



BUAP

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TEMA:

PROCESO DE ENFERMERÍA DE NIÑO CON DX MEDICO DE CELULITIS

PRESENTA:

MARÍA DEL ROSARIO FLORES PINEDA.

Tesis que para obtener el título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA.

Director de tesis:

Mtra. Graciela Arrijoja Morales.

Mtra. María Teresa Lidia Salazar Peña.

Puebla, Puebla. Marzo 2016

AGRADECIMIENTOS

**Primeramente agradezco a DIOS por brindarme la oportunidad de
concluir mis estudios**

**Agradezco infinitamente a mis padres por apoyarme
incondicionalmente a lo largo de este trayecto así como a mi
hermana y sobrinos**

**Agradezco a mis maestros de la Facultad por sus grandes
enseñanzas**

**Agradezco a una persona muy especial por apoyarme en mi estadía
en la ciudad de Puebla desde el inicio de la carrera hasta concluirla
y por seguirme apoyando.**

**Agradezco a mis amigas incondicionales por todo su apoyo en todo
momento**

ÍNDICE

I.	Introducción	3
II.	Justificación	4
III.	Objetivos	5
IV.	Historia clínica	5
V.	Exploración física	6
VI.	Entrevista por Patrones Funcionales de Salud	7
VII.	Diagnósticos de enfermería	9
VIII.	Conclusión	19

I. **Introducción**

La celulitis es una infección común de la piel causada por bacterias sus como son: Las bacterias estafilococo y estreptococo.

La piel normal tiene muchos tipos de bacterias que viven en ella. Cuando hay una ruptura en la piel, estas bacterias pueden causar una infección cutánea.

La piel en el área infectada se tornará roja, caliente, irritada y dolorosa.

Los factores de riesgo para la celulitis son, entre otros:

- Rupturas o descamación de la piel entre los dedos.
- Antecedentes de enfermedad vascular periférica.
- Lesión o traumatismo con ruptura en la piel (heridas cutáneas).
- Picaduras y mordeduras de insectos, mordeduras de animales o de personas.
- Úlceras a causa de ciertas enfermedades, como diabetes y enfermedad vascular.
- Uso de medicamentos corticosteroides o medicamentos que inhiben el sistema inmunitario.
- Herida de una cirugía reciente.
- Los síntomas de celulitis abarcan:
 - Piel caliente
 - Sudoración
 - Fiebre
 - Dolor o sensibilidad en el área afectada
 - Inflamación o enrojecimiento de la piel que se hace más grande a medida que la infección se propaga

- Lesión de piel o erupción (mácula) que aparece repentinamente y crece rápidamente en las primeras 24 horas
- Apariencia de la piel tensa, brillante, "estirada"
- Piel caliente en el área de enrojecimiento
- Signos de infección:
- Escalofrío, estremecimiento
- Fatiga
- Malestar general
- Mialgias y dolores

II. **Justificación**

Los planes de cuidado de enfermería Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación. Por ello el presente trabajo se llevó a cabo con finalidad de aplicarlo en un usuario de 7 años de edad que ingresó al Hospital para el Niño Poblano con un diagnóstico médico de celulitis en musculo izquierdo. Fue necesario establecer una interacción con la madre del niño, para que así, trabajando conjuntamente con el Personal de Enfermería se pudieran lograr los objetivos propuestos

III. **Objetivos**

3.1 Objetivo General

Elaborar planes de cuidados de enfermería personalizado a paciente con celulitis en musculo izquierdo que proporcione un panorama general de la situación real de salud mediante la detección de patrones funcionales de salud afectados, historia clínica y valoración cefalocaudal, para brindar una atención de calidad, equidad y humanismo en el cuidado enfermero.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar una valoración precisa que conduzca a la identificación del estado integral del individuo y diagnósticos de enfermería
- Obtener de datos del paciente mediante la observación, entrevista y exploración física, los cuales una vez organizados y analizados, ayuden a la identificación de diagnósticos de enfermería
- Planificar cuidados de enfermería prioridades, intervenir mediante diversas actividades para poder realizar finalmente una evaluación.

IV. **Historia clínica**

Se trata de paciente femenino de 7 años de edad con fecha de nacimiento 29/12/06, Con peso de 21 kgm y talla de 99 cm, ingresó el 13 de diciembre de 2014 al servicio de cirugía en la cama 40 con el diagnostico de celulitis en musculo izquierdo presentándose posterior a una cirugía de pie equino varo. Se encuentra en aislamiento para el control de infecciones por lo cual se mantienen las técnicas de aislamiento como efectuar el lavado de manos

apropiado, lavarse las manos antes y después de cada procedimiento, uso de guantes estériles, cubre bocas, bata, etc. y garantizar una manipulación aséptica en todas las líneas. Su tratamiento farmacológico es el siguiente: Ceftazidima 105 mg IV c/8hrs, vancomicina 210 mg IV c/6hrs, omeprazol 20 mg IV c/24hrs, tramadol 20 mg VO PVM, senocidos 5 mg VO c/12hrs, ketorolaco 20 mg IV PRN.

V. **Exploración física**

Signos Vitales

Pulso (FC): 88/min. Respiración (FR): 32/min. Temperatura corporal (Temp.): 36.2 oC, T/A: 140/90

Valoración Rápida de Cabeza a Pies

1. Observación general: temperatura y circulación cutánea normal, consiente.

2. Cabeza y cuello:

Mantiene contacto visual, sus ojos no estaban rojos ni llorosos, pupilas normales, expresión facial relajada, estado de piel limpia, hidratada, sin alopecia ni dermatitis, ni edema, sin dentadura, lengua y membranas mucosas húmedas y sonrosadas. La forma de la cabeza es redonda, no presenta depresiones, masas, cicatrices y dolor. La implantación de su cabello es adecuado. En cuanto a los ojos existe simetría en ellos, su tamaño es igual y son reactivas a la luz, tiene buena agudeza visual; sus oídos también son simétricos e íntegros, cuenta con buena higiene y responde a estímulos auditivos y con respecto a la nariz presenta abundante mucosidad.

En cuello los ganglios son accesibles a la palpación así como los pulsos carotídeos palpables y rítmicos.

3. Parte anterior y posterior del tórax y abdomen:

Inspección y palpación de pared torácica sin presencia de dolor ni anomalías; auscultación de ruidos cardíacos y sonidos respiratorios

(posteriores, laterales y anteriores) normales. Abdomen con presencia de ruidos intestinales normales sin rigidez ni dolor.

4. Extremidades

Superiores (valoración neurovascular): sin presencia de anomalía

Inferiores: (valoración neurovascular):

M = Movimiento (ausente[-])(en ambas piernas)

C = Color (rosado en pierna derecha y en izquierda violácea, tensa, brillante)

S = Sensibilidad (presente [+])

E = Entumecimiento (presente).

E = Edema (presente)

C = Calor (tibia)

P = Pulsos periféricos: (presentes [+])

VI. Entrevista por Patrones Funcionales de Salud

1. Patrón percepción – manejo de salud.

La causa de su ingreso al hospital fue por una celulitis en musculo izquierdo presentándose posterior a una cirugía de pie equino varo.

Sus padres comentan que es la tercera hija de cinco hijos, siendo la única que presento este problema, conforme pasaba el tiempo fue más complicado su caminar por esa razón asistió a consulta en Tepeaca y posteriormente la transfirieron al HNP, tras varias consultas al servicio de ortopedia se decidió la operación de su pie a pesar de su edad. Fue entonces que después de su recuperación regresaron a casa y una semana después la coloración y el edema se hicieron presentes así que volvieron a que la consultaran pero le comentaron que era normal, regresaron a casa pero persistían los signos aumentándole que el olor era fétido y la niña presentaba dolor así que regresaron al servicio de urgencias por lo que se decidió internarla ya con el diagnostico de celulitis.

2. Patrón nutricional - metabólico.

En cuanto a su apetito es bueno solo consume los alimentos de su agrado, no tiene dificultad para ingerir alimentos, el resto de su piel no tiene lesiones su cicatrización es buena, no tiene problemas dentales. Se torna difícil cuando tiene que permanecer en ayuno para pasar a aseo quirúrgico.

3. Patrón eliminación.

No tiene problemas para defecar, no tiene molestias para orinar con micciones de color claro, sin hematuria, no tiene sudoración excesiva, no tiene olor desagradable ya que aunque ha estado hospitalizada se baña del diario.

4. Patrón actividad – ejercicio.

De acuerdo a su condición se encuentra en cama, su movilización es difícil ya que presenta mucho dolor y se encuentra irritable.

5. Patrón sueño – descaso.

Dormía por lo regular 8 horas antes de su condición actual, ahora en el día duerme muy poco ya que no puede conciliar el sueño lo cual la vuelve irritable aunado a que no se adapta a estar hospitalizada.

6. Patrón cognitivo – perceptual.

No tiene dificultad para escuchar ni para ver, generalmente es muy seria y anteriormente caminaba.

7. Patrón autopercepción – autoconcepto.

Sus padres comentan que siempre ha sido una niña saludable, muy risueña y atenta; asistía a la escuela; expresa verbalmente que se siente triste, extraña a sus hermanos, a toda su familia, a su maestra y a sus compañeros

de clase, extraña comer pollo rostizado porque es su comida favorita, por el tiempo que requería su recuperación paso su cumpleaños hospitalizada.

8. Patrón rol - relaciones

DL vive con su familia, no tiene problemas con ningún miembro de su familia, se relaciona fácilmente con los demás.

9. Patrón sexualidad – reproducción

Su desarrollo en sus órganos sexuales es acorde a su edad

10. Adaptación – tolerancia al estrés

No tiene mucha paciencia en estos momentos, se encuentra irritable y muy triste.

11. Patrón valores – creencias

Sus padres profesan la religión católica.

VII. Diagnósticos de enfermería

DOMINIO 11: seguridad/protección

CLASE 2: lesión física

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, R/C alteración de la circulación, alteración de la sensibilidad, factores mecánicos, estado de desequilibrio nutricional, cambios en la pigmentación, inmovilización física

Dominio 11: seguridad/protección Clase 2: lesión física

Protección ineficaz R/C proceso infeccioso E/P Cifras de signos vitales alterados.

Dominio 12: confort

Clase 1: confort físico

Dolor agudo R/C proceso infeccioso de tipo viral, agentes lesivos de tipo biológico E/P Atralgias, mialgias, cefalea generalmente frontal, cambios en la frecuencia cardiaca y respiratoria, expresión verbal, facies, inquietud, gemidos, irritabilidad.

Dominio 3: eliminación/intercambio

CLASE 4: función respiratoria

Deterioro del intercambio de gases R/C acumulo de secreciones bronquiales E/P Taquipnea, disnea, palidez, cianosis, diaforesis, irritabilidad, tiros intercostales, retracción xifoidea, aleteo nasal y quejido inspiratorio.

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 1: Sueño/reposo

Diagnóstico de Enfermería: Depravación del sueño R/C persistencia de un entorno para el sueño, incómodo o desconocido. E/P ansiedad, cambios de humor, informa verbalmente dificultad para conciliar el sueño, siestas frecuentes durante el día.

Dominio 4: Actividad/ reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Diagnostico de enfermería: Deterioro de la habilidad para la traslación R/C deterioro del estado físico, deterioro del equilibrio, deterioro neuromuscular E/P incapacidad para levantarse de la cama

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO 11: seguridad/protección

CLASE 1: infección

Diagnóstico de enfermería Etiqueta (problema): Riesgo del deterioro de la integridad cutánea	RESULTADO NOC	INDICADORES	ESCALA DE PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Factores relacionados (causas): Alteración de la circulación, alteración de la sensibilidad, factores mecánicos, estado de desequilibrio nutricional, cambios en la pigmentación, inmovilización física.	Integridad tisular de piel y membranas mucosas.	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura de la piel (2) • Sensibilidad (2) • Hidratación (3) • Traspiración (3) • Perfusión tisular (2) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	<i>Puntuación basal: 12</i> <i>Mantener a: 12</i> <i>Aumentar a: 20</i>

INTERVENCIONES NIC

0740 - Cuidados del paciente encamado

074001 - Aplicar antiembolismo.

074005 - Cambiarlo de posición según lo indique el estado de la piel.

074007 - Colocar al paciente sobre una cama / colchón terapéutico adecuado.

074017 - Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, de acuerdo con un programa específico.

074022 - Subir las barandillas, si procede.

074024 - Vigilar el estado de la piel.

0840 - Cambio de posición

084012 - Colocar un respaldo, si procede.

084014 - Desarrollar un programa escrito para el reposicionamiento, si procede.

084023 - Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, según el programa específico, si procede.

084036 - Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición.

EVALUACION

Se cambia de posición al paciente, se coloca en posición supina y se aspiran secreciones, se administran medicamentos prescritos, se vigila la piel del paciente.

BIBLIOGRAFIA

Carpenito Linda *Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería* Editorial Interamericana McGraw Hill. Edición en Español.

Gordon, M. (1995). *Diagnostico enfermero*. Editorial HarcourtBrace. 3 Edición Barcelona España.

Johnson, Marion. Maas, Meridean. Moorhead, Sue. (2008). *Clasificación de resultados de enfermería* (Cre). Editorial HarcourtMosby. 4º edición. Madrid, España.

McCloskey C. Joanne, Bulecher M. Gloria. (2008). *Clasificación de las intervenciones de enfermería* (Nic). Editorial HarcourtMosby. 5º edición. Madrid, España.

NANDA (2009 –2011). *Diagnostico enfermero*. Editorial Elsevier. Edición en Español.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO 11: seguridad/protección

CLASE 2: lesión física

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Etiqueta (problema):

Protección ineficaz

Factores relacionados (causas):

Proceso infeccioso

Características definitorias (signos y síntomas)

Cifras de signos vitales alteradas.

RESULTADO NOC

Mantener los signos vitales en parámetros Normales.

INDICADORES

- Temperatura corporal (5).
- Frecuencia cardiaca (5).
- Frecuencia respiratoria (3).
- Presión arterial sistólica (2).
- Presión arterial diastólica (2).

ESCALA DE PUNTUACIÓN

1. Desviación grave del rango normal.
2. Desviación sustancial del rango normal.
3. Desviación moderada del rango normal.
4. Desviación leve del rango normal.
5. Sin desviación del rango normal.

PUNTUACIÓN DIANA

Puntuación basal: 17
Mantener a: 17
Aumentar a: 20

INTERVENCIONES NIC

Intervención: Monitorización de signos vitales

- Monitorizar periódicamente la calidad de la presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio en profundidad y simetría, además de la frecuencia y los sonidos cardiacos.
- Monitorizar los pulsos periféricos, el llenado capilar, la temperatura y el color de las extremidades.
- Registrar la presencia de signos y síntomas de alguna alteración de los signos vitales.
- Registrar los valores obtenidos de la toma de signos vitales en el formato correspondiente de registros clínicos de enfermería

EVALUACION

Se monitorizan y registran los signos vitales del paciente cambia de posición al paciente y se administran medicamentos prescritos

BIBLIOGRAFIA

- Carpenito Linda *Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería* Editorial Interamericana McGraw Hill. Edición en Español.
- Gordon, M. (1995). *Diagnostico enfermero*. Editorial HarcourtBrace. 3 Edición Barcelona España.
- Johnson, Marion. Maas, Meridean. Moorhead, Sue. (2008). *Clasificación de resultados de enfermería (Cre)*. Editorial HarcourtMosby. 4° edición. Madrid, España.
- McCloskey C. Joanne, Bulecher M. Gloria. (2008). *Clasificación de las intervenciones de enfermería (Nic)*. Editorial HarcourtMosby. 5° edición. Madrid, España.
- NANDA (2009 –2011). *Diagnostico enfermero*. Editorial Elsevier. Edición en Español.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO 12: confort
CLASE 1: confort físico

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Etiqueta (problema):

Dolor agudo

Factores relacionados (causas):

Proceso infeccioso de tipo viral, agentes lesivos de tipo biológico.

Características definitorias (signos y síntomas)

Artralgias, mialgias, cefalea generalmente frontal, cambios en la frecuencia cardiaca y respiratoria, expresión verbal, facies, inquietud, gemidos, irritabilidad.

RESULTADO NOC

Mantener el control del dolor.

INDICADORES

- Reconoce el inicio del dolor (1).
- Refiere cambios en los síntomas o localización del dolor (1).
- Refiere síntomas incontrolables (2).
- Refiere dolor controlado (3).
- Expresiones faciales de dolor (1).

ESCALA DE PUNTUACIÓN

1. Desviación grave del rango normal.
2. Desviación sustancial del rango normal.
3. Desviación moderada del rango normal.
4. Desviación leve del rango normal.
5. Sin desviación del rango normal.

PUNTUACIÓN DIANA

Puntuación basal: 8
Mantener a: 8
Aumentar a: 20

INTERVENCIONES NIC

Manejo del dolor

Valorar el tipo del dolor, localización, características, duración, frecuencia, intensidad y severidad para la toma de decisiones
Observar la expresión no verbal de molestias o incomodidad
Asegurar que el paciente reciba el tratamiento de analgésicos correspondientes
Monitorear la respuesta o los cambios del dolor ante la medicación
Fomentar periodos de descanso y sueño que faciliten el alivio del dolor

Administración de analgésicos

Verificar dosis, vía horario del analgésico prescrito medicamento
Preparar medicamentos con técnica de aséptica
Elegir el analgésico o combinación de analgésicos cuando se prescriba más de uno para conseguir un efecto óptimo
Administrar los medicamentos en forma precisa aplicando los correctos emitidos en la norma
Tomar signos vitales antes y después de la administración del analgésico
Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración

EVALUACION

Se valora el dolor del paciente y se administran medicamentos prescritos se toman signos vitales antes y después del analgésico.

BIBLIOGRAFIA

Carpenito Linda *Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería* Editorial Interamericana McGraw Hill. Edición en Español.
 Gordon, M. (1995). *Diagnostico enfermero*. Editorial HarcourtBrace. 3 Edición Barcelona España.
 Johnson, Marion. Maas, Meridean. Moorhead, Sue. (2008). *Clasificación de resultados de enfermería (Cre)*. Editorial HarcourtMosby. 4° edición. Madrid, España.
 McCloskey C. Joanne, Bulecher M. Gloria. (2008). *Clasificación de las intervenciones de enfermería (Nic)*. Editorial HarcourtMosby. 5° edición. Madrid, España.
NANDA (2009 –2011). Diagnostico enfermero. Editorial Elsevier. Edición en Español.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO 3: eliminación/intercambio

CLASE : función respiratoria

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Etiqueta (problema):

Deterioro del intercambio de gases

FACTORES RELACIONADOS (causas):

Acumulo de secreciones bronquiales, etc.

Características definitorias (signos y síntomas)

Taquipnea, disnea, palidez, cianosis, diaforesis, irritabilidad, tirios intercostales, retracción xifoidea y aleteo nasal, quejido inspiratorio

RESULTADO

NOC

Mantener el aporte de oxígeno y saturación.

INDICADORES

- Temperatura (3)
- Frecuencia Respiratoria (3)
- Frecuencia cardiaca (3)
- Saturación de oxígeno. (2)

ESCALA DE PUNTUACIÓN

1. Desviación grave del rango normal
2. Desviación sustancial
3. Desviación moderada
4. Desviación leve
5. Sin Desviación del rango normal

PUNTUACIÓN DIANA

Puntuación basal: 11
Mantener a: 11
Aumentar a: 20

INTERVENCIONES NIC

Manejo de las vías aéreas

Realizar fisioterapia pulmonar si lo requiere y aspiración de secreciones en caso de ser necesario.
 – Auscultar campos pulmonares identificando áreas de disminución o ausencia de entrada de aire y la presencia de ruidos anormales.

Oxigenoterapia

.– Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si fuera necesario.
 – Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
 – Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema humidificado como: nebulizador.

- Colocar en posición (ventral, prono, decúbito lateral derecho e izquierdo) para favorecer la ventilación y expulsión de secreciones o facilitar la aspiración.
- Vigilar patrón respiratorio, oxigenación o la presencia de signos y síntomas de insuficiencia.
- Vigilar la presencia y características de las secreciones bronquiales.
- Vigilar el flujo de litros por minutos del oxígeno.
- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la dosis prescrita.
- Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.
- Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno o atelectasia por absorción.
- Mantener con oxígeno al paciente durante los traslados.

EVALUACION

Se aspiran secreciones para mantener vías aéreas permeables, se administra oxigenoterapia, se vigila el patrón respiratorio , se administran medicamentos inhalados prescritos,

BIBLIOGRAFIA

- Carpenito Linda *Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería* Editorial Interamericana McGraw Hill. Edición en Español.
- Gordon, M. (1995). *Diagnostico enfermero*. Editorial HarcourtBrace. 3 Edición Barcelona España.
- Johnson, Marion. Maas, Meridean. Moorhead, Sue. (2008). *Clasificación de resultados de enfermería* (Cre). Editorial HarcourtMosby. 4° edición. Madrid, España.
- McCloskey C. Joanne, Bulecher M. Gloria. (2008). *Clasificación de las intervenciones de enfermería* (Nic). Editorial HarcourtMosby. 5° edición. Madril, España.
- NANDA (2009 –2011). *Diagnostico enfermero*. Editorial Elsevier. Edición en Español.**

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINIO 4: actividad/reposo

CLASE 1: sueño/reposo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Etiqueta (problema):

Depravación del sueño

FACTORES RELACIONADOS (causas):

Persistencia de un entorno para el sueño, incómodo o desconocido

Características definitorias (signos y síntomas)

Ansiedad, cambios de humor, informa verbalmente dificultad para conciliar el sueño, siestas frecuentes durante el día, medicamentos.

RESULTADO NOC

Adaptación del niño a la hospitalización

INDICADORES

- Reconocimiento de la necesidad de hospitalización (3)
- Mantenimiento de la relación madre-hijo (4)
- Cooperación con los procedimientos (4)
- Mantenimiento de las relaciones sociales (3)
- Autocontrol (2)

ESCALA DE PUNTUACIÓN

- 1.- Nunca demostrado
- 2.- Raramente demostrado
- 3.- A veces demostrado
- 4.- Frecuentemente demostrado
- 5.- Siempre demostrado

PUNTUACIÓN DIANA

Puntuación basal:16
Mantener a: 16
Aumentar a 25

INTERVENCIONES NIC

Mejorar el sueño

- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de dormir, indicios de presueño y objetos familiares (para los niños su manta / juguete favorito, cuento, leer un libro, etc.), si procede.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de dormir.
- Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de dormir para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.

EVALUACION

Se cambia de posición al paciente, se coloca en posición supina y se aspiran secreciones, se administran medicamentos prescritos, se realiza lavado gástrico y se pinza sonda. Se toman gasometría por parte del médico encargado. Resultados de la gasometría pendientes.

BIBLIOGRAFIA

Carpenito Linda *Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería* Editorial Interamericana McGraw Hill. Edición en Español.

Gordon, M. (1995). *Diagnostico enfermero*. Editorial HarcourtBrace. 3 Edición Barcelona España.

Johnson, Marion. Maas, Meridean. Moorhead, Sue. (2008). *Clasificación de resultados de enfermería* (Cre). Editorial HarcourtMosby. 4° edición. Madrid, España.

McCloskey C. Joanne, Bulecher M. Gloria. (2008). *Clasificación de las intervenciones de enfermería* (Nic). Editorial HarcourtMosby. 5° edición. Madrid, España.

NANDA (2009 –2011). *Diagnostico enfermero*. Editorial Elsevier. Edición en Español.

VIII. Conclusión

El trabajo en equipo interdisciplinar del área de la salud con la misma convicción de mejorar la salud del paciente hospitalizado se evalúa con el alta del paciente

Dentro de este trabajo interdisciplinar resalta el trabajo de enfermería en las diversas áreas clínicas, realizando los cuidados generales de enfermería como: control estricto de líquidos, aplicación de medicamentos, vigilar signos vitales, baño del paciente, cambio de ropa del paciente, prevención de caídas, vigilar el estado neurológico del paciente, curación de heridas y catéteres, prevención de infecciones. Estas acciones aunadas al apoyo emocional especialmente en el área de pediatría permiten favorecer el bienestar del paciente durante la estancia hospitalaria.

La empatía, humildad, amabilidad y profesionalismo engloban la confianza que el familiar tiene hacia el profesional de enfermería que atiende a su paciente, esto permite una excelente relación enfermera paciente y este fue el caso del paciente.