



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

AREA ACADÉMICA DE ENFERMERIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A:

PACIENTE CON GASTROENTERITIS POR

ROTAVIRUS

PARA OBTENER EL TITULO DE ENFERMERA GENERAL

PRESENTA:

ALUMNO (A) MARIA DE LA LUZ PELCASTRE FLORES

ASESOR:

MCE. EVILA GAYOSSO ISLAS

DEDICATORIA

GRACIAS LE DOY A DIOS POR DARME OTRA OPORTUNIDAD DE
RELIZARME PROFECIONALMENTE Y HA TODAS AQUELLAS PERSONAS
QUE ESTAN DETRAS DE ESTE TRABAJO YA QUE MIS POSIBILIDADES DE
TITULACIÓN YA ERAN MUY MINIMAS

GRACIAS A MIS PADRES POR SU APOYO Y CONFIANZA YA QUE ELLOS A
PESAR DE MIS ERRORES NUNCA ME HAN NEGADO SU APOYO

GRACIAS A MIS HERMANOS POR SU APOYO MORAL
A MIS HIJAS POR SU COMPRENCIÓN Y POR SER MIS HIJAS

ROCIO, CELESTE NAYELI Y GUADALUPE.

INDICE

Introducción	4
Justificación	5
Objetivo general	6
Objetivo específico	6
Marco teórico	7
Anatomía y fisiología	8
Gastroenteritis por rota virus	13
Agente causal	13
Aspectos epidemiológicos	14
Patogenia	16
Manifestaciones clínicas	17
Complicaciones	19
Inmunidad, diagnostico	20
Tratamiento	21
Prevención	22
Proceso de enfermería	24
Valoración	26
Diagnostico	30
Planeación	33
Ejecución	36
Evaluación	39
Etapa 1 valoración	42
Valoración de enfermería el ingreso	43
Etapa 2 diagnostico	50
Diagnósticos reales	51
Diagnósticos de alto riesgo	52
Etapa 3 plan de cuidados de enfermería	53
Diagnóstico: diarrea	54
Diagnóstico: nausea	55
Diagnóstico: hipertermia	58
Diagnóstico: ansiedad	60
Diagnóstico: dolor agudo	62
Diagnóstico: desequilibrio nutricional por efecto	64
Diagnóstico: deterioro de la integridad cutánea	66
Etapa 4 ejecución	68
Ejecución	69
Etapa 5 evaluación	71
Evaluación	72
Conclusiones	73
Glosario de términos	74
Bibliografía	77

INTRODUCCIÓN

Debemos considerar a la salud como el aspecto mas importante en la vida de todo ser humano, ya que de aquí parte el hecho de que se logre un adecuado desarrollo psicologico y social.

La enfermería como tal asume la responsabilidad del cuidado del enfermo precisamente durante la perdida de este estado de salud, esto es sumamente evidente cuando se presentan patologias como la gastroenteritis, que afectan principalmente a menores de edad, y que implican una serie de procedimientos y vigilancia continua en dichos pacientes.

La importancia de conocer el proceso de atencion enfermeria; ya que es precisamente el mismo personal de enfermeria quien de manera muy estrecha da los cuidados en esta enfermedad que puede conducir de manera rapida a complicaciones importantes o incluso a la muerte del mismo paciente.

El presente Proceso de atencion de enfermeria [PAE] pretende en especifico dar a conocer aspectos generales de la patologia, asi como del agente causal, y al mismo tiempo revisar de manera general el tratamiento desde el punto de vista medico. Sin embargo la parte mas importante se enfoca como se menciono previamente en el proceso atencion enfermeria el cual se aborda desde un enfoque cientifico, Identificando las respuestas humanas problemas y necesidades del paciente; por lo que se realiza una valoracion seguida de un diagnostico de enfermeria, de la misma manera realizando un plan de cuidados, se continua con la ejecucion 4ta etapa en donde se ponen en practica todas las actividades planeadas o programadas y haci mismo se inicia concluye el PAE con la 5ta etapa y que es la evolución, y su constante aplicación como conocimientos teoricos llevados a la practica diaria.

JUSTIFICACIÓN.

Actualmente una de las principales causas de morbi-mortalidad en la población general, pero principalmente en los menores de 5 años son las infecciones gastrointestinales, y entre ellas la específica por rotavirus.

Se trata de una patología que durante su evolución se caracteriza por fiebre elevada, evacuaciones y emesis múltiples, lo que condiciona un mal estado general, dermatitis y cuadros de deshidratación de manera rápida. Y que por la misma forma de presentación requiere un manejo intrahospitalario, con vigilancia continua del estado de hidratación y el estado hemodinámico, así como múltiples cuidados generales, función realizada por el personal de enfermería.

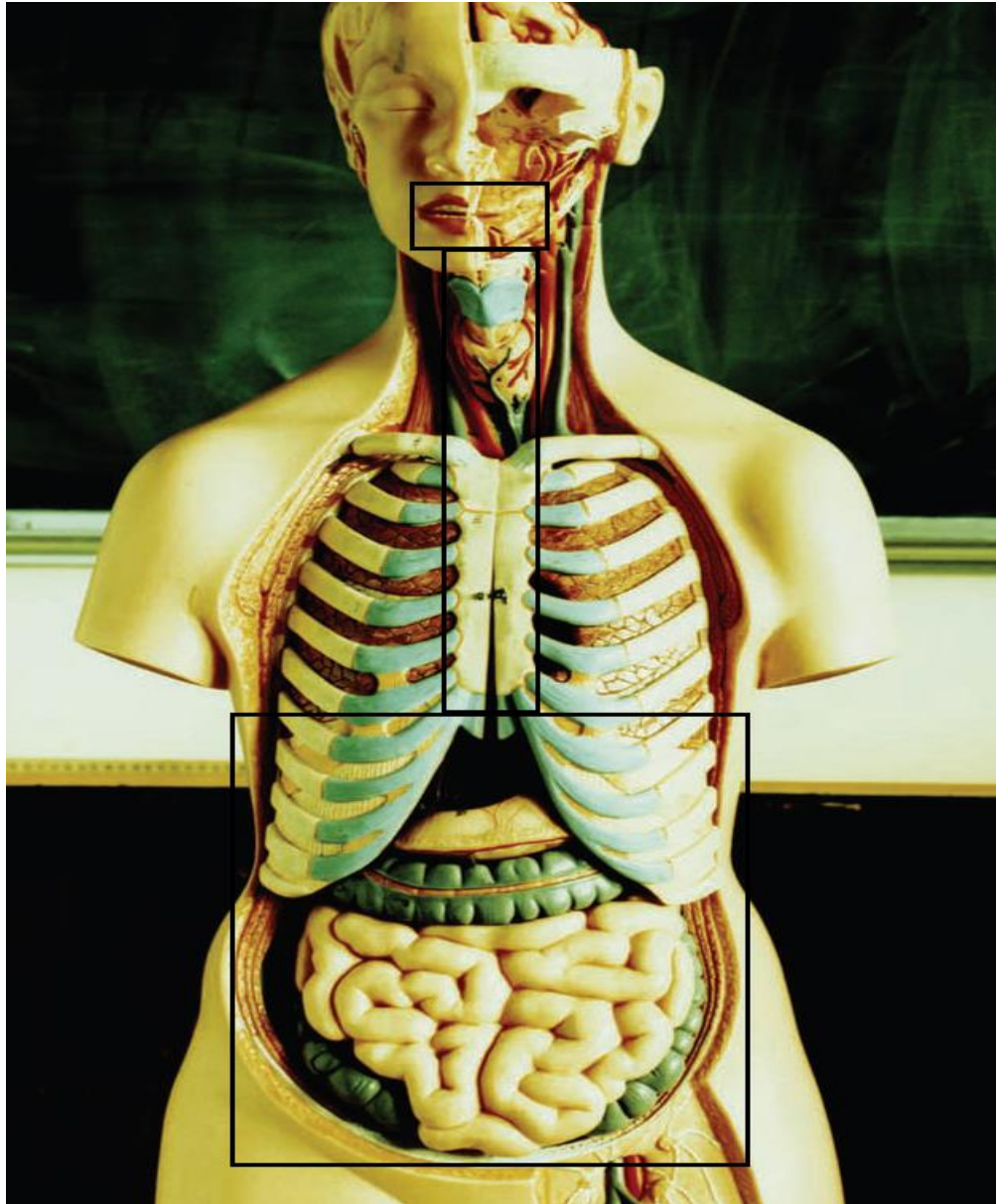
De lo mencionado anteriormente nace la necesidad de crear procesos con base científica enfocados a los cuidados en este tipo de pacientes y aplicados precisamente por enfermería, con la finalidad de prevenir complicaciones que pueden llegar a ser potencialmente letales, y proporcionar un estado de confort lo más adecuado posible, así como la vigilancia estricta hasta la recuperación integral.

OBJETIVO GENERAL.

El conocer el proceso atención de enfermería y el adquirir habilidad en el manejo para dar una atención inmediata llevando a cabo las cinco etapas del [PAE] en pacientes con gastroenteritis por rotavirus, utilizando un instrumento muy valioso que es el [PAE]

OBJETIVO ESPECIFICO.

durante la aplicación y / o manejo de las cinco etapas del proceso atención de enfermería (PAE) se proporciono cuidados y durante el mismo hubo mejoría



MARCO TEORICO

ANATOMIA Y FISIOLOGIA.

El aparato gastrointestinal abarca de la boca al ano e incluye varios órganos con funciones diferentes, separado por esfínteres gruesos, especializados y con control independiente, que facilitan la creación de compartimientos.

Los alimentos pasan de la boca al esófago por la faringe.

El esófago se extiende de la faringe al estomago y atraviesan el diafragma al descender de la cavidad torácica a la abdominal.

El estomago tiene las siguientes funciones:

Actúa como reservorio al almacenar los alimentos hasta que pueden ser digeridos.

Secreta jugo gástrico.

Produce movimientos de batido o mezcla de los alimentos disgregándolos en partículas pequeñas y mezclándolos con jugo gástrico.

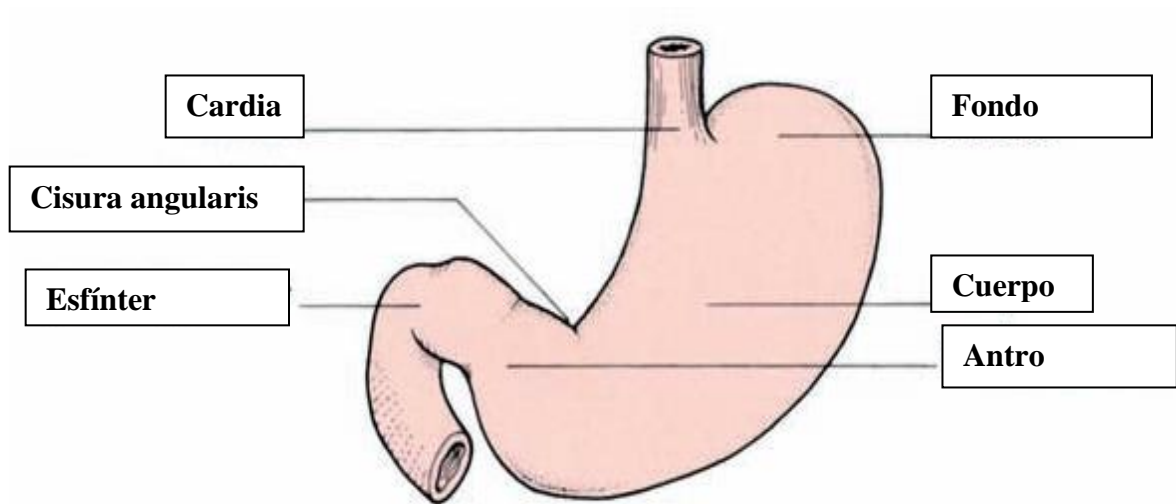
Adsorbe en cierta medida el agua, alcohol y algunos fármacos.

Produce la hormona llamada gastrina en las células ubicadas en la región pilórica.

El intestino delgado ocupa la mayor parte de la cavidad abdominal y se divide en tres partes duodeno yeyuno íleo.

El intestino delgado cumple tres funciones principales: termina la digestión de los alimentos, absorbe los productos terminales de la digestión llevándolos a la sangre y a la linfa, secreta hormonas que ayudan a regular la secreción de jugo pancreático bilis y jugo intestinal.

El intestino grueso se divide en ciego, colon, recto y su función es absorber agua y eliminar los productos de desecho de la digestión.



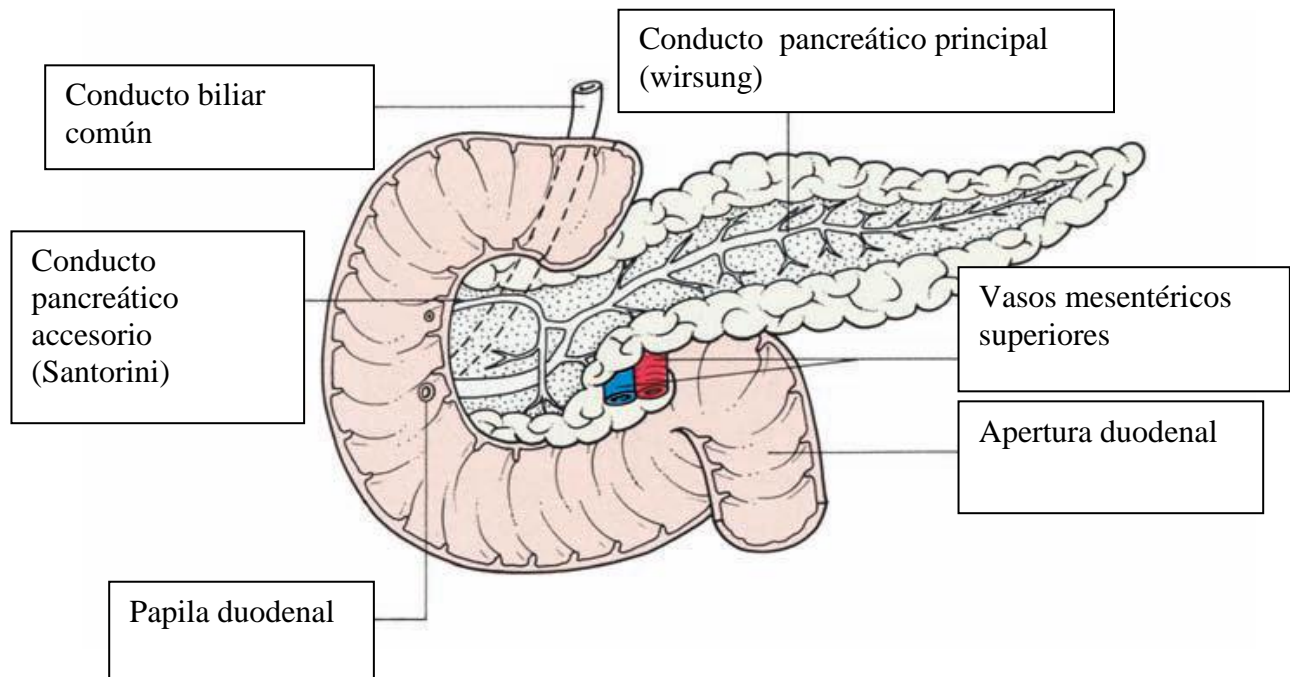
La pared del intestino está organizada en capas perfectamente definidas que contribuyen a las actividades funcionales de cada región.

La mucosa actúa como una barrera que se opone al contenido luminal, o bien, como un lugar de transferencia de líquidos o nutrientes.

El músculo intestinal de fibra lisa media la propulsión de una región a la siguiente. Muchos de los órganos de estas vías poseen una capa serosa, que además de tener una función de sostén permite la penetración de algunas sustancias del exterior.

Las interacciones con otros órganos y sistemas satisfacen las necesidades de los intestinos y del cuerpo.

Los conductos pancreático biliares transportan bilis y enzimas que vacían en el duodeno.

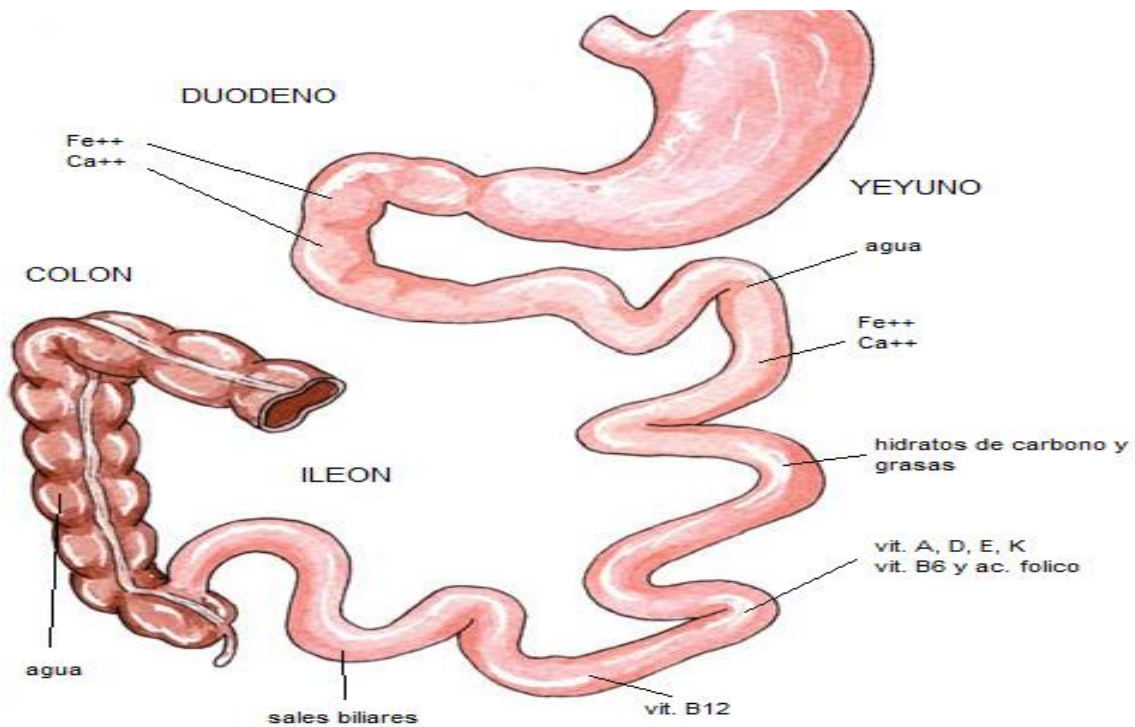


Una abundante red de vasos es modulada por la actividad de las vías gastrointestinales.

Los conductos linfáticos participan en las actividades inmunitarias de los intestinos.

Los nervios intrínsecos de la pared intestinal permiten el control básico para la propulsión y la regulación de los líquidos.

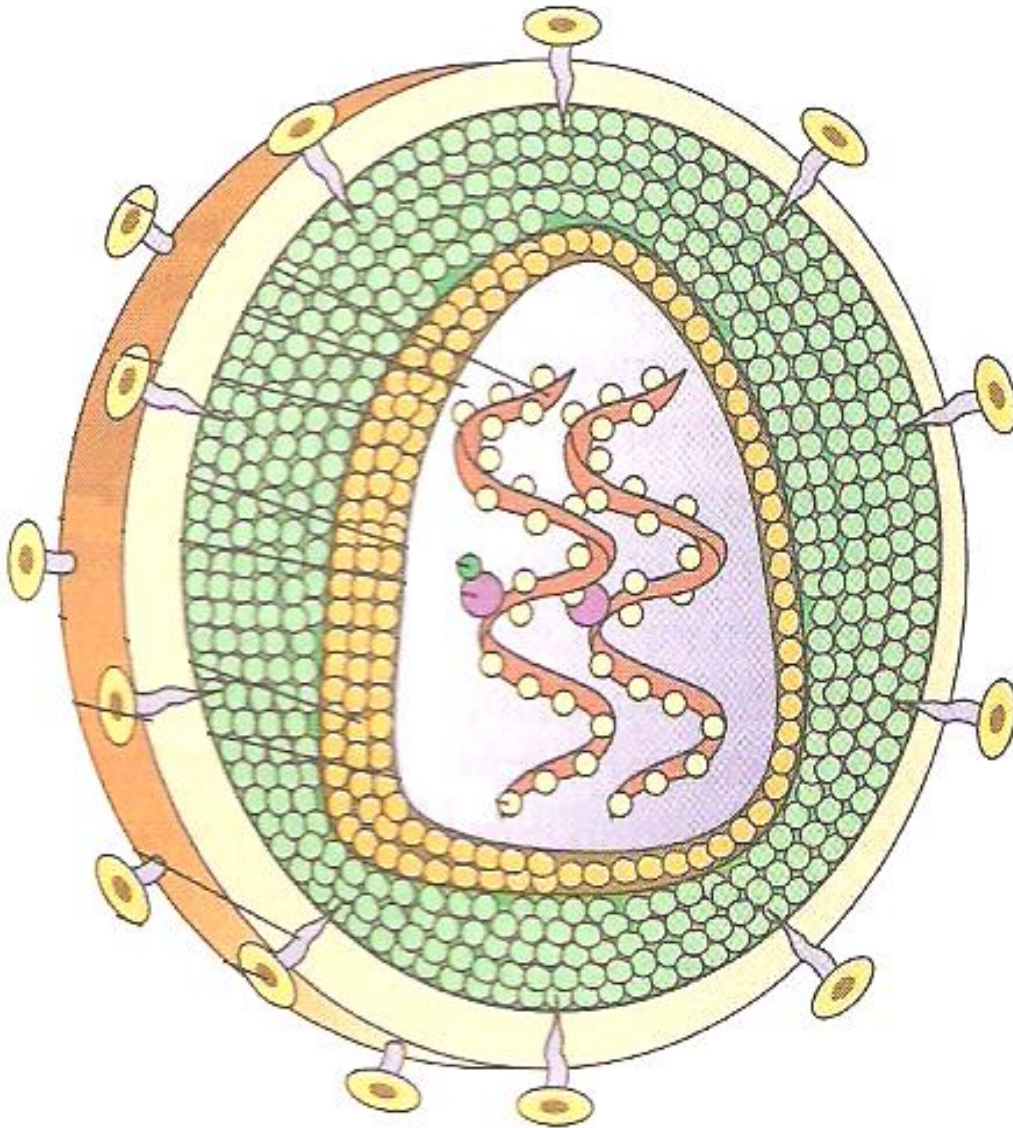
Los estímulos nerviosos extrínsecos efectúan el control voluntario o involuntario en grados que son específicos para cada región intestinal.



El colon prepara el material de desecho para su evacuación controlada. La mucosa de dicho órgano deshidrata la materia excrementicia, de modo que de los 1 000 a 1 500 ml de heces que recibe diariamente del íleon, genera los 100 a 200 ml que son expulsados por el recto. El interior del colón está colonizado por innumerables bacterias que fermentan carbohidratos no digeribles y los ácidos grasos de cadena corta.

El tiempo de tránsito en el esófago es del orden de segundos, pero la estancia del bolo en el estómago y después en el intestino delgado va de minutos a horas, en tanto que el desplazamiento por el colon necesita, en muchas personas, del transcurso de 24 h o más.

Los perfiles motores del colon tienen un carácter "oscilatorio", lo que facilita el secamiento lento de los excrementos. La porción proximal del colon logra el mezclado y la absorción de líquidos, en tanto que la porción distal presenta contracciones peristálticas y movimientos en masa que logran la expulsión de las heces. El colon termina en el ano, estructura con control voluntario e involuntario para retener el bolo fecal hasta que es expulsado en un medio socialmente apropiado para cada cultura.



ROTAVIRUS

GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS.

Síndrome causado por infección del rotavirus, caracterizado habitualmente por vómitos, diarrea acuosa, fiebre y espasmos abdominales.

AGENTE CAUSAL.

Los rotavirus son miembros de la familia Reoviridae. Su genoma consiste en 11 segmentos de RNA de doble filamento incluidos dentro de una cápside de 75m de diámetro, icosaédrica, sin cubierta y con tres capas. La proteína 6 vírica (*viralprotein 6*, VP6), que es la principal proteína estructural, es el elemento que se intenta definir por medio de inmuno análisis comerciales y es la que rige la especificidad grupal de los rotavirus. Se conocen siete grupos importantes de rotavirus (A á G); la enfermedad de los seres humanos es causada más bien por miembros del grupo A y en menor extensión, por miembros de los grupos B y C. Dos proteínas de la porción exterior de la cápside, VP7 (proteína G) y VP4(proteína P), son las que rigen la especificidad de serotipo, las que inducen la aparición de anticuerpos neutralizantes y las que sientan las bases de la clasificación binaria de los rotavirus (tipos G y P). El genoma segmentado de los rotavirus permite su re-disposición genética (es decir, el intercambio de segmentos de genoma entre virus) durante la infección por otras entidades patológicas, propiedad que pudiera intervenir en la evolución de los virus y que se ha utilizado para la creación de vacunas "reordenadas" basadas en rotavirus animales/humanos.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

Casi todos los niños sufren la infección por rotavirus entre los tres y los cinco años de edad. Las infecciones de los neonatos son frecuentes, pero a menudo asintomáticas o leves, tal vez porque persiste la protección generada por los anticuerpos provenientes de la madre o transmitidos en la leche materna. Sin embargo, se sabe que los rotavirus originan enfermedades en los recién nacidos, en particular los internados en unidades de cuidados intensivos, y algunos datos sugieren que las manifestaciones clínicas de los nacidos a término tal vez sean diferentes de las observadas en los pequeños pretérmino. Cuando la primera infección ocurre después de los 90 días de vida, suele ser sintomática y la incidencia de la enfermedad alcanza su punto máximo en niños de cuatro a 23 meses de edad. Son frecuentes las reinfecciones, pero la intensidad del cuadro disminuye con cada repetición de éste. Por consiguiente, pocas veces se observan infecciones graves por rotavirus en niños de mayor edad y en adultos, aunque tales partículas pueden ocasionar un cuadro clínico en los padres y los cuidadores de niños con diarrea por rotavirus, en personas inmuno deficientes, viajeros y ancianos, y habrá que incluir tal posibilidad en el diagnóstico diferencial de las gastroenteritis de los adultos.

En climas templados el ataque por rotavirus surge predominantemente en el otoño y el invierno, meses más fríos. En Estados Unidos, las epidemias anuales por dicha partícula comienzan en el otoño en la zona suroccidental (octubre a diciembre) y migra por toda la zona continental hasta alcanzar su máximo en el noreste en la primavera (marzo a mayo). En climas tropicales, se observa enfermedad por rotavirus todo el año, con máximos estacionales menos intensos.

La gastroenteritis por rotavirus suele acompañarse de deshidratación con mayor frecuencia que la gastroenteritis causada por otros patógenos. Por tal razón, la proporción de los casos de gastroenteritis atribuibles a rotavirus aumenta conforme lo hace la intensidad de la enfermedad y varía de una mediana de 8% de casos de origen comunitario a 18% de los casos en pacientes ambulatorios y 30% en sujetos hospitalizados. Se calcula que cada año los rotavirus causan alrededor de 500 000 fallecimientos de niños en todo el mundo.

Durante las crisis de diarrea vinculada con rotavirus, el virus es excretado en grandes cantidades (10⁷ a 10¹²/g) en los excrementos. La excreción del virus detectable por EIA por lo común cede en término de una semana, pero puede persistir por más de 30 días en personas inmuno deficientes y puede detectarse durante períodos más largos por medio de estudios moleculares sensibles como la PCR. El virus es transmitido más bien por la vía fecal-oral. También se ha planteado su propagación a través de secreciones de las vías respiratorias, contacto de una persona con otra o superficies contaminadas en el entorno, para explicar la aparición rápida de anticuerpos en los primeros tres años de edad, sean cuales sean las características de higiene y sanidad.

En los seres humanos se han identificado por lo menos 10 serotipos G diferentes del rotavirus del grupo A, pero sólo cinco tipos son comunes (G1 a G4 y G9).

En los seres humanos se han identificado cepas de rotavirus que poseen un alto grado de homología genética con las cepas de animales, pero al parecer no es frecuente la transmisión entre animales y humanos. Los rotavirus del grupo B se han vinculado con algunas grandes epidemias de gastroenteritis intensas en adultos ocurridas en China desde 1892 y se les halló en fecha reciente en la India, pero no en otras zonas del mundo. Los rotavirus del grupo C han originado una proporción pequeña de casos de gastroenteritis en niños de varios países de todo el mundo.

PATOGENIA.

Los rotavirus infectan y al final destruyen los enterocitos maduros en el epitelio de las vellosidades de la porción proximal del intestino delgado. La pérdida del epitelio de las vellosidades responsable de la absorción, junto con la proliferación de las células secretorias de las criptas, origina una diarrea secretoria.

Disminuyen las enzimas del borde en cepillo, que son características de las células diferenciadas, cambio que culmina en la acumulación de disacáridos no metabolizados y como consecuencia, diarrea osmótica. Los estudios en ratones indican que NSP4, una proteína no estructural del rotavirus, actúa como enterotoxina y contribuye a la aparición de la diarrea secretoria al alterar la función de las células epiteliales y su permeabilidad. Además, el rotavirus puede desencadenar secreción de líquidos, por activación del sistema nervioso autónomo de la pared intestinal. Datos recientes indican que en el suero de niños con la infección aguda por rotavirus aparecen el antígeno y el RNA rotavíricos; se necesitan más investigaciones para definir la importancia de los datos anteriores en la patogenia de la enfermedad por rotavirus.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

El espectro clínico de la infección por la partícula varía desde un ataque subclínico hasta una gastroenteritis grave que culmina en deshidratación y que puede ser fatal. Después de un período de incubación de uno a tres días, el cuadro comienza en forma repentina, y antes de que aparezca la diarrea suele haber vómito. Incluso 33% de los pacientes pueden tener fiebre superior a 39°C. De forma característica, las heces son diarreicas y acuosas y sólo en pocas ocasiones contienen eritrocitos o leucocitos. Los síntomas gastrointestinales muestran resolución por lo regular al término de tres a siete días.



Ha habido señalamientos de aparición de signos de vías respiratorias y sistema nervioso en niños con infección por rotavirus, pero no se han corroborado vínculos causales. La infección por dicha partícula se ha acompañado de otros síndromes clínicos (como el de muerte repentina del lactante, enterocolitis necrosante, invaginación y diabetes mellitus tipo 1), pero no se ha confirmado relación causal alguna con cualquiera de los síndromes en cuestión.

Los rotavirus al parecer no constituyen el principal patógeno oportunista en niños con infección por VIH. En menores con inmunodeficiencia grave, el rotavirus causa diarrea persistente con excreción duradera de los virus y en algunos casos raros, diseminación sistémica. Las personas con inmunodepresión por trasplante de médula ósea también están en riesgo de desarrollar una enfermedad grave o incluso fatal por rotavirus.

COMPLICACIONES.

La principal complicación de esta patología es la deshidratación que puede llevar al choque hipovolémico y a la muerte:

LEVE	<p>⊙ Pérdida de agua de hasta un 5% del peso corporal.</p> <p>SIGNOS: Hundimiento leve de las fontanelas.</p> <p><Lagrimas.</p> <p>Boca ligeramente seca.</p> <p><Turgencia de la piel.</p> <p>Llenado capilar de < de 2 segundos.</p>
MODERADA	<p>⊙ Pérdida de 5-10% del peso corporal.</p> <p>SIGNOS: = A los anteriores, pero más marcados.</p> <p>Enoftalmos.</p> <p>Hipotermia.</p> <p>Llenado capilar 3-5 segundos.</p>
SEVERA	<p>⊙ Pérdida de agua mayor al 10% del peso corporal.</p> <p>Choque hipovolémico.</p> <p>CLÍNICA=A los anteriores, pero más marcados.</p> <p>Piel marmórea.</p> <p>Llenado capilar mayor a 3 segundos.</p> <p>Oliguria (<0.5 ml/kg/hr de orina)</p> <p>Hipotensión arterial.</p> <p>Descenso de la presión venosa centra.</p>

INMUNIDAD.

La protección contra la enfermedad por rotavirus guarda relación con la presencia de los anticuerpos IgA secretorios y específicos del virus en los intestinos y, en cierta medida, en el suero. La producción de IgA específica de virus en la superficie intestinal dura poco tiempo, por lo cual la protección completa contra la enfermedad es sólo temporal. Sin embargo, cada infección y cada reinfección ulterior confieren una inmunidad cada vez más sólida, de modo que el cuadro grave es más frecuente en los niños de corta edad con su primera o segunda infección. Se piensa que la memoria inmunitaria es importante en el aplacamiento de la enfermedad con cada reinfección.

DIAGNÓSTICO.

La enfermedad causada por rotavirus es difícil de diferenciar, sobre bases clínicas, de la originada por otros virus entéricos. Por las heces se excretan grandes cantidades del virus, por lo cual el diagnóstico suele confirmarse mediante el uso de muy diversos inmuno análisis comerciales o por técnicas para detectar el RNA del virus como la electroforesis en gel, la hibridación de sondas o la reacción en cadena de la polimerasa.

TRATAMIENTO.

La gastroenteritis por rotavirus puede originar deshidratación profunda; por tal razón, habrá que emprender tempranamente el tratamiento apropiado. Se obtienen buenos resultados con la rehidratación oral habitual en casi todos los niños que ingieren líquidos y soluciones, pero a veces se necesita la reposición con soluciones intravenosas en niños muy deshidratados o que no toleran la vía oral por vómito frecuente. Se ha valorado en estudios clínicos la utilidad terapéutica de los probióticos, el salicilato de bismuto y los inhibidores de la encefalinasa, pero no se tiene una idea clara de su utilidad. Será mejor no usar antibióticos y agentes antimotilidad. En los niños inmuno deprimidos con la forma crónica y sintomática de la enfermedad por rotavirus, los síntomas pueden ceder con la ingestión de inmunoglobulinas o calostro, pero no se ha estudiado en detalle la selección de agentes y su dosis, que suele ser empírica.

PLAN A NO DESHIDRATADO: PREVENCIÓN DE DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none">● Incrementar ingesta de líquidos: atole de arroz o maíz, sopas, caldo de pollo, agua de coco, te de manzanilla, agua de frutas.● Ofrecer vida suero oral con cuchara o gotero: 75 ml (media taza) posterior a cada evacuación en menores de 1 año y 150 ml (una taza) en mayores de un año.● Continuar con la alimentación habitual.● Enseñar a la mamá preparar el vida suero oral y a reconocer los signos de deshidratación.
PLAN B DESHIDRATACIÓN SIN CHOQUE:	<ul style="list-style-type: none">● Hidratar con vida suero oral a dosis de 100 ml/kg/4 hrs, fraccionando cada 30 minutos a cucharadas.● Valorar cada 20 minutos en la primera hora y posteriormente cada 60 minutos hasta hidratar.● Si a las 4 horas sigue deshidratado repetir el tratamiento anterior.

	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Si a las ocho horas sigue deshidratado o empeora pasar al plan C. ⊙ Al corregir la deshidratación pasar al plan A. ⊙ Si presenta más de 3 vómitos en 60 minutos, suspender el tratamiento por 10 minutos y posteriormente reiniciar con pequeñas cantidades a incrementos lentos. ⊙ Si los vómitos persisten, existe rechazo al Vida Suero Oral, o el gasto fecal es elevado (más de 10 g/kg/hora o más de tres evacuaciones por hora), entonces se colocara sonda nasogástrica y se iniciara vida suero oral a dosis de 20-30 ml/kg/hora por 4 horas. ⊙ Evaluar al paciente cada hora y si no mejora en 2 horas pasar al plan C ⊙ CRITERIOS DE ALTA: <ul style="list-style-type: none"> -buena evolución y tolerancia al vida suero oral. -No riesgo de no-deshidratación y menos de 2 evacuaciones por hora o menos de 10 grs/kg/hora. Sin vómitos ni desnutrición grave. -Capacitar a la madre o familiar en uso de vida suero oral e identificación de datos clínicos de nueva deshidratación, así como datos de alarma.
<p>PLAN C DESHIDRATACIÓN SEVERA Ó CHOQUE HIPOVOLEMICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Canalizar vena e iniciar solución salina al 0.9% (fisiológica) o Hartmann a dosis de 50 ml/kg (primera hora). Y 25 ml/kg para las siguientes 2 horas. ⊙ Evaluar al paciente continuamente, en caso de no mejorar incrementar la velocidad del goteo. ⊙ Si puede ingerir en la segunda o tercera hora, iniciar plan B y continuar con soluciones intravenosas. ⊙ Al completar soluciones intravenosas evaluar y de

	<p>acuerdo a estado de hemodinámico pasar al plan A o B o repetir el plan C.</p> <p>☉ Si pasamos al plan A, se vigilará durante 2 horas y se valorara probable alta. (ver criterios de alta).</p>
--	---

PREVENCION.

Se hicieron esfuerzos por obtener vacunas basadas en rotavirus porque se advirtió (ante las cifras semejantes de frecuencia en naciones menos desarrolladas e industrializadas) que quizá no disminuirían la incidencia de la enfermedad las mejoras en la higiene y la sanidad. En Estados Unidos se aprobó en 1998 una vacuna contra rotavirus y se la recomendó para la vacunación sistemática de los lactantes. Sin embargo, al año siguiente hubo necesidad de retirar de la circulación la vacuna porque se estableció un vínculo causal con la invaginación, con una frecuencia estimada de un caso por 11 000 pequeños vacunados. En México en el año 2006 se inicia la aplicación de la vacuna contra el rotavirus, sin embargo, oficialmente hasta el año 2007 esta se agregó al esquema nacional de vacunación, con la finalidad de combatir la deshidratación severa, choque hipovolémico y la muerte causadas por la diarrea aguda originada por este agente.

EL PROCESO DE ENFERMERÍA (PAE)

La enfermería es única debido a su amplio enfoque en la comprensión y tratamiento de la salud de una persona. Una enfermera competente debe tener un conocimiento adecuado de fisiología, fisiopatología, psicopatología, ciencias sociales de la conducta, y tratamiento médico para llevar a cabo y prestar cuidados sin riesgo.

Es la sistematización de la práctica de la enfermería y proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud y/o enfermedad.

El PAE permite a la enfermera a organizar, prestar cuidados e integra los elementos del pensamiento crítico para emitir juicio y poner en práctica acciones basadas en la razón. El proceso enfermero se emplea para identificar, diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad (American Nurses Association (ANA)). Incluye 5 pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

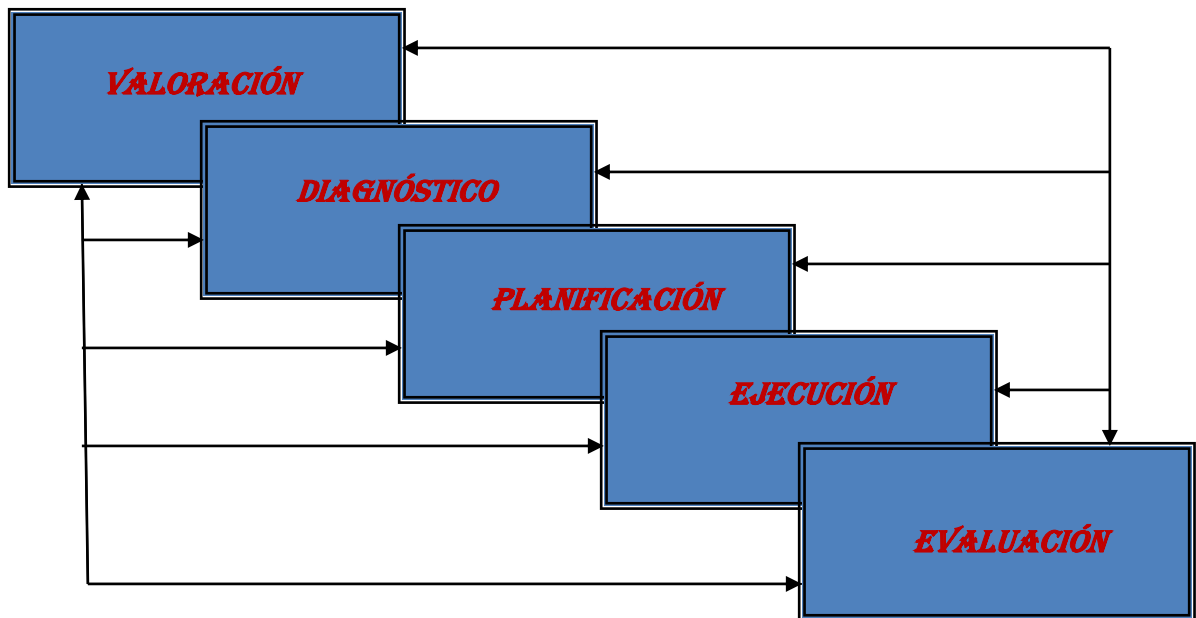
Se trata de un proceso dinámico y continuo que se adapta a las necesidades y cambio del cliente y favorece el cuidado individualizado y ayuda a responder de manera rápida y razonable para mejorar o mantener la salud.

El proceso enfermero implica razonamiento científico. La enfermera realiza inferencias relativas al significado de la respuesta de un cliente ante un problema de salud, generaliza sobre un estado funcional.

Es una variación del razonamiento científico que permita a las enfermeras sistematizar y conceptualizar la práctica enfermera.

Se trata de un enfoque general a los sistemas por individuos, familias grupos o comunidades. Es un enfoque que permite a las enfermeras diferenciar su práctica de las de los de médicos y de las de los otros profesionales sanitarios. Cuando las enfermeras piensan críticamente el cliente pasa a ser un participante activo y el resultado último, es un enfoque completo e individualizado del cuidado.

FASES O ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO



Es un proceso en el que los enfermeros valoran el estado del cliente, determina el diagnóstico apropiado, planifica el cuidado según el diagnóstico enfermero ejecuta el plan y evalúa el resultado. Esto sugiere que el proceso enfermero es lineal, pero suele ser necesario repetir la valoración del cliente para verificar si hay cambios en el problema original o aparición de nuevos problemas además una enfermera puede implementar el plan de cuidados, pero, en función a la respuesta del cliente, revisar el plan cambiando el tipo de intervención. El proceso enfermero es continuo hasta que mejora la salud del cliente.

Cuando la enfermera amplía en el proceso enfermero de prestar cuidados específicos al cliente, está también sintetizando el conocimiento, la experiencia de los estándares y las actitudes del pensamiento crítico de forma simultánea.

Finalmente, la enfermera ejercita actitudes necesarias para que el cliente reciba el cuidado de forma justa y responsable.

VALORACIÓN.

Es la primera fase del proceso de enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas. Los datos se recogen de forma sistémica, utilizando la entrevista, observación, interrogatorio, exploración física, interpretando resultados de laboratorio y gabinete.

Es un proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente.

Durante la valoración enfermera se recogen, verifican, analizan y comunican datos sistemáticamente relativos al cliente. Esta fase del proceso enfermero incluye dos pasos: recogida y verificación de datos de una fuente primaria (el cliente) y el análisis de los datos como base para el diagnóstico enfermero.

La finalidad de la valoración es establecer una base de datos relativa a las necesidades percibidas por problemas de salud y respuestas a esos problemas experiencias relacionadas practicas sanitarias objetivos, valores, estilos de vida y expectativas del sistema sanitario que tiene el cliente.

La información contenida de la base de datos constituye el fundamento para desarrollar los diagnósticos enfermeros y el plan de cuidados enfermeros individualizado, que es evaluado y perfeccionado según sea necesario durante el tiempo que la enfermera presta cuidados al cliente.

La valoración debe de ser relevante respecto a un problema de salud concreto, la enfermera emplea el pensamiento crítico para obtener y analizar datos con el fin de determinar lo que es relevante para la base de datos de la valoración.

En algunos entornos la enfermera recoge datos de un formulario estandarizado, que está diseñado para obtener datos relevantes de manera rápida y eficiente. En un entorno comunitario la valoración se centra en la enfermedad del cliente el círculo de familiares y allegados, y los recursos de la comunidad.

La revisión inicial de la situación del cliente permite a la enfermera datos claves de la valoración para responder a las prioridades, como el comienzo del dolor. Es importante para una profesional reconocer la situación del cliente puede cambiar en cualquier momento durante la valoración y que la recogida de datos debe ser exacta, relevante y apropiada para la situación de este.

La documentación de los datos es la última parte de la una valoración completa. Son necesarias minuciosidad y exactitud al anotar los datos. Si se pasa por algún elemento este se pierde y no está disponible para la base de datos.

Para que sean útiles, los datos de la valoración se tienen que referir al propósito deseado de la enfermera y estar relacionados con los trastornos de salud del cliente.

Estos conceptos interrelacionados son la base de los juicios enfermeros. La enfermera elige desde un punto de vista crítico el tipo de información que debe reunir sobre el cliente, interpreta la información para determinar anomalías, realiza observaciones adicionales para aclarar la información y luego enumera los trastornos del cliente en la forma de diagnóstico enfermero.

Después de la recogida y validación de los datos objetivos y subjetivos y de interpretación, la enfermera organiza la información en grupos significativos. Esto depende del reconocimiento de las claves significativas.

Una buena valoración requiera que la enfermera aplique su conocimiento y experiencia al efectuar las observaciones y mediciones necesarias para recoger datos sobre el cliente.

La buena valoración requiere comunicación con todos los miembros del equipo sanitario.

La entrevista permite a la enfermera establecer la relación enfermera-cliente por medio del interés, lo que favorece la posibilidad de compartir ideas para una valoración minuciosa.

La entrevista incluye las fases de orientación, trabajo y finalización.

Para formar un juicio enfermero, la enfermera valora de forma crítica a un cliente, interpreta la información obtenida, valora conductas adicionales para aclaraciones y enumera los problemas del cliente.

La historia enfermera de salud implica datos relativos de bienestar, la historia médica anterior, la historia familiar, la historia del entorno la historia psicosocial y cultural y la revisión de los sistemas culturales.

La prueba de diagnóstico y laboratorio se añaden a la base de datos y se verifican los datos obtenidos por medio de la historia enfermera de salud y la exploración física.

DIAGNÓSTICO.

Es la segunda etapa del proceso que constituye una “Función Intelectual Compleja” al requerir de diversos procesos mentales para establecer unos juicios clínicos sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad.

Un diagnostico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud reales o potenciales a los procesos vitales. Un diagnostico enfermero es una afirmación que describe la respuesta real o potencial del cliente a un trastorno de salud que la enfermera está autorizada y capacitada para tratar. El diagnostico enfermero proporciona la base de la elección de las intervenciones enfermeras para conseguir unos resultados de los cuales es responsable la enfermera.

Pensamiento crítico es un proceso complejo su utilización necesaria para formular un diagnostico enfermero a medida que los cuidados enfermeros se extienden a diversos entornos del cuidado sanitario, se necesitan más aspectos de pensamiento crítico en diagnostico razonamiento y juicio.

Proceso diagnóstico es el conjunto de pasos en la toma de decisiones que sigue la enfermera para desarrollar una formulación diagnóstica. Este proceso consiste en recopilar la base de datos de la valoración analizar e interpretar los datos para identificar las necesidades del cliente y formular diagnostico enfermero. El proceso diagnóstico es dinámico y requiere que la enfermera reflexione sobre los datos de la valoración existentes y sobre las necesidades de cuidados del cliente.

Análisis e interpretación de datos en la fase de la valoración los datos se recogen inicialmente de diversas fuentes y se validan. Posteriormente la enfermera aplica el razonamiento y comienza a buscar modelos en los datos de la valoración. Los modelos se formulan a medida que los datos se ordenan en grupos o categorías. La base de datos se revisa continuamente para incluir los cambios en el estado físico y emocional del cliente y los resultados de las pruebas de laboratorio y diagnósticas.

Identificación de las necesidades del cliente antes de formular el diagnóstico enfermero, la enfermera identificará sus trastornos generales de salud. Para entender las necesidades del cliente, la enfermera determinará primero cuáles son sus trastornos de salud y si son problemas presentes (es el que percibe o experimenta el cliente) o potenciales (se identifica cuando la enfermera hace la valoración clínica de que un individuo, familia o comunidad es más vulnerable al desarrollo de un problema).

Formulación del diagnóstico enfermero una vez que se han clasificado los modelos y grupos de datos y se han identificado las necesidades del cliente, la enfermera está preparada para formular el diagnóstico enfermero.

El uso de diagnóstico enfermero es un mecanismo para identificar el dominio de la enfermería. La formulación de diagnósticos enfermeros proporciona una guía para el proceso de planificación y selección de las intervenciones enfermeras para alcanzar los resultados deseados.

Los diagnósticos enfermeros son ventajosos tanto para la enfermera como para el cliente facilitan la comunicación entre enfermeras sobre el estado de salud del cliente y ayuda en la planificación del alta.

Los diagnósticos enfermeros también puede servir como referencia para la mejora de la calidad la mejora de calidad es el control y la evaluación del proceso y de los resultados para identificar oportunidades de mejora.

Los diagnósticos enfermeros tienen limitaciones y el principiante debe ser consciente de ellas. Acusa de la evolución continua de los términos y el uso de diagnósticos enfermeros. La taxonomía en evolución puede limitar la práctica enfermera. A través de la formulación y uso de nuevos diagnósticos enfermeros, la taxonomía irá creciendo y expandiendo el centro de interés de la enfermera profesional.

PLANEACIÓN.

Es una categoría de conductas enfermeras en la cual se establece los objetivos centrados en el cliente y los resultados separados y se seleccionan las intervenciones para conseguir los objetivos y resultados de los cuidados.

Durante la planeación se establecen prioridades además de colaborar con el cliente y la familia la enfermera consulta con otros miembros del equipo sanitario revisa la bibliografía pertinente modifica los cuidados y registra información sobre las necesidades de salud y control clínico del cliente.

Después de formular diagnósticos enfermeros concretos la enfermera utiliza habilidades de pensamiento crítico para establecer prioridades en relación con los diagnósticos del cliente ordenando su importancia.

Antes de administrar cualquier tipo de cuidado la enfermera debe decidir cuál debería ser el punto final de los cuidados enfermeros para el cliente en otra palabra se deben desarrollar objetivos y resultados esperados la enfermera debe evaluar críticamente los diagnósticos de prioridad preestablecidos, la urgencia de los problemas y los resultados del cliente, y del sistema de prestación de cuidados.

Las interpretaciones estratégicas o acciones de enfermeras se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados.

Las intervenciones enfermeras son las acciones esperadas para ayudar al cliente a progresar del estado presente de salud al que se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados.

La respuesta en la práctica de estas intervenciones se produce durante la fase de puesta en práctica del proceso enfermero.

Hay tres categorías de intervenciones enfermeras: iniciadas por la enfermera indicadas por el médico y los de colaboración. La selección de la categoría se basa en las necesidades del cliente. Un cliente puede necesitar las tres categorías mientras que otro puede necesitar las indica por la enfermera y el médico.

Hay múltiples métodos para comunicar los cuidados enfermeros de un cliente. Uno es el plan de cuidados enfermero que incluye diagnóstico objetivos resultados esperados y actividades y estrategias enfermeras específicas.

En muchos entornos los planes de cuidados enfermeros están siendo integrados en planes de cuidados multidisciplinarios. El componente enfermero de un plan multidisciplinario es fácilmente reconocible.

El plan de cuidados enfermeros es una pauta escrita para el cuidado de un cliente. Los planes de cuidados escritos documentan las necesidades de cuidados del cliente.

Además, el plan escrito comunica a las otras enfermeras y profesionales sanitarios los datos de valoración pertinentes del cliente, una lista de problemas y tratamientos. Un plan de cuidados escrito está diseñado para disminuir el riesgo que se produzca un cuidado incompleto, incorrecto o inexacto.

El plan de cuidados está organizado de manera que cualquier enfermera pueda identificar rápidamente las acciones enfermeras que se debe llevar a cabo.

En hospitales entornos ambulatorios, el cliente a menudo recibe atención de más de una enfermera medico u otro profesional sanitario.

El plan de cuidaos escrito hace posible la coordinación del cuidado enfermero, las consultas de subespecialidades y la programación de prueba diagnósticas.

El plan de cuidados también puede identificar y coordinar los recursos utilizados para proporcionar cuidados enfermeros el listado de los equipos y suministros necesarios para las acciones enfermeras es un mecanismo económicamente eficaz para la selección del equipamiento.

El diagnostico enfermero que tenga mayor prioridad será el punto de partida para el plan de cuidados enfermaros, y será seguido por otros diagnósticos enfermeros en el orden de prioridad que se establezca.

La planeación de cuidados enfermeros implica la consulta con otros miembros del equipo sanitario la consulta puede producir en cualquiera de los pasos del proceso enfermero, pero se necesita con mayor frecuencia en los pasos de la planeación e intervención, cuando es más probable que la enfermera identifique un problema que requiera conocimientos, actividades o recursos adicionales.

La consulta es un proceso en el cual se busca el conocimiento de un experto especialista para identificar las maneras de tratar los problemas en la relación con el cliente o en la planeación y ejecución de los programas. La consulta está enfocada a resolver problemas y el experto es el estímulo para el cambio.

EJECUCIÓN

La ejecución, un complemento del proceso enfermero empieza después de haber elaborado un plan de cuidados.

Con el plan de cuidado basado en unos diagnósticos enfermeros claros y relevantes, la enfermera selecciona y empieza la ejecución las intervenciones que, con mayor probabilidad, mantendrán o mejorarán la salud del cliente. En teoría la ejecución del plan de cuidados sigue a la planeación dentro del proceso enfermero. Sin embargo, en muchos entornos de cuidados la ejecución puede empezar inmediatamente después de la valoración.

La ejecución describe una categoría de conductas enfermeras en las que han iniciado y complementado las acciones necesarias para conseguir los objetivos y los resultados esperados del cuidado enfermero la ejecución incluye intervenciones enfermeras para llevar a cabo, ayudar, o dirigir la ejecución de actividades de la vida diaria; para proporcionar consejo y educar al cliente y a la familia; para proporcionar unos cuidados directos dirigidos a conseguir los objetivos centrados en el cliente; para delegar supervisar y evaluar el trabajo de los miembros de la plantilla, y para registrar e intercambiar información relevante sobre la atención continuada del cliente.

Una ejecución enfermera es cualquier acción llevada a cabo por la enfermera para ayudar al cliente a pesar de una situación concreta de un estado de salud al estado de salud descrito en los resultados descritos en los resultados esperados. El cliente puede requerir una intervención en formas de medicación; tratamiento de una enfermedad actual; educación del cliente y la familia; tratamiento para prevenir problemas de salud futuros, o apoyo social, emocional o físico.

La ejecución es un proceso continuo que interactúa con el resto de componentes del proceso enfermero. A medida que la enfermera lleva a cabo una ejecución el estado del cliente puede cambiar o bien puede responder a la intervención de la manera esperada. Para que la ejecución sea efectiva, la enfermera debe también conocer los diferentes tipos de intervenciones enfermeras, el proceso de ejecución y sus métodos específicos.

Tras haber desarrollado el plan de acuerdo con las necesidades y prioridades del cliente, la enfermera lleva a cabo las intervenciones enfermeras específicas, que incluyen los tratamientos iniciados por la enfermera, los iniciados por el médico y los tratamientos de colaboración a veces las intervenciones enfermeras se basan en protocolos u órdenes permanentes. Para que la práctica enfermera sea segura debe comprenderse claramente los diferentes tipos de intervenciones.

La enfermera debe prepararse de manera adecuada y completa antes de llevar a cabo un plan de cuidados. Esta preparación asegura un cuidado enfermero seguro, eficiente y eficaz.

La ejecución tiene 5 pasos:

Reevaluación del cliente; es un proceso continuo que se produce cada vez que la enfermera interactúa con el cliente. Cuando se recogen nuevos datos y se identifica una nueva necesidad del cliente la enfermera modifica el plan de cuidados.

Revisión y modificación del plan de cuidados urgente; la enfermera revisa el plan de cuidados y lo compara con los datos de valoración para validar los diagnósticos enfermeros establecidos y para determinar si las intervenciones enfermeras son las más adecuadas para la situación clínica.

Organización de los recursos y de la prestación de cuidados; la organización del equipamiento del personal hace que sea posible prestar un cuidado eficiente y experimentado.

Anticipación y prevención de las complicaciones; los riesgos para el cliente siguen tanto de la enfermedad como del tratamiento la enfermera debe de identificar estos riesgos, evaluar el beneficio relativo del tratamiento en función del riesgo e iniciar las medidas de prevención de riesgos.

Implementación de las intervenciones enfermeras; cuando se presentan cuidados la enfermera puede escoger entre una gran diversidad de intervenciones. Cada una de ellas tiene implicaciones para los clientes.

Las intervenciones enfermeras se escriben y/o comunican verbalmente. Las intervenciones enfermeras escritas se incorporan al plan de cuidados enfermeros y se guardan en la historia clínica del cliente el plan de cuidados generalmente reflejan las intervenciones enfermeras propuestas. Cuando las intervenciones se han completado, se registra la respuesta del cliente al tratamiento en el impreso apropiado. Esta información suele incluir una breve descripción de la valoración enfermera, el procedimiento específico y la respuesta del cliente.

Las intervenciones enfermeras se comunican también verbalmente de una enfermera a otra o a otro profesional sanitario.

A menos que la comunicación sea precisa y ajustada en el tiempo, los distintos profesionales pueden estar mal informados, las intervenciones pueden duplicarse sin necesidad, los procedimientos pueden retrasarse o algunas tareas pueden quedar por hacer. Los clientes son capaces de decidir rápidamente cuando los miembros del equipo de cuidados no se comunican bien entre sí. Las enfermeras pueden comunicarse verbalmente cuando se relacionan entre sí, cambian de turno, trasladan un cliente a otra unidad o dan el alta hacia otra institución sanitaria

EVALUACIÓN

El pensamiento de las enfermeras debe ser crítico. El proceso enfermero consiste en una serie de acciones que se basan y apoyan en juicios clínicos. Los capítulos previos describen la forma en que las enfermeras emplean sus habilidades de pensamiento crítico para obtener datos del cliente, elaborar diagnósticos enfermeros, desarrollar un plan de cuidados e implementar dicho plan. La evaluación es el paso final del proceso enfermero, el estado o la salud del cliente mejoran.

Siempre que la enfermera cuida o trata, debe responderse ciertas preguntas: ¿fue eficaz el tratamiento para mejorar el bienestar del cliente?, ¿Obtuvo el cliente algún beneficio? Es importante evaluar a cada cliente de acuerdo con el bienestar o la recuperación que sea conseguido según los objetivos de cuidados establecidos por el cliente y el equipo de cuidados. El énfasis debe ponerse en los resultados obtenidos del cliente reflejan una inversión o una mejora en el diagnóstico enfermero o el mantenimiento en el estado de salud.

La evaluación es un paso del proceso enfermero que mide la respuesta del cliente a las acciones enfermeras y el progreso hacia la consecución de los objetivos fijados. Los datos se recogen de manera continuada para poder medir los cambios funcionales, en las actividades diarias y en la disponibilidad o uso de recursos externos.

La evaluación es uno de los pasos más críticos del proceso enfermero porque es la base sobre la que se apoya la utilidad y la efectividad de la práctica enfermera, centrada y dirigida hacia el cliente.

Durante la evaluación la enfermera decide si los pasos previos del proceso enfermero fueron efectivos, a juzgar por las respuestas del cliente y su comparación con la conducta determinada a partir de los objetivos esperados.

Otros aspectos de la evaluación incluyen la medición de la calidad del cuidado enfermero proporcionado en un entorno sanitario determinado. Las enfermeras pueden evaluar cada progreso y la recuperación del cliente, pero esto no es suficiente. Un sistema sanitario debe ser responsable de evaluar y mejorar la calidad de la enfermera y de los otros servicios sanitarios que se proporcionan a todos los clientes.

Cada profesional de la salud debe ser competente, pero para conseguir una atención de gran calidad, una organización debe de disponer de los sistemas y procesos correctos para proporcionar una atención adecuada y eficaz. Siempre hay oportunidad para mejorar porque el cuidado del cliente es complejo e implica muchas variables. Cuanto mayor es la organización, mas son las variables que influyen sobre la atención prestada. La enfermera desempeña un papel crucial en ayudar a la organización a encontrar medios de mejorar la calidad de cuidados. El énfasis debe centrarse en los resultados obtenidos por el cliente, en la práctica profesional y en los sistemas en que los profesionales desarrollan su actividad.

La evaluación del cuidado requiere que la enfermera recoja en las respuestas del cliente las intervenciones enfermeras y que se determine su efectividad en la promoción de su bienestar. Es la evaluación la que hace de la enfermera un pensador critico la preparación para la evaluación requiere que la enfermera conozca cuales son las características de mejorar del cuidado del cliente en todas sus facetas, los resultados esperados e inesperados de las intervenciones enfermeras o de otras disciplinas, las características de la mejora de la dinámica de grupo y de las familias y los recursos comunitarios.

Para evaluar el cuidado debe aplicarse los estándares de cuidados profesionales y reguladores, así como las órdenes permanentes de la institución.

El propósito de los cuidados enfermeros es ayudar al cliente a resolver sus problemas reales de salud, prevenir la aparición de problemas potenciales y mantener un estado saludable la evaluación de objetivos de cuidados determina si este propósito sea cumplido.

La evaluación de la atención sanitaria es un proceso empleado para determinar su calidad y de los servicios prestados al cliente.

Es de esperar que cada profesional de la enfermería evalúe sus éxitos en la prestación de una atención enfermera efectiva sin embargo los buenos resultados del cliente son el producto de todas las acciones individuales de las interacciones que se relacionan de la manera directa o indirecta con la atención recibida por el cliente.

Los resultados del cuidado son una medición de la actuación de la totalidad del equipo de cuidados.

La evaluación de la atención es una responsabilidad profesional y constituye un componente crucial en la atención enfermera.

La evaluación puede centrarse en un único plan de cuidados para un cliente o bien en la calidad de la atención prestada por una institución o la división específica de la enfermería de dicha institución.

A través de la evaluación continua de la atención, las enfermeras se encuentran en posición para mejorar la atención del cliente.



ETAPA 1 VALORACIÓN

VALORACION ENFERMERIA AL INGRESO

I.-NOMBRE DEL PACIENTE: MARTIN ELIZALDE SANCHEZ

EDAD: 1 AÑO 2 MESES. SEXO: MASCULINO.

FECHA: 1 DE MARZO DEL 2010 HORADE LLEGADA: 14:30 hrs

PROCEDENTE DE: PACHUCA

ACOMPAÑADO DE: JULISA SANCHEZ PEREZ (madre)

TRANSPORTE EN SILLA DE RUEDAS ___ CAMILLA: ___ DE AMBULA: x

BRAZALETE DE IDENTIFICACION: x INFORMACION OBTENIDA: (madre)

SIGNOS VITALES COMPLETA: SUP _____

TEMP: 39°C PULSO: 140x' RESP: 25x'

PESO: 12.5 kg TALLA: 0.80 mts.

COMENTARIOS: irritable

ORIENTADO EN LA HABITACION: x ¿HA ACUDIDA POR SI

MISMO AL HOPITAL? SI _____ NO x

II. ALERGIAS A: MEDICAMENTOS _____ CONTRASTES _____

ALIMENTOS _____ OTROS _____ NINGUNA CONOCIDA: x

III. PERCEPCION/MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

A. ENFERMEDAD ACTUAL

1.-DIAGNOSTICO AL INGRESO: gastroenteritis por rotavirus

2.-RAZONES PARA EL INGRESO (EN PALABRAS DEL ENFERMO): tiene mucha diarrea, vómito y sed.

3.-DURACION DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: 2 días.

4.-TRATAMIENTO ANTERIOR/ACTUAL DE LA ENFERMEDAD Y RESPUESTA:
ninguno

5.-EL ENFERMO CONOCE EL DIGNÓSTICO: SI _____ NO: x NO SE SABE: _____

B. EMFERMEDADES ANTERIORES (INCLUYENDO HOSPITALIZACIONES)

C. ¿ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO (PRESCRITO O DE VENTA LIBRE)? SI: x NO: _____

MEDICACIÓN	DOSIS	CUANDO LA TOMA	POR QUE LA TOMA	ÚLTIMA DOSIS	LA TRA SI	HA IDO NO	DISPOSICIÓN
paracetamol	5 ml	Cada 8 hrs.	Por fiebre	9:00 hrs	X		

IV. COGNICIÓN/PERCECIÓN: CEFALEA _____ CONVULSIONES _____.
 AUSENCIA _____ MAREOS _____ OTROS: X .

A. NIVEL DE CONCIENCIA: ALERTA: x

B. ORIENTADO EN EL: TIEMPO _____ ESPACIO _____ PERSONAS _____.
 COMENTARIOS no se explora por edad .

C. HUMOR: RELAJADO _____ ANSIOSO _____ TRISTE _____.
 ENFADADO _____ RETRAIDO _____ OTROS irritable

D. RESPONDE A LAS ÓRDENES: SI _____ NO _____.
 ESPECIFICAR difícil explorar por irritabilidad

E. HABLA: CLARO _____ CONFUSA x INO PUEDE HABLAR _____.
 AFASIA _____

F. IDIOMA QUE HABLA: CASTELLANO_____x_____.

OTROS_____

G. AUDICION: NORMAL_____x_____

H. VISION: NORMAL_____x_____

I. DOLOR: SI x NO_____DESCRIBIRLO_____ cólico (referido por la madre)

V. ROL-RELACIONES (PSICOSOCIAL)/PLANIFICACION PARA EL ALTA.

A. OCUPACION: _____.

B. VIVE: CON SU FAMILIA x EN UNA RESIDENCIA_____.

C. OTROS_____COMENTARIOS_____

D. ENTORNO FISICO: _____.

E. _____

F. SE ANTICIPA EL ALTA DE UN CENTRO ASISTIDO_____NECESITA
CUIDADOS DOMICILIARIOS_____si_____

VI. VALORACION DE LA HISTORIA DE SALUD.

A. CARDIOVASCULAR: PULSO: FUERTE___ DEBIL____REGULAR x .
IRREGULAR___

PULSO EN LA ARTERIA PEDIA DERECHA: FUERTE _____ DEBIL x .
AUSENTE _____

PULSO EN LA ARTERIA PEDIA IZQUIERDA: FUERTE ____ DEBIL
X AUSENTE _____

RENAL: LITIASIS RENAL _____ INFECCIONES _____ RETENCION _____.

QUEMAZON _____ POLIURIA _____ DISURIA _____

¿SE LEVANTA POR LA NOCHE PARA ORINAR? SI: x NO _____

B. GASTROINTESTINAL (NUTRICION METABOLISMO)

1. HISTORIA DE DIABETES SI _____ NO: X _____.

2. NÚMERO DE COMIDAS AL DIA: 3. TENTEMPYES DIETA ESPECIAL _____

3. CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA COMER SOLO _____.

CON AYUDA: X _____

4. CAMBIOS PONDERABLES EN LOS ULTIMOS 6 MESES: NINGUNO: X _____.

5. TIENE NAUSEAS/VOMITO SI x NO _____ RELACIONADOS
CON patología actual _____

6. TIENE DOLOR ABDOMINAL x ULTIMA DEPOSICION hace 15 minutos _____

7. DEPOSICION: HORA HABITUAL 8:00 FRECUENCIA: DIARIA 1-2 A DIAS
ALTERNOS _____ OTRA _____

EXTREÑIMIENTO: NUNCA _____ OCACIONALMENTE x _____

8. ABDOMEN: BLANDO _____ NO DOLOR _____ NO DISTENDIDO _____.
DURO _____ DOLOROSO x DISTENDIDO x
RUIDOS INTESTINALES: PRESENTES x

ESTADO DE LA PIEL

COLOR: NORMAL _____ PALIDEZ x CIANOSIS _____ ICTERICIA _____.
OTROS _____

TEMPERATURA: 37.5 °C

ENROJESIMIENTO:

NO _____ SI x DESCRICION/LOCALIZACION zona del pañal

D. MUSCULO ESQUELETICO: CALAMBRES _____ ARTRITIS _____.
RIGIDEZ _____. INFLAMACION _____ OTROS: NINGUNO.

FUNCION MOTORA: BRAZO DERECHO: NORMAL _____ x

BRAZO IZQUIERDO: NORMAL _____ x

PIERNA DERECHA: NORMAL _____ x

PIERNA IZQUIERDA: NORMAL _____ x

A. PATRON AVITUAL DE SUEÑO: SE ACUESTA A LAS 22 hrs HORAS DE
SUEÑO 10 SIESTA NO _____ SI x

B. DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO NO _____ x SI _____

C. AYUDAS PARA DORMIR NO x SI _____

D. TIENE PROBLEMAS/DIFICULTADES PARA:

BAÑARSE NO x SI _____

VESTIRSE NO x SI _____

DEAMBULAR NO x SI _____

EQUILIBRIO/MARCHA: SEGURO x INSEGURO _____

FECHA: REALIZADO POR: ENFERMERA PRIMARIA: HORA:
13-03-10 MA. DE LA LUZ PELCASTRE TORREZ 14:50



ETAPA 2 Diagnostico

DIAGNOSTICOS REALES

Diarrea relacionada con infección, inflamación, irritación, manifestada dolor abdominal y eliminación por lo menos de tres deposiciones líquidas por día.

Nauseas relacionada con distensión gástrica manifestada por aumento de la salivación.

Hipertermia relacionada con deshidratación manifestada por aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal, aumento de la frecuencia respiratoria.

Dolor agudo relacionado con agentes lesivos manifestado por conducta expresiva agitación gemidos llanto, irritabilidad y suspiros.

Desequilibrio nutricional por efecto relacionado por incapacidad para absorber los nutrientes manifestados por diarrea.

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración del estado metabólico manifestado por invasión de las estructuras corporales.

Ansiedad relacionada con cambios en el entorno manifestada por angustia, temor o irritabilidad.

DIAGNÓSTICOS DE ALTO RIESGO

Riesgo de aspiración relacionado con el deterioro de la deglución.

Deterioro de la mucosa oral relacionado con deshidratación.

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionada con la deshidratación.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada por alteraciones del estado metabólico.

Riesgo de caídas relacionado con dejar solo al niño en la cama.

Riesgo de deterioro de la de ambulación relacionado con restricciones ambientales.

Riesgo de protección inefectiva relacionado con percepción de poco soporte parenteral.

Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida excesiva a través de vías normales ej. Diarrea.



ETAPA 3 Planeación

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA: DIARREA

DOMINIO: Eliminación /intercambio. 3 CLASE: Sistema gastrointestinal. 2

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DEDIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P) <u>Diarrea</u>	Hidratación	Piel tersa 3-5	Gravemente comprometido	Mantener
FACTORES RELACIONADOS (CAUSA) (E) <u>Infección</u> <u>Mala absorción</u> <u>Inflamación</u>		Membranas mucosas húmedas 3-5	Sustancialmente comprometido	16
		Globos oculares hundidos 3-5	Moderadamente comprometidos	Aumentara
		Diuresis 4-5	Levemente comprometido	25
		Pulso rápido 3-5	No comprometidos	
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) <u>Dolor abdominal</u> <u>Eliminación por lo menos de tres</u> <u>Deposiciones liquidas</u> <u>Sonidos intestinales activos</u>				

INTERVENCIONES:

1. Manejo de diarrea.
2. Monitorización de electrolitos.
3. Monitorización de líquidos.

ACTIVIDADES:

- 1.1 Obtener una muestra de heces para realizar cultivos y determinar la Sensibilidad si la diarrea continuara.
- 1.2 Solicitar al paciente/miembro familiar que registre el color, volumen, Frecuencia y consistencia de las deposiciones.
- 1.3 Ordenar al paciente que notifique al personal cada episodio de Diarrea que se produzca.
- 1.4 Medir la producción de diarrea/defecación.
- 1.5 Observar la turgencia de la piel regularmente.
- 2.1 Observar si hay manifestaciones de desequilibrio electrolítico.
- 2.2 Administrar suplemento de electrolitos.
- 3.1 Vigilar peso.
- 3.2 Llevar un registro preciso de ingresos y egresos.
- 3.2 mantener el nivel de flujo intravenoso.

RAZÓN CIENTÍFICA:

La mayor parte de los episodios agudos de diarrea se controlan mediante un tratamiento sintomático con líquidos y electrolitos.

La solución de hidratación oral para la diarrea evita las visitas de seguimientos subsiguientes no programados.

Los niños con signos de deshidratación moderada o intensa deben ser remitidos para un posible tratamiento parenteral.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA: NAUSEAS.

DOMINIO: Nutrición 2 CLASE: Absorción 3

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DEDIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P) <u>Nauseas</u>	Control de náuseas y vomito.	Frecuencia de la náusea 2-5. Frecuencia de los vómitos 3-4. Secreción excesiva de saliva 2-5. Pérdida de peso 4-5. Dolor gástrico 3-5.	Grave. Sustancial. Moderado. Leve. Ninguno.	Mantener. 14 Aumentar. 24
FACTORES RELACIONADOS (CAUSA) (E) <u>Distención gástrica.</u> <u>Irritación gástrica.</u> <u>Dolor.</u>				
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) <u>Sensación nauseosa.</u> <u>Aumento de la salivación.</u> <u>Aumento en la deglución</u>				

INTERVENCIONES:

1. Etapas de dieta.
2. Manejo de las náuseas.
3. Manejo de líquidos y electrolitos.

ACTIVIDADES:

- 1.1 Determinar la presencia de sonidos intestinales.
- 1.2 Comprobar la tolerancia de la ingestión de líquidos.
- 2.1 Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas para la persona con náuseas.
- 2.2 Realizar una valoración completa de las náuseas incluyendo la frecuencia la duración la intensidad y los factores desencadenantes.
- 3.1 Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos.
- 3.2 Mantener la solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante.
- 3.3 Llevar un registro preciso de ingestas y eliminaciones.

RAZON CIENTIFICA:

Son muchos los factores que pueden dificultar la obtención o la ingesta de alimentos. Las intervenciones para mejorar la nutrición deben corregir los factores concretos.

El vómito es la primera línea de defensa contra los agentes nocivos ingeridos.

Las náuseas y los vómitos pueden ser signo de enfermedad.

Los lactantes son vulnerables a la pérdida de líquidos: pueden perder agua rápidamente por que sus cuerpos tienen un contenido de agua proporcionalmente mayor. Una mayor proporción de líquidos se encuentra en el espacio extracelular, del que se pierde con mayor facilidad.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA: HIPERTERMIA.

DOMINIO: Seguridad/protección. 5 CLASE: Termorregulación. 6

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DEDIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA) (P)</p> <p><u>Hipertermia.</u></p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSA) (E)</p> <p><u>Deshidratación.</u></p> <p><u>Aumento de la tasa metabólica.</u></p> <p><u>Enfermedad.</u></p> <p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)</p> <p><u>Aumento de la temperatura corporal por Encima de límite normal.</u></p> <p><u>Aumento de la frecuencia respiratoria.</u></p> <p><u>Taquicardia.</u></p>	<p>Nivel de comodidad.</p>	<p>Bienestar físico 1-5</p> <p>Control del síntoma 1-5</p> <p>Temperatura de la habitación 3-5</p> <p>Control del dolor 3-5</p>	<p>No del todo satisfecho</p> <p>Algo satisfecho</p> <p>Moderadamente satisfecho</p> <p>Muy satisfecho</p> <p>Completamente satisfecho</p>	<p>Mantener</p> <p>8</p> <p>Aumentara</p> <p>20</p>

INTERVENCIONES:

1. Baño.
2. Monitorización de los signos vitales.
3. Regularización de temperatura.

ACTIVIDADES:

- 1.1 Utilizar técnicas de baño divertidas lavar juguetes simuladores.
- 2.1 Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura.
- 2.2 Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- 3.1 vigilar continuamente la temperatura del paciente.

RAZON CIENTIFICA:

La temperatura del baño terapéutico, según el objetivo deseado, varia de 4.4 a 27.2 °c durante 15 o 20min.

Los baños tibios de corta duración producen relajación muscular y disminución de fatiga e irritabilidad.

La fiebre es un mecanismo de defensa en estado de inflamación o infecciones.

El síndrome febril se manifiesta por enrojecimiento de conjuntivas y piel de la cara, mucosas deshidratadas, taquicardia, taquipnea, escalofrío, estupor, estado saburral de la lengua polidipsia, perdida del apetito y cefalea.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA: ANSIEDAD.

DOMINIO: Confort. 6 CLASE: Confort físico. 2

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DEDIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA) (P)</p> <p><u>Ansiedad.</u></p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSA) (E)</p> <p><u>Angustia.</u></p> <p><u>Temor.</u></p> <p><u>Irritabilidad.</u></p> <p><u>Diarrea.</u></p> <p><u>Sequedad bucal.</u></p> <p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)</p> <p><u>Inquietud.</u></p> <p><u>Temor.</u></p> <p><u>Irritabilidad.</u></p> <p><u>Nerviosismo.</u></p>	<p>Adaptación del niño a la hospitalización</p>	<p>Mantenimiento de la relación padre-hijo. 3-5</p> <p>Responde a la terapia de diversión. 3-5</p> <p>Responde a las medidas de comodidad. 3-5</p>	<p>Nunca demostrado</p> <p>Raramente demostrado</p> <p>A veces demostrado</p> <p>Frecuentemente demostrado</p> <p>Siempre demostrado</p>	
		<p>Ansiedad. 2-4</p> <p>Miedo. 2-4</p>	<p>Siempre demostrado</p> <p>Frecuentemente demostrado</p> <p>A veces demostrado</p> <p>Raramente demostrado</p> <p>Nunca demostrado</p>	<p>Mantener</p> <p>13</p> <p>Aumentar</p> <p>23</p>

INTERVENCIONES:

1. Manejo ambiental.
2. Distracción.

ACTIVIDADES:

- 1.1 Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- 1.2 Limitar las visitas.
- 2.1 Considerar las técnicas de distracción tales como juegos terapia de actividad, leer cuentos cantar o actividades rítmicas.

RAZON CIENTIFICA:

Los objetivos de las intervenciones de enfermería para tratar la ansiedad son modificar el ambiente hospitalario, para que se parezca al hogar del niño y dar a esta oportunidad para un control aceptable. Participando en actividades lucidas mientras está enfermo u hospitalizado, el niño puede corregir dominar las situaciones estresantes.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA: DOLOR AGUDO.

DOMINIO: Eliminación /intercambio. 3 CLASE: Sistema gastrointestinal. 2

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DEDIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA) (P)</p> <p><u>Dolor agudo.</u></p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSA) (E)</p> <p><u>Agentes lesivos (biológicos)</u></p> <p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)</p> <p><u>Observación de evidencias de dolor.</u></p> <p><u>Cambios en el apetito.</u></p> <p><u>Conducta expresiva (agitación llanto Irritabilidad).</u></p>	<p>Control del dolor</p>	<p>Estado de ánimo alterado. 2-5</p> <p>Falta de apetito. 2-5</p> <p>Alteración de la eliminación intestinal. 1-5</p>	<p>Grave.</p> <p>Sustancial.</p> <p>Moderado.</p> <p>Leve.</p> <p>Ninguno.</p>	<p>Mantener</p> <p>5</p> <p>Aumentar</p> <p>15</p>

INTERVENCIONES:

1. Administración de medicación intravenosa.
2. Manejo del dolor
3. Manejo intestinal.

ACTIVIDADES:

- 1.1 Seguir los cinco principios de la administración de los medicamentos.
- 1.2 Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente de acuerdo con las guías de la administración.
- 2.1 Evaluar con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas de control del dolor que se hayan utilizado.
- 3.1 Controlar los movimientos intestinales incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.

RAZON CIENTIFICA:

La valoración del dolor en los niños nunca debe basarse exclusivamente en la conducta. La valoración del dolor consta de tres partes: la naturaleza del trastorno que genera el dolor agudo y las conductas dl niño.

Malestar relacionado con cólicos abdominales diarrea y vómitos secundarios a la vasodilatación e hiperperistaltismo.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EFECTO.

DOMINIO: Nutrición 2 CLASE: Adsorción 3

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DEDIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA) (P)</p> <p><u>Desequilibrio nutricional por efecto.</u></p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSA) (E)</p> <p><u>Incapacidad para absorber los nutrientes</u></p> <p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)</p> <p><u>Aversión a comer.</u></p> <p><u>Diarrea.</u></p> <p><u>Falta de interés en los alimentos.</u></p> <p><u>Dolores cólicos abdominales.</u></p>	<p>Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.</p>	<p>Ingestión alimentaria oral. 2-4</p> <p>Ingestión de líquidos orales. 2-4</p> <p>Administración de líquidos IV 3-5</p>	<p>Inadecuada.</p> <p>Ligeramente adecuada.</p> <p>Moderadamente adecuada.</p> <p>Sustancial mente adecuada.</p> <p>Completamente adecuada.</p>	<p>Mantener</p> <p>7</p> <p>Aumentar</p> <p>13</p>

INTERVENCIONES:

1. Asesoramiento nutricional.
2. Manejo nutricional
3. Manejo de líquidos y electrolitos.

ACTIVIDADES:

- 1.1 Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.
- 2.1 Determinar la preferencia de comidas del paciente.
- 2.2 Realizar una selección de comidas.
- 3.1 Proporcionar una dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos específico

RAZON CIENTIFICA:

Factores como el dolor, la fatiga, los analgésicos y la inmovilidad pueden contribuir a la anorexia. Identificando la posible causa, se podrán establecer intervenciones que la eliminen o la minimicen.

El objetivo del tratamiento es reponer tanto el agua como los electrolitos perdidos.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA.

DOMINO: Promoción de la salud 1 CLASE: Manejo de la salud 2

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DEDIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P) <u>Deterioro de la integridad cutánea</u>	Auto cuidados: higiene	Limpieza perineal. 2-5 Lavado de manos. 2-5	Gravemente comprometido. Sustancialmente comprometido. Moderadamente comprometido. Levemente comprometido. No comprometido.	Mantener 4 Aumentar 10
FACTORES RELACIONADOS (CAUSA) (E) <u>Hipertermia.</u> <u>Alteraciones del estado metabólico.</u>				
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) <u>Alteración de la superficie de la piel.</u>				

INTERVENCIONES:

1. Baño.
2. cuidados de la piel tratamiento tópico.

ACTIVIDADES:

- 1.1 Realizar baño a una temperatura templada agradable.
- 1.2 Aplicar ungüentos y cremas hidratantes en las zonas de piel secas.
- 2.1 Aplicar agente antiinflamatorio tópico a la zona afectada.

RAZON CIENTIFICA:

La nutrición adecuada (proteínas, vitaminas y minerales) es fundamental para la cicatrización de las heridas, para prevenir las infecciones para preservar la función inmunitaria.



ETAPA 4 Ejecución

EJECUCIÓN.

Se recibió paciente masculino con palidez de tegumentos, deshidratado, con intolerancia a la vía oral, (vómito y náuseas), diarrea, irritable, el cual se canaliza para iniciar hidratación por vía endovenosa, permaneciendo hospitalizado para tratamiento y vigilancia.

Se ejecutaron diferentes acciones encaminadas a mejorar el estado del paciente, entre las que se mencionan las siguientes:

-Las enfocadas a diarrea vigilando el número y las características de las evacuaciones, así como la toma de muestras, y el ingresos y egresos, con la finalidad de mantener un adecuado equilibrio hídrico y determinar la evolución de la enfermedad.

En donde se vigiló estrictamente la tolerancia a la vía oral, específicamente a líquidos y la respuesta a la terapia con electrolitos, así como el adecuado apego a los planes de hidratación oral.

Vigilancia de la temperatura corporal y el control térmico por medios físicos, con la finalidad de producir un estado de relajación y confort para el paciente

La ansiedad, punto muy importante por tratarse de un paciente pediátrico, utilizando técnicas de deshidratación y terapia con juegos, mejorando su tolerancia al ambiente hospitalario.

El dolor agudo, consecuencia de la patología de base, con vigilancia estrecha de analgésicos, así como de la adecuada respuesta terapéutica.

Desequilibrio nutricional donde se realizó asesoramiento nutricional, y determinación de las preferencias alimentarias del paciente.

Integridad cutánea, en donde se realizaron actividades que incluyeron el baño adecuado del paciente, así como cuidados tópicos y aplicación de cremas humectantes en la región peri anal especialmente, y detección temprana de soluciones de continuidad.

Mediante las actividades previamente mencionadas, que integran un adecuado plan de cuidados por parte del servicio de enfermería se logró tanto la recuperación integral del paciente, que se evitaron complicaciones, y secuelas, además de conseguir una estancia intra hospitalaria lo más agradable posible para la familia en general.



ETAPA 5 Evaluación

EVALUACIÓN.

Al egreso el niño se encuentra clínicamente tranquilo, cooperador, con buena coloración de piel y tegumentos, adecuado estado de hidratación, con signos vitales estables, sin presencia de dolor abdominal, con integridad de la piel en región peri anal.

Ya que se va cursando con evacuaciones diarreicas, sin embargo estas se observan de mayor consistencia y en menor número y con adecuada tolerancia a la vía oral, ya a febril.

En cuanto a los familiares estos ya tienen de su conocimiento sobre la dieta astringente, capacitados en cuanto al uso del vida suero oral, y el plan A de hidratación oral, así como en cuanto a la identificación de datos de alarma de enfermedades diarreicas (datos clínicos de deshidratación).

CONCLUSIONES

El personal de enfermería cuenta ahora en la actualidad con un instrumento valioso proceso atención de enfermería, que durante la elaboración del (PAE) se adquiere habilidad en el manejo y atención al cliente, realizando las 5 etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación.)

Ya que en la ejecución de cada una de las etapas se llevan a cabo con cálida y calidez y de tal manera, se obtiene un resultado satisfactorio en la salud del niño con gastroenteritis debido a rotavirus. Y un agradecimiento por parte de los familiares

GLOSARIO DE TERMINOS.

ABSORCIÓN: Propiedad de una sustancia para atraer y unir a su superficie un gas, líquido o un sólido en solución o suspensión absorbente.

ANA: América nurse asociación.

ASIEDAD: Un nivel aceptable de ansiedad puede ser parte de la motivación. Niveles superiores producen sensaciones de temor, aprensión y miedo.

CIE: Consejo internacional de enfermería.

DESHIDRATACION: Perdida o eliminación de líquidos. En el organismo este trastorno surge cuando la ingestión no restituye la perdida.

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA: Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.

DETERIORO DE LAS MUCOSAS ORALES: Alteración de los labios y tejidos blandos de la cavidad oral.

DIARREA: Desviación del ritmo intestinal establecido que se caracteriza por aumento de la frecuencia y fluidez de las evacuaciones.

DOLOR AGUDO: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.

GASTROENTERITIS: Inflamación de la membrana mucosa del estómago e intestino delgado. La gastroenteritis infantil es normalmente viral particularmente por rotavirus.

HIPERTERMIA: Temperatura corporal muy elevada.

INFECCIÓN: Invasión con éxito, establecimiento y crecimiento de microorganismos en el tejido del huésped. Puede ser de naturaleza aguda o crónica.

INMUNODEFICIENCIA: Estado en el que hay un defecto en las respuestas inmunológicas haciendo que haya una mayor susceptibilidad a contraer enfermedades infecciosas.

IRRITABLE: Cualquier agente que causa irritabilidad.

NANDA: Asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería

NAUSEAS: Sensación de malestar sin vomito real.

NIC: Clasificación de intervenciones de enfermería.

NOC: Clasificación de resultados de enfermería.

NUTRICIÓN: Suma total de los procesos por los que los organismos vivos reciben y utilizan los materiales diarios para sobrevivir, crecer y reparar los tejidos desgastados.

OMS: Organización mundial de la salud.

OPS: Organización panamericana de la salud.

PAE: Proceso atención de la salud.

PATOGENIA: Origen y desarrollo de las enfermedades.

PEPSINA: enzima proteolítica del jugo gástrico que hidroliza las proteínas en polipéptidos.

PROTECCION INEFECTIVA:

TAQUICARDIA: Actividad excesivamente rápida del corazón es un aumento temporal pero notable de la frecuencia cardiaca.

VOMITO: expulsión del contenido gástrico por la boca.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Harrison T-R, Principios de Medicina Interna: 16ª edición, México: Mc Graw Hill; 2006.
2. - Ellis H, Clinical Anatomy Applied Anatomy for student and juniors doctors: 20a edition, USA: Blackwells publishing; 2006.
3. - Anthony C-P, Thibodeau G-A, Textbook of Anatomy and Physiology: 10a edition, México: Mc Graw ill Interamericana; 1983.
- 4.- Roper N, Diccionario de enfermería: 16ª edición, México: Mc Graw Hill; 1991.
- 5.- Dochterman J-M, Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC): 4ª edición, España: Elsevier; 2006.
- 6.- Parker C-A, Thibodeau G-A, Anatomía y Fisiología: 10ª edición, México: Interamericana; 1983.
- 7.- Carpenito L-J, Diagnósticos de enfermería: 9ª edición, España: Mc Graw Hill-Interamericana de España S.A.U; 2002.
- 8.- Beers M-H, Berkow R, El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento; 10ª edición, España: Harcourt; 1999.
- 9.- Bruner, Suddarth, Enfermería Quirúrgica: 8ª edición, México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998.
- 10.- Rosales-Barrera S, Reyes-Gómez E, Fundamentos de enfermería: 3ª edición, México: El manual moderno; 2004.

11.- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de resultados de enfermería (NOC): 3ª edición, España: Elsevier; 2005.

12.- Guyton A-C, Tratado de fisiología medica: 10ª edición, México: Mc Graw Hill; 2001.

13.- Del Villar J-A, Alvares T, Alvares-Castañeda S-T, Diccionario de anatomía comparada de vertebrados: 1ª edición, México: Instituto Politécnico Nacional; 2007.

14.- Thierney L-M, McPhee S-J, Papadakis M-A, Diagnóstico clínico y tratamiento; 41ª edición, México: El manual moderno; 2006.

15.- Hansen J-T, Netter Anatomía: 2a edición, USA: Elsevier Masson; 2007.

16.- Raffa R-B, Rawls S-M, Beyzarov L-B, Netter Farmacología ilustrada: 1a edición, España: Elsevier Masson; 2008.

17.- Autores cubanos, Pediatría: 1ª edición, Cuba: Editorial ciencias médicas; 2006.

18.- Valdés-Martin S, Gomez-Basallo A, Temas de pediatría: 1ª edición, Cuba: Editorial ciencias médicas; 2006.

19.- Custer J-W, Rau E, The Harriet Lane Handbook: 18a edición, USA: Elsevier Mosby; 2009.

20.-proceso y diagnóstico de enfermería 3ª edición p. w. Iyer . b. j. taptich. D. bernocchi- losey.

21.- Manual de enfermería medico quirúrgica. Patricia gauntlettbeare y Judith L. Myers.

22.- Atlas de anatomía y fisiología humana V. Muedra SJ Lic. En ciencias naturales.