia de isquemia que afecta la cóclea, situación delicada debido a que es un órgano que no presenta irrigación colateral. Enfermedad tromboembólica y vasoespasmo son las etiologías vasculares más aceptadas. Existe evidencia de fibrosis y osificación coclear secundaria a oclusión de vasos laberínticos.

A pesar de desconocer la causa de la patología, se recomienda tratarla de manera empírica, entendiendo que las posibles etiologías pueden ser muy distintas unas de otras.

Manifestaciones clínicas

La presentación puede ser monosintomática o en asociación de los siguientes síntomas:

Hipoacusia de rápida instauración (horas, días), generalmente unilateral, raramente bilateral y más raramente aún bilateral sincrónica. En este último caso debemos buscar patologías específicas, como meningitis, enfermedades autoinmunes, sífilis, ototóxicos, trauma, etc.

Sensación de taponamiento auditivo (80% de los casos). Es un síntoma inicial y frecuente. El paciente suele quejarse de presión, plenitud o taponamiento en el oído afectado. Este síntoma causa frecuente confusión con patologías como otitis media o tapón de cerumen.

Acúfenos. Hasta el 80% de los pacientes aquejan aparición de ruidos en los oídos. Es importante mencionar que este síntoma presentado de manera brusca, incluso sin hipoacusia, es motivo de derivación urgente al especialista.

Entre el 28 y el 52% de los casos se asocian síntomas vestibulares, tales como mareos, vértigo e inestabilidad.

Factores pronósticos

Síntomas y signos que se asocian a peor pronóstico audiológico:

Síntomas vestibulares (vértigo principalmente).

Edad avanzada.

Pérdida auditiva mayor a 85dB.

La instauración tardía de tratamiento. Único factor de mal pronóstico prevenible.

Historia natural de la enfermedad

Entre el 32 y el 65% de los pacientes recuperan la audición espontáneamente. Se describe que dichas cifras están posiblemente sobreestimadas, por lo que habría que inclinarse a que dos tercios de los pacientes no recuperan audición si no reciben tratamiento oportuno.

Dentro de los pacientes que recuperan, la mitad es ad integrum y la otra mitad presentarán umbrales de recepción verbal entre 40 y 60dB. Habitualmente la recuperación se produce en las 2 semanas que siguen al inicio del tratamiento.

Exploración físicaotoscopia

La mayoría de los pacientes presentan una exploración normal, a diferencia de aquellos con una hipoacusia conductiva, en quienes generalmente se objetivan alteraciones en CAE o en la membrana timpánica. Sin embargo, podemos encontrar tapones de cera, dermatitis, micosis, perforaciones timpánicas o signos de ocupación del oído medio que no sean los causantes del cuadro. Por ejemplo, un paciente con otitis media crónica, portador de una perforación timpánica antigua no activa, puede presentar una hipoacusia súbita como cualquier otro. Una situación habitual puede ser encontrar un tapón de cerumen enmascarando una hipoacusia súbita. Es por esta razón que la acuametría cobra especial importancia.

Acuametría

Es la técnica del uso de los diapasones.

Los diapasones son estructuras metálicas que generan vibraciones sonoras a distintas frecuencias. Son utilizados ampliamente en urgencia y en consulta por el especialista, ya que nos otorga información diagnóstica rápida, fácil y fiable. Los autores de las guías actuales recomiendan su uso para confirmar hallazgos audiométrico y plantear diagnósticos preliminares en ausencia de estos.

Es una prueba de interpretación subjetiva; por lo tanto, es importante manejar la técnica básica y saber obtener la información por parte del paciente.

Los más utilizados en la práctica clínica son los de 256 y 512Hz. La frecuencia que generan generalmente se encuentra tallada en el diapason.

Compara la audición generada por la vía aérea y la vía ósea en el mismo oído.

Técnica: en primer lugar, se coloca el vástago del diapason en vibración sobre la mastoides. Se le pregunta si lo oye. Luego se coloca la porción superior de las 2 ramas del diapason en vibración a 2cm del CAE. Se le pregunta dónde ha oído más intensamente el sonido.

Interpretación: Si oye mejor por la vía aérea (CAE), se interpreta como una audición normal o hipoacusia neurosensorial. A esto se le llama Rinne positivo. Si oye mejor por la vía ósea (mastoides), quiere decir que hay una hipoacusia de transmisión (Rinne negativo).

Se debe objetivar en la historia clínica el Rinne a las 2 frecuencias en cada oído.

Por ejemplo:

Oído derecho: Rinne+ a 256Hz y 512Hz.

Oído izquierdo: Rinne- a 256Hz y 512Hz.

En este ejemplo, el paciente presentaría una hipoacusia de transmisión en el oído izquierdo.

Si en el oído izquierdo el Rinne fuera+a 256 y 512Hz, se interpretaría como una audición normal o una hipoacusia neurosensorial de alguno de los 2 oídos. Para saber cuál, se realiza la siguiente prueba.

Compara la audición de la vía ósea entre ambos oídos.

Técnica: Se coloca el vástago del diapasón en vibración sobre la línea media de la frente o entre los dientes. Se pregunta al paciente dónde localiza mejor el sonido.

Interpretación: Si el paciente localiza el sonido en la línea media o en ambos oídos por igual, se interpreta como una audición normal o simétrica. Si el paciente localiza el sonido en el oído contralateral al afecto de hipoacusia, se interpreta como una alteración neurosensorial. Si el Weber lateraliza al oído hipoacúsico, se etiqueta de alteración conductiva, habitualmente con otoscopia patológica.

Manejo Fármacos

Actualmente existe controversia sobre cuál es el mejor tratamiento para la HNSS. Se han propuesto muchas opciones terapéuticas, entre las que destacan: corticoesteroides intravenosos, orales, intratimpánicos, antivirales, hemodilución, vasodilatadores, antibióticos, vitaminas, cámara hiperbárica, trombolíticos, anticoagulantes, inhalación de gas carbógeno, etc.

Independiente de la pauta utilizada en el centro de referencia, el paciente con una sospecha fundada de hipoacusia súbita debe recibir corticoesteroides. Es el tratamiento que ha mostrado resultados favorables, pero aún controversiales. Lo que sí se ha demostrado es que el tratamiento ofrece mejores tasas de recuperación auditiva cuanto antes sea iniciado.

El médico de familia debe prever el intervalo de tiempo hasta la instauración del tratamiento en el hospital de referencia, por lo que se considera que, si la derivación se va a demorar más de 24 horas, debe iniciarse tratamiento con una monodosis de metilprednisolona 1-2mg/kg, a ser posible intravenosa.

Guías recientes no recomiendan de rutina el uso de fármacos antivirales concomitantes al uso de esteroides en el tratamiento de HNSS.

Derivación

Los pacientes con una clara sospecha de hipoacusia súbita deben ser remitidos al hospital de referencia siempre y con carácter de urgencia si la evolución es igual o inferior a 15 días. Pasado este periodo de tiempo, la derivación puede ser diferida con carácter preferente. En estos últimos se debe instaurar el tratamiento corticoide empírico inicial (bolo de metilprednisolona) y mantener prednisona a dosis de 1mg/kg por vía oral hasta la visita al ORL, excepto si existe contraindicación para su administración, como posteriormente analizaremos.

Discusión

El diagnóstico diferencial entre una HNSS y otra causa de hipoacusia neurosensorial previa debe hacerse por el especialista en el hospital de referencia. En el centro de atención primaria se debe hacer un primer diagnóstico diferencial entre una hipoacusia neurosensorial y una hipoacusia conductiva. Para ello, la historia clínica y la otoscopia aportan información, pero finalmente son los diapasones los que determinan la una o la otra.

Se han desarrollado los síntomas más frecuentes de sordera súbita. Sin embargo, la ausencia de síntomas acompañantes no descarta el cuadro; es más, la ausencia de hipoacusia con presencia de sensación de taponamiento y acúfenos de aparición brusca deben hacer pensar en él. Cabe agregar que los síntomas típicos de

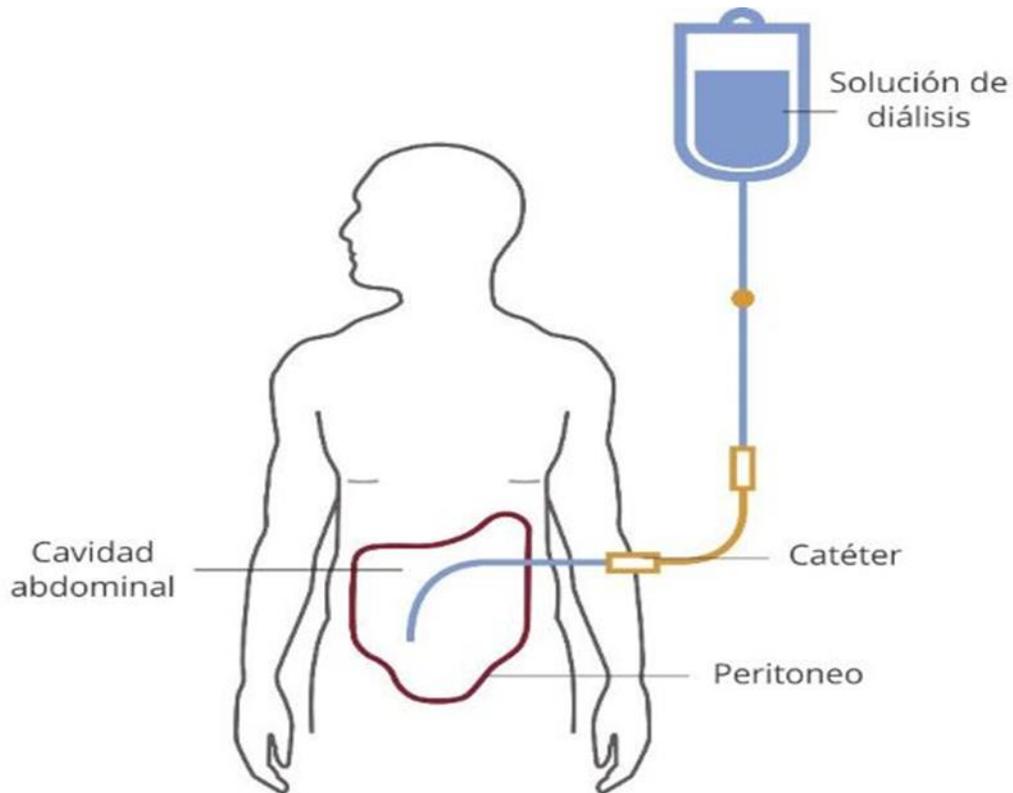
hipoacusia súbita son bastante inespecíficos e inclusive los podemos encontrar en hipoacusias conductivas.

Por lo general, no se presenta con fiebre o dolor, pero existen causas menos frecuentes de sordera súbita que sí pueden manifestarse con dichos síntomas. Debemos concluir de lo anterior, que una sordera súbita puede tener escasas o floridas presentaciones, y es por ello que es imperativo completar la exploración con otoscopia y diapasones. Por lo tanto, un paciente que aqueja hipoacusia de reciente comienzo, otoscopia normal, Rinne positivo en el oído afecto y Weber contralateral debe ser derivado de manera urgente al especialista, siguiendo las pautas anteriormente descritas.

Con respecto al tratamiento, en nuestro ámbito se utiliza corticoterapia en pauta intravenosa asociada a infiltraciones intratimpánicas. En otros centros, estas últimas se prescriben solo en casos de mala evolución o contraindicación para su administración sistémica (diabetes descompensada, úlcera gástrica activa, etc.), ya que la infiltración intratimpánicas además ha mostrado una mejoría en la eficacia de los tratamientos que se inician a partir de la cuarta semana de evolución. También dicho procedimiento muestra una tendencia de recuperación auditiva superior en los casos severos o profundos, donde solo las terapias sistémicas consiguen menos de un 25% de recuperación.

Diálisis peritoneal

Es una terapia que consiste en sustituir las funciones excretoras y depuradora del riñón, aprovechando las propiedades de una membrana natural como el peritoneo, que actúa como membrana semipermeable. Se instaura un catéter en cavidad peritoneal, entre el peritoneo visceral y el peritoneo parietal a través de la cual se infunde el líquido de la diálisis, para después de un tiempo de permanencia en el que satura de sustancias tóxicas, drenarse al exterior por el mismo catéter.



Existen varias modalidades de diálisis peritoneal; las más usadas son las siguientes:

- Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)

La cavidad peritoneal esta permanente ocupada con liquido de diálisis que se renueva tres o cuatro veces al día, es decir de 6 u 8 horas.

➤ Diálisis peritoneal cíclica continua (DPCC)

El peritoneo se conecta a una máquina que automáticamente llena y drena el líquido dializado del abdomen. La conexión a la maquina se hace de noche, aprovechando las horas de sueño.

➤ Diálisis peritoneal nocturna intermitente (DPNI)

Se lleva a cabo en el hospital y se emplea el mismo tipo de máquina que en el caso anterior.

La diálisis peritoneal es la preferida por los niños y por los padres que desean mantener su independencia; también está indicada en los pacientes que viven a mucha distancia del centro sanitario. por las características de esta técnica, es importante la implicación del paciente y sus familiares, así como el entrenamiento y la educación sanitaria recibida, sobre todo por lo que supone para evitar posibles complicaciones.



La complicación más importante que puede darse con la diálisis peritoneal es la peritonitis, que, si es reincidente, puede incluso obligar al abandono de la técnica y a pasar a la hemodiálisis; de ahí la importancia de extremar las medidas asépticas en la aplicación de técnica.

Otra complicación posible es el rechazo psicológico del paciente hacia el catéter, dado que puede sentir alterada su imagen corporal. Los líquidos usados para la diálisis, tanto la peritoneal como la hemodiálisis, deben infundirse a una temperatura similar a la del cuerpo humano para evitar situaciones de hipotermia.

La dieta cobra especial importancia en esta parte del tratamiento, pues debe ser equilibrada y suficiente.

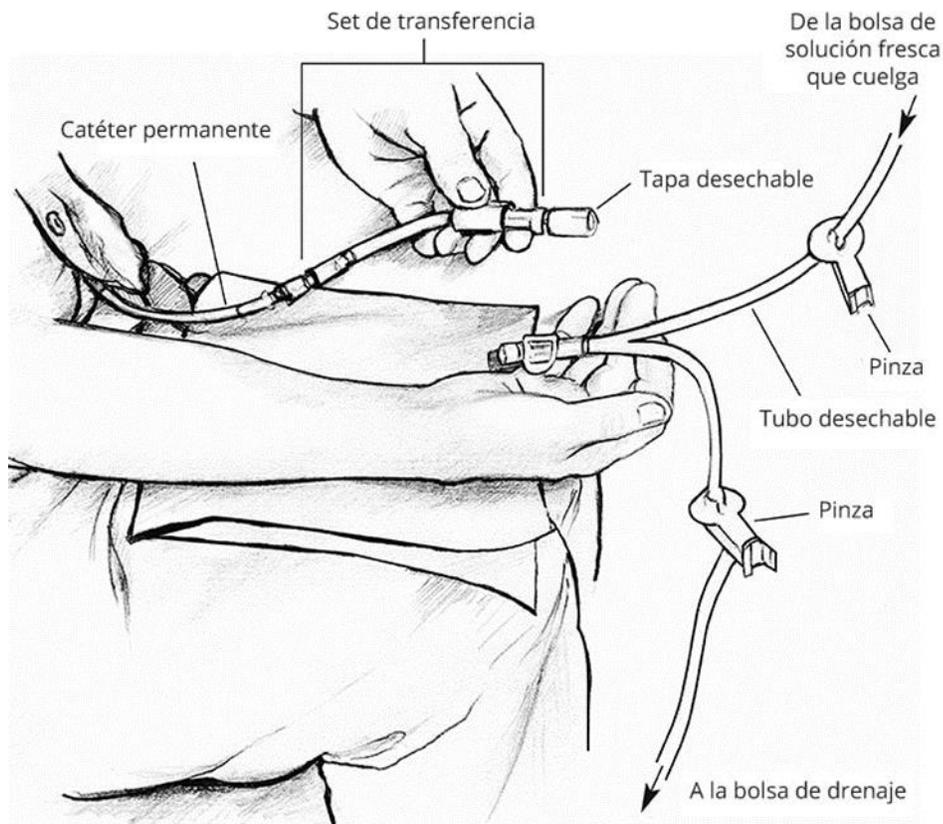
Periódicamente, se valora el estado nutricional del niño.

Actividad terapéutica y cuidados en la diálisis peritoneal ambulatoria continua.

La función más importante del personal de enfermería consiste en enseñar a los padres y al niño:

- Uso del material. es decir, como practicar la diálisis, en la que el cambio de la bolsa de líquido dializador es un aspecto capital.
- Como evitar complicaciones. En la cavidad peritoneal no deben entrar gérmenes, por peligro de infección (peritonitis). Las precauciones que deben considerarse son: disposición de la medicación en la bolsa. Cuidado del catéter.

- Resolución de problemas. Concretos, como fuga de líquido por el orificio de salida, desconexión, mala entrada y salida de líquidos, presencia de nubes blancas en el líquido, líquido teñido de sangre, problemas con la cámara germicida y dolor abdominal.
- Control cotidiano de la diálisis. Tensión arterial, peso corporal, temperatura corporal, balance de cada intercambio, horario, volumen y concentración. Glucemia.
- Dieta. Debe incluir bastantes proteínas, pocas calorías, poco potasio, y beber la cantidad de agua que se desee.
- Régimen de vida. La finalidad del tratamiento es que el niño y su familia hagan un régimen de vida lo más normal posible. Naturalmente, existen algunas limitaciones. Puede y debe hacer ejercicio, no extenuante, pero si pasear o nadar, no debe encerrarse en casa y debe ducharse a menudo.



Manifestaciones clínicas

Es característico que un niño sano se muestra de repente enfermo, con síntomas inespecíficos que indican una enfermedad o lesión importante (náuseas, vómitos, letargo, edema, hematuria, oliguria e hipertensión). Estos síntomas son el resultado de desequilibrio electrolíticos, uremia, y sobrecarga de líquidos.

El niño se muestra pálido y obnubilado. A continuación, puede consultarse manifestaciones clínicas y ampliar la información en la página siguiente:

La hiperpotasemia es el trastorno electrolítico asociado al IRA que supone una mayor amenaza para la vida del paciente.

La hiponatremia afecta a la función del sistema nervioso central, dando lugar a síntomas que van de la fatiga a las convulsiones. El edema se produce como resultado de la retención de sodio y agua.

Sobre estas alteraciones de líquidos y electrolíticos. Los niños con IRA son también más propensos a las infecciones, debido a que presentan función inmunitaria deprimida.

Asistencia en colaboración

Pruebas diagnósticas

El diagnóstico de la insuficiencia renal se basa fundamentalmente en la siguiente prueba:

- Análisis de orina
- Urocultivo

- Hemograma completo
- Pruebas de bioquímicas sérica

Estas ellas Bun, creatinina, valores de sodio, potasio y calcio.

Estas pruebas pueden revelar hematuria, proteinuria, infección, anemia, acidosis y anomalías electrolíticas. Valoraciones adicionales pueden ser pruebas toxicológicas sistemáticas, niveles séricos de completo, anticuerpos, anticuerpos antinucleares y cultivos de sangre y heces. Los riñones son de tamaño normal y en las radiografías no se observan signos de osteodistrofia renal (procesos patológicos que acompaña a la enfermedad renal y crónica y en el que existen una disminución de la resorción ósea causada por hiperparatiroidismo crónico). Pueden realizarse varios estudios por imagen para valorar las estructuras renales, el flujo sanguíneo renal y la perfusión y la función renales, con objeto de determinar si el niño tiene insuficiencia renal aguda o crónica. Puede ser necesaria una biopsia renal para examinar los glomérulos.

Tratamiento clínico

El tratamiento depende de la causa subyacentes de la insuficiencia renal.

El objetivo es reducir al mínimo posible o prevenir el daño renal permanente, al tiempo que se mantiene el equilibrio de líquidos y electrolíticos y se tratan las complicaciones. El tratamiento inicial de urgencia en los niños con depleción de líquidos se centra en la rápida reposición de estos, a razón de 20 ml/ kg de solución salina, administrar durante 5 a 10 min y repetida, si es necesario, para garantizar la perfusión renal y estabilizar la presión arterial.

Cuando la pérdida de sangre es la causa de la depleción circulatoria, puede administrarse también albumina. Si la oliguria persiste después de la reposición del acuerdo volumen líquido, habrá que sospechar de daño renal intrínseco.

Manifestaciones clínicas

Tipo de insuficiencia renal

Insuficiencia renal crónica fatiga, malestar, falta de apetito, náuseas, vómitos, falta de crecimiento o baja estatura. Cefalea, estado de alerta mental o capacidad de concentración reducidos, enuresis secundaria, anemia crónica, hipertensión, edema, fracturas por traumatismo mínimos, raquitismo y deformidad ósea en valgo.

Los niños con sobrecarga de líquidos, como aquellos que presentan edema pulmonar, necesitan tratamiento diurético, así como diálisis su respuesta a los diuréticos es escasa. Una vez que el niño está estabilizando, se calculan las necesidades de líquidos para mantener un equilibrio hídrico cero (la ingesta debe ser equivalente a la excreción y la pérdida insensible de líquido). Elimine todas las fuentes potenciales de ingesta de potasio hasta que la hiperpotasemia está controlada. Recuerda que los estados catabólicos o una extensa lesión tisular pueden elevar los niveles de potasio. Si existen otros desequilibrios electrolíticos, también se tratarán. Durante el estado catabólico debe mantenerse la nutrición con ingesta adicional de hidratos de carbono. Se prescriben antibióticos para infección. Deben evitarse los antibióticos neurotóxicos, como los aminoglucósidos. Medicamentos usados para tratar las complicaciones de la insuficiencia renal aguda.

Los niños con IRA que no responden al tratamiento requieren diálisis para corregir los graves desequilibrios electrolíticos, tratar la sobrecarga de líquidos y limpiar la sangre productos de desecho. La situación clínica y la edad determinan si debe utilizarse hemodiálisis o diálisis peritoneal. El pronóstico depende de la causa de la IRA.

Cuando la insuficiencia renal se debe a intoxicación farmacológica o deshidratación, el pronóstico es en general bueno. Sin embargo, la IRA que se debe a enfermedades como síndrome urémico – hemolítico o la glomerulonefritis aguda puede asociarse a daño renal residual.

Valoración psicosocial

La naturaleza aguda e inesperada de la hospitalización del niño genera ansiedad en padre e hijos. Valore los sentimientos de ira, culpabilidad o miedo asociados a la hospitalización. Es probable que estos sentimientos se desarrollen si la IRA es el resultado de deshidratación, de un accidente que podría haberse evitado o de una intoxicación. Valore los mecanismos de afrontamientos, los sistemas de apoyo a la familia y el nivel de estrés.

Planificación y aplicación

La asistencia de enfermería se centra en prevenir las complicaciones, mantener el equilibrio de líquidos, administración de medicamentos, responder a las necesidades nutritivas, prevenir las infecciones y proporcionar apoyo emocional al niño y familiares.

Prevención de complicaciones

Se previenen asegurándose del cumplimiento del plan de tratamiento.

La atenta monitorización de signos vitales, de la ingesta y de la excreción de los electrolíticos séricos y del nivel de conciencia permite al profesional de enfermería detectar cambios indicativos de potenciales complicaciones.

Mantenimiento de equilibrio de los líquidos

Realice una estimación del estado de líquidos del niño comprobando su peso diario (en la misma balanza y en el mismo día) los aportes y pérdida de líquidos y la presión arterial dos o tres veces al día. El objetivo del mantenimiento del equilibrio de líquidos es alcanzar concentración estable de sodio en el suero y una disminución del peso corporal del 0, 5.1 % al día.

Administración de medicamentos

Dado que en la IRA la capacidad del riñón para excretar los fármacos se encuentra deteriorada, es necesario ajustar las dosis de todos los medicamentos. Se puede reducir la dosis real del fármaco o aumentar el intervalo entre dosis. Compruebe los niveles del fármaco para detectar una posible intoxicación farmacológica para cada medicamento que está recibiendo el niño.

Satisfacciones de las necesidades nutricionales

La dieta ha de ser adaptadas a las necesidades individuales de cada niño en lo referente a las calorías, hidratos de carbono, grasas, aminoácidos o hidrolizados de proteínas. Dependiendo del grado de insuficiencia renal, puede que deban restringirse el sodio, el potasio y fosforo. inicie la alimentación oral tan pronto como el niño pueda tolerarla.

Prevención de la infección

El niño con IRA es muy sensible a las infecciones nosocomiales debido a su alterado estado nutricional, a una inmunidad comprometida y a los numerosos procedimientos invasivos a los que se ve sometido. Una buena higiene de manos y una correcta aplicación de medidas estándar son imprescindibles para reducir el riesgo de infección. Haga uso de técnicas estériles en todos los procedimientos invasivos y cuando manipule las vías para su mantenimiento. Se debe realizar cultivos de muestra obtenidas de los drenajes del catéter para comprobar la presencia microorganismo infecciosos. Valore la frecuencia los constantes signos vitales.

Proporcionar apoyo emocional

La presentación repentina de la IRA supone para los padres ver amenazada de forma inesperada la vida de su hijo. Padres e hijo experimentan ansiedad debido a la súbita hospitalización y a la incertidumbre de los pronósticos. Los padres, a menudo, se sienten culpables, sea cual sea la causa de la insuficiencia renal. este sentimiento de culpabilidad se intensifica cuando la insuficiencia renal se debe deshidratación o intoxicación. ayude a los padres a verbalizar sus miedos y a

superar ese sentimiento de culpabilidad. Explíqueles los procedimientos y las medidas de tratamiento para reducir la ansiedad. Anime a los padres y hermanos mayores a participar en el cuidado del niño, pues ello incrementara su sensación de control.

Planificación del alta y enseñanza de la asistencia domiciliaria

Favorezca la implicación de los padres desde el principio en la hospitalización del niño. Asegúrese que los padres comprenden la importancia de la correcta administración de medicación. Enseñe a los miembros de la familia a seguir la técnica adecuada para la medición de presión arterial de manera que ellos mismos pueden detectar hipertensión en el niño, si así está indicado.

Explique a los padres y a los niños en edad escolar el proceso de la enfermedad, el pronóstico y el plan de tratamiento. Asegúrese de que los padres saben cómo administrar la medicación y que sería capaces de identificar potenciales de efecto secundarios. Es posible que durante un corto periodo de tiempo tras el alta niño necesite un profesor particular. sin embargo, anime a los padres a que permitan retomar las actividades normales después de alta, cuando se haya resuelto el episodio.

Recuerda a los padres que es importante la dieta mientras el niño este recibiendo su tratamiento con corticosteroides, advertirles de que los corticosteroides estimulan el apetito, así deberán controlar la ingesta de alimento del niño y su aumento de peso. No se debe recibir ninguna inmunización hasta que haya transcurrido 6 meses desde la finalización de la terapia.

Aunque las vacunaciones pueden desencadenar una recaída, la vacuna contra el neumococo y otras inmunizaciones son importantes para proteger al niño, de graves infecciones que puede prevenir. La mayoría de los niños responden bien al tratamiento con corticosteroide, pero son frecuentes caídas. Incluso los niños con caídas frecuente pueden experimentar una solución es síndrome nefrótico cambios mínimo antes de los 30 años. Deben realizarse evaluaciones periódicas de la densidad ósea por las terapias repetidas.

La enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial. Se puede prevenir, pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas, cuando las soluciones la diálisis y el trasplante de riñón ya son altamente invasivas y costosas. Muchos países carecen de recursos suficientes para adquirir los equipos necesarios o cubrir estos tratamientos para todas las personas que los necesitan. La cantidad de especialistas disponibles también resultan insuficientes.

Los datos disponibles, aún insuficientes, sugieren una gran inequidad en el acceso al tratamiento para la enfermedad renal crónica en nuestra región, con una clara desventaja para los países y poblaciones con menores ingreso, señaló el asesor regional en prevención y control de enfermedades crónicas.

También es importante que tomes los medicamentos como te los recetaron para obtener los mejores resultados posibles. Mientras te haces la diálisis peritoneal, posiblemente necesites varios medicamentos para controlar la presión arterial, estimular la producción de glóbulos rojos, controlar los niveles de determinados nutrientes en la sangre y evitar la acumulación de fósforo en la sangre.

6.6.5. Tecnología para la diálisis peritoneal en el niño

La diálisis peritoneal es un tratamiento paliativo realizado en los pacientes con insuficiencia renal, por lo general crónica y en algunas ocasiones aguda; su objetivo es suplir las funciones de los riñones dañados de manera temporal o definitiva.

Esta técnica que reemplaza la función de los riñones de modo transitorio elimina el exceso de líquido, solutos y sustancias de desecho que produce el organismo como resultado final del metabolismo. Para cumplir dichas funciones, la diálisis se basa en la difusión y la osmosis.

El niño con insuficiencia renal crónica se deteriora de forma gradual hasta que la diálisis peritoneal deja de ser una opción y se requiere la hemodiálisis, que no solo es más complicada y costosa, sino que tampoco resuelve el problema. En realidad, es preciso considerar un trasplante de riñón, pero infortunadamente, en México la lista de espera de un riñón es enorme; aun cuando se disponga de un donante familiar compatible, la cirugía es de riesgo y costo monetario elevado.

En México, el índice con infección de vías urinarias en niños es alto y pocas veces se detecta de forma oportuna, razón por la cual la insuficiencia renal se torna crónica e irreversible.

Objetivos

1. Eliminar solutos y sustancias de desecho del organismo, como ácido úrico, urea, creatinina y líquido, que el cuerpo no puede desechar a través de la orina.
2. Tratar de mantener el equilibrio ácido – base del organismo.

3. Mantener con vida al paciente hasta que se restaure la función renal o se realice una hemodiálisis o en último caso, un trasplante de riñón.

Algunas indicaciones

La diálisis peritoneal en pediatría puede indicarse sobre todo en la insuficiencia renal y en alteraciones metabólicas e intoxicaciones.

- Insuficiencia renal aguda con oligoanuria (diuresis 0.5 cm/kg/h), que no responde a diuréticos y que puede acompañarse de balance positivo con:
- Hipovolemia.
- Hipertensión.
- Insuficiencia cardíaca.
- Derrame pleural.
- Anasarca.
- Insuficiencia renal crónica.
- Paciente con valores de creatinina 10 mg/ dl.
- Deterioro de las condiciones del paciente pediátrico nefrópata.
- Exceso de volumen de líquidos corporales en el niño.
- Síndrome hemolítico- urémico.
- Hipotermia grave.
- Intoxicaciones exógenas graves por tóxicos dializables a través del peritoneo.

Contraindicaciones

Pueden señalarse las siguientes contraindicaciones:

- Alteraciones anatómicas de la pared abdominal.
- Presencia de infección en el sitio de colocación del catéter Tenckhoff.
- Superficies abdominales con presencia de quemadura de grado elevado.
- Cirugías abdominales que abarquen una zona de mayor.
- Hernia abdominal.
- Intoxicaciones masivas o catabolismo rápido.
- Desgaste de la membrana peritoneal por uso prolongado.
- Peritonitis.

Tipos de diálisis peritoneal

Lo más comunes son:

- Diálisis peritoneal intermitente o aguda (DPI o DPA).
- Diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC).
- Diálisis peritoneal en ciclos continuos o automatizada (DPCC).

Tipos de catéteres para diálisis peritoneal

El típico catéter de Tenckhoff tiene dos manguitos. El dispositivo regular casi siempre permite una entrada fácil del líquido. Sin embargo, el drenaje efectivo del abdomen es más variable y difícil en particular durante el periodo final del drenaje. En este momento la resistencia al flujo de salida aumenta a medida que el epiplón y las asas intestinales se acercan a la punta y a los lados del catéter conducidos a esa posición por las fuerzas de Bernoulli cercanas a los agujeros de entrada del catéter y por la disminución del volumen de líquido en el abdomen. Para reducir el mínimo la obstrucción al flujo de salida se han diseñado varios catéteres

alternativos, entre ellos el catéter de Tenckhoff helicoidal que proporciona un aumento del tubo para separar las capas parietal y visceral del peritoneo. El flujo de entrada y salida en la punta del catéter se halla más protegido y hay más agujeros laterales para la salida del líquido.

El catéter recto se utiliza en casos de diálisis peritoneal urgente y corta duración, en comparación con el espiral o curvo, que se emplea para casos de diálisis prolongada.

Lugar de colocación del catéter

El catéter se coloca en un punto infraumbilical y en la región paramediana, atravesando el muslo recto abdominal, donde el grosor del musculo puede envolver al manguito interno y facilitar su incorporación en la pared abdominal. La punta del catéter de la porción intraperitoneal se dirige hacia abajo en dirección del cuadrante inferior izquierdo, donde el peristaltismo del colon descendente ayuda a evitar la migración del catéter. Los manguitos de dacrón se colocan y se fijan, el más interno inmediatamente después del peritoneo y el más externo en el tejido celular subcutáneo, a unos 2 cm de la salida al exterior.

El punto de salida (inserción del catéter) no debe hallarse a la altura de la cintura.

Complicaciones

Se han notificado las siguientes complicaciones:

- Perforación intestinal
- Fuga de líquido dializado.
- Obstrucción de la luz del catéter por presencia de fibrina.

- Infección de sitio de inserción del catéter.
- Infección del túnel del catéter.
- Peritonitis.
- Sepsis.
- Dolor abdominal continuo,
- Hipovolemia o hipervolemia.
- Hiperglucemia.
- Perforación vesical.

Concentraciones de las soluciones dializables disponibles en el mercado

Las más frecuentes son:

- 1.5%, amarillo (1.5 g/ 100 mL)
- 2.5%, verde (2.5 g/ 100 mL)
- 4.5%, roja (4.25 g/ 100 mL)

Composición de los líquidos de diálisis peritoneal

La solución dializada tiene una constitución análoga a la del plasma; la diferencia básica radica en la concentración de glucosa que contiene. La cantidad se incrementa para eliminar más líquido del paciente.

Pasos observados en la diálisis peritoneal

1. Colocarse el cubrebocas y realizar lavado de manos médico.
2. Reunir el material y equipo llevarlo a la unidad del paciente.

3. Corroborar en las bolsas de solución dializable.
 - Fecha de caducidad.
 - Concentración indicada.
 - Integridad de la bolsa y existencia de tapones.
 - Confirmación de que el líquido no contiene cuerpos extraños.
4. Calentar la solución de diálisis en el horno de microondas por un tiempo no mayor de 1.5 min, con los accesos hacia abajo o en caso de contar con un calentador especializado para las bolsas de diálisis peritoneal.
5. Realizar desinfección de la mesa Pasteur con el antiséptico en aerosol EXSEPT al 50%, tomando en cuenta cinco puntos importantes, los cuatro extremos y el centro de la mesa, en dirección del centro a la periferia, y terminar con los bordes y barandal.
6. Tomar una toalla de papel, doblarla en cuatro y rociar solución antiséptica en el aerosol EXSEPT al 50%; secar la solución del microondas y limpiar la bolsa, primero la parte superior, luego la cara inferior, y al final la posterior e inferior de la bolsa.
7. Colocar la bolsa del lado izquierdo de la mesa con los accesos hacia arriba y las pestañas de la bolsa hacia abajo.
8. Doblar nuevamente la toalla y colocar la pinza, rociar solución antiséptica EXSEP al 50% y limpiar; una vez limpia, colocar la pinza en la mesa del lado derecho sin tocarla con las manos.
9. Se dobla otra vez la toalla y se aplica el antiséptico EXSEP al 50% de arriba abajo y se coloca en la mesa del lado derecho.

10. Limpiar la parte inferior de la mesa, los bordes y al final los soportes.
11. Realizar un lavado de manos y regresar a la mesa de trabajo.
12. Tomar la bolsa por la pestaña y tirar hacia arriba, sacarla y colocarla en el lado derecho. Desechar la bolsa protectora en la parte inferior de la mesa, tomándola por la parte inferior.
13. Quitar los sujetadores de papel y despegar los accesos.
14. Hacer un pequeño dobléz en la porción superior de la bolsa de drenaje, junto con los accesos y pasar estos a la parte posterior de la bolsa de solución.
15. Colocar la pinza de diálisis en la porción inferior del acceso de llenado.
16. Romper el cople de rotura verde del acceso llenado.
17. Sacar el acceso de transferencia.
18. Aplicar el antiséptico EXSEPT al 50% en las manos, simulando un lavado médico durante 30 segundos.

Conexión al paciente

- Sujetar con la mano no dominante el conector azul entre los dedos índice y pulgar el acceso de transferencia entre los dedos índice y medio en posición horizontal.
- Retirar el tapón de color que corresponde a la solución dializable y aplicar antiséptico EXSEPT 50%; a continuación, retirar el tapón de seguridad del cambio anterior que corresponde al acceso que conecta con el catéter de diálisis del paciente, y aplicar antiséptico EXSEPT al 50%.

- Girar el conector azul y confirmar que este bien cerrado.
19. Colocar en seguida la bolsa de solución.
 20. Purgar el acceso de infusión, quitando la pinza y llevarla en 5 segundos al acceso de drenaje.
 21. Pinzar el acceso de drenaje.
 22. Verificar el nivel del líquido con la gráfica de la bolsa de solución o colocarla en la báscula.
 23. Verificar el volumen a infundir.
 24. Abrir el acceso de paso de la línea de transferencia para el llenado; al termino, cerrar esta.
 25. Bajar la bolsa de drenaje a la parte inferior de la mesa.
 26. Abrir la llave de paso del acceso de transferencia para permitir la salida de líquido de la cavidad.
 27. Al terminar el drenado, cerrar la llave de paso del acceso de transferencia y revisar las características de líquido drenado:
 - No debe estar turbio.
 - No debe mostrarse hemático.
 - Sin fibrina.
 - Cantidad drenada.
 28. Cerrar el obturador inviolable.
 29. Bajar la bolsa de infusión.
 30. Pinzar ambos accesos y romper el cople rojo.
 31. Desechar la bolsa.
 32. Anotar los datos correspondientes en la hoja de registros de enfermería.

Fundamentación

1. Forman parte fundamental de las medidas de precaución regulares y objetivos internacionales, lo cual evita el riesgo de infección durante el procedimiento.
2. Evita contratiempos y agiliza el procedimiento.
3. Aplicar las medidas de seguridad favorece una práctica segura y atención de calidad.
4. El calentamiento de la solución dializable antes de ingresarla al organismo hace posible la disminución de molestias, en el paciente como dolor y cólicos; asimismo, con los accesos hacia abajo el calentamiento es más rápido y eficiente.
5. La desinfección previa de todo material y equipo previene la contaminación de la entrada del catéter que establece directamente con el peritoneo una cavidad libre de microorganismos.
6. EXSEPT es un antiséptico derivado del cloro, acción segura rápida y eficaz. Es germicida, incluidos hongos y virus, en un tiempo de exposición casi siempre corto.
7. Facilita la abertura de la bolsa y el acceso a los accesos, lo cual implica menor riesgo de contaminación y pérdida de tiempo.
8. Reduce el riesgo de infección y prolongación de microorganismos.
9. De esta manera se facilita la manipulación de la bolsa y los accesos al empezar el procedimiento de conexión al acceso de transferencia.
10. Evita que la bolsa de drenaje obstaculice la conexión al acceso de transferencia.

11. Impide que la solución pase directamente a la bolsa de desecho al momento de romper el cople de rotura.
12. Hace posible el paso de la solución de diálisis por el acceso de transferencia hacia el catéter y luego hacia el peritoneo.
13. El acceso de transferencia es una extensión conectada al catéter Tenckhoff que evita la manipulación extrema del catéter, que puede romperse u obstruirse durante los intentos repetidos.
14. Realizar de nueva cuenta una desinfección de manos de EXSEPT al 50% asegurara un procedimiento aséptico, lo cual promueve la seguridad del paciente al no exponerlo a microorganismos.
 - Ayudar al manejo del acceso de transferencia y el de la solución de diálisis.
 - El uso de EXSEPT al 50% en ambos accesos asegura la eliminación de microorganismos de la entrada de estos dispositivos, lo que proviene una infección peritoneal.
 - La correcta conexión de los accesos, tanto de la solución como de la transferencia, impide la fuga de líquido y asegura un procedimiento optimo y seguro.
15. La solución desciende por gravedad y pasa a la cavidad peritoneal.
16. Evita que el aire contenido en la distancia de la longitud del acceso de infusión pase a la cavidad peritoneal y ocasione dolor o cólicos.
17. Confirmar la cantidad de líquido dializable a administrar asegura buenos resultados del procedimiento y previene complicaciones posibles en el paciente.

18. Cerrar la llave de paso impide la solución de la cavidad peritoneal regrese a la bolsa superior, ante algún esfuerzo o movimiento del paciente.
19. Permanece en este sitio hasta terminar el drenaje de la solución de diálisis.
20. La salida de la solución se lleva a cabo de la misma forma por la cual ingreso por gravedad.
21. La observación de las características del líquido drenado hace posible identificar algunas alteraciones, como infección (turbia, amarillenta o purulenta) o sangrado la cantidad drenada señala alguna posible alteración hidroelectrolítica.
22. La desconexión es un paso importante, ya que de ella depende que el catéter quede cerrado adecuadamente y se prevenga el paso de microorganismos a la cavidad peritoneal.
23. La hoja de registros de enfermería es un formato integral del expediente clínico que justifica la función de enfermería y la calidad de atención proporcionada a los pacientes.

Diagnósticos de enfermería más frecuentes

1. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la dificultad para expansión pulmonar y manifestada por distensión de la cavidad abdominal, disnea, presión y dolor.
2. Alteración del bienestar relacionada con procedimientos diálisis peritoneal y expresada por molestia de la instalación del catéter, ingreso de la solución de diálisis, flujo de salida de la solución e irritación química del peritoneo.

3. Riesgo de infección en relación con el acceso a la cavidad peritoneal, punto de inserción del catéter y uso de una elevada concentración de glucosa en la solución de diálisis.
4. Riesgo de alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con desconocimiento de las medidas terapéuticas, tratamiento farmacológico, procedimiento de diálisis peritoneal, signos y síntomas de alarma y cuidados de seguimiento en el hogar.

Material y equipo

1. Cubrebocas.
2. Mesa de Pasteur.
3. Solución antiséptica en aerosol EXSEPT o la disponible en la institución.
4. Gasas.
5. Pinzas obstructoras para la conexión de los tubos de diálisis.
6. Acceso de transferencia o extensión corta para catéter.
7. Tapón de anillo o tapo con yodopovidona o el antiséptico que utilice la institución.
8. bolsas gemelas de solución dializable al porcentaje indicado.
9. Toallas de papel.
10. Bolsa para desechos.
11. Registros de enfermería y hoja para control de líquidos.

VII. RESUMEN DEL CASO CLINICO

Paciente femenina de 6 años de edad, ingresa al hospital, al servicio de urgencia, porque el día 17/05/2022 al realizar el ultimo baño, introduce 700 ml, sin obtener retorno, posteriormente presenta irritabilidad, refiriendo dolor abdominal, que sede con analgésicos. Solicitan radiografía de abdomen y se encuentra catéter migrado de posición, se solicita valoración por nefrología donde se realizó el baño de 200 ml, con retorno de 400 ml, de aspecto turbio. Se solicita ingreso para el control antibióticos, cultivo de líquido peritoneal y valoración por cirugía con laboratorio con HB de 10.45 HTO 28.8 LEU 9.49 PLAQ 341 NS 85 TP10.8 TTP 27 INR0.90 GLUC 100 BUN57.39 CREAT 9.29 UREA 122.81. Actualmente presenta el diagnostico medico de Insuficiencia Renal Crónica / Hipoacusia Neurosensorial Bilateral. Se observa la piel es de color clara, suave, tersa y lisa con presencia de vellosidades bien hidratada con palidez generalizada y debilidad del tono muscular en extremidades de miembro inferiores, presenta rozadura en glúteos, se palpa pulso radial taquiarritmico rápido regular, patrón respiratorio irregular con disnea de reposo. Paciente esta desorientado en persona, tiempo y espacio, cuenta con dificultad en el habla y con hipoacusia bilateral la cual se puede comunicar con lenguaje de señas. Puntuación de Braden en 18 puntos. se realiza la Diálisis Peritoneal con una solución estándar 1.5% de la cual se introduce en cavidad 1000 ml en 2 horas de estancia en cavidad 4 baños y agregar 1000 UI de Heparina por bolsa salen líquidos claros sin fibrinas.

Plan de manejo y tratamiento cefepime 800 mg c/24 hrs I.V, carbonato de calcio 1 tab c/8 hrs V.O, calcitriol 1 perla, c/24 hrs, Polivitaminas 5ml c/24 hrs, eritropoyetina 2000 UI SC M Y Valproato de magnesio 5.5. ml c/12 hrs v.o.

Por presentar dolor abdominal y disfunción de catéter, de un día evolución se prueba la permeabilidad del mismo, confirmando balance positivo y salida de líquido amarillento la paciente refiere dolor abdominal durante el procedimiento se inicia ayuno y valoración por cirugía pediátrica.

Se sugiere tratamiento para peritonitis primaria no requiere intervención quirúrgica en este momento, de considerar la misma posteriormente reenviar nueva inter consulta paciente delicada. Pronóstico reservado a evolución.

Se realiza maniobra para destapar catéter y se envía el líquido peritoneal obteniendo para citológico sin embargo dicho resultado no es confiable ya que deben realizarse baños de entrada y salida y posteriormente citológico. Dolor a la infusión, dificultad para el drenaje, se observa líquido turbio, se decide su ingreso para manejo microbiano empírico con cefepime monoterapia intravenosa.

Se valora por nefrología quien indica iniciar baño adecuada entrada y salida de solución estándar de 1.5% con 200 ml de entrada por salida en tres ocasiones, al corroborar adecuadamente el balance, se inician diálisis peritoneal con 4 baños 1000 ml y dos horas en estancia en cavidad más de 500 ml para humidificar cavidad drenándolos previo del primer baño del día siguiente posteriormente aumentan a 5 baños día, se valoró por infectología quien debido a la presencia de una + levaduras en segunda muestra de líquido peritoneal indican inicio de fluconazol al obtener 3 cultivos con resultados negativos se suspende.

VIII. DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Ficha de Identificación

Nombre del paciente: C. M. J. H. Edad: 6 años Sexo: Femenino Fecha de Ingreso al Hospital: 18/ 05/ 22 Fecha de ingreso al servicio: 18/ 05/ 22 Servicio: Medicina Interna N° de cama: 420 Días de Hospitalización: 4 días Procedencia: Comalcalco Tabasco Expediente: 216623 Estado Civil: Soltera Religión: Católica Escolaridad: preescolar Ocupación: Estudiante Diagnostico Medico: Insuficiencia Renal Crónica / Hipoacusia Neurosensorial Bilateral. Tratamiento médico actual: Cefepime 800 mg c /24 hrs IV, Carbonato de Calcio 1 tab c /8 hrs V.O, Calcitriol 1 perla c /24 V.O, Polivitaminas 5ml c/ 24 hrs V.O, Eritropoyetina 2000 UI SC, Valproato de Magnesio 5.5 ml V.O.

Datos Biográficos

El cuidador del paciente es entrevistado, la cual es la madre de 40 años de edad, grado académico de Bachillerato completo, comenta ser ama de casa, de religión católica, se observa cansada, expresa preocupación por la salud de su hija ya que es madre soltera la cual su padre la abandono deslindándose de responsabilidades al saber de su enfermedad.

Historia de la enfermedad actual:

La madre refiere que inicia proceso de la enfermedad desde hace 1 año 6 meses la Insuficiencia Renal Crónica ya que realizaron unos estudios de laboratorio salieron elevados la creatinina y urea, presentando al mismo tiempo Hipoacusia Neurosensorial Bilateral misma que presento al nacer se dieron cuenta cuando le realizaron el Tamiz Auditivo presentaba dicha enfermedad, debido a los anteriores

diagnósticos recurrentemente ha sido hospitalizado en diez ocasiones por el mal manejo de la Diálisis peritoneal.

1. Patrón percepción mantenimiento de salud

La madre refiere que en su vivienda en casa propia de construcción de concreto cuenta con todos los servicios, intra domiciliaria luz, agua, potable y drenaje, al paciente se le realizan baños de esponja diarios en cama durante su estancia hospitalaria, posterior mente a su enfermedad de dejó de acudir a la escuela, la madre refiere que su enfermedad Hipoacusia se la detectaron al momento de nacer cuando realizan un Tamiz Auditivo Neonatal " A Control " y de Insuficiencia renal se la detectaron hace 1 año 6 meses ya que realizaron estudios de laboratorio ya que la urea y creatinina salieron elevados así mismo presentando dolor abdominal recurrentemente donde deciden los médicos pasar a área de Quirófano para la colocación de catéter Tenckhoff el día 13 de noviembre del 2020, , la madre se observa agotada , comenta estar preocupada por el estado de salud de su hija muestra apoyo en los cuidados , refiere que el paciente cuenta con el esquema de vacunación completo, se lleva control de líquidos riguroso. Actualmente presenta diagnostico medico de Insuficiencia Renal Crónica e Hipoacusia Neurosensorial Bilateral.

2. Patrón nutricional metabólico.

Peso: 16 kg Talla: 1. 15 cm Perímetro Cefálico: 50 cm Perímetro Torácico: 60 cm.
Perímetro abdominal: 77 cm Glicemia: 100 mm/ dl Temperatura: 36.5 ° IMC: 6.9

La piel es de color clara se observa suave, tersa y lisa con presencia de vellosidades bien hidratada con palidez generalizada encamado en posición decúbito lateral derecho mucosa bien hidratada, boca rosada, sin alteraciones, labios delgados y pequeños, barbilla se encuentra normal.

Su dentadura se encuentra completa sin presencia de caries, campanilla normal, la lengua se encuentra limpia. Se observa herida cicatrizada en el abdomen depresible blando debido a la inserción de catéter Tenckhoff de diálisis en cuadrante inferior derecho, sitio de inserción se observa ligeramente enrojecido. Su dieta prescrita es Nefrópata 160 ml de líquidos por turno con estricto control de líquidos.

3. Patrón de Eliminación

Su orina es amarillo claro la cantidad de 167 ml recolectado en pañal. Se inicia Diálisis Peritoneal con Catéter rígido , posteriormente se realiza la colocación de Catéter Tenckhoff el día 13 de noviembre del 2020 el cual fue hospitalizada del 13 al 17 de noviembre del 2020, en enero ingresa para retiro y recolocación de catéter Tenckhoff, el día 10 de enero del 2021 ya que de manera accidental fue cortado al realizar la curación fue nuevamente hospitalizada 10 al 15 de enero del 2021 ha presentado cuadros de peritonitis que han ameritado ser hospitalizada por el mal manejo de Diálisis Peritoneal.

se encuentra en fosa iliaca derecha, limpio donde se está realizando la Diálisis Peritoneal con una solución estándar 1.5% de la cual se introduce en cavidad 1000 ml en 2 horas de estancia en cavidad 4 baños y agregar 1000 UI de Heparina por bolsa salen líquidos claros sin fibrinas. Con un reporte de laboratorio BUN 60.1, CREAT 9.11, SODIO 140, K 3.5, CLORO 107, CALCIO 7.3 HB 10.4, HTO 10.4, LEUCOS 9.4, PLAQUETAS 341 MIL. Se inicio tratamiento con cefepime por los antecedentes y la exploración al momento de su ingreso.

Heces de consistencia pastosa con bordes irregulares café claro, con frecuencia de heces 1 vez por turno cantidad 70 ml recolectada en pañal.

4. Patrón Actividad Ejercicio

Presento una Frecuencia Cardiaca: 123 x min, Tensión Arterial: 120 /80 mm/ dg, Frecuencia Respiratoria: 23 x min, se palpa pulso radial taquiarritmico rápido regular, patrón respiratorio irregular con disnea de reposo, se realiza total asistencia para la ingesta de baño, higiene, vestido, uso del WC, y alimentación con puntuación de Braden en 18 puntos. presenta dolor en las extremidades inferiores son de tamaños simétricos, refiere caminata de corto plazo desea mejorar su movilidad, la cual expresa su madre de aumentar su conocimiento para el autocuidado ya que ha tenido accidentes de caídas por la pérdida de tono muscular en extremidades inferiores.

5. Patrón del Sueño – reposo

Paciente se encuentra desorientado en persona, tiempo y espacio refiere no tener una buena calidad de sueño normalmente duerme 6 horas diarias por el cual presenta tener molestia y dolor de tener el catéter Tenckhoff durante el día solo logra tomar siestas de media hora.

6. Patrón cognitivo / perceptual

Paciente esta desorientado en persona, tiempo y espacio, presenta pupilas de 2 mm isocorias, cuenta con dificultad en el habla y con hipoacusia bilateral la cual se puede comunicar con lenguaje de señas, presentando puntuación de Glasgow de 13, con escala de Ramsay 6 cuando refiere dolor realiza gestos y el tono muscular es débil en extremidades inferiores.

7. Patrón de autopercepción / autoconcepto

Se observa inquieta, irritable, ansiosa, y presentando llanto de dolor en la parte abdominal cuando se realiza su diálisis peritoneal menciona la madre que esta inquieta por la estancia hospitalaria muy prolongada de igual manera manifiesta tener mucha habilidades y destrezas para poder formar y adquirir conocimientos mediante lenguaje de señas.

8. Patrón rol / relaciones

Refiere desempeñar roles importantes en su vida vive con su madre, una hermana su madre es ama de casa, la cual es quien la cuida la mayor parte del tiempo, la cual se dedica a trabajar en casa de familias dos veces a la semana, ya que ella es la única que apoya a su hija ya que su padre los abandono cuando se enteró de la enfermedad de su hija deslindándose de responsabilidades.

9. Patrón de sexualidad

Se encuentra en el estadio 1 de la escala de Tanner, a la inspección de genitales se observa integro de acuerdo al sexo, la vulva, clítoris y labios vaginales se encuentra limpio presentando rozaduras en glúteos y región perineo.

10. Patrón afrontamiento / estrés

La Madre nos refiere que ha tenido cambios en su vida la cual presenta tener ansiedad, estrés por su enfermedad y por los días hospitalizada a la igual manera refiere tener dolor abdominal por los gestos que realiza, ya que ella le señala la parte donde siente molestias, presenta llanto e inquietud. La cual sede con analgésico el dolor. La persona indicada para hablar es con su hija ya que ella es la que más confianza le tiene y de igual manera a su madre.

11. Patrón valores / creencias

La madre nos refiere que la religión que el paciente profesa es católica manifiesta refugiarse en su religión y las imágenes religiosas la cual le ha ayudado a salir adelante con su hija acuden los domingos a misa participa de oyente para poder llevar a su hija por el camino de Dios le gustaría que la visitara un sacerdote a su hija al igual que a todos los niños que se encuentran pasando una situación difícil

8.1. Valoración clínica del sujeto del cuidado

Aspectos Generales:

Lactante mayor de 6 años de edad presenta complexión física normal de acuerdo a su edad, con una buena higiene corporal las características de su cara son forma simétrica piel clara se observa suave, tersa y lisa con presencia de vellosidades con palidez generalizada, esta encamado en posición decúbito lateral derecho, con una actividad motora con complicación, en su lenguaje presenta un déficit sensorial en el habla y con hipoacusia bilateral la cual se puede comunicar mediante el lenguaje de señas presenta inquietud, irritable ,ansiosa , respuesta motora al estímulo del dolor.

Signos vitales:

Temperatura: 36.5 ° frecuencia cardíaca: 123 x min se palpa pulso radial taquiarritmico rápido regular frecuencia respiratoria: 23 x min patrón respiratorio irregular con disnea en reposo. Tensión arterial: 120/ 80 mm/dg Normo tensión, llenado capilar 2 segundos.

Somatometría:

Peso: 16 kg. Talla: 1. 15 cm perímetro cefálico: 50 cm perímetro torácico: 60 cm
perímetro abdominal: 77 cm

Piel: color claro se observa suave, tersa y lisa con presencia de vellosidades bien hidratada con palidez generalizada se observa cicatrices en el abdomen debido a la inserción de catéter Tenckhoff de diálisis en cuadrante inferior derecho, sitio de inserción se observa ligeramente enrojecido.

Cabeza: simétrica, sin malformaciones, con gestos faciales, fontanelas integra, sin ninguna alteración con tamaño normal de acuerdo a su edad, su cabello es rubio claro con implantación de cuero cabelludo espeso se encuentra higiénicamente limpio su cabello suave e hidratado sin presencia de caspa.

Cara: forma redonda

Ojos: Asimétricos, pupilas isocorias normo reflexica, pestañas con buena implantación se observan con movimientos normales, buena lubricación, color de iris café claro.

Oídos: se observan pabellones auriculares bien formados e implantados, simétricos con problemas de un déficit sensorial en el habla y con hipoacusia bilateral la cual se puede comunicar mediante el lenguaje de señas

Nariz: se observa de forma simétrica recta con buena permeabilidad las narinas en un buen estado aleteo nasal con presencia de vellosidades vidriosas en todas las partes de la nariz, no se observa malformaciones o lesiones aparentemente buena coloración y de mucosa, hay buena lubricación.

Boca: se observa mucosa, hidratada rosada sin alteraciones labios delgados y pequeños, barbilla se encuentra normal. Su dentadura se encuentra completa, sin presencia de caries campanilla normal la lengua se encuentra limpia.

Cuello: se observa musculo de igual tamaño, con movimientos suaves, se presenta dolor al movimiento de palpar la tráquea se observa la localización central en la línea media.

Tórax: se observó Normo lineo con buena amplexión y amplexación simétrico de las mamas piel intacta con temperatura uniforme, patrón respiratorio irregular con disnea en reposo con ruidos sibilantes bilateralmente, precordio arrítmico con presencia de taquicardia de buen tono intensidad, columna alineada verticalmente, los hombros y las caderas derecha e izquierda se encontraron a la misma altura glúteos con rozaduras.

Abdomen: depresible blando doloroso a la palpación con predominio en cuadrante inferior derecho, herida cicatrizada en abdomen debido a la inserción del catéter Tenckhoff de diálisis en cuadrante inferior derecho, el sitio de inserción se observa ligeramente enrojecido.

Extremidades: presenta dolor en las extremidades inferiores son de tamaños simétricos, se observa piel rosada, con una temperatura normal, con textura elástica no presenta ausencia de edemas. Se observa músculos de igual tamaño ambos lados de cuerpo, ausencia movimientos lentos y débiles.

Genitales: Se encuentra en el estadio 1 de la escala de Tanner, a la inspección de genitales se observa integro de acuerdo al sexo, la vulva, clítoris y labios vaginales tiene rozaduras en glúteos y la región del perineo ano permeable.

Estado neurológico: desorientado, en persona, tiempo y espacio pupilas isocorias 2 mm normo reflexica puntuación de Glasgow 13 presenta dolor en extremidades inferiores.

8.2. Diagnósticos de enfermería según sea el caso

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 1

Valoración

Análisis de datos recolectado

PATRON FUNCIONAL DE SALUD	SIGNOS Y SINTOMAS ENCONTRADOS EN EL PACIENTE	ETIQUETA DIAGNOSTICA
I.- patrón percepción – control de la salud.	Enfermedad renal crónica con diálisis peritoneal. Hipoacusia neurosensorial bilateral.	Etiqueta: Protección ineficaz. Definición: disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas, tales como enfermedades o lesiones.
II.- patrón nutricional – metabólico. <ul style="list-style-type: none">• Nutrición	Su dieta prescrita es de nefrópata con ingesta de 160 ml de líquidos por turno con estricto control de líquidos.	Etiqueta: Exceso de volumen de líquidos. Definición: Retención excedente de líquido.
<ul style="list-style-type: none">• Equilibrio hídrico	Se está dializando con una solución estándar 1.5 % de 1000 ml con 2 horas en cavidad y agregar 1000 UI de Heparina por bolsa.	
<ul style="list-style-type: none">• Termorregulación	Temperatura 36.5°	

<ul style="list-style-type: none"> Integridad de la piel 	<p>La piel es de color claro se observa suave, tersa y lisa con presencia de vellosidades bien hidratada con palidez generalizada abdomen depresible blando doloroso a la palpación con predominio en cuadrante inferior derecho debido a la inserción de catéter Tenckhoff sitio de inserción se observa ligeramente enrojecido.</p>	
<p>III.- Patrón de Eliminación</p> <ul style="list-style-type: none"> Eliminación fecal 	<p>Heces de consistencia pastosa con bordes irregulares café claro, con frecuencia de heces 2 vez por turno cantidad 70 ml recolectada en pañal.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Eliminación urinaria 	<p>Su orina es amarillo claro la cantidad de 167 ml recolectado en pañal.</p>	
<p>IV.- Patrón de actividad- ejercicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> Movilidad 	<p>se realiza total asistencia para la ingesta de baño, higiene, vestido, uso del WC, y alimentación con puntuación de Braden en 18 puntos. presenta dolor en las extremidades inferiores y pérdida de tono muscular son de tamaños simétricos, refiere caminata de corto plazo.</p>	<p>Etiqueta: Deterioro de la movilidad física.</p> <p>Definición: limitación del movimientos independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Oxigenación 	<p>Patrón respiratorio irregular con disnea en reposo se palpa pulso radial taquiarritmico rápido regular.</p>	<p>Etiqueta: patrón respiratorio ineficaz</p> <p>Definición: la inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.</p> <p>Etiqueta: Riesgo de presión arterial inestable.</p> <p>Definición: susceptible a fuerzas fluctuantes de la sangre que fluye a través de los vasos arteriales, que puede comprometer la salud.</p>

<p>V.- Patrón sueño – descanso.</p>	<p>Paciente se encuentra desorientado en persona, tiempo y espacio refiere no tener una buena calidad de sueño normalmente duerme 6 horas diarias por el cual presenta tener molestia y dolor de tener el catéter Tenckhoff durante el día solo logra tomar siestas de media hora.</p>	<p>Etiqueta: Deprivación de sueño.</p> <p>Definición: periodos prolongados de tiempo sin una suspensión sostenida, periódica y natural de la conciencia que proporcione descanso.</p>
<p>VI.- Patrón cognitivo – perceptivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado de conciencia Percepción sensorial 	<p>Paciente esta desorientado en persona, tiempo y espacio, presenta pupilas de 2 mm isocorias, cuenta con dificultad en el habla y con hipoacusia bilateral la cual se puede comunicar con lenguaje de señas</p>	<p>Etiqueta: Confusión aguda</p> <p>Definición: trastornos reversibles de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo y duran menos de 3 meses.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para recordar Elaboración del pensamiento y el lenguaje 	<p>Cuenta con dificultad en el habla y con hipoacusia bilateral la cual se puede comunicar con lenguaje de señas</p>	
<p>Percepción del dolor</p>	<p>Presenta dolor en las extremidades inferiores y pérdida de tono muscular.</p>	<p>Etiqueta: Dolor agudo</p> <p>Definición: experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolo); de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses.</p>

<p>VII.- Patrón percepción de sí mismo – autoconcepto.</p>	<p>Se observa inquieta, irritable, ansiosa, y presentando llanto de dolor en la parte abdominal cuando se realiza su diálisis peritoneal</p>	
<p>VIII.- Patrón rol – relaciones.</p>	<p>Su madre es ama de casa, la cual es quien la cuida la mayor parte del tiempo</p>	<p>Etiqueta: Cansancio del rol de cuidador. Definición: Dificultad para cumplir con las responsabilidades de cuidado, expectativas y /o conductas para con la familia o personas significativas.</p>
<p>IX.- Patrón sexualidad – reproducción.</p>	<p>A la inspección de genitales se observa integro de acuerdo al sexo, la vulva, clítoris y labios vaginales se encuentra limpio presentando rozaduras en glúteos ya que permanece mucho tiempo el pañal húmedo y región perineo.</p>	
<p>X.- Patrón afrontamiento-tolerancia al estrés.</p>	<p>Nos refiere la madre que ha tenido cambios en su vida la cual presenta estrés por su enfermedad y por los días hospitalizada a la igual manera refiere tener dolor abdominal por los gestos que realiza, ya que ella le señala la parte donde siente molestias, presenta llanto e inquietud</p>	<p>Etiqueta: Ansiedad Definición: Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia.</p>

<p>XI.- Patrón valores- creencias.</p>	<p>madre nos refiere que la religión que el paciente profesa es católica manifiesta refugiarse en su religión y las imágenes religiosas.</p>	
<p>Seguridad</p>	<p>Protección</p>	<p>Etiqueta: Riesgo de infección</p> <p>Definición: susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.</p> <hr/> <p>Etiqueta: Riesgo de caídas en niños</p> <p>Definición: Niño susceptible de experimentar un evento que resulte en caer inadvertidamente en el suelo, piso u otro nivel inferior, que puede comprometer a la salud.</p>

Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica N° 2
Diagnósticos de Enfermería

Identificación de los Componentes de los Diagnósticos.

Dominio Clase	Etiqueta Diagnóstica (P)	R/C	Factores Relacionados o de Riesgo. (E)	M/P	Características Definitorias (S)
4	Patrón respiratorio ineficaz	R/C	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad Condición asociada	M/P	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la capacidad vital. • Uso de los músculos accesorios para respirar
4					
12	Dolor agudo	R/C	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión por agentes físicos 	M/P	<ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de dolor mediante pruebas estandarizadas del dolor para aquellos no pueden comunicarse. • Expresión facial de dolor.
1					
2	Exceso de volumen de liquido	R/C	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta excesiva de líquidos Condiciones asociadas Preparaciones farmacológicas	M/P	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración en patrón respiratorio • Presión arterial alterada • Alteración de la densidad específica de la orina
5					

Dominio	Etiqueta Diagnóstica	R/C	Factores Relacionados o de Riesgo.	M/P	Características Definitorias
Clase	(P)		(E)		(S)
4	Deprivación de sueño	R/C	<ul style="list-style-type: none"> • Disconfort • Ciclo del sueño no reparador Condiciones asociadas	M/P	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Estado de ánimo irritable
1					
11	Riesgo de caídas en niño	R/C	Factores fisiológicos <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores Condiciones asociadas Trastornos neurocognitivos	M/P	
2					
4	Deterioro de la movilidad física	R/C	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la fuerza muscular • Resistencia física insuficiente Condiciones asociadas	M/P	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de las actividades motoras finas • Disminución de las actividades motoras gruesas • Movimientos lentos
2					

Dominio	Etiqueta Diagnóstica	R/C	Factores Relacionados o de Riesgo.	M/P	Características Definitorias
Clase	(P)		(E)		(S)
1	Protección ineficaz	R/C	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen terapéutico 	M/P	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad • Disnea • Discapacidad neurosensorial
2					
7	Cansancio del rol de cuidador	R/C	Factores del receptor del cuidado <ul style="list-style-type: none"> • Incremento en las necesidades de cuidado • Trayectoria impredecible de la enfermedad Factores del cuidador <ul style="list-style-type: none"> • Condición física • El desarrollo del cuidador no suficiente para desempeñar el rol Inexperiencia en la provisión de cuidados	M/P	Actividades del cuidado <ul style="list-style-type: none"> • Apresion por la salud futura del receptor de los cuidados • Dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas Estado de salud del cuidador: Emocional Impaciencia
1					
11	Riesgo de infección	R/C	<ul style="list-style-type: none"> • Retención de líquidos corporales Condición asociada <ul style="list-style-type: none"> • Padecimiento crónico Procedimiento invasivo	M/P	
1					

Dominio Clase	Etiqueta Diagnóstica (P)	R/C	Factores Relacionados o de Riesgo. (E)	M/P	Características Definitorias (S)
9	Ansiedad	R/C	<ul style="list-style-type: none"> • Estresores 	M/P	Conductuales / emocionales <ul style="list-style-type: none"> • Llanto • Insomnio Afectivas <ul style="list-style-type: none"> • Angustia • Irritabilidad Simpáticas <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la tensión arterial
2					
5	Confusión aguda	R/C	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la movilidad física • Deprivación sensorial • Condiciones asociadas • Trastornos neurocognitivos 	M/P	<ul style="list-style-type: none"> • Difusión cognitiva • Manifestaciones conductuales
4					

Licenciatura en Enfermería

Guía Didáctica N° 3

Planificación

Redacción de diagnósticos de enfermería priorizados

Diagnostico	Tipo de Diagnostico	Priorización de acuerdo a la Teoría de Necesidades de Abraham Maslow
Patrón respiratorio ineficaz R/C ansiedad, asociadas con deterioro neurológico, incapacidad musco esquelética M/P disminución de la capacidad vital, uso de los músculos accesorios para respirar.	Real	Fisiología
Dolor agudo R/C lesión por agentes físicos M/P evidencia de dolor mediante pruebas estandarizadas del dolor para aquellos no pueden comunicarse, expresión facial de dolor.	Real	Fisiología
Exceso de volumen de líquido R/C ingesta excesiva de líquidos, asociadas con preparación farmacológicas M/P presión arterial, alteración patrón respiratorio, alteración de la densidad especifica de la orina.	Real	Seguridad
Deprivación de sueño R/C Disconfort, ciclo del sueño no reparador asociadas con trastornos cognitivos, erecciones dolorosas durante el sueño M/P ansiedad, estado de ánimo irritable.	Real	Fisiología

Riesgo de caídas en niño R/C fisiológicos disminución de la fuerza en extremidades inferiores asociadas trastornos neurocognitivos.	Riesgo	Seguridad
Deterioro de la movilidad física R/C disminución de la fuerza muscular, resistencia física insuficiente asociada con el deterioro sensorial – perceptivo M/P disminución de las actividades motoras finas, disminución de las actividades motoras gruesas, movimientos lentos.	Real	Seguridad
Protección ineficaz R/C régimen terapéutico M/P debilidad, disnea, discapacidad neurosensorial.	Real	Seguridad
Cansancio del rol de cuidador R/C receptor del cuidado incremento en las necesidades de cuidado, trayectoria impredecible de la enfermedad cuidador condición física, el desarrollo del cuidador no suficiente para desempeñar el rol, inexperiencia en la provisión de cuidados M/P cuidado Apresion por la salud futura del receptor de los cuidados, dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas cuidador emocional impaciencia.	Real	Sociales
Riesgo de infección R/C retención de líquidos corporales asociada con padecimiento crónico, procedimiento invasivo.	Riesgo	Seguridad

Ansiedad R/C estresores M/P emocionales llanto, insomnio, afectivas angustias, irritabilidad, simpáticas aumento de la tensión arterial.	Real	Estima
Confusión aguda R/C deterioro de la movilidad física, privación sensorial condiciones asociadas, trastornos neurocognitivos M/P disfunción cognitiva, manifestaciones conductuales.	Real	Seguridad

8.3. Planificaciones de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 4

8.3.1. Planificación de cuidados estandarizados

Resultados

Diagnóstico De Enfermería: Patrón respiratorio ineficaz R/C ansiedad, asociadas con deterioro neurológico, incapacidad musculo esquelética M/P disminución de la capacidad vital, uso de los músculos accesorios para respirar.

Dominio:	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
(01) Salud fisiológica Clase: (E) Cardiopulmonar	Estado respiratorio	<ul style="list-style-type: none">• Frecuencia respiratoria• Ruidos respiratorios auscultados.• Saturación de oxígeno.• Disnea de reposo• inquietud• jadeo	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5) Calificación mínima: 10 Calificación máxima: 15	Mantener a: 10 Aumentar a: 15

8.4. Ejecución de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 5

8.4.1. Intervenciones de enfermería

Campo:	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición de páginas)
<p>(04) Seguridad</p> <p>Clase: (V) Control de riesgo</p>	<p>Monitorización de los signos vitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda. • Monitorizar los ruidos pulmonares • Monitorizar periódicamente el color, la temperatura, y la humedad de la piel. • Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales. 	<p>los signos vitales son la temperatura, pulso, la respiración y la tensión arterial. Los signos vitales deben evaluarse en relación con el estado de salud presente y pasado del paciente, y deben ser comparados con los habituales del paciente y con los valores considerados como normales.</p> <p>Berman, A: Kozier, B., & Erb, G. (2008). Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y practicas (7^a. ed.). Madrid: Pearson Educación.</p>

Elaboro: Zuleyma Yedid Vidal Córdova

8.5. Evaluación

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 6

8.5.1. Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico De Enfermería: Patrón respiratorio ineficaz R/C ansiedad, asociadas con deterioro neurológico, incapacidad musculo esquelética M/P disminución de la capacidad vital, uso de los músculos accesorios para respirar.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado.	Monitorización respiratoria.	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Auscultar los sonidos respiratorios observando las áreas de disminución /ausencia de ventilación. • Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad y disnea. 	Al inicio del turno se realiza los signos vitales y se monitoriza.	Se monitoriza de la mejor manera para tener lo mejor posible al paciente.
<p>Bibliografía: □Herdman, T.H (2021-2023) (ed.). 12ª NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014.Barcelona: Elsevier. pág. 315.</p> <p>□Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean L. MAAS. A. (2019) 6ª. Edición. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España. Pág. 402</p> <p>□Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7ª. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España). Pág. 347.</p>				

Planificaciones de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 4

8.5.2. Planificación de cuidados estandarizados

Resultados

Diagnóstico De Enfermería: Dolor agudo R/C lesión por agentes físicos M/P evidencia de dolor mediante pruebas estandarizadas del dolor para aquellos que no pueden comunicarse, expresión facial de dolor.

Dominio:	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
(04) Conocimientos y conducta de salud. Clase: Q conducta de salud	Control del dolor	<ul style="list-style-type: none">• Reconoce el comienzo del dolor• Controla los efectos terapéuticos de los analgésicos• Mantiene visitas con el profesional sanitario	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5) Calificación mínima: 10 Calificación máxima: 15	Mantener a: 10 Aumentar a: 15

8.5.3. Ejecución de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 5

Intervenciones de enfermería

Campo: (1) Fisiológico: básico	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición de páginas)
Clase: E. Fomento de la comodidad física	Manejo del dolor: crónico	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el efecto del dolor en la calidad de vida. • Controlar los factores ambientales que pueden influir en el dolor del paciente. • Preguntar al paciente sobre el dolor a intervalos frecuentes, al mismo tiempo que se comprueban los signos vitales o en cada visita a la consulta. • Instruir al paciente y a su familia sobre las bases del manejo del dolor. • Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor cuando sea apropiado. 	<p>El dolor es una sensación altamente desagradable y muy personal que no puede compartirse con otros. Puede ocupar todo el pensamiento de una persona, dirigir todas sus actividades y cambiar su vida. Aun, así, el paciente se encuentra dificultades para comunicar el dolor. Es un problema de alta prioridad por si mismo. Representa un peligro tan fisiológico como psicológico.</p> <p>Berman, A: Kozier, B., & Erb, G. (2008). Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y practicas (7ª. ed.). Madrid: Pearson Educación.</p>
Elaboro: Zuleyma Yedid Vidal Córdova			

8.5.4. Evaluación

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 6

Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico De Enfermería: Dolor agudo R/C lesión por agentes físicos M/P evidencia de dolor mediante pruebas estandarizadas del dolor para aquellos que no pueden comunicarse, expresión facial de dolor.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.	Manejo de la medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar cuáles son los fármacos necesarios y adminístralos. • Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procedo. • Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación. • Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente. 	<p>Al inicio del turno se toma los signos vitales y se realiza a aplicación de medicamentos según la hoja de enfermería.</p> <p>Se realiza cambio de diálisis peritoneal al 1.5%.</p>	<p>Realizando lo mejor posible para las prevención de infecciones nosocomiales de la mejor manera posible y esterilización.</p>

Bibliografía: □Herdman, T.H (2021-2023) (ed.).12^a NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014.Barcelona: Elsevier. pág. 576.

□Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean L. MAAS. A. (2019) 6^a. Edición. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España. Pág. 274.

□Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7^a. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España). Pág. 307.

8.5.5. Planificaciones de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 4

Planificación de cuidados estandarizados

Resultados

Diagnóstico De Enfermería: Exceso de volumen de líquido R/C ingesta excesiva de líquidos, asociadas con preparación farmacológicas M/P presión arterial, alteración patrón respiratorio, alteración de la densidad específica de la orina.

Dominio:	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
(02) salud fisiológica Clase: (F) Eliminación	Función renal	<ul style="list-style-type: none">• Balance de ingesta y diuresis en 24 horas.• Peso específico de la orina,• Fatiga• Hipertensión• Edemas	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5) Calificación mínima: 10 Calificación máxima: 15	Mantener a: 10 Aumentar a: 15

8.5.6. Ejecución de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 5

Intervenciones de enfermería

Campo:	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición de páginas)
<p>(02) Fisiológico: complejo</p> <p>Clase:</p> <p>N. Control de la perfusión tisular</p>	Monitorización de líquidos	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar las entradas y salidas.• Monitorización la presión arterial, frecuencia cardiaca y estado de la respiración.• Llevar un registro preciso de entradas y salidas.• Observar las mucosas, la turgencia de la piel y sed.• Administrar líquidos según correspondan.• Explorar el relleno capilar mantenimiento la mano del paciente al mismo nivel que su corazón y presionando la uña del dedo medio durante 5 segundos, tras lo que se libera la presión y se mide el tiempo que tarda en recuperarse el color (debería ser menos de 2 segundos).	<p>con un buen estado de salud, el organismo mantiene un delicado equilibrio hidroelectrolítico y ácido básico. Este equilibrio u homeostasis fisiológica, depende de varios procesos fisiológicos que regulan la entrada y la salida de líquidos y el desplazamiento del agua y las sustancias disueltas en ella entre los comportamientos del organismo.</p> <p>Berman, A: Kozier, B., & Erb, G. (2008). Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y practicas (7ª. ed.). Madrid: Pearson Educación.</p>

Elaboro: Zuleyma Yedid Vidal Córdova

8.5.7. Evaluación

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 6

Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico De Enfermería: Exceso de volumen de líquido R/C ingesta excesiva de líquidos, asociadas con preparación farmacológicas M/P presión arterial, alteración patrón respiratorio, alteración de la densidad específica de la orina.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Administración y monitorización de la solución de diálisis peritoneal dentro y fuera de la cavidad peritoneal.	Terapia de diálisis peritoneal.	<ul style="list-style-type: none">• Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada.• Calentar el líquido de la diálisis antes la instalación.• Lleva un registro de los volúmenes de flujo de entrada / salida y el equilibrio de líquido individual / acumulado.	Al inicio del turno se realiza la entrada y salida de líquidos que entran a cavidad con restricciones.	Se observa una gran mejoría con el balance lo cual se lleva un registro de los líquidos administrados.

Bibliografía: □Herdman, T.H (2021-2023) (ed.).12^a NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014.Barcelona: Elsevier. pág. 265.

□Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean L. MAAS. A. (2019) 6^a. Edición. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España. Pág. 413.

□Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7^a. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España). Pág. 340.

8.5.7. Planificaciones de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 4

Planificación de cuidados estandarizados

Resultados

Diagnóstico De Enfermería: Deprivación de sueño R/C Discomfort, ciclo del sueño no reparador asociadas con trastornos cognitivos, erecciones dolorosas durante el sueño M/P ansiedad, estado de ánimo irritable.

Dominio: (01) Salud funcional	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Clase: A Mantenimiento de la energía	Sueño	<ul style="list-style-type: none">• Cama confortable• Dificultad para conciliar el sueño• Sueño interrumpido• Dolor	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5) Calificación mínima: 10 Calificación máxima: 15	Mantener a: 10 Aumentar a: 15

8.5.8. Ejecución de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 5

Intervenciones de enfermería

Campo:	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición de páginas)
<p>(01) Fisiológico: Básico</p> <p>Clase:</p> <p>(A) Control de actividad y ejercicio</p>	Manejo de la energía	<ul style="list-style-type: none">• Observar / registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.• Limitar los estímulos ambientales para facilitar la relajación.• Limitar la cantidad de visitas y las interrupciones por parte de estas, según corresponda.• Fomentar siestas, si resulta apropiado.• Ayudar al paciente a programar periodo de descanso.	<p>Nuestro nivel de energía depende, en gran medida, del estado de nuestro cuerpo, mente y emociones y de cómo éstos se relacionan entre sí. Todos tenemos altibajos y en estos momentos es cuando se hace más necesario saber gestionarlos de manera eficaz.</p> <p>Berman, A: Kozier, B., & Erb, G. (2008). Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y practicas (7ª. ed.). Madrid: Pearson Educación.</p>

Elaboro: Zuleyma Yedid Vidal Córdova

8.5.9. Evaluación

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 6

Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico De Enfermería: Deprivación de sueño R/C Disconfort, ciclo del sueño no reparador asociadas con trastornos cognitivos, erecciones dolorosas durante el sueño M/P ansiedad, estado de ánimo irritable.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Facilitar ciclos regulares de sueño/ vigilia.	Mejorar el sueño	<ul style="list-style-type: none">• Determinar el patrón de sueño/ vigilia.• Explicar la importancia de un sueño / vigilia del paciente en la planificación de cuidados.• Ajustar el ambiente para favorecer el sueño.• Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de ir a la cama.	Se realiza baño para poder mantener un mejor confort.	Se realiza lo mejor para tener una comodidad y calidad del sueño.
<p>Bibliografía: □Herdman, T.H (2021-2023) (ed.).12^a NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014.Barcelona: Elsevier. pág. 295.</p> <p>□Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean L. MAAS. A. (2019) 6^a. Edición. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España. Pág. 580.</p> <p>□Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7^a. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España). Pág. 273.</p>				

8.5.10. Planificaciones de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 4

Planificación de cuidados estandarizados

Resultados

Diagnóstico De Enfermería: Riesgo de caídas en niños R/C fisiológicos disminución de la fuerza en extremidades inferiores asociadas trastornos neurocognitivos.

Dominio:	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
(04) conocimientos y conducta de salud	Conducta de prevención de caídas	<ul style="list-style-type: none"> • Pide ayuda • Utiliza zapatos bien ajustados con cordones • Proporciona ayuda para la movilidad • Proporciona iluminación adecuada • Adapta la altura de la cama según sea necesario. 	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5) Calificación mínima: 10 Calificación máxima: 15	Mantener a: 10 Aumentar a: 15
Clase: HH seguridad				

8.5.11. Ejecución de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 5

Intervenciones de enfermería

Campo: (04) seguridad	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición de páginas)
Clase: V. control de riesgos	Prevención de caídas	<ul style="list-style-type: none">• Identificar las características del ambiente puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas)• Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular• Ayudar a la deambulación de las personas inestable• Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo• Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa• Colocar la cama mecánica en posición baja• Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos	La forma característica de caminar de una persona se valora para determinar la movilidad del paciente y el riesgo de lesión si sufre una caída. Berman, A: Kozier, B., & Erb, G. (2008). Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y practicas (7 ^a . ed.). Madrid: Pearson Educación.
Elaboro: Zuleyma Yedid Vidal Córdova			

8.5.12. Evaluación

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 6

Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico De Enfermería: Riesgo de caídas en niños R/C fisiológicos disminución de la fuerza en extremidades inferiores asociadas trastornos neurocognitivos.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Facilitar la participación de los miembros de familia en el cuidado emocional y físico del paciente.	Fomentar la implicación familiar	<ul style="list-style-type: none">• Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado• Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluso los resultados esperados y la implantación de cuidados.	Se realiza al inicio del turno el alzamiento de barandales de la cama.	Se realiza el alzamiento de barandales de cama, así mismo prevenir riesgo de caída intrahospitalaria.
<p>Bibliografía: □Herdman, T.H (2021-2023) (ed.).12^a NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014.Barcelona: Elsevier. pág. 500.</p> <p>□Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean L. MAAS. A. (2019) 6^a. Edición. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España. Pág. 183.</p> <p>□Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7^a. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España). Pág. 376.</p>				

8.5.13. Planificaciones de intervenciones
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica N° 4
Planificación de cuidados estandarizados

Resultados

Diagnóstico De Enfermería: Deterioro de la movilidad física R/C disminución de la fuerza muscular, resistencia física, insuficiencia asociada con el deterioro sensorial- perceptivo M/P disminución de las actividades motoras finas, disminución de las actividades motoras gruesas, movimientos lentos.

Dominio: (01) fisiológico	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Clase: Movilidad	Movilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación • Marcha • Movimiento muscular • Ambulación 	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5) Calificación mínima: 10 Calificación máxima: 18	Mantener a: 10 Aumentar a: 18

8.5.14. Ejecución de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 5

Intervenciones de enfermería

Campo:	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición de páginas)
<p>(01) Fisiológico: básico</p> <p>Clase: A control de actividad y ejercicio</p>	<p>Terapia de ejercicios: ambulación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vestir al paciente con prendas cómodas • Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o silla, según tolerancia • Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario • Animar al paciente que este levantando según le parezca si es apropiado • Enseñar al paciente a colocarse en posición correcta durante el traslado. 	<p>La movilidad es la posibilidad de moverse libremente, es fácil, rítmica e intencionalmente en el entorno, y es una parte esencial de la vida. Las personas tienen que moverse para protegerse a sí mismas del traumatismo y para atender y cubrir sus necesidades básicas. La movilidad es esencial para la independencia una persona totalmente inmovilizada es tan vulnerable y esta tan supeditada a los demás como un niño.</p> <p>Berman, A; Kozier, B., & Erb, G. (2008). Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y prácticas (7ª. ed.). Madrid: Pearson Educación.</p>
<p>Elaboro: Zuleyma Yedid Vidal Córdova</p>			

8.5.15. Evaluación

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 6

Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico De Enfermería: Deterioro de la movilidad física R/C disminución de la fuerza muscular, resistencia física, insuficiencia asociada con el deterioro sensorial- perceptivo M/P disminución de las actividades motoras finas, disminución de las actividades motoras gruesas, movimientos lentos.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y /o psicológico.	Cambio de posición	<ul style="list-style-type: none">• Explicar al paciente a participar en los cambios de posición según corresponda• Colocar en la posición terapéutica específica• Colocar en una posición que alivie la disnea.• Colocar objetos de uso frecuente al alcance.	se le da cambio de posición y prevención a las caídas con ayuda del cuidador principal.	Se trata de dar cambio de posición así mismo previniendo las úlceras por presión de la mejor manera.
<p>Bibliografía: □Herdman, T.H (2021-2023) (ed.).12ª NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014.Barcelona: Elsevier. pág. 303.</p> <p>□Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean L. MAAS. A. (2019) 6ª. Edición. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España. Pág. 440.</p> <p>□Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7ª. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España). Pág. 413.</p>				

8.5.16. Planificaciones de intervenciones
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica N° 4
Planificación de cuidados estandarizados

Resultados

Diagnóstico De Enfermería: Protección ineficaz R/C régimen terapéutico M/P debilidad, disnea, discapacidad neurosensorial.

Dominio:	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
(02) saludes fisiológicas	Estado inmune	<ul style="list-style-type: none"> • Estado respiratorio • Temperatura corporal • Integridad cutánea • Detección de infecciones actuales • Fatiga crónica • Infecciones frecuentes 	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5) Calificación mínima: 10 Calificación máxima: 15	Mantener a: 10 Aumentar a: 15
Clase: (H) Respuesta inmune				

8.5.17. Ejecución de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 5

Intervenciones de enfermería

Campo:	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición de páginas)
<p>(02) Fisiológico: básico</p> <p>Clase: (A) Control de actividad y ejercicio</p>	<p>Manejo de la energía</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria • Observar /registrar el esquema y número de horas de sueño el paciente. • Limitar los estímulos ambientales para facilitar la relajación. • Fomentar siestas si resulta, apropiado. • Ayudar al paciente a sentarse al borde de la cama, si no puede moverse o caminar. • Ayudar en las actividades físicas normales. 	<p>Nuestro nivel de energía depende, en gran medida, del estado de nuestro cuerpo, mente y emociones y de cómo éstos se relacionan entre sí. Todos tenemos altibajos y en estos momentos es cuando se hace más necesario saber gestionarlos de manera eficaz.</p> <p>Para manejar tus niveles de energía eficazmente, necesitas entender primero <i>tus propios</i> patrones de energía.</p> <p>Berman, A: Kozier, B., & Erb, G. (2008). Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y practicas (7^a. ed.). Madrid: Pearson Educación.</p>
<p>Elaboro: Zuleyma Yedid Vidal Córdova</p>			

8.5.18. Evaluación

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 6

Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico De Enfermería: Protección ineficaz R/C régimen terapéutico M/P debilidad, disnea, discapacidad neurosensorial.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo.	Protección contra las infecciones	<ul style="list-style-type: none"> Mantener la asepsia para el paciente de riesgo. Enseñar al paciente a tomar antibióticos tal como se ha prescrito. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al profesional. 	<p>Al inicio del turno se realiza la toma de signos vitales.</p> <p>Se realiza baño en cama cubriendo el catéter de diálisis.</p> <p>Realiza cambios de sabanas limpias.</p>	<p>Se realiza adecuadamente los procedimientos previniendo enfermedades nosocomiales.</p>

Bibliografía: □ Herdman, T.H (2021-2023) (ed.). 12ª NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier. pág. 228.

□ Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean L. MAAS. A. (2019) 6ª. Edición. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España. Pág. 388.

□ Gloria. Bulecher. H.K.B.J.M.D. (2019). 7ª. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España). Pág. 273.

8.5.19. Planificaciones de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 4

Planificación de cuidados estandarizados

Resultados

Diagnóstico De Enfermería: Cansancio de rol de cuidador R/C receptor del cuidado incremento en las necesidades de cuidado, trayectoria impredecible de la enfermedad cuidador condición física, el desarrollo del cuidador no suficientes para desempeñar el rol, inexperiencia en la provisión de cuidados M/P cuidado Apresion por la salud futura del receptor de los cuidados, dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas cuidador emocional impaciencia.

Dominio:	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
(06) salud familiar Clase: (W) desempeño del cuidador familiar	Alteración del estilo de vida del cuidador principal	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de rutina • Trastorno de dinámica familiar • Trastorno del entorno vital • Cargas económicas a causa del papel del cuidador • Sueño 	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5) Calificación mínima: 10 Calificación máxima: 15	Mantener a: 10 Aumentar a: 15

8.5.20. Ejecución de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 5

Intervenciones de enfermería

Campo: (05) Familia	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición de páginas)
Clase: (X) cuidados durante la vida.	Apoyo al cuidador principal	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimiento del cuidador • Aceptar las expresiones de emoción negativa • Admitir las dificultades del rol del cuidador principal • Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés. • Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente. 	<p>El rol del cuidador es aquella persona que se encuentra cuidando de manera informal, a su familiar sin recibir numeración o compensación económica. Nos supone un gran esfuerzo tanto vital como emocional, adquirir este rol como cuidadores puede tener repercusiones en uno mismo si no es gestionado de la manera adecuada. Los cuidadores pueden experimentar: agotamiento, amor, ansiedad, culpa, dolor, frustración, ira, tristeza.</p> <p>Berman, A: Kozier, B., & Erb, G. (2008). Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y practicas (7ª. ed.). Madrid: Pearson Educación.</p>
Elaboro: Zuleyma Yedid Vidal Córdoba			

8.5.21. Evaluación

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 6

Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico De Enfermería: Cansancio de rol de cuidador R/C receptor del cuidado incremento en las necesidades de cuidado, trayectoria impredecible de la enfermedad cuidador condición física, el desarrollo del cuidador no suficientes para desempeñar el rol, inexperiencia en la provisión de cuidados M/P cuidado Apresion por la salud futura del receptor de los cuidados, dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas cuidador emocional impaciencia.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	Apoyo al cuidador principal	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimiento del cuidador. • Aceptar las expresiones de emoción negativa. • Admitir las dificultades del rol del cuidador principal. • Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal. 	Comunicación afectiva enfermera – cuidador donde se da animo al familiar y poder expresar sus sentimientos y el proceso de estancia hospitalaria.	En todo momento se le brindo apoyo al cuidador creando un entono de seguridad y confianza.
<p>Bibliografía: □Herdman, T.H (2021-2023) (ed.).12^a NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014.Barcelona: Elsevier. pág. 386.</p> <p>□Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean L. MAAS. A. (2019) 6^a. Edición. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España. Pág. 87.</p> <p>□Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7^a. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España). Pág. 72.</p>				

8.5.22. Planificaciones de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 4

Planificación de cuidados estandarizados

Resultados

Diagnóstico De Enfermería: Riesgo de infección R/C retención de líquidos corporales asociada con padecimiento crónico, procedimiento invasivo.

Dominio:	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
(04) conocimientos y conductas de salud.	Control de riesgo proceso infeccioso	<ul style="list-style-type: none"> • Busca información actual sobre el control de la infección. • Reconoce las consecuencias asociadas al riesgo de infección. • Identifica signos y síntomas de infección. • Mantener un entorno limpio. • Utiliza precauciones universales. • Practica higiene de manos. 	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5) Calificación mínima: 15 Calificación máxima: 21	Mantener a: 10 Aumentar a: 21
Clase: (T) control de riesgo				

8.5.23. Ejecución de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 5

Intervenciones de enfermería

Campo: (04) seguridad	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición de páginas)
Clase: V. Control de riesgos	Control de infecciones	<ul style="list-style-type: none"> • Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. • Cambiar el equipo de cuidado del paciente según el protocolo del centro. • Aislar las personas expuestas a enfermedades transmisibles. • Limitar el número de visitas, según corresponda. • Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiados. • Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. • Usar guantes estériles, según corresponda. • Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea necesario. • Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones. 	<p>la infección se produce cuando los microorganismos recién llegados o residentes logran invadir una parte del organismo, en la que las defensas del huésped son ineficaces, y el patógeno provoca dolo tisular. La infección se transforma en enfermedad cuando aparecen los signos y síntomas de la infección característicos y pueden diferenciar de otros trastornos.</p> <p>Berman, A; Kozier, B., & Erb, G. (2008). Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y practicas (7ª. ed.). Madrid: Pearson Educación.</p>

Elaboro: Zuleyma Yedid Vidal Córdoba

8.5.24. Evaluación

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 6

Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico De Enfermería: Riesgo de infección R/C retención de líquidos corporales asociada con padecimiento crónico, procedimiento invasivo.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.	Control de infeccioso	<ul style="list-style-type: none"> • Aislar las personas expuestas a enfermedades transmisibles. • Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. • Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea necesario. 	<p>Al inicio del turno se realiza a la toma de signos vitales.</p> <p>Se realiza baño de esponja y cambio de cama.</p> <p>Se realiza la diálisis peritoneal.</p> <p>Se da posición adecuada para que el paciente se sienta tranquilo.</p>	<p>Se trata de dar lo mejor para evitar alguna infección y riesgo que pueda tener la paciente debido a su padecimiento.</p>

Bibliografía: □Herdman, T.H (2021-2023) (ed.).12^a NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014.Barcelona: Elsevier. pág. 488.

□Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean L. MAAS. A. (2019) 6^a. Edición. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España. Pág. 301.

□Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7^a. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España). Pág. 113.

8.5.25. Planificaciones de intervenciones
Licenciatura en Enfermería
Guía didáctica N° 4
Planificación de cuidados estandarizados

Resultados

Diagnóstico De Enfermería: Ansiedad R/C estresores M/P emocionales llanto, insomnio, afectivas angustias, irritabilidad, simpáticas aumento de la tensión arterial.

Dominio: (02)	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Salud psicosocial	Nivel de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud • Dolor • Trastorno del sueño • Ansiedad • Aumento de la frecuencia respiratoria • Fatiga • Dificultad de aprendizaje 	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5)	Mantener a: 10 Aumentar a: 18
Clase: (M) Bienestar psicosocial			Calificación mínima: 10 Calificación máxima: 18	

8.5.26. Ejecución de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 5

Intervenciones de enfermería

Campo:	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición de páginas)
<p>(03) Conductual</p> <p>Clase: (R) ayuda para el enfrentamiento.</p>	<p>Control del estado de ánimo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de ánimo inicialmente y con regularidad a medida que progresa el tratamiento. • Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que la rodea de daño físico. • Ayudar en el autocuidado. • Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente. 	<p>El control de tu estado de ánimo enseña estrategias, métodos y técnicas que han demostrado su utilidad en alteraciones del estado de ánimo como la depresión, la ansiedad, la ira, el pánico, los celos, la culpa y la vergüenza. Estas técnicas también ayudan a solucionar problemas de relaciones, a controlar mejor el estrés, a mejorar la autoestima, a tener menos miedo, a ganar confianza.</p> <p>Berman, A; Kozier, B., & Erb, G. (2008). Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y prácticas (7ª. ed.). Madrid: Pearson Educación.</p>
<p>Elaboro: Zuleyma Yedid Vidal Córdova</p>			

8.5.27. Evaluación

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 6

Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico De Enfermería: Ansiedad R/C estresores M/P emocionales llanto, insomnio, afectivas angustias, irritabilidad, simpáticas aumento de la tensión arterial.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.	Control del estado de animo	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de ánimo inicialmente y con regularidad a medida que progresa el tratamiento. • Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que la rodea de daño físico. • Ayudar en el autocuidado. • Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente. 	Comunicación afectiva enfermera – paciente siempre hablándole de la mejor manera y explicándole todo lo que se le va a realizar.	Dándole la mejor información adecuada para su proceso hospitalario.

Bibliografía: □Herdman, T.H (2021-2023) (ed.).12^a NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014.Barcelona: Elsevier. pág. 426.

□Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean L. MAAS. A. (2019) 6^a. Edición. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España. Pág. 452.

□Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7^a. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España). Pág. 115.

8.5.28. Planificaciones de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 4

Planificación de cuidados estandarizados

Resultados

Diagnóstico De Enfermería: Confusión aguda R/C deterioró de la movilidad física, privación sensorial condiciones asociadas, trastornos neurocognitivos M/P disfunción cognitiva, manifestaciones conductuales.

Dominio:	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
(03) Salud fisiológica Clase: J Neurocognitiva	Estado neurológico: consciencia	<ul style="list-style-type: none"> • Obedece ordenes • Comunicación apropiada a la situación • Atiende a los estímulos ambientales 	Grave (1) Sustancial (2) Moderada (3) Leve (4) Ninguno (5) Calificación mínima: 10 Calificación máxima: 15	Mantener a: 10 Aumentar a: 15

8.5.29. Ejecución de intervenciones

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 5

Intervenciones de enfermería

Campo: (04) Seguridad	Intervenciones	Actividades	Bibliografía (Autor, año, nombre del libro, edición de páginas)
Clase: V. Control de riesgo	Manejo ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente seguro para el paciente • Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos • Disponer de camas de baja, altura para cuando se precise. • Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente • Proporcionar una cama y un entorno limpios y cómodos • Proporcionar ambientadores, si es necesarios 	<p>Es un deterioro de la recepción, la percepción o de ambas de uno o más de los sentidos. Cuando la pérdida sensorial es gradual, desarrollan comportamientos para compensar la pérdida en otros comportamientos son inconsciente.</p> <p>Berman, A: Kozier, B., & Erb, G. (2008). Kozier y Erb Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y practicas (7^a. ed.). Madrid: Pearson Educación.</p>
Elaboro: Zuleyma Yedid Vidal Córdova			

8.5.30. Evaluación

Licenciatura en Enfermería

Guía didáctica N° 6

Planificación de cuidados individualizados

Diagnóstico De Enfermería: Confusión aguda R/C deterioró de la movilidad física, privación sensorial condiciones asociadas, trastornos neurocognitivos M/P disfunción cognitiva, manifestaciones conductuales.

Resultado esperado	Intervenciones de enfermería	Actividades de enfermería	Ejecución	Evaluación
Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión.	Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado. 	se evalúa el estado de ánimo del paciente con instrumento Marjory Gordon. Se mantiene en comunicación enfermera y paciente.	Se logro brindarle al paciente un ambiente confort y de relajación para poder afrontar su enfermedad.

Bibliografía: □Herdman, T.H (2021-2023) (ed.).12^a NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014.Barcelona: Elsevier. pág. 347.

□Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean L. MAAS. A. (2019) 6^a. Edición. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España. Pág. 393.

□Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7^a. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España). Pág. 249.

IX. PLAN DE ALTA

Datos de identificación

Nombre del paciente: C. M. J. H. Edad: 6 años Sexo: Femenino Fecha de Ingreso al Hospital: 18/ 05/ 22 Fecha de ingreso al servicio: 18/05/22 Fecha de Egreso: 25/05/2022
Servicio: Medicina Interna N° de cama: 420 Días de Hospitalización: 8 días
Procedencia: Comalcalco.

Alimentación

Su dieta prescrita es Nefrópata 160 ml de líquidos por turno con estricto control de líquidos.

Una dieta para la enfermedad renal crónica limita la cantidad de proteína, fósforo, sodio y potasio. Es posible que también se limiten los líquidos en los estadios avanzados de la enfermedad renal crónica. Esta dieta puede ayudar a disminuir la tasa de daño a los riñones. La dieta podría cambiar con el tiempo conforme la condición de salud cambie. Es posible que usted también necesite realizar otros cambios en la dieta si tiene otros problemas de salud, como la diabetes.

El propósito de esta dieta es mantener un equilibrio en los niveles de electrolitos, minerales y líquido en su cuerpo si usted tiene IRC o si está en diálisis.

Las personas con diálisis necesitan esta dieta especial para reducir la acumulación de productos residuales en su cuerpo. Limitar los líquidos entre los tratamientos es muy importante porque la mayoría de las personas en diálisis orinan muy poco. Sin la micción, el líquido se acumulará en el cuerpo y causará un exceso de líquido en el corazón y los pulmones.

Grupo de alimentos	Alimentos
Almidones	alimentos tienen cantidades más elevadas de sodio, potasio o fósforo.
Carnes y alimentos con proteínas	son altos en sodio y fósforo.
Legumbres	Estos alimentos tienen alrededor de 90 calorías, 6 g de proteína, menos de 10 mg de sodio, 250 mg de potasio y 100 mg de fósforo.
Productos lácteos	aproximadamente 8 g de proteína, un promedio de 120 mg de sodio, 350 mg de potasio y 220 mg de fósforo.
Verduras	Los siguientes vegetales son altos en potasio. Cada porción contiene más de 250 mg de potasio.
Frutas	Cada porción contiene más de 250 mg de potasio.

La enfermedad renal crónica tiene 5 etapas. Los cambios en la dieta que tendrá que hacer se basan en la etapa de su enfermedad renal. Colabore con su dietista o médico para planificar las comidas adecuadas para usted. Es posible que usted necesite alguno de los siguientes:

- **Limitar la proteína** en todas las etapas de la enfermedad renal. Limitar el tamaño de las porciones de proteína que usted come para limitar la cantidad de trabajo que los riñones tienen que hacer. Los alimentos que son altos en proteína son carne roja, aves de corral (pollo y pavo), pescado, huevos y productos lácteos (leche, queso, yogur). Su médico le indicará cuánta proteína debe consumir cada día.

- **Limitar el sodio** según las indicaciones. Tal vez deba limitar el sodio a menos de 2,300 miligramos (mg) por día. Consulte con su dietista o médico sobre cuál es la cantidad de sodio que debe consumir al día. La cantidad depende de la etapa de la enfermedad renal. La sal de mesa, los alimentos enlatados, las sopas, los bocadillos salados y las carnes procesadas, como las carnes magras y las salchichas, son altos en sodio.
- **Limitar la cantidad de fósforo** que consume. Los riñones no pueden eliminar el fósforo adicional que se acumula en la sangre. Esto podría provocar que los huesos pierdan calcio y que se debiliten. Los alimentos que son altos en fósforo son los productos lácteos, frijoles, chícharos, nueces y granos integrales. El fósforo también se encuentra en el cacao, la cerveza y los refrescos de cola. El médico le informará cuánto fósforo puede consumir cada día.
- **Limitar el potasio** si sus niveles de potasio de la sangre son demasiado altos. Su dietista o médico le indicará si necesita limitar el potasio. El potasio se encuentra en frutas y verduras.
- **Limitar los líquidos** según las indicaciones. Su médico puede recomendarle que limite los líquidos en las etapas 4 y 5 de enfermedad renal. Si el cuerpo retiene los líquidos, usted tendrá inflamación y los líquidos podrían acumularse en los pulmones. Esto puede provocar otros problemas de salud, como la falta de aliento.

Indicaciones de uso seguro de medicamentos

- cefepime 800 mg c/24 hrs I.V

Indicado por: el tratamiento de las infecciones que aparecen a continuación cuando son causadas por bacterias susceptibles.

Efectos adversos: dolor abdominal, estreñimiento, vasodilatación, disnea, vértigo, parestesia, prurito genital, alteraciones del sentido del gusto, escalofrío y candidiasis.

- carbonato de calcio 1 tab c/8 hrs V.O

Indicado para: es un elemento imprescindible en la formación de los huesos y los dientes, participando asimismo en la coagulación de la sangre, la actividad nerviosa, la contracción de los músculos, el funcionamiento del corazón y la regulación del calibre de los vasos sanguíneos.

Efectos adversos: estreñimiento, flatulencia, náuseas, dolor epigástrico y diarrea.

- calcitriol 1 perla, c/24 hrs

Indicado para: se usa para tratar y prevenir bajos niveles de calcio y enfermedad de los huesos en los pacientes cuyos riñones o glándulas paratiroides (glándulas del cuello que liberan sustancias naturales para controlar la cantidad de calcio en la sangre) no funcionan normalmente.

Efectos adversos: sentirse cansado, dificultad para pensar con claridad, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento, más sed, orinar con más frecuencia o pérdida de peso, debilidad, dolor de cabeza, molestias estomacales, boca seca, dolor muscular, dolor de huesos, sabor metálico en la boca, micción difícil o dolorosa, cambios en la visión.

- Polivitaminas 5ml c/24 hrs

Indicado para: Indicaciones Suplemento de vitaminas y minerales. Tipo Polivitamínico con minerales. Descripción Beneficios: es una fórmula multivitamínica y multimineral

que ayuda a complementar la alimentación diaria, para cubrir las nuevas necesidades nutricionales de los adultos.

Efectos adversos: Ayuda en la prevención y corrección de las deficiencias de vitaminas y minerales.

Eritropoyetina 2000 UI SC M

Indicado para: se utiliza con frecuencia para corregir la anemia causada por un número reducido de glóbulos rojos o una baja concentración de hemoglobina en casos de insuficiencia renal crónica. La hemoglobina de los glóbulos rojos transporta el oxígeno por todo el cuerpo.

Efectos adversos: sarpullido, dolor de cabeza, fiebre, aumento de la presión arterial, pérdida temporal de la función renal y coagulación de la sangre.

- Valproato de magnesio 5.5. ml c/12 hrs v.o.

Indicado para: es un fármaco antiepiléptico cuya característica esencial es su amplio espectro de acción anticonvulsivante.

Efectos adversos: son náuseas, vómito o indigestión; estos efectos son leves y transitorios. Se han observado también diarrea, cólico abdominal y en ocasiones constipación. Algunas veces anorexia, pérdida de peso o aumento de peso, pérdida de cabello trombocitopenia lesión hepática.

Actividad y ejercicio

cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego. Al tiempo, formas de transporte activas, tareas domésticas y actividades recreativas.

Tratamiento: El cuidado del catéter para diálisis peritoneal son instrucciones sobre cómo ayudar a mantener el catéter funcionando apropiadamente y para evitar una infección. Usted necesitará cuidar el área del catéter limpiándolo y cambiando los vendajes correctamente.

Higiene: hace referencia a la rama de la medicina que tiene como fin la prevención de enfermedades y la conservación de la salud, ya sea visto desde los aspectos personales como los ambientales. Concretamente el término higiene se refiere a aquellas prácticas que incluyen la limpieza y aseo personal.

Cuidados del sueño: El descanso y el sueño son necesidades fisiológicas que han sido manejadas análogamente. El descanso es sinónimo de reposo o relajación, y

es un estado de quietud e implica la liberación de tensión emocional y molestias físicas.

Recomendaciones: Lo que el paciente elija comer y beber durante la diálisis puede afectar cómo se sienta y cuán bien le funcionen los tratamientos.

Los riñones sanos equilibran las sales y los minerales en la sangre, como el calcio, el fósforo, el sodio y el potasio. Aun cuando la diálisis peritoneal elimina las toxinas y el exceso de líquido del organismo, no mantiene un equilibrio perfecto.

El plan de alimentación para la diálisis peritoneal puede ser menos estricto que para la hemodiálisis. Como el paciente se hace la diálisis peritoneal todos los días, hay menos tiempo entre los tratamientos para que se acumulen las toxinas y el exceso de líquido que entre los tratamientos de hemodiálisis.

X. CONCLUSIONES

Con este presente trabajo dejamos estipulado la importancia que tiene la enfermería en el área de la salud, los cuidados adecuados para los pacientes en los aspectos de vida de cada persona, esperamos que de todos los diagnósticos y valoraciones que obtuvimos de cada uno de ellos de algunas técnicas usadas sirven como base para contribuir una mejor forma de vida.

El personal al desarrollar el presente trabajo me lleno de demasiada satisfacción al conocer y explorar un mundo hasta cierto punto desconocido por mí; como es el descubrimiento de nuevas técnicas aplicadas en la enfermería en lo cual considero que es uno de los puntos que más se debe cultivar en el ser humano, lo que contribuye a una mejor forma de vida.

El proceso de enfermería es un sistema muy complejo el cual se recolecta toda la información del paciente de manera sistemática utilizando los diferentes métodos que esto conlleva a dar un diagnóstico específico que nos ayuda a mejorar el funcionamiento de la salud en cada persona o paciente; analizando cada punto que corresponda las cinco fases. El profesional de enfermería tiene que capacitarse para poder elaborar un diagnóstico y llevar a cabo valores y éticas profesionales.

En la valoración de diagnóstico se lleva a cabo por medio de entrevistas, la cual es más útil a la hora de recolectar la información de los pacientes. Este sistema se enfoca principalmente en pacientes pediátricos lactante mayor, que evalúa la enfermedad que padezca, en este trabajo aprendí a comunicarme con los pacientes o familiares del mismo a vivir experiencias, poder ayudar a crear un plan de cuidados centrado en respuestas humanas y físico – patológicas del paciente

XI. BIBLIOGRAFIA

Amaro C.M. 2004 *Florence Nightingale*, la primera gran teórica de enfermería Recuperado el 28 de mayo del 2022 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192004000300009#:~:text=Enfermer%C3%ADa%3A%20responsabilidad%20de%20velar%20por,de%20las%20mejores%20cualidades%20morales.

Aguilar. C.M. (2012). Tratado de enfermería del niño y el adolescente cuidados pediátricos 2ª Ed. Elsevier España de Garcia,17-21-08021, Barcelona España.

Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., Erb, G. (2008). Aplicación y evaluación. En Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y practicas (230-236). Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN S.A

Ball, W.J. Enfermería pediátrica. Asistencia infantil 2010 4ª ed. Pearson Madrid (España).

Gloria. Bulecher.H.K.B.J.M.D.(2019). 7ª. Edición. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). (2019). Barcelona. (España). Pág.

Iyer, P. W., Taptich, B. J., Bernocchi-Losey, D. (1995). proceso y diagnósticos de enfermería. México: McGraw Hill/interamericana.

Herdman, T.H (2021-2023) (ed.).12ª NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014.Barcelona: Elsevier.

Juárez, R.P. García, C.M. 2009 la importancia del cuidado de enfermería Recuperado el 28 de mayo del 2022 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim2009/eim092j.pdf&ved=2ahUK Ewiyhrzp8IL4ahXRKM0KHZUbA3KQFnoECwQBg&usg=AOvVaw2SAddCPd0bHhQX xHRQ-Ey7>.

Kliegman R. (2013). Nelson tratado de pediatría. 19ª. ed. Ed. Elsevier España de Garcia,17-21-08021, Barcelona España.

Martin, C.M. (2015) El modelo de virginia Henderson en la práctica enfermera recuperado 28 de mayo del 2022, Disponible en: <https://uvado.uva.es/bitstream/10324/17711/1/TFG-H439.pdf&ved=2ahUKEwj0rv019f4ahVQH0QIHr8AYQQFnoECAgQAQ&usg=A0vVaw0GonpMrzMLOz5nefuf89rw>.

Reina, G. N. 2010 El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado Recuperado 28 de mayo del 2022 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.Oa?id=30421294003> Course Hero 2022, Marjory Gordon <https://www.coursehero.com/file/27409542/Marjory-Gordon-biografia-y-patrones-funcionalesdocx/>.

Rosales, S., Reyes, E., (2004). Fundamentos de enfermería (3 ed.) México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Salas.S.C., (1996). Diagnostico enfermero proceso y aplicación Marjory Gordon ed. Mosby / Doyma, libros, S.A.

Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean L. MAAS. A. (2019) 6ª. Edición. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España.

Valverde, M.I. & Mendoza C.N.A, (2017) Enfermería pediátrica 2ª Ed El manual moderno (Colombia) S.A.S. Ball, W.J. Enfermería pediátrica. Asistencia infantil 4ª ed. Pearson

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- **HRAEN:** Hospital regional alta especialidad del niño.
- **IRC:** Insuficiencia renal crónica
- **ERET:** Enfermedad renal en etapa terminal
- **ECA:** Enzima convertidora de angiotensina.
- **HNSS:** Hipoacusia neurosensorial súbita
- **ORL:** Otorrinolaringólogo.
- **CAE:** conducto auditivo externo.
- **DPCA:** Diálisis peritoneal continua ambulatoria.
- **DPCC:** Diálisis peritoneal cíclica continua.
- **DPNI:** Diálisis peritoneal nocturna intermitente.
- **TFG:** Tasa de filtración glomerular

XII. GLOSARIO DE TERMINOS

- **Acidosis metabólica:** Es una afección en la cual hay demasiado ácido en los líquidos corporales.
- **Anemia:** es una afección que se desarrolla cuando la sangre produce una cantidad inferior a la normal de glóbulos rojos sanos. Si tiene anemia, su cuerpo no obtiene suficiente cantidad de sangre rica en oxígeno. La falta de oxígeno puede hacer que se sienta cansado o débil.
- **Arteriografía renal:** es un procedimiento que se realiza para estudiar los vasos sanguíneos de los riñones. El procedimiento se realiza con un tubo delgado y flexible llamado catéter. Se coloca el catéter en un vaso sanguíneo a través de un corte (incisión) pequeño. Se inyecta un tinte de rayos X, también llamado medio de contraste.
- **Anasarca:** Edema generalizado que se caracteriza por una excesiva colección líquida en el espacio extravascular intersticial.
- **Audiométrica:** Evalúa su capacidad para escuchar sonidos. Los sonidos varían de acuerdo con el volumen o fuerza (intensidad) y con la velocidad de vibración de las ondas sonoras (tono). La audición se produce cuando las ondas sonoras estimulan los nervios del oído interno. El sonido luego viaja a lo largo de las rutas nerviosas hasta el cerebro.

- **Acuametría:** Es una prueba que nos orienta para saber en qué parte de nuestro sistema auditivo se encuentra la lesión y de qué tipo es. Es una técnica de evaluación auditiva subjetiva ya que necesitamos la participación del paciente.

- **Acufenos:** No son una enfermedad, sino un síntoma relacionado con el sistema auditivo. y suelen describirse como zumbidos o silbidos que se escuchan en uno o en ambos oídos, sin que exista una fuente exterior de sonido. Es decir, la persona escucha un sonido un zumbido, pitido, siseo, murmullo, soplo. Sin que nada externo lo esté provocando.

- **Bun:** Corresponde a nitrógeno ureico en la sangre. El nitrógeno ureico es lo que se forma cuando la proteína se descompone.

- **Biopsia renal:** Es un procedimiento para extraer una pequeña muestra de tejido renal que pueda examinarse con un microscopio en busca de signos de lesión o enfermedad.

- **Creatinina:** Es una prueba que mide los niveles de creatinina en la sangre o en la orina. La creatinina es un producto de desecho generado por los músculos como parte de la actividad diaria. Normalmente, los riñones filtran la creatinina de la sangre y la expulsan del cuerpo por la orina. Cuando hay un problema con los riñones, la creatinina se puede acumular en la sangre y sale menos por la orina. Los niveles anormales de creatinina en la sangre o en la orina pueden ser signo de enfermedad renal.

- **Circunferencia craneal:** Es la medición del perímetro de la cabeza de un niño en su parte más grande. Se mide la distancia que va desde la parte por encima de las cejas y de las orejas y alrededor de la parte posterior de la cabeza.
- **Cofosis del oído:** Es una discapacidad auditiva por la que el individuo no percibe ningún sonido. La cofosis (anacusia) es una pérdida total de la audición, una patología poco común ya que incluso cuando se produce una sordera profunda se siguen percibiendo algunos restos auditivos.
- **Cultivo:** Es el crecimiento microbiano en un medio nutritivo sólido o líquido; el aumento del número de microorganismos facilita su identificación. El cultivo también facilita la realización de pruebas de sensibilidad a antimicrobianos.
- **Conducción ósea:** Es la conducción de sonido de oído a oído a través de los huesos del cráneo. Puede emplearse con individuos con audición normal o deteriorada.
- **Coclea:** Se asemeja a un caparazón de caracol en forma de espiral y se encuentra dentro del oído. Cumple una función importante en el sentido del oído: transforma los sonidos en mensajes nerviosos y los envía al cerebro.
- **Corteza auditiva cerebral:** Es una parte de este órgano encargada de procesar toda la información que obtenemos a través del sistema auditivo, es decir, los sonidos que captan los oídos.

- **Cavidad peritoneal:** Es un espacio potencial que se encuentra entre las capas parietal y visceral del peritoneo. La cavidad está llena de una pequeña cantidad de líquido peritoneal seroso secretado por las células mesoteliales que recubren el peritoneo. El líquido peritoneal permite que las capas peritoneales se deslicen entre sí con poca fricción mientras siguen los movimientos sutiles de los órganos abdominopélvicos.
- **Celular subcutáneo:** Es definido como un conjunto de células que se localizan en la capa más interna de la piel y que tienen funciones relacionadas con el depósito de adipocitos, las cuales se utilizan para obtener energía y para mantener la temperatura.
- **Corticosteroides:** Son similares a las hormonas que producen las glándulas suprarrenales para combatir el estrés relacionado con enfermedades y traumatismos. Reducen la inflamación y a la vez afectan el sistema inmunitario.
- **Disnea:** Es la dificultad respiratoria o falta de aire. Es una sensación subjetiva y por lo tanto de difícil definición. La dificultad respiratoria es una afección que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire.
- **Diuréticos de asa:** Ayudan a eliminar la sal (sodio) y el agua del cuerpo. La mayoría de estos medicamentos ayudan a que los riñones liberen más sodio en la orina. El sodio ayuda a eliminar agua de la sangre, lo que disminuye la cantidad de líquido que fluye a través de las venas y arterias. Esto reduce la presión arterial.

- **Diapasones:** Es útil como primera aproximación diagnóstica en el estudio de pacientes con patología auditiva, por ser una técnica de exploración no invasiva, sencilla y de fácil interpretación. Antes de utilizar el diapason, se realiza siempre una otoscopia con el fin de descartar tapones de cerumen, procesos inflamatorios o perforaciones timpánicas, entre otros, ya que estas alteraciones otoscópicas modifican los resultados de la acuametría.

- **Derrame pleural:** Es una acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica.

- **Eritropoyetina:** Se utiliza para prevenir o tratar la anemia. Es un líquido incoloro que se inyecta bajo la piel o se administra por vía intravenosa (IV, solamente para pacientes renales).

- **Esfuerzo respiratorio:** Se puede definir como la percepción de malestar respiratorio que aparece con niveles de actividad que normalmente no causan este tipo de malestar. La intensidad de la disnea se puede determinar evaluando el nivel de actividad necesario para que se desencadene.

- **Equilibrio electrolítico:** Existente entre el volumen de líquidos que ingresa el paciente en el organismo y el volumen de líquidos que pierde en un determinado periodo de tiempo. Un 60% de nuestro peso se debe a la gran cantidad de agua que se encuentra en el organismo.

- **Ecografía renal:** Es un estudio médico que usa ondas de sonido de alta frecuencia para crear imágenes en vivo del interior del cuerpo.

- **Equilibrio ácido:** Es el equilibrio entre la acidez y la alcalinidad de los tejidos corporales. Se mide a través del pH. La sangre en el organismo tiene un pH ligeramente básico que es importante para el buen funcionamiento del cuerpo.

- **Enuresis:** Es la persistencia de micciones incontroladas más allá de la edad en la que se alcanza el control vesical (de cuatro a seis años como edad extrema).

- **Estados catabólicos:** Se produce cuando un organismo no recibe alimentos y comienza a nutrirse a través de sus propios tejidos. De esta manera, se consume, por ejemplo, músculo, lo que termina debilitando la masa muscular.

- **Fibrinas:** Proteína que participa en la formación de coágulos de sangre en el cuerpo. Se elabora de la proteína fibrinógeno y ayuda a detener el sangrado y sanar las heridas. Algunas veces, las sustancias del tipo de la fibrina se pueden encontrar en cantidades más altas de lo normal en la sangre y la orina de los pacientes con ciertos tipos de cánceres y otras afecciones.

- **Fosforo:** Es un mineral que constituye el 1% del peso corporal total de una persona. Es el segundo mineral más abundante en el cuerpo. Está presente en cada célula del cuerpo. La mayor parte del fósforo en el organismo se encuentra en los dientes y en los huesos.

- **Fibrosis:** Es un desarrollo patológico de un tejido fibroso. Esta formación anómala se genera a partir de una inflamación crónica o de un problema circulatorio que provoca un incremento de la producción de colágeno.

- **Glándulas paratiroides:** Producen la hormona paratiroidea (PTH, por sus siglas en inglés), que ayuda al cuerpo a mantener el equilibrio entre el calcio y el fósforo. Si las glándulas paratiroides producen cantidades excesivas o muy bajas de hormona, alteran el equilibrio.

- **Glomérulos:** Es la boca anatómica funcional del riñón, donde tienen lugar la depuración y la filtración del plasma sanguíneo como primera etapa en el proceso de formación de la orina, es una red de capilares rodeada por una envoltura externa en forma de copa llamada cápsula de Bowman que se encuentra presente en la nefrona del riñón de todos los vertebrados.

- **Ionograma:** Ser parte de un análisis de sangre de rutina o de un perfil metabólico completo. También se puede usar para averiguar si hay un desequilibrio de líquidos o del nivel ácido base en el cuerpo.

- **Irrigación colateral:** La que tiene lugar por las anastomosis colaterales que existen entre las arterias. Cuando son suficientemente amplias, la obstrucción de una de las arterias principales es compensada por la sangre que fluye por las colaterales. Hay algunos territorios, como el cerebro y el corazón, donde tales anastomosis son insuficientes, por lo que la obstrucción de una arteria entraña la necrosis del territorio irrigado por ella.

- **Hipovolemia:** Es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo.
- **Homeostasis:** Estado de equilibrio entre todos los sistemas del cuerpo que se necesitan para sobrevivir y funcionar correctamente. En la homeostasis, las concentraciones de ácido, la presión arterial, el azúcar en la sangre, los electrolitos, la energía, las hormonas, el oxígeno, las proteínas y la temperatura se ajustan constantemente para responder a los cambios en el interior y el exterior del cuerpo.
- **Hipocalcemia:** Es una afección en la que los niveles de calcio en sangre son bajos. El calcio es una sal importante en muchos sistemas del cuerpo, especialmente en la función del corazón y los músculos.
- **Hidratos de carbono:** Los carbohidratos son moléculas de azúcar. Junto con las proteínas y las grasas, los carbohidratos son uno de los tres nutrientes principales que se encuentran en alimentos y bebidas. Su cuerpo descompone los carbohidratos en glucosa.
- **Hemograma:** Es un análisis de sangre que se usa para evaluar el estado de salud general y detectar una amplia variedad de enfermedades, incluida la anemia, las infecciones y la leucemia.
- **Hemocultivo:** Es un método diagnóstico que se realiza para la detección de microorganismos en la sangre y así, posteriormente, realizar la identificación y susceptibilidad antimicrobiana.

- **Hidralazina:** Vasodilatador periférico de acción directa que actúa principalmente sobre las arterias causando una relajación directa del músculo liso arteriolar. La hidralazina es un vasodilatador de acción directa en las arteriolas sistémicas.
- **Hematuria:** La presencia de sangre en la orina se denomina hematuria. La cantidad puede ser muy pequeña o detectarse sólo con exámenes de orina o bajo un microscopio. En otros casos, la sangre es visible.
- **Líquido peritoneal:** Es el proveniente de la cavidad peritoneal, un espacio entre la pared del abdomen y los órganos en su interior.
- **Lisinopril:** Se utiliza en el tratamiento de la hipertensión, la insuficiencia cardiaca congestiva, el infarto de miocardio y la nefropatía o retinopatía diabéticas. El lisinopril tiene un comienzo del efecto antihipertensivo más lento y una duración más larga que el enalapril y que el captopril y, por tanto, puede usarse con dosis únicas al día.
- **Membrana timpánica:** Recibe también el nombre de tímpano. Éste separa el oído externo del oído medio. Cuando las ondas sonoras alcanzan la membrana timpánica hacen que la membrana vibre. Estas vibraciones son transferidas posteriormente a los huesecillos en el oído medio.
- **Medula ósea:** Es el tejido esponjoso que se encuentra dentro de sus huesos, como en la cadera y el hueso del muslo. Contiene células madre. Las células madre pueden desarrollarse hasta ser glóbulos rojos que transportan oxígeno a su cuerpo, glóbulos blancos que combaten las infecciones y plaquetas que ayudan a la coagulación de la sangre.

- **Mastoides:** Es una infección de la apófisis mastoides o hueso mastoideo del cráneo. Este hueso está localizado justo detrás del oído.
- **Meningitis:** Es una inflamación del líquido y las membranas (meninges) que rodean el cerebro y la médula espinal. La hinchazón de la meningitis generalmente desencadena signos y síntomas como dolor de cabeza, fiebre y rigidez en el cuello.
- **Micosis:** Es una infección producida por hongos microscópicos. Estas infecciones pueden ser sistémicas, que es cuando afectan a tejidos internos del organismo, como los pulmones.
- **Mastoides:** Está compuesto por celdas que drenan el oído medio. La mastoiditis puede ser leve o muy grave.
- **Medidas asépticas:** Es un conjunto de medidas que pueden realizarse en forma separada o combinada dependiendo del procedimiento clínico y se deben cumplir para mantener la esterilidad durante los procedimientos médico quirúrgico.
- **Muslo recto abdominal:** Es un músculo amplio de la zona media del cuerpo, que se extiende desde el hueso pubis hasta la parte inferior del tórax. Es decir, que ocupa la mayor parte de la pared del abdomen, y que tiene como característica que los rectos poseen en el medio una línea de color blanca que está diseñada de tejido tendinoso para mantener unidas a todas las fibras musculares.
- **Nervio coclear:** Es un conductor sensorial que tiene su campo de distribución periférica en el caracol, aparato analizador de los sonidos. Representa, por tanto, el nervio específico de la audición.

- **Osmosis:** Como una difusión pasiva, caracterizada por el paso del agua, disolvente, a través de la membrana semipermeable, desde la solución más diluida a la más concentrada.

- **Osteodistrofia:** Se aplica en sentido genérico a todas las variedades de enfermedades esqueléticas que aparecen como consecuencia de la insuficiencia renal crónica (IRC) y del tratamiento sustitutivo de la función renal, bien sea la diálisis o el trasplante.

- **Osmolaridad urinaria:** Es un análisis que mide la concentración de químicos en la orina. La osmolalidad también se puede medir mediante un examen de sangre.

- **Otoscopia normal:** Es una de las pruebas audiológicas que se realizan en el gabinete audioprotesista. Consiste en la exploración del oído externo y de la membrana timpánica. Esta prueba es de suma importancia ya que puede ayudar a predecir y anticipar problemas que posteriormente podemos encontrar en otras pruebas audiológicas o en la intervención protésica.

- **Onda sonora:** Es una onda longitudinal que transmite lo que se asocia con sonido. Si se propaga en un medio elástico y continuo genera una variación local de presión o densidad, que se transmite en forma de onda esférica. Mecánicamente las ondas sonoras son un tipo de onda elástica.

- **Osificación coclear:** Es una contraindicación relativa incluso en cócleas osificadas parcialmente. Los pacientes con agenesia de la cóclea definitivamente no se implantan y tampoco aquellos pacientes que tienen expectativas irreales.

- **Obnubilado:** Disminución del nivel de conciencia que se caracteriza por la existencia de confusión, torpeza de movimientos, lentitud psíquica y disminución de la atención y de la percepción.
- **Otitis media:** Se precede normalmente de una infección de vías aéreas altas durante varios días. Aparece súbitamente otalgia con fiebre, malestar general y pérdida de audición. En lactantes los síntomas se pueden ver limitados a irritabilidad, diarrea, vómitos o malestar general.
- **Plaquetas:** Son células sanguíneas llamadas trombocitos y ayudan a que la sangre se coagule, por lo que se detiene el sangrado. El nivel bajo de plaquetas se denomina también trombocitopenia.
- **Pared abdominal:** Rodea la cavidad abdominal, proporcionándole una cobertura flexible y protección a los órganos internos.
- **Perforación vesical:** Es una complicación potencialmente fatal que ocurre en niños con patología vesical, generalmente neuropática, que se ha tratado con una cistoplastia y desde entonces se maneja con sondaje intermitente.
- **PH:** Es una medida para determinar el grado de alcalinidad o acidez de una disolución. Con el pH determinamos la concentración de hidrogeniones en una disolución. Un hidrogenión es un ion positivo de Hidrógeno, es un cachito con carga positiva del Hidrógeno.
- **Pielografía renal:** Usa un tinte para determinar si un cálculo renal o alguna otra cosa está obstruyendo las vías urinarias. Durante la prueba, su médico le introducirá un tubo delgado iluminado (cistoscopio) dentro de la uretra, la cual transporta la orina fuera del cuerpo desde la vejiga.

- **Profilaxis antibióticas:** Es prevenir la posible aparición de infección a nivel de la herida quirúrgica, creando un estado de resistencia a los microorganismos mediante concentraciones antibióticas en sangre que eviten la proliferación y diseminación bacteriana a partir de la puerta de entrada que representa la herida quirúrgica.
- **Pabellón auricular:** Es una estructura cartilaginosa (compuesta por cartílago y piel) cuya función es captar las vibraciones sonoras y redirigirlas hacia el interior del oído.
- **Peritoneo visceral:** Una capa interna que recubre los órganos abdominales. Se produce cuando el peritoneo parietal se refleja desde la pared abdominal hasta las vísceras.
- **Perforaciones timpánicas:** Puede ser la consecuencia de una infección, de un traumatismo o incluso ser parte de un procedimiento médico. Las perforaciones pueden ser temporales o permanentes y sus efectos van a variar de acuerdo al tamaño, la localización y las condiciones patológicas asociadas.
- **Peritonitis:** Es la inflamación del peritoneo, una membrana suave que recubre las paredes abdominales internas y los órganos dentro del abdomen, la cual generalmente ocurre a causa de una infección bacteriana o micótica.
- **Rinne negativo:** Cuando el paciente percibe mejor por vía aérea, sugiriendo un sistema auditivo normal o una hipoacusia de percepción. Se denomina rinne negativo cuando es mayor la percepción ósea, sugiriendo una hipoacusia de transmisión. También se denomina prueba acústica.

- **Relación proteína – creatinina:** Para detectar un exceso de eliminación de proteínas en la orina, como ayuda en la evaluación y monitorización de la función renal, y para detectar un daño renal.
- **Sepsis:** Es una afección médica grave, causada por una respuesta inmunitaria fulminante a una infección. El cuerpo libera sustancias químicas inmunitarias en la sangre para combatir la infección.
- **Síndromes urémicos:** Es una afección grave que puede producirse cuando los pequeños vasos sanguíneos de los riñones se dañan e inflaman. Este daño puede provocar la formación de coágulos en los vasos sanguíneos. Los coágulos obstruyen el sistema de filtración de los riñones y provocan insuficiencia renal, lo que puede ser mortal.
- **Sedimento:** Es útil para estudiar algunos problemas del aparato urinario y para el control de otras muchas patologías, en las que es importante conocer la cantidad de determinadas sustancias, células o microorganismos que se excretan con la orina o están presentes en ella.
- **Sordera súbita:** La pérdida súbita de audición neurosensorial (“oído interno”), comúnmente conocida como sordera súbita, se produce como una pérdida rápida e inexplicable de la audición, ya sea de pronto o en el transcurso de unos días.

La sordera súbita ocurre porque algo no funciona en los órganos sensoriales del oído interno. La sordera súbita frecuentemente afecta a solo un oído.

- **Sustancias tóxicas:** Se entiende cualquier sustancia que produce efectos nocivos cuando penetra en el organismo. Efectos que pueden ser leves o graves en los casos más graves, la persona intoxicada puede morir.
- **Síndrome nefrótico:** Es un trastorno renal que hace que el cuerpo excrete demasiadas proteínas en la orina. El síndrome nefrótico generalmente se debe a daños en los racimos de vasos sanguíneos diminutos de los riñones que filtran los desechos y el exceso de agua de la sangre.
- **Taquicardia:** La taquicardia es el término médico para una frecuencia cardíaca de más de 100 latidos por minuto. Muchos tipos de ritmos cardíacos irregulares (arritmias) pueden causar taquicardia.
- **Taquipnea:** Una frecuencia respiratoria normal para un adulto en reposo es de 8 a 16 respiraciones por minuto, mientras que, en un bebé, la tasa normal es hasta de 44 respiraciones por minuto.
- **Test de coagulación:** Los factores de la coagulación son proteínas de la sangre que ayudan a controlar el sangrado. En la sangre hay varios factores de la coagulación. Cuando una persona se corta o sufre una herida que causa sangrado, los factores de la coagulación funcionan en forma coordinada para formar un coágulo de sangre. El coágulo evita la pérdida de una cantidad excesiva de sangre.
- **Tronco encefálico:** Es la parte más caudal del encéfalo y está conformada por el mesencéfalo, el puente y el bulbo raquídeo (médula oblongada). Cada uno posee su propia estructura y función.

- **Taponamiento auditivo:** La oclusión por cerumen ocurre cuando la cera (cerumen) se acumula en las orejas o se torna demasiado dura como para poder ser eliminada naturalmente. El cerumen es una parte útil y natural de las defensas del cuerpo. Limpia, lubrica y protege el conducto auditivo al atrapar la suciedad y al retrasar el crecimiento de las bacterias.

- **Tapón de cerumen:** La cera de los oídos, también llamada cerumen, la hace el cuerpo para proteger los oídos. La cera tiene propiedades tanto lubricantes como antibacterianas.

- **Urea:** El principal residuo de la descomposición de las proteínas. Está directamente relacionada con la cantidad de proteínas que comemos y con las que el propio cuerpo descompone, lo que depende de la masa muscular.

- **Uremia:** Es un trastorno del funcionamiento renal que se produce cuando los riñones no pueden eliminar correctamente la urea del cuerpo, de modo que los desechos de la orina se acumulan en la sangre y pueden darse otra serie de enfermedades.

- **Vasoespasmio:** El vasoespasmio se define como el estrechamiento segmentario o difuso del calibre arterial como consecuencia del efecto que tienen sobre la pared del vaso los productos de degradación de la hemoglobina en el curso de un sangrado subaracnoideo.

- **Vértigos:** Es el causado por la afectación del laberinto (oído interno) y nervio vestibular (el que lleva la información del equilibrio desde el oído interno al cerebro), y es el más frecuente.

XIII. ANEXOS (instrumento de recolección de datos, cuadros, trípticos, materiales interactivos, etc.)

XIV. ANEXO 1

**Guía de valoración según patrones funcionales
De salud para el usuario pediátrico**

Datos biográficos e institucionales:

Fecha _____ Fecha de ingreso _____

Nombre _____ Género _____ Fecha de nacimiento _____

Institución _____ Número de afiliación _____

Servicio _____

Cama _____

Nombre del padre / tutor _____

Edad _____

Escolaridad _____ Ocupación _____ Religión _____

Nombre de la madre / tutor _____ Edad _____

Escolaridad _____ Ocupación _____

Religión _____

Ingreso económico familiar mensual _____

Motivo de la visita o principal problema _____

Diagnóstico médico _____

Tratamiento médico actual _____

Antecedentes:

Enfermedades anteriores _____

Historia familiar de enfermedad

Historia de la enfermedad actual

I. Patrón percepción / mantenimiento de la salud.

Servicios y características higiénicas de la vivienda (hacinamiento y promiscuidad), especificar:

Cuidados o hábitos higiénicos en el niño, especificar: _____

Contacto con enfermos infectocontagiosos o animales domésticos, especificar:

Existencia de factores de riesgo en el hogar y comunidad para el niño, especificar

Discapacidad física o mental que puedan desencadenar un accidente ¿cuáles?

Se detecta interés de los padres / tutores por el cuidado de la salud del niño y asistencia a control médico, en caso negativo, especificar _____

Tratamiento médico en el hogar, especificar ¿cuál? _____

Realización de cuidados para conservar y recuperar la salud del niño en caso negativo, especificar _____

Existencia de algún tipo de alergia en caso afirmativo especificar ¿cuál y a qué?

Inmunizaciones recibidas, _____

II. Patrón nutricional / metabólico.

Estado físico actual.

Peso _____ Talla _____ Perímetro cefálico _____ Perímetro

Torácico _____

Perímetro abdominal _____ Segmento superior _____

Segmento Inferior _____

Glucemia _____ Temperatura corporal _____.

Características de:

Piel

Cabello

Uñas

Mucosa oral

Encías

Lengua

Labios

Faringe

Dentadura

Presencia de:

Anorexia_____ Náusea_____ Vómitos_____ Pirosis_____

Polifagia_____

Polidipsia_____ Regurgitaciones_____ Incapacidad para
succionar_____

Disfagia_____ Edema_____ Dolor

gastrointestinal_____

Crecimiento ganglionar_____ Heridas

Infusiones_____ Drenajes

Otros_____

Aceptación e ingesta de la dieta y líquidos en 24 horas prescrita en la
unidad hospitalaria, en caso negativo, especificar ¿por
qué? _____

Lactancia materna en caso negativo,
especificar_____

Existencia de problemas inmunológicos, en caso afirmativo, especificar:

III. Patrón de eliminación

Estado físico actual.

Características de:

Orina: Color_____ Olor_____ Frecuencia_____

Cantidad_____ Heces: Consistencia_____

Color_____ Olor_____ Frecuencia_____

Cantidad_____

Sudor_____

Presencia de:

Halitosis_____ Flatulencia_____ Esfuerzo al defecar_____

Constipación_____

Dolor al evacuar_____ Diarrea_____ Distensión abdominal_____

Fístulas_____

Peristaltismo intestinal_____ Uso de laxantes_____

Parásitos_____

Ostomías_____ Disuria_____ Oliguria_____ Poliuria_____

Hematuria_____

Coluria_____ Proteinuria_____ Glucosuria_____

Polaquiuria_____

Nicturia_____ Incontinencia urinaria_____ Enuresis_____ Drenaje

urinario_____

Otros (especificar)_____

IV. Patrón actividad / ejercicio.

Estado físico actual.

Frecuencia cardíaca _____ Frecuencia del pulso _____

_____ Tensión arterial _____

Frecuencia respiratoria _____

Características de:

Pulso _____

Llenado capilar _____

Secreciones broncopulmonares _____

Fuerza muscular _____

Postura _____

Presencia de:

Soplos _____ Disnea _____ Distensión venosa yugular _____ Aleteo nasal _____

Cianosis _____ Retracción xifoidea _____ Tiros intercostales _____ Estertores _____

Quejido respiratorio _____ Tos _____ Estridor laríngeo _____ Piel marmórea _____

Sudoración fría _____ Palpitaciones _____ Disfonía _____

Lipotimias _____ Vértigos _____ Acúfenos _____

Fosfenos _____ Falta de energía _____ Malestar y debilidad con el ejercicio _____ Epistaxis _____

Palidez de tegumentos _____ Ictericia _____

Apoyo ventilatorio

(especificar) _____

Inflamación de articulaciones _____ Contracturas musculares _____

Limitaciones para el movimiento o su autocuidado _____

V. Patrón reposo / sueño.

Presencia actual de:

Cansancio _____ Temblor de manos _____ Ojeras _____ Párpados _____

inflamados_____

Enrojecimiento de conjuntivas_____ Bostezos_____ Expresión vacía_____

Indiferencia_____ Confusión_____

Falta de concentración_____ Habla pausada_____ Habla_____

dificultosa_____ Irritabilidad_____ Otros_____

Horas de sueño habituales en 24 horas y durante la estancia hospitalaria, especificar:

Periodos de descanso habituales y en el hospital, especificar:

_____ Dificultad y hábitos del niño para conciliar el sueño, especificar:

Calidad del sueño, especificar:

VI. Patrón cognitivo / perceptual.

Estado físico y mental actual.

Orientación (persona, tiempo, y espacio) especificar:

Presencia de:

Crisis convulsivas_____ Midriasis_____ Miosis_____

Anisocoria_____ Miosis_____ Irritabilidad_____

Dolor_____ Afasia_____ Hiperestesia_____

Licenciatura en Enfermería Clave de Incorporación UNAM 8964 – 62

169

Hipoestesia_____ Parestesia_____ Parálisis_____ Signos meníngeos_____

Otros_____

Problemas con:

La memoria_____ La concentración_____

El razonamiento_____.

Alteraciones:

Vista_____ Olfato_____ Audición_____

Gusto_____ Equilibrio_____

Presencia de reflejos, especificar

¿cuáles? _____

Características de:

Tono muscular, especificar:

Fontanela anterior y posterior,
especificar: _____

VII. Patrón de autoimagen / autoconcepto.

Presencia actual de:

Nerviosismo _____ Conducta violenta _____ Suspiros _____

Temblores _____

Dificultad para relajarse _____ Apatía _____.

Percepción que tiene el niño sobre sí mismo, especificar:

Aceptación de su imagen corporal en caso negativo, especificar ¿por qué?

Existencia de algún temor, miedo y preocupaciones, en caso afirmativo, especificar ¿a qué?

Estado de ánimo del niño, especificar:

_____ - _____

Estado de ánimo de los padres / tutores, especificar:

Existencia de cooperación en los cuidados por parte de padres / tutores y del propio niño en caso negativo especificar, ¿por qué?

VIII. Patrón rol / relaciones.

Presencia actual de:

Dificultad para concentrarse y expresar sus
sentimientos _____ Introversión _____

Extroversión _____ Cambios en el estado de ánimo _____

Tristeza _____ Llanto _____ Incapacidad para llorar _____

Cólera _____

Dificultades en la participación _____

Aislamiento _____ Rechazo a padres / tutores _____ Dificultades en
la comunicación _____

Lugar que ocupa en la familia: _____ Número de hermanos

Personas con las que convive diariamente, especificar ¿cuáles?

Existencia de sentimiento de pérdida en el niño en caso afirmativo, especificar ¿por qué?

Estado civil de los padres, especificar:

Dificultades en los padres / tutores para el cumplimiento de su rol en caso afirmativo, especificar _____

Existencia de abandono en el niño en caso afirmativo, especificar ¿de qué tipo?

IX. Patrón sexualidad / reproducción.

Estado físico actual.

Presencia de alteraciones en genitales en caso afirmativo, especificar ¿cuáles?

_____ Presencia de alteraciones en glándulas mamarias en caso afirmativo, especificar _____

Mujer

Menarquía _____ Días por ciclo _____ Fecha de última menstruación _____

Edad _____

Presencia de dismenorrea _____.

Hombre

Pubarquía _____ Cambio en el timbre de la voz _____

Edad _____

Desarrollo de genitales externos _____

Educación sexual por parte de padres / tutores en caso negativo, especificar _____

Existencia de inquietudes relacionadas con el sexo en caso afirmativo, especificar _____

Prácticas sexuales, especificar: _____

Empleo de métodos de planificación familiar en caso afirmativo
especificar ¿cuáles?

X. Patrón afrontamiento / estrés.

Presencia actual de:

Inquietud_____ Tensión muscular_____ Postura
rígida_____ Conducta autodestructiva_____ Manos
húmedas_____ Boca seca_____

Cambios en el estilo de vida_____ Negación del
problema_____ Hipersensibilidad a la
crítica_____ Conducta manipuladora_____

Autocompasión_____

Otros_____

Respuesta habitual del niño ante una situación de estrés, especificar:

Opciones elegidas por el niño para canalizar el estrés, especificar:

Respuesta del niño ante la hospitalización, especificar:

Respuesta familiar habitual ante una situación de estrés, especificar:

Respuesta de los padres / tutores ante la hospitalización del niño,
especificar:

Existencia de dificultades familiares para afrontar el problema de salud del
niño en caso afirmativo, especificar ¿cuáles?

Existencia de violencia intrafamiliar en caso afirmativo, especificar
¿persona?

XI. Patrón valores / creencias.

Actitud religiosa del niño, especificar:

Actitud religiosa de los padres / tutores,
especificar: _____

Demanda de servicios religiosos para el niño en caso afirmativo,
especificar ¿cuáles?

Mitos y creencias de los padres / tutores relacionados con el cuidado de la
salud, especificar:

Resultados relevantes de exámenes de laboratorio y gabinete (registrar
fecha) _____

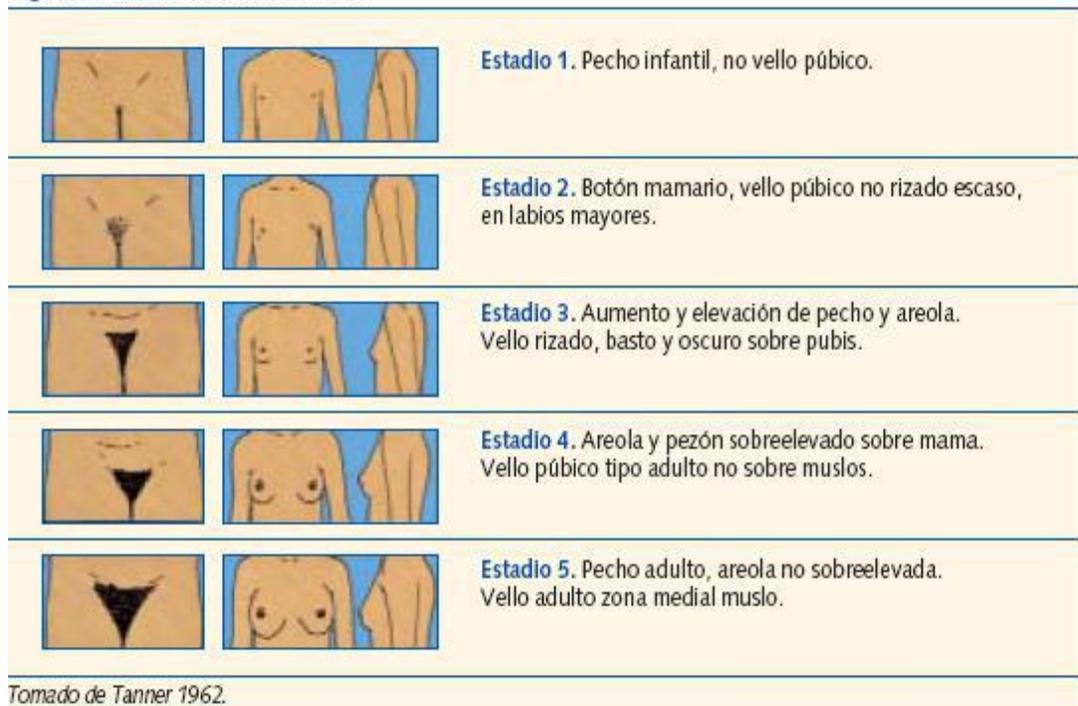
XV. ANEXO 2

ESCALA TANNER, DENVER Y CURVAS NUTRICIONALES

Figura 3. Escalas de Tanner en niños.



Figura 2. Escalas de Tanner en niñas.



XVI. ANEXO 3

PIRAMIDE DE NECESIDADES DE MASLOW.



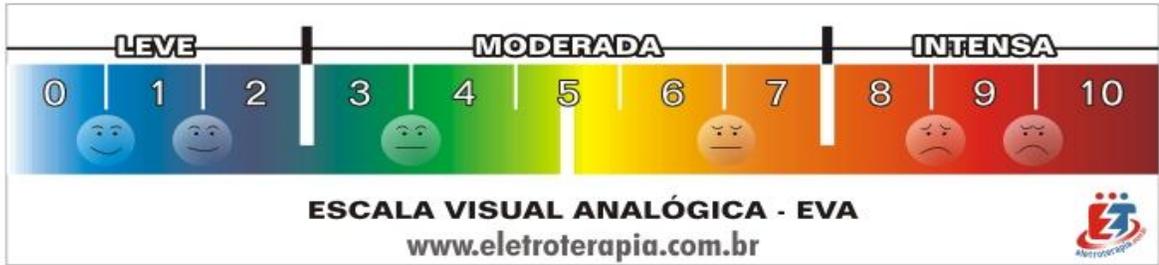
XVII. ANEXO 4

ESCALA DE BRADEN

ESCALA BRADEN						
ESCALA BRADEN	PUNTOS	1	2	3	4	
	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>	
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>	
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia	
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>	
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>	
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>		
	NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤12			
	RIESGO MODERADO	≤14				
	RIESGO BAJO	≤16				

XVIII. ANEXO 5

ESCLA VISUAL ANALOGICA



XIX. ANEXO 6

Consentimiento Informado

Por medio del presente documento acepto participar como informante proporcionando datos acerca de mi hija, con el cual llevara a cabo un proceso de enfermería realizando los procedimientos correspondientes. Realizado por la alumna de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Olmeca, el cual tiene como finalidad de acuerdo a una guía de valoración, evaluar los patrones de salud alterados del paciente.

He sido informado acerca del estudio a realizar y mi participación será de forma anónima y confidencial, de igual manera que los datos de mi hija, con la finalidad de recolectar los datos. Al firmar este documento concedo mi consentimiento a responder los siguientes cuestionarios guía de valoración de Marjory Gordon y Virginia Herdenson.



Firma de participante

Villahermosa, Tabasco a 01 de mayo 2022