



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL

ESTUDIO DE CASO

ESCOLAR MASCULINO CON DÉFICIT EN EL REQUISITO UNIVERSAL DE
AUTOCUIDADO DE PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL
FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA INFANTIL PRESENTA:
LIC. DIANA CISNEROS PITALÚA

ASESORADO POR:

MTRA. MARGARITA HERNÁNDEZ ZAVALA



TLAXCALA, TLAX.

MARZO DEL 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“Cuando tienes visión, ves lo invisible,
Sientes lo intangible y consigues
Lo imposible”**

Hoy y siempre doy infinitas gracias...

A Dios, por el camino recorrido.

A mis padres, por mi existir, por su amor y apoyo.

A mis hijos, Nadia y Tristán por ser mi motivo, fuerza y templanza en todo momento.

A mi esposo, Ignacio por el apoyo incondicional recibido.

A mi tutora, Maestra Margarita Hernández Zavala quien me ha orientado en todo momento para la realización de este proyecto que enmarca el último escalón hacia un futuro en donde sea partícipe en el desarrollo y mejoramiento del proceso de enseñanza y aprendizaje.

A Roberto: Por ser la persona que mas influyo en el desarrollo de este proyecto, sin tí este trabajo no tendria razon de ser, tu que siempre me has enseñado la fortaleza de la vida, el seguir siempre adelante aunque el camino este lleno de espinas, como tu alguna ves me lo dijiste dandome animo en los tiempos de mayor tribulación, con lo siguiente:

“El Señor es mi Pastor; nada me faltará.
En lugares de delicados pastos me hará descansar;
junto a aguas de reposo me pastoreará.

Confortará mi alma; me guiará por sendas
de justicia por amor de su nombre.

Aunque ande en valle de sombra de muerte,
no temeré mal alguno, porque Tú estarás conmigo;
tú vara y tu cayado me infundirán aliento.

(SALMO 23: 1-4)

CONTENIDO	
	PAGINAS
I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- OBJETIVOS	3
III.- METODOLOGIA	5
IV.- FUNDAMENTACIÓN TEORICA DEL CASO	7
4.1 Antecedentes (estudios relacionados)	7
4.2 Paradigmas	11
4.3 Teoría de enfermería sobre el déficit de auto cuidado	15
4.4 Factores básicos condicionantes	32
4.5 Proceso enfermero	34
4.6 Relación del proceso enfermero y Teoría del déficit del autocuidado	54
4.7 Daños a la salud	56
4.8 Consideraciones éticas	66
V. DESCRIPCION DEL ESTUDIO DE CASO	
5.1 Ficha de identificación	77
5.2 Motivo de consulta	77
5.3 Valoración de enfermería	77
5.4 Genograma	82
5.5 Requisitos de autocuidado universal	83

5.6 Requisitos de autocuidado del desarrollo	86
5.7 Requisitos de autocuidado de desviación de la salud	87
5.8 Jerarquización de requisitos	89
5.9 Jerarquización de requisitos (Prioridad de atención)	92
5.10 Diagnósticos de enfermería	93
5.11 Plan de intervenciones	94
5.12 Evolución de los requisitos	128
VI. PLAN DE ALTA	129
VII. CONCLUSIONES	132
VIII. BIBLIOGRAFÍA	133
IX. ANEXOS	136

I. INTRODUCCION

La profesionalización en enfermería constituye una estrategia y un proceso de cambio permanente para lograr que las metas de Enfermería, estén acordes con las demandas de atención a la salud de una sociedad que se encuentra en continua transformación. Este proceso exige a la vez cambios en enfermería tanto en la forma de pensar, como en la forma de apreciar la salud y la sociedad y en la forma de actuar. La profesión está en constante cambio en la búsqueda de nuevos conocimientos, con el objetivo de establecer las bases científicas de un proceso sistemático y práctico, que guíe el actuar en la atención y cuidado holístico e integral.

Los niños que son personas socialmente dependientes, requieren del servicio de salud especializado de la enfermería cuando los padres o bien los tutores son incapaces de dárselo, debido a la situación de salud de las personas dependientes de proporcionar la cantidad y calidad de cuidados continuos reguladores requeridos por la persona que se encuentra dependiente.

El siguiente estudio de caso está enfocado en la Teoría de Dorothea E. Orem: "La teoría de enfermería sobre el déficit del autocuidado", orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad, el déficit de autocuidado. Explica la relación entre las capacidades de acción de los individuos y sus demandas de autocuidado, o las demandas de cuidado de los niños o adultos que de ellos dependen. Así déficit significa la relación entre las acciones que los individuos deberían llevar a cabo (la acción demandada) y las capacidades de acción de los individuos para el autocuidado o el cuidado dependiente.

Se aborda a un escolar masculino que ingresa al Hospital Infantil de Tlaxcala para ser atendido quirúrgicamente y retirar expansor colocado en parietal izquierdo, el cual tiene el diagnóstico médico de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) pre B mas úlcera crónica mas dehiscencia e infección en sitio de retiro de

expansor, durante su estancia hospitalaria se realizó una valoración generalizada, obteniendo datos que ayudan a la identificación de los déficits de autocuidado, jerarquización de los requisitos de autocuidado universal y diagnósticos de enfermería, reales y potenciales, que en conjunto permitieron realizar plan de intervenciones, para erradicar o minimizar los déficit de autocuidado, haciendo participe en todo momento al agente de autocuidado y a los agentes de autocuidado dependiente, para promover la Teoría de Sistemas de Enfermería y logrando eliminar la infección y el cierre de ambas lesiones y por último un plan de alta y las conclusiones del estudio.

II. OBJETIVOS

GENERAL.

Realizar estudio de caso de enfermería, integrando los conocimientos teórico-prácticos a escolar masculino con déficit en el requisito universal de autocuidado de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, secundario a LLA, fundamentado en la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado, utilizando como herramienta metodológica el Proceso Enfermero.

ESPECÍFICOS.

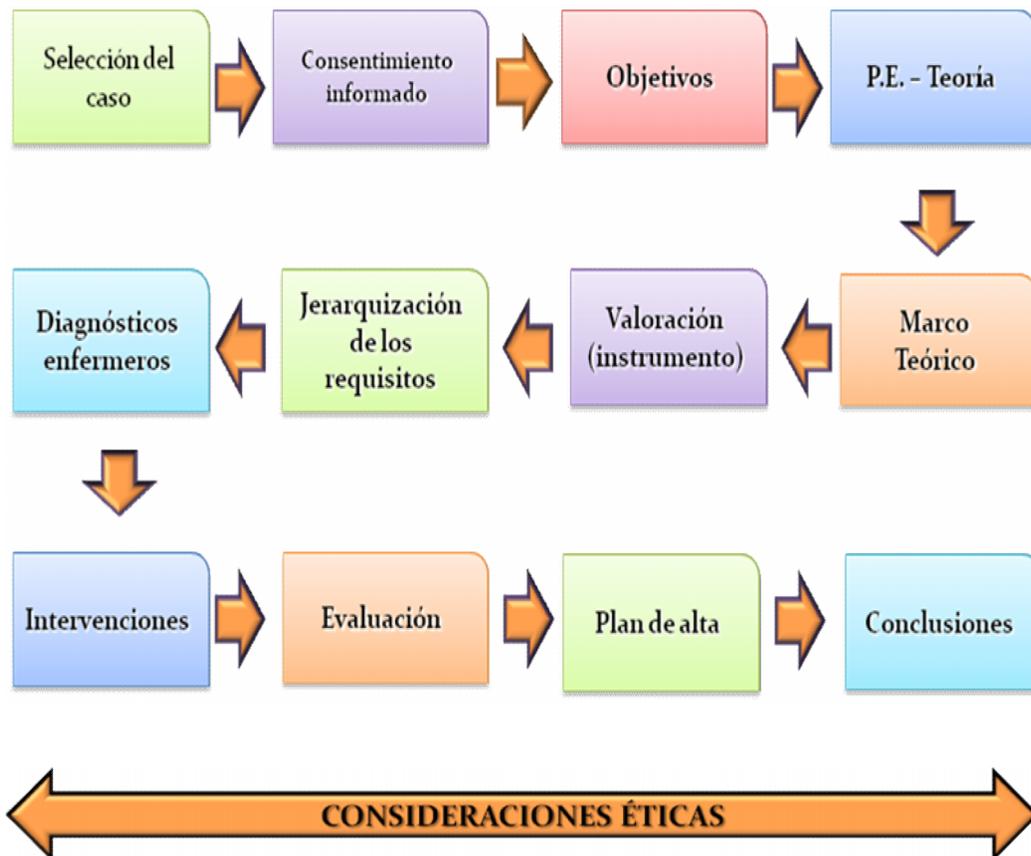
- Valorar las demandas de autocuidado del receptor de autocuidado, a través de la entrevista y el método clínico, para determinar el déficit de los requisitos universales de autocuidado.
- Identificar la demanda de autocuidado terapéutico para cubrir los requisitos de autocuidado en el receptor de autocuidado.
- Elaborar diagnósticos de enfermería reales y potenciales de acuerdo a las demandas de autocuidado terapéutico detectadas en el receptor de autocuidado para cubrir sus requisitos de autocuidado.
- Fundamentar un plan de cuidados especializado para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de acuerdo al déficit de los requisitos universales de autocuidado, con sustento científico, holístico e integral.

- Ejecutar el sistema de enfermería con acciones dependientes, independientes y/o interdependientes a fin de asegurar que las demandas de autocuidado terapéutica lleven a una mejor respuesta para compensar las limitaciones por parte del receptor de autocuidado.
- Evaluar al sistema de Enfermería y modificar el plan de cuidados, así como replantearlo según se requiera.
- Efectuar plan de alta, con apoyo de los sistemas de enfermería, en el cual se dará apoyo educativo para satisfacer las demandas de autocuidado.

III. METODOLOGIA

El presente estudio de caso se realiza en el Hospital Infantil de Tlaxcala, con escolar masculino con diagnóstico médico de Leucemia Linfoblástica Aguda pre B mas ulcera crónica mas dehiscencia en sitio quirúrgico de retiro de expansor, ambas infectadas, ubicadas en parietal izquierdo.

Figura 1. Diagrama metodológico



Elaboró: Lic. Diana Cisneros Pitalúa.

Durante su estancia hospitalaria, se realizó estudio, para lo cual se explico de que se trataba y se solicitó consentimiento informado a los agentes de autocuidado dependiente, (ver anexo), partiendo del diseño de los objetivos tanto general como específicos, realizar una valoración generalizada, tomando en cuenta el Proceso Enfermero y la Teoría del Déficit de Autocuidado obteniendo datos de fuentes:

1. Fuentes primarias.

- Valoración de enfermería basado en el instrumento de la Teoría del Déficit del Autocuidado
- Interrogatorio a los agentes de cuidado dependiente
- Interrogatorio al agente de autocuidado
- Estudios de laboratorio y gabinete

2. Fuentes secundarias.

- Expediente clínico
- Registros clínicos en la hoja de enfermería
- Artículos de enfermería basados en la evidencia
- Bibliografía con enfoque en el estudio de caso

Por medio del instrumento de valoración de acuerdo a la teoría antes mencionada, se realiza recolección de datos, identificación de los déficit de autocuidado y jerarquización de requisitos para enunciar los diagnóstico reales y potenciales y de esta manera elaborar un plan de intervenciones, haciendo participe en todo momento al agente de autocuidado y a los agentes de autocuidado dependiente, para promover la Teoría de Sistemas de Enfermería. Se logra eliminar la infección y el cierre de ambas lesiones, para después diseñar y otorgar un plan de alta que conlleva a la conclusión del estudio de caso. Tal y como se refiere en la figura 1.

IV. FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO

4.1 ANTECEDENTES

Para el estudio de caso se realizó una búsqueda hemerográfica en revistas científicas de enfermería y bases electrónicas, encontrándose los siguientes artículos de mi interés que fundamentaran el estudio.

1. **E.U. Cherry Palma y E.U. Fanny Sepulveda** de la Unidad de Hemato-Oncología , Hospital de Niños Roberto del Rio de Chile en agosto del 2005, realizaron el artículo: **“Atención de enfermería en el niño con cáncer”**, que reflejan las experiencias de enfermeras pediátricas dedicadas a la oncología, con el propósito de invitar al equipo de salud a consultar este artículo e implementar los aspectos relevantes en la atención del niño con cáncer y concluyen que: Todo el personal que atiende a niños con cáncer debe de recibir una formación especial, ya que no es fácil trabajar con este tipo de pacientes, pero un gran desafío y además permiten desarrollar la enfermería en todas sus potencialidades humanas y profesionales.¹

Este artículo es útil en el estudio de caso porque orienta hacia los aspectos relevantes en la atención integral del niño con cáncer para brindar cuidados adecuados.

2. **Connie M. Sarvis**, publico en 2008 el artículo **“El sistema NERNO para la valoración de las heridas con colonización de carácter crítico”**, con el objetivo de que estas siglas puedan ser útiles para memorizar la valoración precisa, ya que en estas heridas muchos de los signos y síntomas típicos de la infección son dolor, incremento de la temperatura

¹ Rev.Ped. Elec. (en línea) 2005, Vol. 2, No. 2. ISSN 0718-0918

de la herida, aparición de nuevas zonas de afectación y deterioro manifiesto de la herida. **No cura, Exudado, herida Roja y sangrante, restos Necróticos y el Olor que emana la herida.**²

Este artículo es útil para reafirmar los conocimientos y tener bases evidentes en la valoración de una herida colonizada, infectada y crónica y de esta manera fundamentar la modalidad de tratamiento según sea la necesidad.

- 3. Sharon Baranoski**, público el artículo **“Elegir un apósito para las heridas”**, en 2008. En donde se describen los propósitos de utilizar apósitos y tipos de apósitos para heridas, cuando usarlos y que ventajas e inconvenientes han de tenerse en cuenta, así como algunos aspectos generales acerca de los apósitos.³

Es de utilidad porque guían en la modalidad de tratamiento con el objeto de elegir el apósito o apósitos adecuados en el tratamiento de las heridas totalmente diferentes una de otra en el estudio de caso.

- 4. José C. Moreno-Giménez** *del* Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba España, en 2005, **“Tratamiento de úlceras crónicas”** en donde exterioriza que estas suponen un reto en la terapia dermatológica. Lo esencial en su tratamiento es establecer su etiología, pero en muchas ocasiones la terapia local es muy beneficiosa. El tratamiento de las úlceras crónicas se basa actualmente en la llamada cura húmeda y contempla un doble aspecto: el de la enfermedad de base y el tratamiento local. El tratamiento local es siempre necesario e incluye: limpieza, desbridamiento, control de la infección, si existe, y la aplicación de diversos agentes tópicos, tanto desde el punto de vista de la medicación como del uso de apósitos. Recientemente se establecen nuevas estrategias terapéuticas, algunas en vías de valoración, que

² Rev. Nursing, Vol. 26, No. 04, ISSN:0212-5382

³ Rev. Nursing 2008, Vol. 26 No.10

incluyen: reemplazamiento de piel a través de sustitutos biológicos de la misma, factores de crecimiento, láser, oxígeno hiperbárico, estimulación eléctrica o curas con sistema de presión negativa.⁴

Este artículo es útil porque da una orientación generalizada de la etiología, la valoración de la úlcera, que modalidad de tratamiento según sea el caso, el tratamiento a base de la cura húmeda, el uso de apósitos y el seguimiento que se debe de dar.

5. Pablo Lázaro Ochaita del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. En 2001 en su artículo: **“Tratamiento de úlceras cutáneas crónicas”** da a conocer los **principios generales que deben guiar el manejo** de estos pacientes son: valoración multidisciplinaria de la enfermedad subyacente; vigilancia de los signos de manipulación de las úlceras por parte del paciente y/o familiares; realización de tratamiento de la morbilidad asociada a la úlcera incluyendo el dolor, mal olor y la dermatitis perilesional, la administración de antibióticos, siempre por vía sistémica, sólo debe realizarse si hay signos clínicos de infección; ante una úlcera recalcitrante debemos realizar una nueva evaluación diagnóstica descartando la producción de un eccema de contacto de tipo alérgico a alguno de los productos tópicos aplicados o la presencia de un carcinoma epidermoide.⁵

Es útil porque da la guía en el tratamiento de úlceras y los parámetros de cuando debe de utilizarse antibiótico terapia.

6. M. Purificación Oñate Domínguez del Servicio de Dermatología. Hospital de Nossa Senhora de Desterro. Lisboa. Portugal. Público artículo en 2001, . **“Úlceras en el cuero cabelludo y cefaleas**

⁴ Rev. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2005; 96:133-46

⁵ Rev. Piel Vol. 16 2001, Num. 04;16:213-20

intensas”, donde estipula que, las **manifestaciones dermatológicas** consisten en manchas y placas eritematoedematosas, vesículas, ampollas, púrpura o manchas equimóticas en el trayecto de las arterias temporales superficiales o en el territorio cutáneo por ellas irrigado. En los casos más graves puede haber necrosis isquémica y ulceración cutánea en esos territorios y, más raramente, en los 2/3 distales de la lengua. Son excepcionales las alteraciones en las áreas distales de los miembros, como cianosis, palidez, púrpura o úlceras digitales.⁶

Este artículo es útil porque orienta sobre las úlceras que se encuentran particularmente en la piel del cuero cabelludo, orienta sobre algunas manifestaciones dermatológicas.

El haber consultado dichos artículos, fue de gran importancia, debido a que proporcionaron un amplio panorama relacionado con un cuidado integral al paciente, en donde se encuentra déficit en el requisito universal de autocuidado de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, con la presencia de una úlcera crónica y herida dehiscente infectadas. Tales artículos son importantes para el estudio del caso porque ayuda a valorar, elegir los apósitos idóneos y a determinar las intervenciones adecuadas.

⁶ Rev. Piel. 2001; Num.16:469-71

4.2 PARADIGMAS

A finales del siglo XX, gran parte del trabajo teórico en enfermería se centro en la articulación de relaciones entre cuatro conceptos principales: persona, entorno, salud y enfermería. Debido a que estos cuatro conceptos se pueden superponer en casi cualquier trabajo de enfermería, a veces se conocen como colectivamente como un metaparadigma para enfermería. El término se origina a partir de dos palabras griegas: “meta”, que significa con y “paradigma” que significa modelo.⁷

Se consideran los términos siguientes fundamentales para enfermería:

1. **Persona o paciente**, el receptor de los cuidados de enfermería (incluye a individuos, familias, grupos y comunidades).
2. **Entorno**, es el medio interno y externo que afecta al paciente. Esto incluye a las personas de su entorno físico, como familias, amigos y otras personas influyentes.
3. **Salud**, el grado de estar bien o de bienestar que experimenta el paciente.
4. **Enfermería**, Los atributos, las características y las acciones del personal de enfermería con el fin de proporcionar cuidados para el paciente o junto con este.

Las grandes corrientes del pensamiento, a manera de ver o comprender el mundo, han sido llamadas paradigmas, principalmente por el filósofo Jun (1970) y el físico Capra (1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental, o paradigmas que han influenciado todas las disciplinas.⁸

⁷ Silas, G.J. Historia de la Enfermería. Código oficial de Enfermería de Alicante. España: Agua clara, 1999. pag. 39

⁸ Balan, G. C.. Teorías y modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Antología. México: ENEO. 2009 pag. 63

1. Paradigma de la categorización.

Los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislados o manifestaciones simplificables.⁹

2. Paradigma de la integración.

Prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.¹⁰

3. Paradigma de la transformación.

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, un mundo que lo rodea. Conocido desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento ya está bien situada en todas las esferas del mundo occidental.¹¹

Florencia Nightingale (1859 – 1969) fue la primera en presentar una concepción de la **disciplina enfermera** que ha guiado la práctica, la formación y la gestión de los cuidados enfermeros durante varias generaciones. Esta autora declaró que “la medicina y la cirugía no pueden hacer otra cosa que quitar los obstáculos, ni la una ni la otra curan, solo la naturaleza puede curar, lo que la enfermera hace es colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”.

Los modelos de la escuela de las necesidades han intentado responder a la pregunta: “¿Qué hacen las enfermeras?” (Meleis, 1991). Según estos modelos el cuidado está centrado en la independencia de la persona, en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson, 1964) o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados (Orem, 1991). La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes

⁹ Ibidem, Pag 64

¹⁰ Ibidem, Pag 69

¹¹ Ibidem, Pag 71

posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de su autocuidado.

Escuela de la interacción.

Apareció a finales de los años 50 y principios de los 60. La teoría psicoanalista prevalece en esta época. Hay una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas. Responden a la pregunta: “ ¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo? “ (Meleis 1991). Han centrado su interés sobre los procesos de interacción entre la enfermería y la persona.¹²

Escuela de los efectos deseables.

Responde a la pregunta: “¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen?” Sin ignorar el “que” y el “como”, este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros. Consideran que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en establecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía.¹³

Las enfermeras teorizadoras de esta escuela son: Dorothy Roy, Betty Neuman, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Bety Neuman.

Escuela de la Promoción a la Salud.

Responde a la preguntas ¿Qué hacen las enfermeras? ¿A quien van dirigidos los cuidados enfermeros?

Moyra Allen, postula que la elaboración de una nación es el recurso máspreciado y que los individuos, las familias y las comunidades aspiran a una mejor salud y poseen la motivación necesaria para poder lograrla y el objetivo de los cuidados enfermeros es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje.¹⁴

¹² Ibidem, Pag 89

¹³ Ibidem, Pag 91

¹⁴ Ibidem, Pag 93

Escuela del ser humano unitario.

Responden a la pregunta: “¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?”. Esta escuela se centra en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación.

Martha Rogers (1970), presenta una concepción de la disciplina enfermera que se demarca de otras por su originalidad.

Gracias a esta escuela el ser humano unitario el holismo alcanza todo su significado.

El punto de mira de los cuidados enfermeros se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.¹⁵

Escuela del Caring.

Durante los últimos 20 años el concepto de Caring ha sido el centro de varios escritos en la disciplina enfermera. Leninger (1981), ha mantenido este concepto como la esencia de la disciplina. Benner y Wrubel (1989) sugieren que una práctica enfermera se basa sobre la prioridad del Caring.¹⁶

¹⁵ Ibidem, Pag 95

¹⁶ Ibidem, Pag 98

4.3 TEORIA DE ENFERMERIA SOBRE EL DEFICIT DE AUTOCUIDADO



DOROTHEA E. OREM

Nació en Baltimore, Maryland en 1914. Su padre era un constructor a quien le gustaba pescar. Era la menor de dos hermanas, Orem empezó la carrera de enfermera en la Escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington D.C. donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930.

Sus experiencias tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado, miembro del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Fue directora de la escuela de enfermería de la cual fue egresada.

Orem vivió 8 años (1949 – 1957) en Indiana, trabajando en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado, durante este tiempo desarrollo su definición de la práctica de enfermería (1956).

En 1957, Orem se traslado a Washington, D.C., donde trabajo en la oficina de educación del Departamento de Salud como asesora de programas de estudio. De 1958 a 1960 trabajo en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras, lo que despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta: ¿Cuál es el tema principal de la enfermera? Como respuesta a esta pregunta en 1959 publicó la “Guía para desarrollar la curricula de educación de la práctica de enfermería”. (Orem 1959). Más tarde en ese mismo año Orem

inicio su labor como profesora colaboradora de educación enfermera en la Universidad Católica de América (CUA). Continúo desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado.¹⁷

Orem formulo su concepto de enfermería en relación al autocuidado como parte de un estudio sobre la organización y la administración de los hospitales, estudio que ella llevo a cabo en el Indiana State Departament of Health (Orem, 1956). Este trabajo le permitió formular y expresar su concepto de la enfermería. Adquirió su conocimiento de las características de la práctica enfermera a través de varios años. En el desarrollo de sus ideas y en la validación de sus conclusiones, Orem uso los métodos científico y filosófico.

En 1970, Orem abandono la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora. El primer libro publicado por Orem, en 1971, “Enfermería: Conceptos de la práctica”, a lo cual continuaron otros más. Se jubilo en 1984 y vivió en Savannah, Georgia, donde siguió trabajando el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado, recibió varios títulos de diferentes universidades y academias. Fue nombrada doctora Honoris causa de la Universidad de Missouri en 1998.

Muchos artículos y presentaciones de Orem proporcionan una idea de sus puntos de vista sobre práctica enfermera, formando enfermera y ciencia enfermera.

Buena conocedora de la literatura y del pensamiento enfermero contemporáneos, Orem no recibió la influencia directa de ningún líder en enfermería. Su asociación con muchas enfermeras a lo largo de los años ha aportado numerosas experiencias formativas.

¹⁷ Ibidem, pag. 97

La búsqueda de Dorothea Orem de una mayor comprensión de la naturaleza de la enfermería empezó formalmente en la década de los años 50 y se centro en tres cuestiones:

1. ¿Qué hacen y que deberían hacer las enfermeras como profesionales de la enfermería?
2. ¿Por qué hacen las enfermeras lo que hacen?
3. ¿Cuáles son los resultados de las intervenciones de enfermería?

Orem no dice, que su modelo sea la respuesta concreta a sus preguntas, o sea una panacea para la práctica, simplemente proporciona un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. Es cuestión de cada uno de los profesionales usar este modelo para el propósito con el que se construyo: mejorar los cuidados de enfermería.¹⁸

El modelo de Orem orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad, el déficit de autocuidado. Orem (1991), define los cuatro conceptos del metaparadigma de enfermería de la siguiente manera:

1. **Persona:** Es un todo integral que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente. Es una unidad que posee las capacidades, las aptitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo el autocuidado que puede ser de tres tipos: autocuidado universal, autocuidado asociados a los procesos de crecimiento y desarrollo humano y el autocuidado unido a las desviaciones de salud.

¹⁸ Orem, Dorothea E. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. Savannah, GA. Masson.1991.

2. **Entorno:** representa el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender el autocuidado o sobre su capacidad de ejercerlo. Es también una parte integrante de la persona.

Figura 2. Metaparadigma de Enfermería.



Elaboró: Lic. Diana Cisneros Pitalúa

3. **Salud:** Esta se define como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico, simbólico y social del ser humano.
4. **Cuidados enfermeros:** Representa un servicio especializado centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. Enfermería completa los déficit del autocuidado causados por la diferencia existente entre las exigencias de autocuidado y las actividades realizadas por la persona. El rol de la enfermera consiste en ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a su autocuidado, para esto la enfermera elige un sistema de intervención,

totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia-enseñanza según la voluntad y capacidad de la persona.¹⁹

Orem presenta su modelo del Deficit de Autocuidado como una teoría general, compuesta por tres teorías interrelacionadas que describen:²⁰

- I. **Teoría de autocuidado** (cómo y por qué se cuidan las personas)

- II. **Teoría del déficit de autocuidado** (por qué la enfermería puede ayudar a las demás personas).

- III. **Teoría de sistemas de enfermería** (que relaciones deben de crearse y mantenerse para que exista la enfermería).

¹⁹ Balan, G. C.. Teorías y modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Antología. México: ENEO. 2009 pag. 63

²⁰ Torrер, op.cit. Pag. 272

Figura. 3. Teorías constituyentes de la Teoría del Déficit del autocuidado

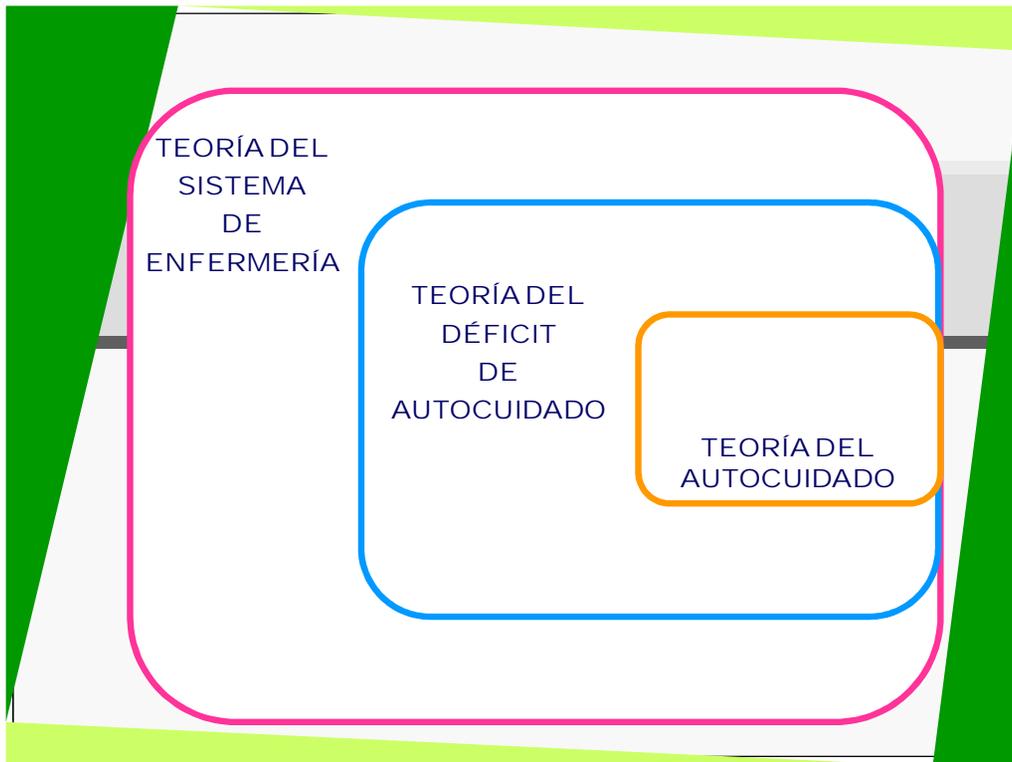


Fig. 1. Teorías constituyentes, la teoría de enfermería del déficit de autocuidado

I. Teoría del autocuidado.

El autocuidado puede considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto de “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en su propio beneficio para

el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (Orem, 1991, pag. 131). Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:²¹

- a. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal
- b. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normal
- c. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones
- d. Prevención de la incapacidad o su compensación
- e. Promoción del bienestar.

Normalmente los adultos cuidan de sí mismos de forma voluntaria, los lactantes, niños, ancianos, enfermos e incapacitados requieren de cuidados completos o ayuda en las actividades de autocuidado y de cuidado dependiente.

El cuidado dependiente es una actividad realizada por adultos responsables para individuos totalmente dependientes, lo cual se desglosa lo siguiente:

- **Agente de autocuidado**, es el proveedor de autocuidado
- **Agente de cuidado dependiente**, es el proveedor de cuidados a un lactante, a un niño o a un adulto dependiente.
- **Agente**, se usa para connotar a la persona que lleva a cabo la acción

Esta teoría tiene elementos periféricos, que son los requisitos de autocuidado(Orem 1991, pag.141), estos se refieren a las acciones o actividades a realizar que son necesarias en la regulación del funcionamiento y desarrollo humano permanente o en condiciones y circunstancias específicas; se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado: universal, del desarrollo y desviación de la salud.

1. **Requisitos de autocuidado universal:** Son ocho requisitos, comunes a todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida, están

²¹ Orem. Op.cit. Pag. 131

asociados con procesos vitales y con el mantenimiento de la integridad de la estructura y el funcionamiento humano.

Estos ocho requisitos representan las clases de acciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantienen la estructura y funcionamientos humanos. Cuando se proporciona de manera efectiva, el autocuidado o el cuidado dependiente organizado alrededor de los requisitos de autocuidado universal, refuerza la salud positiva y el bienestar. Los resultados de la satisfacción de cada uno de ellos contribuyen de manera diferente a la salud y el bienestar.²²

1.1 Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

1.2 Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

1.3 Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Estos tres proporcionan a los individuos materiales requeridos para la producción del metabolismo y la energía.

- a) Tomarlos en la cantidad requerida para el funcionamiento normal, ajustándolos según los factores internos y externos que pueden afectar los requerimientos o, en condiciones de escasez, ajustando su consumo para obtener el más ventajoso retorno al funcionamiento integrado.
- b) Preservar la integridad de las estructuras anatómicas y procesos fisiológicos asociados.
- c) Disfrutar las placenteras experiencias de respirar, beber y comer sin abusos.

1.4 Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

Crea y mantiene las condiciones internas y externas para la regulación de los procesos de eliminación.

²² Ibidem. Pag. 141

- a) Crear y mantener las condiciones internas y externas necesarias para la regulación de los procesos de eliminación.
- b) Manejar los procesos de eliminación (incluyendo la protección de las estructuras y procesos implicados) y la eliminación de los excrementos.
- c) Proporcionar los cuidados higiénicos posteriores de las superficies y partes corporales.
- d) Cuidar del entorno según sea necesario para mantener las condiciones sanitarias.

1.5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. Controla el gasto de energía voluntaria, regula estímulos ambientales y sentido de bienestar.

- a) Seleccionar actividades que estimulen, ocupen y mantengan en equilibrio el movimiento físico, las respuestas afectivas, el esfuerzo intelectual y la interacción social.
- b) Reconocer y atender las manifestaciones de las necesidades de reposo y actividad.
- c) Usar las capacidades, intereses y valores personales, así como las normas culturalmente prescritas como bases para el desarrollo del patrón reposo-actividad.

1.6 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Proporciona condiciones esenciales para los procesos de desarrollo en los que se adquiere conocimiento, se forman valores y expectativas logrando una sensación de seguridad, autonomía personal y pertenencia al grupo.

- a) Mantener la calidad y el equilibrio necesarios para el desarrollo de la autonomía personal y de relaciones sociales perdurables que refuercen el funcionamiento efectivo de los individuos.

- b) Reforzar los lazos de afecto, amor y amistad; manejar efectivamente los impulsos de usar a otros con propósitos egoístas, ignorando su individualidad, su integridad y sus derechos.
- c) Proporcionar las condiciones de calor social e intimidad esenciales para el continuo desarrollo y adaptación. Promover tanto la autonomía personal como la pertenencia al grupo.

1.7 Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. Evita el desarrollo de condiciones que constituyen peligros internos para la vida humana y para el funcionamiento y desarrollo.

- a) Estar alerta ante los tipos de peligros que es posible que ocurran.
- b) Empezar acciones para prevenir los acontecimientos que pueden conducir al desarrollo de situaciones peligrosas.
- c) Apartarse o protegerse uno mismo de las situaciones peligrosas cuando el peligro no puede ser eliminado.
- d) Controlar las situaciones peligrosas para eliminar el peligro para la vida o el bienestar.

1.8 Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal, (Normalidad, se usa en el sentido de lo que es esencialmente humano y lo que está de acuerdo con las características genéticas y constitucionales y los talentos de los individuos.) Contribuyen al mantenimiento de la integridad humana y por lo tanto a la promoción del crecimiento y desarrollo humano.

- a) Desarrollar y mantener un autoconcepto realista.
- b) Empezar acciones para reforzar los desarrollos humanos específicos.

- c) Empezar acciones para mantener y promover la integridad de la estructura humana y funcionamiento de uno mismo.
- d) Identificar y atender las desviaciones de las normas estructurales y funcionales de uno mismo.

Estos ocho requisitos representan las clases de acciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantienen la estructura y funcionamiento humanos, que a su vez apoyan el desarrollo y maduración humanos. Cuando se proporcionan de manera efectiva, el autocuidado o el cuidado dependiente organizado alrededor de los requisitos de autocuidado universal, refuerza la salud positiva y el bienestar.

2. Requisitos de autocuidado del desarrollo.

Se definen como aquellos que tienen por objeto promover mecanismos que ayuden a vivir, madurar y prevenir enfermedades, que perjudiquen dicha maduración (Orem 1991, pag. 147) o a aliviar sus efectos. Hay dos tipos de requisitos del desarrollo.²³

- a) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, durante: los estados intrauterinos de la vida, y el proceso del nacimiento; la etapa de la vida neonatal, ya sea nacido a término o prematuramente, y nacido con peso normal o bajo peso; la infancia; las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada de la edad adulta; las etapas de desarrollo de la edad adulta; el embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

- b) Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que puedan afectar adversamente el desarrollo humano. El cual se divide en

²³ Ibidem. Pag 147

dos: Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones y provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones.

Entre las condiciones se incluyen:

- De privación educacional
- Problemas de adaptación social
- Fracaso de una individualización saludable
- Pérdida de familiares, amigos, asociados
- Pérdida de posesiones, pérdida de la seguridad laboral;
- Cambio brusco de residencia a un entorno desconocido;
- Problemas asociados con la posición;
- Mala salud o incapacidad;
- Condiciones de vida opresiva;
- Enfermedad terminal y muerte inminente

3. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

Estos requisitos existen para las personas que están enfermas o lesionadas, que tienen formas específicas de patología, incluyendo defectos e incapacidades y que están bajo diagnóstico y tratamiento médico. Los cambios obvios en la estructura humana, en el funcionamiento físico ó en la conducta y hábitos de la vida diaria centran la atención de la persona en si misma.²⁴

²⁴ Ibidem. Pag 148

II. Teoría del déficit de autocuidado.

La teoría del déficit del autocuidado tiene su origen en la finalidad propia de la enfermería, a saber, los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionadas con ella, para ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente.²⁵

Los déficit de autocuidado son una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hacen para el autocuidado o para el cuidado de los niños ó adultos que dependen de ellos (Orem 1991, pag. 81). El déficit debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen.

La evidencia de desviación de la salud conduce a **demandas** para determinar lo que debería hacerse.

Cuando un cambio en el estado de salud comporta una dependencia de otros para las necesidades del mantenimiento de la vida o del bienestar, la persona pasa de la posición de **agente de autocuidado** a **receptor de autocuidado**.

El termino de déficit de autocuidado se refiere a la relación entre las relaciones que los individuos deberían llevar a cabo (**demandas de autocuidado terapéutico**) y las capacidades de acción de los individuos para el cuidado o el cuidado dependiente (**agencia de autocuidado**), donde las capacidades de autocuidado, debido a las limitaciones existentes, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico.

Demanda de autocuidado terapéutico. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado, durante un cierto tiempo para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y

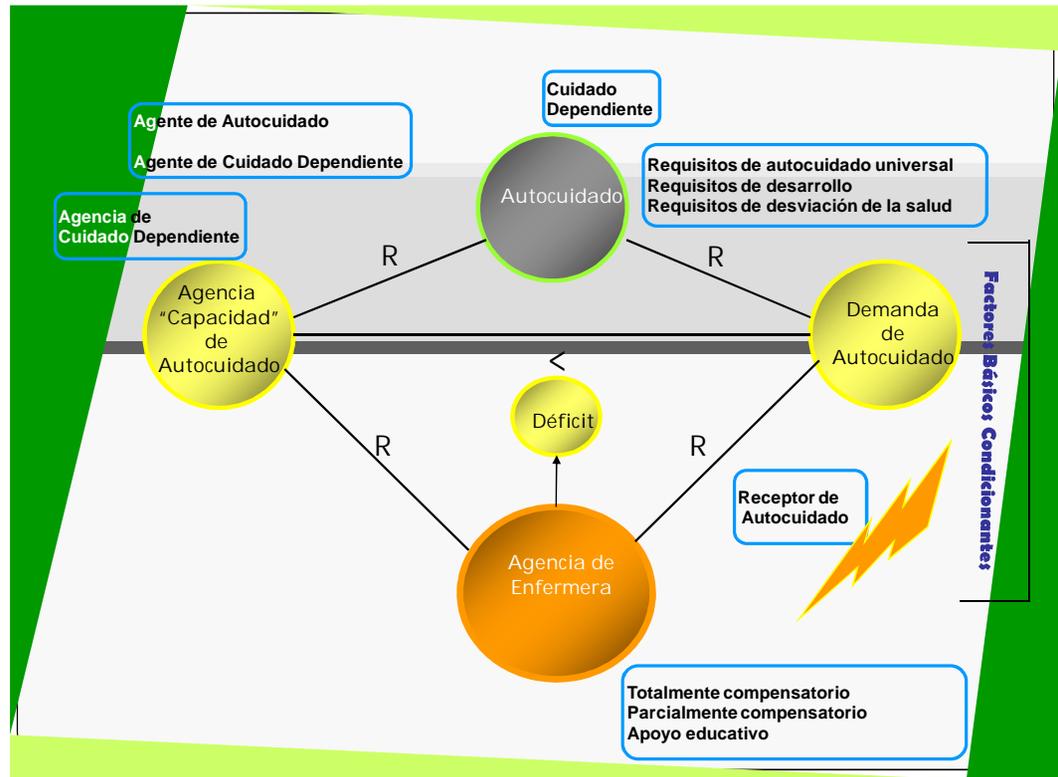
²⁵ Cavanagh S. J. Modelo de Orem, Aplicación a la Práctica. Barcelona: Masson. 1993. Pag.12

circunstancias. Contempla la totalidad de los requisitos de autocuidado e identifica los métodos y los recursos de acción que llevan a una respuesta terapéutica.

Agencia de autocuidado. Es la compleja capacidad que permite a los adultos y a adolescentes en proceso de maduración, discernir sobre los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado), tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente para realizar las actividades de cuidados determinados para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

Agencia de cuidado dependiente. Capacidad desarrollada por los adultos responsables (Orem 1991, pag. 196) para satisfacer algunos o todos los requisitos de autocuidado de las personas que tienen limitaciones de la agencia de autocuidado derivadas o relacionadas con la salud.

Figura. 4. Marco conceptual para la enfermería. R, relación; < déficit de la relación, actual o potencial.



Orem, Dorothea E. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica.

Savannah, GA. Masson.1991. ²⁶

III. Teoría del Sistema de Enfermería

Un sistema es algo construido mediante las acciones de las enfermeras (**cuidados**) y de sus pacientes (**autocuidado**). Establece lo que hacen las enfermeras cuando cuidan a otros. Dentro del contexto de su relación interpersonal y contractual con personas con déficit derivados de su salud o asociados con ella para la producción de cuidados continuados, efectivos y completos para sí mismas o para las personas que dependen de ellas a fin

²⁶ Orem. Op.cit. Pag 71

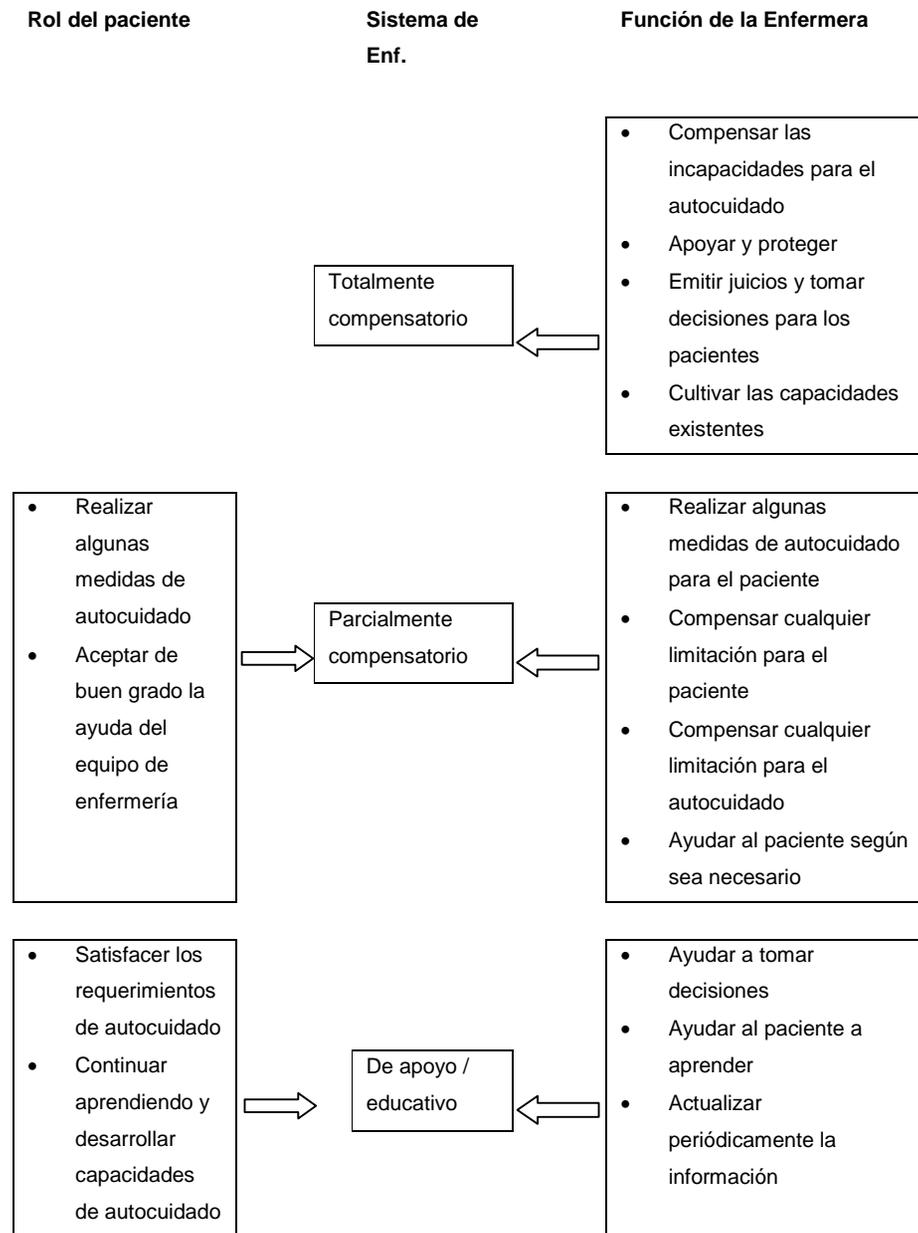
de asegurar que las demandas de autocuidado terapéutica son conocidas y satisfechas.²⁷

Agencia de enfermería: Ejercicio deliberado de las capacidades especializadas de enfermería para las personas con déficit de autocuidado derivado de la salud o asociados a la misma y para ayudar a las personas con déficit de autocuidado derivados de la salud o asociados a la misma y para ayudar a las personas con déficit de cuidado dependiente a satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o el ejercicio de la agencia de autocuidado. El sistema de enfermería se va a activar siempre y cuando exista déficit en la agencia de autocuidado, o sea, cuando los clientes no puedan controlar su salud, desarrollo y déficit terapéutico de autocuidado, requieren atención de enfermería. Se han identificado tres tipos de sistemas de enfermería (Orem, 1991, pag.321):

- 1. Totalmente compensatorio**, cuando la enfermera esta compensando una incapacidad total del paciente para realizar actividades de autocuidado.
- 2. Parcialmente compensatorio**, tanto la enfermera como el paciente realizan medidas de asistencia.
- 3. De apoyo educativo**, para aquellas situaciones en que el paciente es capaz de realizar o puede o debe aprender a realizar las medidas de autocuidado terapéutico.

²⁷ Ibidem. Pag 316

Figura 5. Sistema de Enfermería



Alan, G. C.. Teorías y modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Antología. México: ENEO . 2009 pag.²⁸

²⁸ Balan. Op.cit. Pag 258

4.4 FACTORES BASICOS CONDICIONANTES

Orem define a la **salud** como un estado de totalidad o integridad del ser humano individual, sus partes y sus formas de funcionamiento, se espera que los clientes sean agentes responsables de su propio autocuidado. Pero el objetivo de dirigir al cliente hacia el cuidado independiente, está condicionado por algunos factores, llamados **factores básicos condicionantes**, esto es, los factores internos o externos a los individuos que afectan al tipo o cantidad de autocuidado requeridos, condicionan de diversa manera las demandas de autocuidado terapéutico y determinan cuales son las conductas del individuo ante la salud y la enfermedad.

Se han identificado diez factores básicos condicionantes que son:²⁹

- 1) Edad.
- 2) Sexo.
- 3) Estado de desarrollo.
- 4) estado de salud.
- 5) Orientación sociocultural.
- 6) Factores del sistema de cuidados de salud (por ejemplo, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento).
- 7) Factores del sistema familiar.
- 8) Patrón de vida.
- 9) Factores ambientales.
- 10) Disponibilidad y adecuación de los recursos

²⁹ Orem. Op.cit. Pag. 264

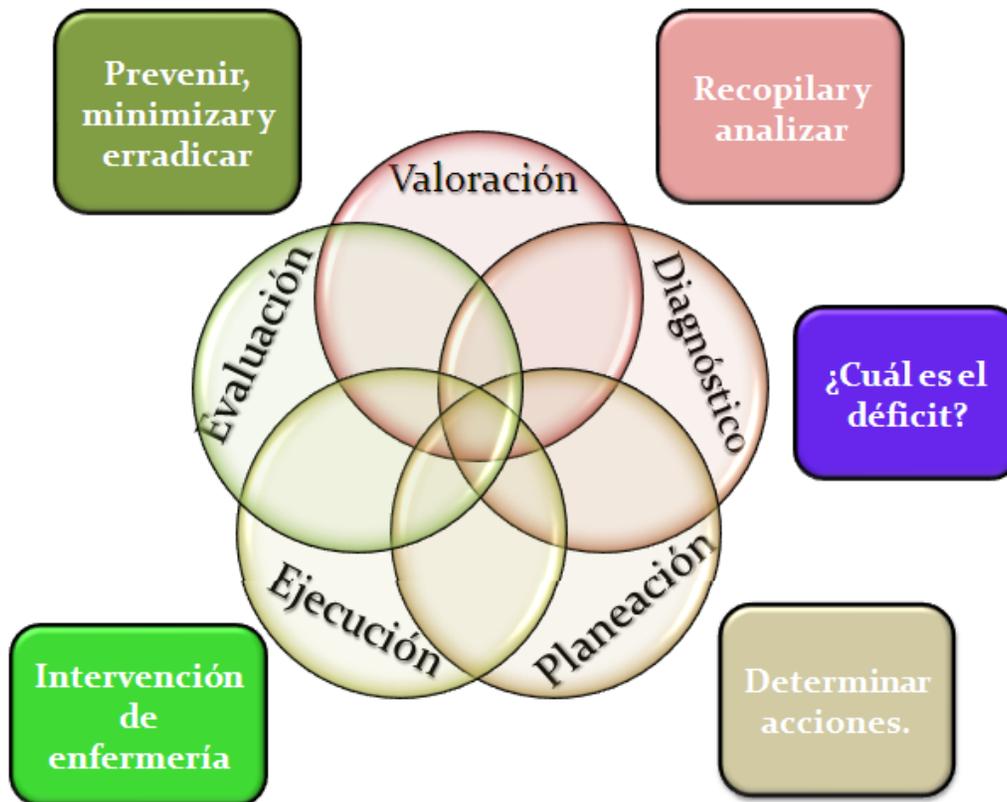
El término de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana, los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras. La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o totalmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ello.

4.5 PROCESO ENFERMERO

Para cumplir sus cometidos fundamentales, la enfermería práctica requiere la concepción y aplicación de un modelo o método a partir del cual se puedan estructurar de una manera eficaz todas las intervenciones, desde el primer contacto con el paciente hasta la finalización de las actividades encuadradas dentro de su ámbito de responsabilidades.

Figura 6. Proceso Enfermero



Elaboró: Lic. Diana Cisneros Pitalúa.

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados humanísticos, centrados en objetivos eficaces. Impulsa al personal enfermero a examinar continuamente lo que hacen y a plantear como pueden mejorarlo.³⁰

Para la correcta aplicación del Proceso Enfermero se ha de considerar el Modelo Teórico elegido como marco conceptual, éste fundamentará toda la situación que rodea a la intervención enfermera en cada una de las fases del proceso. La finalidad de este es la: conservación y progreso de la salud de las personas mediante acciones organizadas, consiguiendo la calidad en los cuidados y calidad de vida.³¹

Objetivos del Proceso Enfermero:

- Establecer una base de datos.
- Identificar las necesidades de los pacientes.
- Determinar: Las prioridades de los cuidados.
- Poner en práctica los objetivos.
- Evaluar los resultados esperados.
- Establecer un plan de cuidados programando las actividades de enfermería.
- Determinar la eficacia con respecto a los resultados esperados.
- Proporciona un cuidado individualizado.
- Coordina los cuidados de enfermería. Fomentando la continuidad de los mismos.
- Permite a cualquier miembro del equipo identificar las acciones que se deben prestar.
- Facilita el registro, organizando la información intercambiada por los profesionales.
- Permite identificar y coordinar los recursos utilizados, proporcionando datos que facilitan la previsión y el control de gastos.
- Permite adaptarse a las necesidades del “alta” del paciente.
- Reduce la estancia media del paciente (hospital) al disponer de un registro temporalizado.
- Ayuda al profesional de enfermería a determinar si los objetivos de la atención se han alcanzado.

³⁰ Alfaro Rosalinda. Aplicación del proceso enfermero. Editorial Elsevier-Masson 2007. Pag. 4

³¹ Ibidem, pag. 5

Ventajas del Proceso Enfermero con respecto al paciente.

- Permite dar cuidados integrales de forma individual y continua asegurando la calidad de cuidados.
- El plan de cuidados está centrado en las 'respuestas humanas' y no en tratar a la enfermedad.
- Fomenta el establecimiento de objetivos comunes.
- Estimula la participación del paciente a participar en las decisiones relativas al cuidado de su propia salud.
- Evita la reiteración de información del paciente a cada enfermero/a.
- Logra una continuidad de los cuidados.

Ventajas del Proceso Enfermero para el equipo de enfermería.

- Constituye un instrumento para evaluar continuamente la calidad del proceso.
- Permite realizar las actividades de forma eficaz y eficiente y dirigido a los objetivos planteados.
- Hace posible la investigación en enfermería.
- Facilita la comunicación entre profesionales de enfermería.
- Permite trabajar de forma ordenada y con los mismos criterios.
- Racionaliza el tiempo, el trabajo y los recursos.
- Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución de los resultados.
- Coordina los esfuerzos de todo el equipo de enfermería.
- Previene de acciones legales.

Características del Proceso Enfermero.³²

- Dinámica, responde a los continuos cambios de salud de las personas
- Interactivo, participación activa de la persona
- Flexible, puede utilizarse en cualquier campo profesional de la enfermería
- Base Teórica, según modelo elegido

³² Ibidem. Pag. 4

- Finalidad. Conseguir cuidados de 'calidad' dirigidos al paciente, familia o comunidad.
- Universal. Pues se adapta a todos los campos de enfermería.
- Sistemático. Parte de un planteamiento programado para alcanzar los objetivos.
- Individual. Porque permite prestar cuidados individualizados centrándose en la persona y no en la tarea.
- Interpersonal. El proceso exige que el personal de enfermería se comunica directa e individualmente con el paciente.
- Continuo. Porque exige una evaluación y modificación continúa de forma sistemática del proceso dependiendo de toda la información que conforma en todo el día.

Organización

El proceso de enfermería está organizado en cinco fases identificables:³³

- Valoración
- Diagnostico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación.

I. Valoración

La 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 del cliente.³⁴

³³ Ibidem. Pag. 5

³⁴ Manual de la Enfermería. Editorial, Grupo Oceano/Centrum 2003. Pag. 4

Hay 2 tipos de valoración:

1. Inicial o Primaria.

Es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (1ª vez que contactamos con el paciente). Nos permite recoger datos generales. Facilita la ejecución de las intervenciones.

2. Continua o focalizada.

Se realiza de forma progresiva durante toda la atención, recoge datos a medida que se producen los cambios, para contribuir a realizar revisiones y actuaciones del plan.

Fases de Valoración.

1. Recogida u obtención de datos.
2. Validar los datos.
3. Organizar los datos.
4. Identificarlos con un modelo dado.

1. Recogida de datos.

Es la recopilación de forma sistemática y continua de toda la información disponible que se obtiene de un paciente.³⁵

Fuentes de datos:

Primaria, obtenidos del paciente, que es la fuente principal.

Secundaria:

- Personas (familia, otros enfermeros)
- Registros (análisis, etc.)
- Publicaciones (lo que aparezca nuevo de esa enfermedad)

³⁵ Alfaro, op cit, pag 36

Tipos de datos:

Dependiendo de quién aporta el dato, pueden ser:

Subjetivos (síntomas o datos recubiertos): Son los transmitidos por el paciente y solo él puede describirlos. (Dolor de cabeza, prurito)

Objetivos (signos o datos manifiestos): Son los datos que se observan o verifican realizada por la persona que recoge los datos. (Eritema o vesículas).

Dependiendo del momento del dato, pueden ser:

Actual: Es la información que se obtiene de acontecimientos de ese momento.

Histórico: Es la información de acontecimientos que han tenido lugar en el pasado.

Dependiendo de la duración, pueden ser:

Variable: Es la información que presenta modificaciones en distintos momentos.

Constante: Es la información que no presenta cambios.

Métodos de recogida de datos.

Por medio del método de observación, entrevista clínica y examen físico.³⁶

A) Observación.

Es un método sistemático de recogida de datos que consiste en el uso de los sentidos, con el fin de obtener información sobre el paciente, familia y su entorno, así como la interrelación entre estas tres variables.

Se recogen datos objetivos.

³⁶ Carpenito, L.J. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ª. Ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, 2004.

B) Entrevista Clínica.

Es la recogida de información a través de una conversación planificada y con unos objetivos determinados. Obtenemos datos subjetivos. Es la historia de enfermería.

Fines de la entrevista.

- Proporciona información específica (necesaria para el diagnóstico de enfermería)
- Facilita la relación enfermera-paciente.
- Permite al paciente: Recibir información y participar en la identificación de sus problemas y fijación de objetivos.
- Ayuda a identificar áreas de sus problemas y fijación de objetivos.³⁷

C) Exploración Física.

Es un examen exhaustivo y sistemático que se centra en:

Definir aún más la respuesta del paciente ante la enfermedad.

Obtener datos para establecer comparaciones.

Confirmar los datos subjetivos obtenidos en la entrevista.

Técnicas de Exploración:

- a) Inspección.
- b) Palpación.
- c) Percusión.
- d) Auscultación

a) Inspección.

Es la exploración visual del paciente para determinar respuestas normales o anormales.

³⁷ Alfaro, op cit, pag. 57

Debe hacerse de forma sistemática y activa para no dejar nada sin inspeccionar.

Define características como: tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

b) Palpación.

Es la utilización del tacto para determinar las características de las estructuras del organismo.

Permite evaluar: tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, vibración, distensión, pulsos, sensibilidad o dolor y movilidad.

Profunda.

Se utiliza generalmente para explorar abdomen y localizar masas no habituales y también para localizar órganos y su tamaño. Puede hacerse de forma bimanual o con una sola mano.

Bimanual.

Se extiende la mano dominante en la misma posición, para la palpación suave colocándola en la zona a explorar. Esta mano es el “sensor” porque percibe las palpaciones.

c) Percusión.

Obtiene el resultado al golpear una superficie corporal con los dedos para producir un sonido. Esta técnica permite determinar el tamaño y la forma de los órganos internos mediante el establecimiento de sus bordes y nos indica si un tejido u órgano se encuentre lleno de aire, líquido, etc.

La percusión puede ser directa, indirecta y puño-percusión.³⁸

Directa:

Cuando se golpea o percute la superficie del cuerpo directamente con 1 o más dedos de la mano. Se suele usar para ver el borde cardiaco (se usa poco).

³⁸ Alfaro, op cit, pag. 58

Indirecta (digito-digital):

Es la técnica que se realiza con mayor frecuencia

Puño-percusión:

Se hace con una o con 2 manos. La de las 2 manos:

1º Una mano se coloca en posición plana (mano no dominante) y colocarla sobre la superficie corporal que queremos percutir.

2º Con el puño cerrado de la mano contraria realizamos golpes sobre el dorso de la mano que está apoyada en el cuerpo del paciente.

Diferentes sonidos de la percusión.

Los sonidos en la percusión describen de acuerdo con su intensidad, grado, duración y calidad. Nos dan sonidos:

Mate, que tienen baja intensidad, tono brusco, duración media y sonido sordo. (En los huesos)

Resonante, En que la intensidad es media, tono grave, duración larga y sonido hueco y claro. (Cuando se hace en pulmones o vejiga llena de orina).

Timpánico, tiene una intensidad alta, tono alto y agudo, duración moderada y sonido musical. (En los carrillos, vientre hinchado de gases).

d) Auscultación.

Consiste en escuchar el ruido producido por los órganos del cuerpo.

Puede hacerse de forma:

Directa, oído.

Indirecta, estetoscopio o fonendoscopio.

Características de los ruidos:

Frecuencia. Obtenemos el número de vibraciones por segundo.

Intensidad o tono. Amplitud del volumen.

Duración. Sonido tiene una longitud larga y corta.

Calidad. Descripción “subjetiva” de un ruido.

2. Validar los datos.

Asegura la valoración. Se logra validar:

- b) Confirmar por medio de un resumen los datos subjetivos.
- c) Comparar datos con distintas fuentes.
- d) Anotar cualquier corrección o adición.
- e) Determinaciones antropométricas (Estándar medidas corporales altura, peso)

3. Organizar los datos.

- a) Agrupar todos los datos comunes o relacionados (“Racimos”).
- b) Utilizar un método sistemático “Historia de Enfermería” con diferentes marcos que guían la recogida de datos y su clasificación.

En su defecto hacemos un proceso de “Barrido” (cuando hay prisa, ahondar en lo importante).

II. DIAGNÓSTICO.

Es un juicio clínico establecido en función de las respuestas (humano, familia y comunidad) ante procesos reales o potenciales. El enfermero proporciona la base para la selección de actuaciones, de cuyos resultados es responsable el profesional de enfermería. (NANDA/90, CARPENITO, L/93)³⁹

Problema de salud real. Es lo que el paciente percibe o experimenta.

³⁹ Carpenito, L.J. Diagnósticos de Enfermería: Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª Ed. Madrid: MCGraw-Hill-Interamericana de España, 2003.

Problema de salud potencial. Es el que la enfermera considera que el paciente tiene más posibilidades de desarrollar.

Fases o proceso diagnóstico de enfermería.

- 1) Analizar e interpretar los datos: confirmar y agrupar los datos.
- 2) Identificar las necesidades o problemas del paciente.
- 3) Formulación del diagnóstico de enfermería.
- 4) Validar el diagnóstico.

1. Identificación del problema.

Incluye:

Valorar los “criterios” que nos indican que están fuera de las normas de salud.

Determinar cuáles son los problemas de salud, reales o potenciales.

Realizar una “conclusión razonada”, sobre las respuestas del paciente.
Diagnóstico Enfermero.

2. Formular el diagnóstico de enfermería.

El enfermero es responsable de “tratar” o atender 2 tipos de juicios clínicos o diagnósticos enfermeros.

Diagnósticos enfermeros.

A. Real.

B. Alto Riesgo.

C. Potencial.

D. Bienestar. (no se utiliza)

Problemas interdisciplinarios.

A. Diagnóstico Real.

Es el que describe un estado que está presente, que existe, validado por signos y síntomas “mayores”.

Enunciado en 3 partes:

Problema: con categoría o etiqueta diagnóstica. (Ej. Estreñimiento)

Relacionado con (R/C): son factores causales o contribuyentes. (Causa)

Manifestado por (M/P): son signos y síntomas. (Nos indica que está estreñado)

B. Diagnóstico de Alto Riesgo.

Describe que una persona es más vulnerable que otra (desarrollar el problema) en una situación similar. (Hay factores reales)

Validado por los factores contribuyentes. (Riesgo)

Enunciado en 2 partes:

Problema: categoría diagnóstica (Alto riesgo lesión, infección, etc.)

R/C:

Etiología (causa):

C. Diagnósticos Potenciales.

Describe un problema que la enfermera sospecha que puede estar presente pero que requiere una recogida de datos, adicional, para descartar o confirmar su presencia. (No hay unos factores reales).⁴⁰

Enunciado en 2 partes:

Problema: categoría diagnóstica.

R/C:

Etiología (causa):

D. Diagnóstico de Bienestar.

Es un juicio clínico sobre una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel de bienestar hasta un nivel máximo de bienestar.

⁴⁰ Alfaro, op cit, pag 117

Está en declive (sólo se usa en la cultura norteamericana, no se aplica en Europa)

Enunciado en 1 parte:

“Potencial para favorecer” (Ejemplos: Si quieres ser padre, en el diagnóstico se usa potencial para favorecer ser padre. Yo estoy bien y quiero estar mejor, y tengo potencial para favorecer la comodidad modificando el entorno).

Problemas interdisciplinarios.

Describe un problema potencial o real que puede aparecer como complicación fisiológica. Relacionados con:

Enfermedades primarias: enfermedad base (enfermedad secundaria: se produce después).

Pruebas diagnósticas.

Tratamientos médicos o quirúrgicos.

Enunciado en 1 parte:

“Complicación”: Cuando el problema es real.

“Complicación potencial”: El problema es potencial y puede ocurrir. (Es como el alto riesgo).

Componentes de la Categoría Diagnóstica.

1 – Etiqueta.

Descripción concisa del problema, real o potencial de salud, de la persona, familia o comunidad.

2 – Definición.

Define el significado de la etiqueta y diferencia cuando es una etiqueta o cuando es otra (etiqueta).

3 – Características definitorias.

Son los criterios que validan la presencia de una etiqueta.

4 – Factores relacionados o etiológicos.

Son situaciones clínicas y personales que pueden modificar el estado de salud o influir en el desarrollo del problema. Puede ser por causas:

- Fisiopatológicas.
- Relacionadas con el tratamiento.
- Circunstanciales.
- Desarrollo o madurez.

3. Validar el diagnóstico.

Tener una base de datos amplia que refleje la situación actual.

Poder identificar un patrón.

Ser compatible la definición de la respuesta humana, que he seleccionado con el patrón etiquetado.

Coincidir los datos de valoración con las características definitorias del “diagnóstico” que he seleccionado.

PAUTAS A TENER EN CUENTA PARA REDACTAR UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

1. Escribir el diagnóstico en términos de respuesta del paciente, no de las necesidades.
2. Redactar el diagnóstico enfermero en términos legalmente aconsejables. (El diagnóstico enfermero tiene que reflejar la realidad pero no debemos cometer un error por la inexperiencia de los términos, definir bien la causa o factor).
3. Redactar el diagnóstico de enfermería sin un juicio de valor.
4. No invertir el enunciado del diagnóstico (primero etiqueta y luego “Relacionado con”, primero respuesta humana y segundo causa).
5. Asegurar que los elementos del enunciado no digan la misma cosa.
6. Excluir o no utilizar diagnósticos médicos en el diagnóstico enfermería y en la causa.
7. Expresar el factor relacionado de forma que pueda ser modificado. (Ej.: Modificar la respuesta humana con respecto a la pérdida de la pareja, situación adaptativa a la nueva experiencia).

III. PLANIFICACIÓN. Consiste en elaborar un plan de acción con el fin de prevenir, reducir o solucionar los problemas de salud identificados en el paciente.⁴¹

Fases.

- 1) Determinar prioridades.
- 2) Establecer objetivos y resultados esperados.
- 3) Diseñar las actuaciones de enfermería.
- 4) Redactar el plan de cuidados de enfermería.

1º Determinar las prioridades.

(M. Gordon en el 87). Estableció 3 grupos de prioridad:

* Altas: Son aquellos diagnósticos de enfermería que si no se tratan pueden ser perjudiciales para el paciente o para el equipo. (Alto riesgo o potenciales)

* Intermedias: Se agrupan los diagnósticos no urgentes, pero que amenazan la vida. (Complicaciones potenciales).

* Bajas: Son los diagnósticos que pueden no estar directamente relacionados con su enfermedad o pronóstico, pero que pueden afectar a su futuro bienestar.

2º Establecer objetivos y resultados esperados.

Objetivo del paciente: Es un resultado deseado, en la conducta del paciente dirigido a la salud.⁴²

Resultado: Es lo que se consigue con una actividad o varias.

⁴¹ Alfaro. Op.cit. Pag. 124

⁴² Alfaro, Op cit, pag 132

Tipos de objetivos.

Objetivo a corto plazo (máximo 1 semana)

1º Teniendo en cuenta el tiempo:

Objetivo a largo plazo (meses, incluso años, pacientes crónicos, rehabilitación)

2º Área que cubre para evaluar los cuidados.

Objetivos específicos: Aquel que evalúa un área concreta de un plan de cuidados.

Objetivos generales: Aquel que la acción y tiempo que pongamos cubrimos todo el plan de cuidados. Prevención, educación, investigación,...

Normas (pautas) para enunciar los objetivos y los resultados esperados.

- 1 – El objetivo tiene que estar relacionado con la respuesta humana.
- 2 – Debe estar centrado siempre en el paciente. Objetivos del plan.
- 3 – Contener una sola acción. Cada diagnóstico tiene que tener un objetivo.
- 4 – Deben estar limitados en un tiempo para conseguir el objetivo.
- 5 – Ser claros y concisos.
- 6 – Ser realistas.
- 7 – Estar de mutuo acuerdo entre paciente y enfermera.
- 8 – Deben ser compatibles con otras terapias.

Componentes de la formulación del objetivo.

Sujeto + Verbo + Criterio de actuación (criterio de evaluación) + Condiciones (si precisa) +Tiempo⁴³

Sujeto:

Quién debe realizar la acción (persona o grupo).

Verbo:

Es la acción que la persona o grupo debe realizar. La acción debe registrarse en futuro y tienen que ser verbos que impliquen conductas.

⁴³ Ibidem, pag 133

Condiciones:

Se añaden al verbo para explicar las circunstancias en las que se va a desarrollar la conducta (acción). Explican: Qué, Cómo, Dónde, Cuándo.

No es imprescindible se añade para evaluar lo que queremos conseguir. ¿Qué queremos lograr? ¿Cómo lo queremos hacer?, etc.

Temporalización:

El tiempo en que se tiene que lograr el objetivo.

3º Diseñar las actuaciones de enfermería.**A) Tipos de intervenciones.**

Independientes.

Interdependientes.

Dependientes.

La selección dependerá de las necesidades del paciente y las prioridades.

Además se pueden basar en:

- Protocolos.
- Órdenes permanentes.

B) Consultar con otros profesionales sanitarios.

Buscar la ayuda de un especialista para buscar la forma de manejar los problemas.

Aprovechar los recursos disponibles.

4º Redactar el plan de cuidados de enfermería.

El plan de cuidados es el resultado de la planificación.

Es una norma escrita que organiza la información.

Las órdenes de enfermería deben incluir:

Fecha. En que se escribe el plan y cada vez que se revisa.

Diagnósticos.

Objetivos.

Intervenciones. Indica quien tiene que hacer la acción, que es lo que tiene que hacer, cómo, dónde, cuándo y con qué frecuencia. La acción siempre en infinitivo.

Firma.

IV. EJECUCIÓN.

Constituye el proceso de “puesta en marcha” del plan de cuidados donde la enfermera, el paciente o la familia llevan a cabo las actividades planificadas.⁴⁴

Pasos:

1º Preparación.

2º Ejecución.

3º Documentación (registro).

1º Preparación.

Esta fase exige que el profesional de enfermería se prepare para el comienzo de la intervención. Esto asegura la eficacia.

Para ello:

Analizar el plan.

Organizar los recursos.

Prever las complicaciones

Analizar los conocimientos y las destrezas.

2º Intervención o ejecución.

Esta fase es el eje principal del proceso de enfermería.

⁴⁴ Atkinson. Op.cit. Pag 83

Una vez completado los pasos de la preparación se elige la “categoría de intervención” necesarias para que se logren los objetivos y que cada diagnóstico se resuelva.

3º Documentación.

Anotar en el plan de cuidados las actividades hechas o no, especificando porque no lo hemos hecho: fecha, turno, firma, balance.

V. EVALUACIÓN.

Es un proceso sistemático y continuo mediante el cual se detecta si se han alcanzado los resultados establecidos en los objetivos y al mismo tiempo nos indica si las actividades deben modificarse.⁴⁵

Fases Evaluación.

1º Identificar los criterios de evaluación.

Los criterios de evaluación tienen 2 propósitos:

Orientan la clase de datos de evaluación que se necesita recoger.

Proporcionan un estándar para evaluar los datos.

2º Recoger datos.

De forma que se obtengan conclusiones del grado de cumplimiento de los objetivos.

3º Emitir un juicio sobre el logro de los objetivos.

Después de recopilar datos y compararlos con los resultados la enfermera emite un juicio.

Puede presentarse: Objetivo logrado y objetivo no logrado.

⁴⁵ Alfaro. Op.cit. Pag. 190

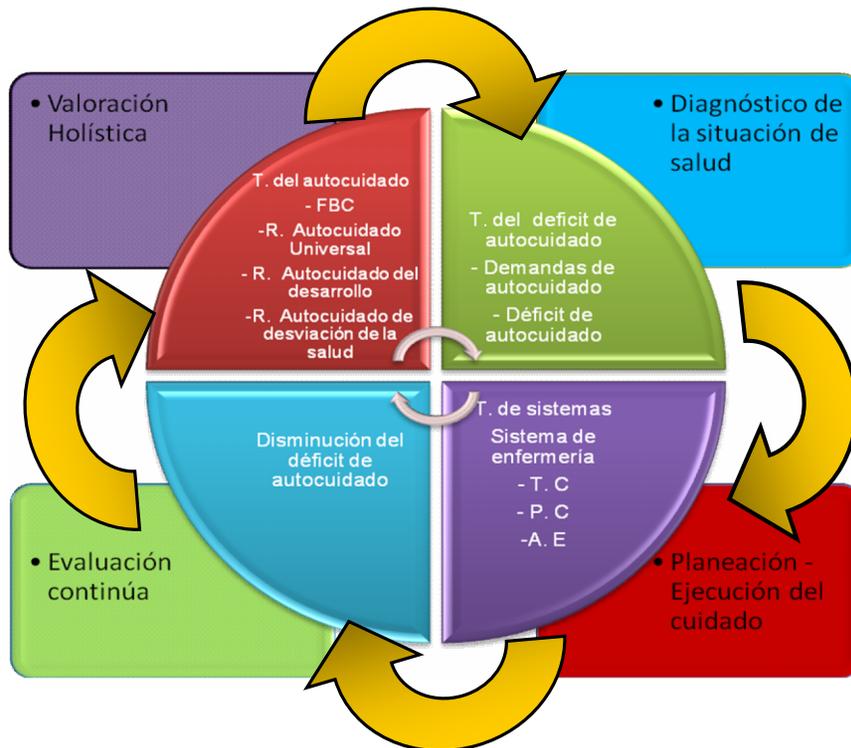
4º Revisar el plan de cuidados.

- 1) Si se resolvió el diagnóstico, se cancela el diagnóstico. (Conforme a las normas del registro).
- 2) Si no se resolvió el diagnóstico continuar con las actividades o revisar tiempo.

4.6 RELACION DEL PROCESO ENFERMERO Y LA TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO.

Para la correcta aplicación del Proceso Enfermero se ha considerado la Teoría del Déficit del Autocuidado como marco conceptual, éste fundamentará toda la situación que rodea a las intervenciones en cada una de las fases del proceso. La finalidad de este es la conservación y progreso de la salud de las personas mediante acciones organizadas, consiguiendo la calidad en los cuidados y calidad de vida.

Figura 7. Relación del Proceso Enfermero y la Teoría del Déficit de Autocuidado



Elaboro: Lic. Diana Cisneros Pitalúa

El proceso enfermero desde la perspectiva de la Teoría del Déficit de Autocuidado, permite visualizarlos de la siguiente manera:

1. La valoración se sustenta en la teoría de autocuidado, refiriéndose a las acciones o actividades a realizar que son necesarias en la regulación del funcionamiento y desarrollo humano permanente o en condiciones y circunstancias específicas, que permite la identificación de las capacidades de autocuidado, valorando cuatro aspectos:
 - Factores básicos condicionantes
 - Requisitos de autocuidado universal
 - Requisitos de autocuidado de desarrollo
 - Requisitos de autocuidado de desviación de la salud
2. El Diagnóstico se sustenta en la teoría del déficit de autocuidado, una vez valoradas las capacidades de autocuidado, en donde se determinan las demandas de autocuidado terapéutico y se establecen los déficits de autocuidado.
3. La planeación-ejecución, se sustenta en la teoría de sistemas de enfermería, una vez identificados los déficits, se activa el sistema de enfermería correspondiente:
 - Totalmente compensatorio
 - Parcialmente compensatorio
 - Apoyo educativo
4. La evaluación continua nos asegura que el proceso enfermero es efectivo y dinámico, en el cual se dirigen, controlan y evalúan todos los aspectos del proceso con el fin de disminuir el déficit de autocuidado.

Estos procesos y etapas, aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionados y son ininterrumpidos, puesto que implica una actuación constante a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente no solo desde

una dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica cultural y espiritual.

4.7 DAÑOS A LA SALUD

LEUCEMIA AGUDA LINFOBLASTICA

Las leucemias agudas son los padecimientos malignos más comunes en la población pediátrica, tanto en México como en el resto del mundo; lo que significa 35% de todas las enfermedades malignas de la infancia.

Se ha documentado que su incidencia es de tres casos nuevos en menores de 15 años por cada 100000 habitantes por año. De este grupo de enfermedades la leucemia aguda linfoblástica (LAL) representa el 75% de todas las leucemias.

Aun cuando en las LAL su causa desconoce, se han identificado factores predisponentes, como lo son las alteraciones genéticas, incluyendo síndromes con rompimiento cromosómico, condicionan o precipitan este grupo de enfermedades.

Definición de LAL. Es el grupo de enfermedades malignas más frecuentes en pediatría, de causa desconocida, que se originan en la medula ósea y que repercuten en toda la economía del hospedador, produciendo una serie muy amplia de manifestaciones clínicas con una tasa de curación en promedio del 75%, siempre y cuando el diagnóstico sea oportuno y el tratamiento se lleve a cabo por especialistas con experiencia en la materia.

Se ha documentado que la exposición del padre a estas sustancias puede eventualmente condicionar en su hijo este tipo de enfermedades. Probablemente se presente por la ropa utilizada en el trabajo o bien por la contaminación de la piel del progenitor.

Manifestaciones clínicas.

Manifestaciones clínicas de LAL:

- Hepatoesplenomegalia
- Esplenomegalia
- Fiebre
- Adenopatías
- Hemorragia
- Dolor óseo

Conceptos de laboratorio

La sospecha clínica de una LAL se debe establecer inicialmente en bases clínicas, pero es indispensable una evaluación integral del paciente desde el punto de vista de laboratorio y gabinete. Al efectuar desde el principio una biometría hemática, la cual puede indicar la sospecha de este grupo de padecimientos, la presencia de blastos en sangre periférica revela que hay una leucemia hasta no probarse lo contrario. Ante esta circunstancia el diagnóstico definitivo es la aspiración de medula ósea además de una serie de estudios necesarios para la integración diagnóstica correcta. Esta última prueba es la regla de oro para el establecimiento definitivo del diagnóstico de LAL.

El diagnóstico se sospecha por los datos de la historia clínica y la exploración física detallada teniendo en cuenta no solo la afección del sistema reticuloendotelial, sino también la posibilidad de alteración a las gónadas en los varones y al SNC, el cual se valora mediante un estudio neurológico detallado que incluya fondo de ojo y la posible rigidez de nuca.⁴⁶

⁴⁶ Roberto Rivera Luna. Rutas críticas en la evaluación y tratamiento de los niños con cáncer. Editorial, editores de textos mexicanos, México 2009

Factores de riesgo.

- Muy alto riesgo, leucocitos mayores a 100 000/mm³, edad menos a 1 año.
- Alto riesgo, leucocitos 50 - 100 000 mm³, edad entre 1 a 10 años, inmunofenotipo T y/o hipodiploidia.
- Riesgo estándar (habitual), leucocitos menor 50 000 mm³ y/o edad entre 1 a 10 años, inmunofenotipo pre B, hiperdiploidia.
- Bajo riesgo.

Tratamiento

Basados en los factores pronósticos, la experiencia señala la necesidad de dividir las leucemias en cuatro categorías:

- Pro B/Pre B temprana
- Común (LAL)
- Pre B
- LAL B

La ruta crítica de la atención inicial debe llevarse a cabo por expertos, para obtener la mejor respuesta posible, el tratamiento de estas enfermedades debe de ser de acuerdo a su clasificación, condicionando la menor morbimortalidad secundaria a una terapéutica deficiente.

Complicaciones

La crisis hemoblástica puede llevar a que se presenten complicaciones de la leucemia mielógena crónica, incluyendo infección, sangrado, fatiga, fiebre inexplicable y problemas renales. Por otro lado, la quimioterapia puede tener efectos secundarios serios, dependiendo de los medicamentos utilizados.

- Sangrado
- Coagulación intravascular diseminada

- Recaída de leucemia linfocítica aguda (LLA)
- Infección grave

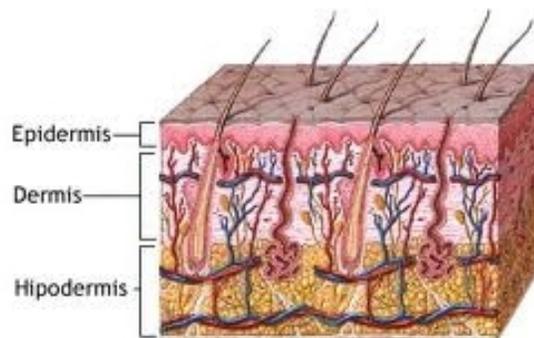
Factores que inciden en la fisiopatología del proceso de cicatrización.

La administración de tratamientos antineoplásticos, principalmente mediante quimioterapia, tienen una **especial incidencia** en la fisiopatología **del proceso de cicatrización**, así, en los pacientes que reciben tratamiento quimioterapéutico la fase inflamatoria del proceso de cicatrización se puede ver alterada por una atenuación de la respuesta vascular, y por tanto, en un retraso en la permeabilidad, con el consiguiente retraso en la fijación de la fibrina. La fase inflamatoria también puede verse alterada a nivel de los lisosomas. La malnutrición, circunstancia bastante frecuente en pacientes neoplásicos o en tratamiento antineoplásticos, puede tener consecuencias en la fase proliferativa de la cicatrización. Debido al mecanismo de acción de la mayoría de agentes antineoplásticos, interfiriendo la producción de DNA o RNA, la síntesis de proteínas o la división celular, pueden afectar seriamente tanto a la producción de fibroblastos como la de colágeno. También en la última fase del proceso de cicatrización, la interacción de los fármacos antineoplásticos en el metabolismo del colágeno puede afectar y enlentecer la maduración de dichas fibras. En el caso de pacientes sometidos a tratamiento con radioterapia, la radiación, que afecta tanto al foco maligno como a los tejidos que lo rodean, puede producir alteraciones a nivel de la mitosis y reproducción celular, afectando a células de elevada actividad mitótica como los fibroblastos. Teniendo en cuenta los elementos que hemos mencionado en relación con las terapias antineoplásticas, los cuales tienen una gran incidencia en el proceso de cicatrización, la cura. en ambiente húmedo, asumida como técnica que permite y facilita tanto la génesis como la actuación de los fibroblastos en el lecho de la herida, facilita el que estos jueguen su importante rol en la cicatrización de las lesiones cutáneas.

LA PIEL.

La piel es el órgano que envuelve la estructura del cuerpo humano y separa el medio interno del ambiente, su superficie es equivalente a la del individuo. Posee múltiples funciones físicas, químicas e inmunológicas. Al examen microscópico se distinguen tres capas bien definidas, la epidermis, la dermis y la hipodermis que en conjunto representan entre 16 y 20% del peso corporal.⁴⁷

Figura 8. Estructura de la piel.



Anthony C.P. Anatomía y Fisiología. Edit. McGraw-Hill
Interamericana. México 1983

La epidermis es la capa epitelial estratificada, compuesta en 90 a 95% por queratinocitos. Entrelazados por diversos medios en varias capas, la última de las cuales, la capa córnea, está en contacto con el medio ambiente.

La dermis es tejido conjuntivo, laxo y denso, cuyo componente principal es el colágeno sintetizado por los fibroblastos. Es una estructura de sostén para los vasos sanguíneos, los nervios y los vasos cutáneos.

⁴⁷ Anthony C.P. Anatomía y Fisiología. Edit. McGraw-Hill Interamericana. México 1983

La hipodermis es el componente adiposo cutáneo, modelador, amortiguador y aislante térmico, en que se alojan algunos anexos como los pelos y las glándulas sudoríparas.

Entre las funciones esenciales de la piel se destacan:

- Función de barrera
- Protección mecánica
- Protección contra luz ultravioleta
- Control de temperatura corporal
- Función endocrina e inmunológica

HERIDA.

Es la consecuencia de una agresión, que da como resultado una solución de continuidad en los tejidos. Según la profundidad alcanzada en los mismos se clasifican en:

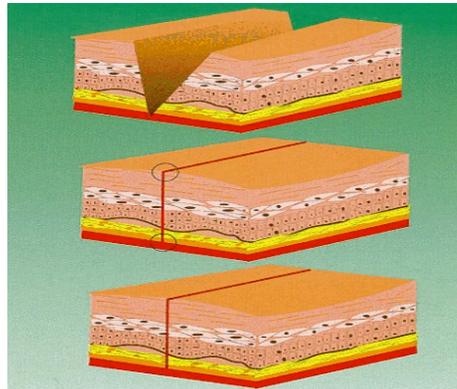
- **Superficial:** sólo está afectada la epidermis (erosión) y se resuelve sin dejar cicatriz. La restitución es ad integrum. Ej.: erosión por fricción, excoriación.
- **De espesor parcial:** afecta la epidermis y la dermis superficial respetando los anexos cutáneos. Al involucrar la membrana basal, deja cicatriz. Ej.: zona dadora, quemaduras AB.
- **De espesor completo:** involucra la epidermis, dermis profunda y/o hipodermis. No existen anexos cutáneos remanentes y a veces compromete tejidos más profundos como músculo, tendón, cápsula articular y hueso. Repara siempre con cicatriz. Ej.: herida quirúrgica, úlceras arteriales, úlceras por presión estadios III y IV.

PROCESO DE CICATRIZACIÓN.

La reparación de una herida es una integración de procesos interactivos y dinámicos, cuya secuencia se superpone en el tiempo. Con fines didácticos, al

proceso de cicatrización se lo divide en tres fases: “Inflamatoria”, “Proliferativa” y de “Remodelación tisular”.⁴⁸

Figura 9. Cicatrización de una lesión por primera intención.



Anthony C.P. Anatomía y Fisiología. Edit. McGraw-Hill
Interamericana. México 1983

I. Fase inflamatoria.

Plaquetas y coagulación (1ª y 2ª horas).

Lo primero que sucede es la *adhesión* de las plaquetas al tejido intersticial, donde son *activadas* por la trombina generada localmente y el colágeno fibrilar expuesto.

La formación de un coágulo se produce por la cascada de coagulación que inician los elementos de la sangre por dos vías principales: la intrínseca y la extrínseca.

II. Fase proliferativa.

Consta de los siguientes procesos: “Fibroplasia”, “Angiogénesis”, “Reepitelización”, y “Contracción de la herida”.

⁴⁸ Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre cicatrización de heridas. Argentina 2008 Pag. 4

Fibroplasia (2^o-3^o días).

Los fibroblastos constituyen las células más importantes en la producción de matriz dérmica.

La angiogénesis o formación de tejido de granulación se inicia simultáneamente con la fibroplasia. Los vasos adyacentes a la herida emiten yemas capilares, en cuyo extremo se encuentran las células endoteliales, que al segundo día de iniciado el proceso de cicatrización sufrirán un cambio fenotípico que les permite proyectar pseudópodos a través de las membranas basales fragmentadas y migrar al espacio peri vascular.⁴⁹

Reepitelización (7^o- 9^o días).

Los queratinocitos migran desde los bordes de la herida o desde los anexos remanentes con el fin de restablecer la barrera cutánea.

Contracción de la herida.

El colágeno neo formado se une a través de enlaces covalentes cruzados con haces del borde de la herida y con haces de la dermis adyacente.

III. Remodelación Tisular.

Es la última etapa, comienza al mismo tiempo que la fibroplasia y continúa por meses. La célula principal es el fibroblasto que produce fibronectina, ácido hialurónico, proteoglicanos y colágeno durante la fase de reparación y que sirven como base para la migración celular y soporte tisular.

⁴⁹ Ibidem, pag 10

HERIDAS CRÓNICAS.

Las heridas crónicas son aquellas que se han detenido en la fase inflamatoria debido a un desbalance entre los factores de crecimiento y las proteasas. Este desequilibrio se debe a la presencia exagerada de citoquinas pro inflamatorias, disminución de los factores de crecimiento, alteración en el depósito de colágeno y de la matriz, alteración de la proliferación celular y de la síntesis proteica y aumento de la apoptosis.

La perfusión inadecuada de los tejidos o la isquemia aumentan el riesgo de infección de la herida, ya que el oxígeno es esencial para que los leucocitos destruyan las bacterias y se estimule la síntesis de fibroblastos. Cuando se produce la contaminación de una herida, la carga bacteriana puede progresar hacia la colonización, luego a la colonización crítica y finalmente a la infección.

Los neutrófilos pueden extender la lesión tisular por la liberación de proteasas y productos tóxicos de oxígeno, hay déficit de factores de crecimiento y degradación de la fibronectina, lo cual dificulta la migración de los fibroblastos.

La presencia de tejido necrótico en la herida retrasa la cicatrización ya que la migración de queratinocitos y fibroblastos está inhibida por la presencia de citoquinas y mediadores de la inflamación, así como también está inducida la liberación de endotoxinas de la úlcera, creando un medio favorable para el desarrollo bacteriano.

TRATAMIENTO LOCAL DE LAS HERIDAS CRÓNICAS.

La preparación del lecho consiste en una serie de procedimientos destinados a reparar el microambiente alterado de la herida crónica optimizando la formación de tejido de granulación sano.

Tiene como objetivo remover los factores y barreras que retardan e impiden la normal cicatrización. Estos procedimientos son:

a) Limpieza de la herida

- b) Desbridamiento del tejido necrótico
- c) Reducción de la carga bacteriana
- d) Control del exudado
- e) Cicatrización húmeda
- f) Granulación
- g) Reepitelización
- h) Cierre de la herida

4.8 CONSIDERACIONES ETICAS.

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque *está bien*, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

El acto humano se concibe como el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente. En él lo más esencial es la intencionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona. De esta manera los actos humanos que sanciona la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad.

Figura 10. Consideraciones éticas

CONSIDERACIONES ETICAS



Elaboró: Lic. Diana Cisneros Pitalúa

La moral considerada como regla de conducta, es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad. La palabra moral etimológicamente tiene que ver con las costumbres y con las disposiciones sociales, que pueden ser esencialmente *malas* o *inmorales* por muy válidas y aceptadas que éstas se presenten.

La conciencia moral u órgano axiológico de lo ético va más allá de la mera complacencia o convicción personal, en tanto que juzga el bien o el mal de lo hecho y a la bondad o maldad de quien lo hace, porque el hombre siempre elige un bien pero en ocasiones no elige bien. la dignidad debe entenderse como la suma de derechos y como el valor particular que tiene la naturaleza humana por tener un libre uso de la razón y del juicio que da la inteligencia.

La dignidad por ser un valor inviolable que tienen esencialmente todos y cada uno de los seres humanos, independientemente de sus atributos accidentales, no tiene precio, no es comparable en ningún sentido con las cosas materiales que tienen un precio y que nunca equivaldrán al valor que la propia naturaleza concedió al hombre como ser de razón, insustituible e irrepetible, capaz de expresarse en actos de afecto, simpatía y amistad.⁵⁰

El humanismo en términos generales, se define como la actitud centrada en el interés por lo humano no sólo de un modo genérico (pueblo, sociedad, humanidad) sino por la persona concreta con nombre y apellidos, y en el pleno desarrollo y bienestar de lo que el hombre es en lo biológico, psicológico, social, cultural y espiritual.

⁵⁰ Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México. Comisión interinstitucional de enfermería. Cruzada Nacional por la calidad, Salud. Diciembre 2001. Pag. 4

Ser humanista es ser capaz de reconocer y respetar la dignidad del hombre, de comprender la vida y entender al ser ajeno...*es la mejor forma de ser humano y de aspirar a la forma más elevada de vida humana.*

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere.⁵¹

- **Al hombre** como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.
- **A la sociedad** como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.
- **A la salud** como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.
- **A la enfermería**, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente.

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud; la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas.

⁵¹ Ibidem. Pag. 8

Se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

PRINCIPIOS ETICOS.

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. Esta es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

Terapéutico de totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una

formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo del consentimiento informado.⁵²

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El consentimiento informado se puede definir como el compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo destinado a informar en forma oral o escrita la naturaleza, los propósitos, la forma de aplicación de los instrumentos de recopilación de información o aplicación de pruebas experimentales, presentando los beneficios, los riesgos, alternativas y medios del proceso en el cual, quien recibe la información, irá a convertirse en participante, objeto de experimentación o contribuyente al análisis estadístico, constituyéndose el documento resultante en el testimonio escrito de quien va a ser investigado (o su tercero responsable, autorizado por ley) para lograr una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma. Esto se convierte en una real colaboración y beneficio en pro de la sociedad y de la ciencia. El "consentimiento informado" es la expresión de dos voluntades debidamente conocedoras, competentes y autónomas que deciden contribuir a un procedimiento científico con proyección social, el cual garantiza que el sujeto expresa después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos y procedimientos del estudio su intención de participar en la entrega de información y en la aplicación de la prueba o instrumento de recopilación de información (encuesta, cuestionario, test).

En el consentimiento confluyen las instancias social, científica, y personal, cada una de las cuales debe acceder a una clara comunicación de expectativas y devoluciones, a una explicitación de procedimientos, aplicación de pruebas e instrumentos y a la confiabilidad en la entrega de datos de quien acepta participar y otorga su consentimiento. Interviene la instancia científica, en cuanto es el objetivo esencial en el logro de avances dentro de una ciencia

⁵² *Ibidem.* Pag. 15

específica; interviene la instancia social, al ser la sociedad en últimas la que demanda la acción benéfica y la utilidad práctica de lo investigado.

Es un acto libre y racional que presupone conocimiento del aspecto para el cual se accede por parte de la persona que acepta. Debe contener la naturaleza esencial del procedimiento y sus consecuencias. Dicha información debe ser razonable.⁵³

El niño y adolescente, es un ser humano que tiene derecho a decidir, pero siendo menor de edad lo limita en cierto modo a tomar decisiones de forma legal, relacionados a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento en relación a su persona, principalmente en el adolescente que ya tiene la madurez para dar su opinión sobre el manejo de su enfermedad. Por ello son los padres quienes deciden y autorizan acerca del tratamiento y todos aquellos procedimientos invasores que se lleven a cabo. Dicha autorización se da verbalmente y por escrito principalmente, a través del consentimiento informado. Así mismo autorizando se tomen fotos y/o video para los fines y medios que al interesado convengan.

⁵³ Jaice B.T. Etica en Enfermería. Edit. Manual Moderno, Mexico D.F. 19994. Pag. 292.

DERECHOS DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS.

1. Derecho del niño a que solamente se le hospitalice en el caso de que no pueda recibir los cuidados necesarios en su casa o en un ambulatorio y si se coordina oportunamente, con el fin de que la hospitalización sea lo más breve y rápida posible.

2. Derecho del niño a la hospitalización diurna, sin que ello suponga una carga adicional a los padres.

3. Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el mayor tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso comporte costes adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño.

4. Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.

5. Derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales destinándose, en la medida de lo posible, los mismos enfermeros y auxiliares para la recepción y los cuidados necesarios.

6. Derecho a negarse (por boca de sus padres o de la persona que los sustituya) a ser utilizado como sujetos de investigación y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico.

7. Derecho de sus padres o de la persona que los sustituya a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y

cuando el derecho de éste al respecto de su intimidad no se vea afectado por ello.

8. Derecho de los padres o de la persona que lo sustituya a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.

9. Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a su seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada.

10. Derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o la persona que los sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización así como de retirarla.

11. Derecho del niño hospitalizado, cuando está sometido a experimentación terapéutica, a estar protegido por la declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial y sus subsiguientes actualizaciones.

12. Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.

13. Derecho y medios de contactar con sus padres o con la persona que los sustituya en momentos de tensión.

14. Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.

15. Derecho a recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por un personal cualificado, que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad, tanto en el plano físico como en el afectivo.

16. Derecho a ser hospitalizado junto con otros niños, evitando, en todo lo posible su hospitalización entre adultos.

17. Derecho a disponer de locales amueblados y equipados, de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación y de juegos, así como de las normas oficiales de seguridad.

18. Derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicios a su bienestar y/o no obstaculice los tratamientos que se siguen.

19. Derecho a disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales.

20. Derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio.

21. Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita, incluso en el caso de que fuese necesaria la intervención de la justicia si los padres o la persona que los sustituya se los niegan por razones religiosas, de retraso cultural, de prejuicios, o no están en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia.

22. Derecho de niño a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial, para ser sometido a exámenes y/o tratamientos que deben efectuarse necesariamente en el extranjero.

23. Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a pedir la aplicación de la presente Carta en el caso de que el niño tenga necesidad de

hospitalización o de examen médico en países que no forman parte de la Comunidad Europea.⁵⁴

V. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

5.1 FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: R. A. A.

Sexo: Masculino

Edad: 10 años 10 meses

Estado de desarrollo: Escolar

Fecha de Nacimiento: 14 de febrero de 1999

Lugar en la familia: Primer hijo

Escolaridad: 5to de primaria

Lugar de residencia: Arboledas 8 "A" Fraccionamiento Arboledas, Barrio de Santa Anita Huamantla Tlaxcala.

Religión: Cristiana

5.2 MOTIVO DE CONSULTA

R. A. A. de 10 años de edad, con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda pre B, que acude a hospital previamente programado para retiro de expansor, previamente colocado el día 09/10/09 a un lado de úlcera crónica que se encuentra localizada en parietal izquierdo y para el día 13/11/09 se retira por presentar dehiscencia en sitio de colocación de expansor y se suspende quimioterapia por dos semanas para no retardar el proceso de cicatrización.

⁵⁴ Carta Europea sobre los Derechos de los Niños Hospitalizados. Resolución del Parlamento Europeo Doc. A 2-25/86, DOCE 13 de mayo de 1986

5.3 VALORACION DE ENFERMERIA

Se realizo primera valoración durante la estancia hospitalaria en el servicio de Escolares del Hospital infantil de Tlaxcala, el día **16 de noviembre del 2009**

Signos vitales: F.R. 20/min, F.C. 100/min, T.A. 100/60 mmHg, Temp. 36°C

Funge como cuidador primario la madre de 32 años de edad, casada, sana sin toxicomanías, con estudios de Licenciatura que se dedica a las labores del hogar, Gestas 2, Cesáreas 2, con control prenatal durante el embarazo, al nacimiento con APGAR de 8.

Inspección general:

Escolar masculino con edad aparente a la cronológica, con adecuada coloración de tegumentos y resequedad generalizada. Consiente y orientado, cuero cabelludo implantado, con presencia de apósito en región parietal izq., debido a ulcera crónica con 7 meses de evolución y herida sin afrontamiento por retiro de expansor, ambas infectadas, ojos simétricos con movimientos oculares voluntarios, reflejo pupilar a la luz, conjuntivas, normo crómicas ausencia de secreciones, narinas centradas, hidratada, libre de secreciones; campos pulmonares ventilados respiración completa y simétrica, abdomen blando y depreciable, línea periférica en MSD, miembros inferiores con buen llenado capilar de 2 seg con movimiento.

Factores del sistema de cuidado de la salud.

Ingresa al hospital para intervención quirúrgica de retiro de expansor, con carga genética a hipertensión arterial sistémica

Diagnóstico médico: LAL Pre B + Ulcera crónica + PO de retiro de expansor tisular e Infección en sitio de colocación de expansor tisular.

No está recibiendo medicamento citotóxico, solo antibióticos para contrarrestar la infección

La familia no cuenta con servicios médicos solo con Seguro Popular.

Orientación sociocultural.

Padre católico, Madre y dos hijos cristianos, la religión que profesan permite la modalidad del tratamiento, la familia se divide para realizar estas actividades sin tener conflicto familiar para realizar estas actividades por separado

A raíz del padecimiento de R.A.A. no tienen ningún tipo de actividad recreativa o espacio socio cultural para la familia. En lo particular al agente de autocuidado anteriormente jugaba futbol, ahora le gusta leer acaba de terminar el libro de Narnia, en este momento está leyendo la historia de panchito. Arma rompecabezas, le gustan los acertijos, adivinanzas, cuentos, chistes, la papiroflexia en el cual ha tratado de hacer un búho pero no le ha salido sin en cambio hizo una rana, le gustan las películas infantiles de aventura y de animales.

Patrón de vida

Roberto se despierta normalmente a las 10 am, desayuna un vaso de leche y pan., ve tele durante 2 horas, posteriormente se baña con ayuda de su mamá o papá, ahora el ya se viste solo, posteriormente come y toma una siesta de una hora, despierta y lee un poco o juega con los rompecabezas, según su estado de ánimo, o lee sus libros de texto, actualmente no va a la escuela, cena y se duerme a la 11 de la noche.

Baño diario, la cabeza no se la lavan, solo cara y cuello, cambio de ropa diario, se lava los dientes después de cada alimento, se lava las manos antes de los

alimentos y después de utilizar el baño, hace 3 comidas al día, desayuno 10 am, comida a las 3 pm y cena a las 9 pm.

Factores ambientales.

Casa de ladrillo revocada, con yeso, piso de loseta, con 6 cuartos, incluidos 3 recamaras alfombradas, excepto la de Roberto, la cual se la quitaron cuando inició con su padecimiento, techo de cemento, cuenta con: drenaje, agua potable, 9 ventanas, bien ventilada, no tienen fauna nociva, la colonia cuenta con alumbrado público, pasa el camión de la basura 2 veces por semana y el aseo se realiza a diario con cloro y pino, con mayor acento en el cuarto del paciente.

Disponibilidad adecuada de los recursos.

No cuentan con seguridad social, solo con seguro popular, que de cierta manera se apoyan en parte de la modalidad de tratamiento, acuden al HIT a consultas y a realización de curaciones en heridas 2 veces a la semana, para lo cual se encuentra a 1 hora de su lugar de residencia

El proveedor es el padre el cual trabaja como empleado en una tornillería que es de su papa, teniendo un ingreso de \$2800.00 mensuales, los cuales gastan en medicamento y traslados al hospital.

Factores del sistema familiar.

Familia integrada, la cual consta de 4 personas

Padre: De 35 años de edad, casado, sano sin toxicomanías, con estudios de Licenciatura, dedicándose a ser empleado de su papá en una tornillería, el cual trabaja de las 8 am a las 11 de la noche.

Madre: De 32 años de edad, casada, sana sin toxicomanías, con estudios de Licenciatura que se dedica a las labores del hogar. Se levanta a las 6.30 am prepara desayuno y lunch, lleva a la escuela a los niños, pasa al mercado para comprar las cosas de la comida, llega a su casa limpia y prepara los alimentos y

regresa por los niños a las 2 de la tarde. Comen los tres, revisa si han dejado tarea, les ayuda, posteriormente lava y plancha ropa, nuevamente prepara cena y a dormir.

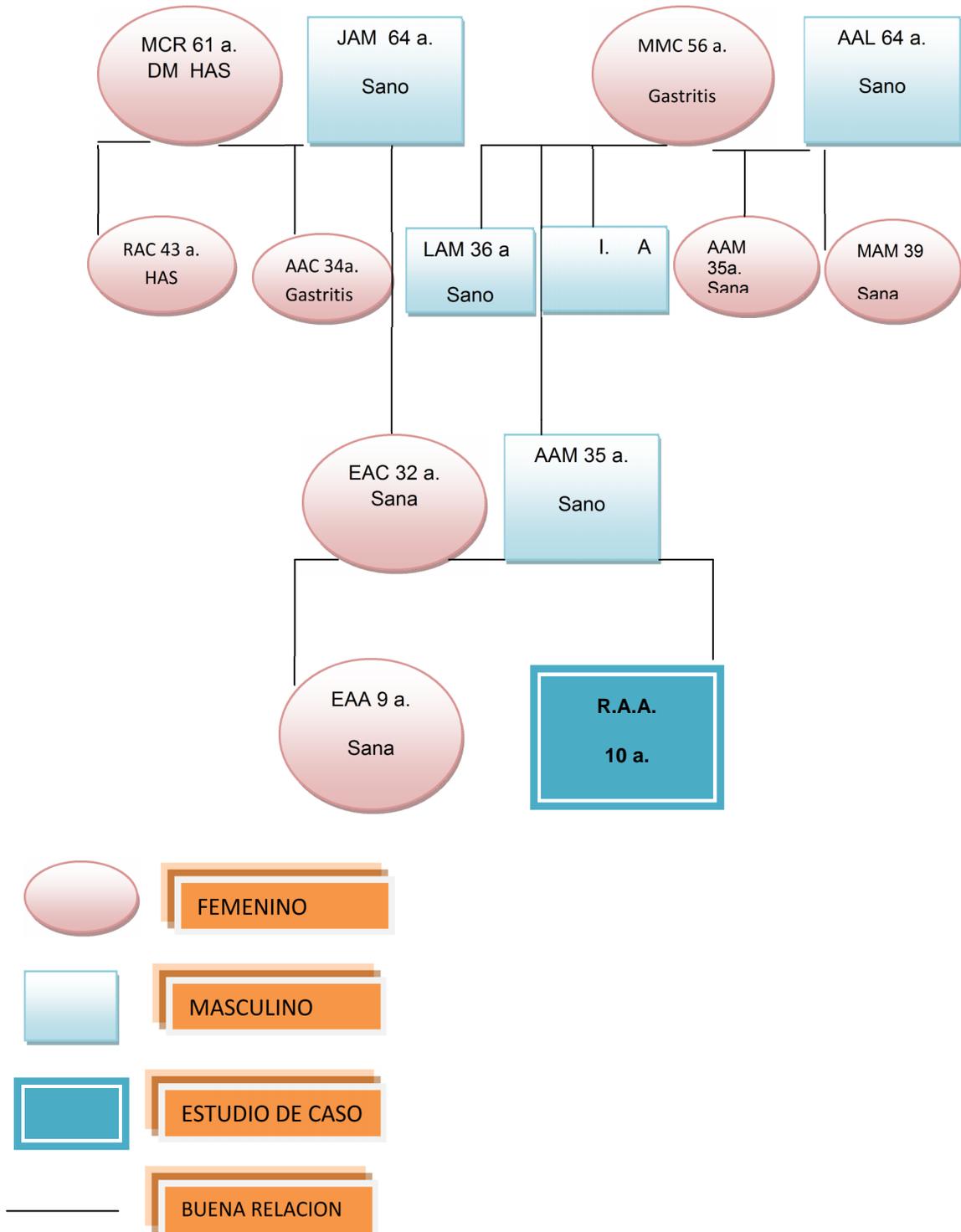
Hermana: De 9 años de edad, estudiante de 4to grado de primaria, con buen estado de salud, con vacunas completas.

R.A.A. Anteriormente descrito. Cuando van a la escuela se levantan a las 7 am se ponen el uniforme, desayunan y van a la escuela, regresan a su casa a las 2.30 pm, comen, hacen la tarea, ven tele cenan y duermen.

Existían problemas familiares desde antes que se descubriera la enfermedad de RAA, puesto que los padres estaban a punto de divorciarse, Vivian por separado, pero a raíz de que empezaron las visitas a los médicos y se diagnóstico la leucemia a RAA esto los ha unido como pareja, pero hasta el momento no han tenido tiempo de hablar de esto, no han dejado nada en claro, lo único que quieren es ver bien a su hijo. Para Roberto esto ha sido bueno porque sus padres ya no se divorciaron.

5.4 GENOGRAMA

Figura 11. Genograma



Elaboro: Lic. Diana Cisneros Pitalúa

5.5 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

- FR 20/min
- Movimientos respiratorios normales
- Llenado capilar de 2 seg.
- Con buena ventilación pulmonar
- SIN DEFICIT

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

- Mucosas hidratadas
- Aporte de líquidos suficiente durante el día
- Solución parenteral, PMVP para administración de antibióticos.
- SIN DEFICIT

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

- Rechazo de algunos alimentos como verdura por no ajustarse a normas culturales
- SIN DEFICIT

Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos

- Evacua cada 48 horas
- Tiene dificultad para evacuar
- Manifiesta estar molesto por no evacuar

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.

- Prefiere mantenerse dentro del cuarto
- No quiere salir por lo menos a caminar en el pasillo, refiere que tiene temor en cuanto a la herida, por que se vaya a infectar

- Manifiesta debilidad para caminar, se cansa

Mantenimiento de equilibrio entre la soledad e interacción social.

- Tienen muy buena comunicación, con sus padres, sobre todo con ellos porque son los que están siempre con él, con la demás familia hay buena comunicación en particular con una de sus tías, hermana de su mamá con personal del hospital también, siempre expresa lo que siente y lo que quiere. Tiene muchos amigos que quisieran verlo en este momento, pero solo se limitan a mandarle cartas de apoyo
- Tiene temor siempre presente de que la herida este bien, que no se infecte, deja de hacer cosas como caminar cuando está en el hospital y cuando está en su domicilio no sale a la calle solo visita a familiares.
- Es un niño consciente de su enfermedad y a pesar de ello está muy tranquilo, refleja confianza, ternura, y sobre todo bondad desde el primer momento en que se le ve, y mucho mas extensivo para con sus padres, existe un gran lazo entre ellos de amor.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

- Presencia de ulcera crónica infectada de 7 meses de evolución
- Herida dehiscente infectada en parietal derecho a causa de retiro de expansor
- Tiene catéter puerto, que por el momento no tiene aguja Huber instalada para minimizar riesgos de infección a causa de las que ya tiene.
- Estudia 5to de primaria, pero solo ha ido a clase pocas semanas, puesto que el se auto impone el temor de que se le infecte la herida y prefiere prevenir riesgos.

Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

- Edad de 10 años 9 meses
- Peso de 38 500 grs
- Talla de 142 cm

- Se encuentra en el percentil 10
- Existen condiciones que afectan su desarrollo humano como son las siguientes: prolongada estancia hospitalaria, imagen física deteriorada, percepción diferente y anormal ante sus compañeros de escuela, pero aun existiendo estas, él tiene mucha confianza del tratamiento y deseo de ser normal.

DEFICIT EN REQUISITO DE: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO



Valoración:

- Ubicación
- Causa
- Aspecto
- Borde
- Exudado
- Piel adyacente
- Tipo de cierre

5.6 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

Desarrollo psicomotor

Motor Fino.

Junto las manos a los 3 meses, pinza dígito pulgar a los 12 meses, torre de cuatro cubos a los 18 meses, trazos circulares a los 2 años, recorta imagen con tijera a los 4 años.

Motor grueso.

Sostén cefálico a los 2 meses, se sentó sin sostén los 7 meses, camino solo a los 12 meses, subió escaleras reptando a los 15 meses, corrió con rigidez a los 18 meses, pateaba la pelota a los 12 meses, andaba en su triciclo a los 3 años.

Lenguaje.

Sonidos guturales a los 3 meses, inicio a emitir palabras/frase a los 12 meses, nombro partes del cuerpo a los 18 meses, a los 2 años ya sabía su nombre, contaba historias a los cuatro años.

Alimentación.

Seno materno hasta los 8 meses de edad, inicio ablactación a los 4 meses con plátano y manzana, sopa molida y huevo a los 9 meses, se fue integrando a la dieta familiar a los 2 años.

Dentición.

Inicio de la dentición a los 6 meses de edad, inició anodoncia a los 6 años de edad, actualmente tiene 3 muelas con caries y nunca ha utilizado aparatos de ortodoncia.

Inmunizaciones.

Completa de acuerdo a la cartilla de vacunación.

Higiene.

Se baña cada tercer día con apoyo de su mamá o papá evitando mojarse la cabeza, se cambia la ropa a diario y el cepillado de dientes es después de cada comida.

5.7 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACION DE LA SALUD

Se trata de **Escolar Masculino** de **10 años 9 meses de edad**, que ingresa al Hospital Infantil de Tlaxcala (HIT), al servicio de hospitalización escolares, el cual y presenta los siguientes eventos:

10/04/09 al darse cuenta sus padres que R.A.A. se encontraba muy pálido, icterico, a febril, con astenia, adinamia e hiperexia acuden con médico particular y le realizan estudios de laboratorio Bh, resultando pancitopenia con Hb de 5.1, Hematocrito de 16, Plaquetas de 103 000 y lo transfunden en dos ocasiones.

23/04/09 lo envían al HIT, donde se le diagnóstica con estudios pertinentes, (Aspirado de medula Ósea), **Leucemia Linfoblástica Aguda pre B.**

6/05/09 inicia tratamiento con quimioterapia intratecal y posteriormente con medicamentos cito tóxicos por vía IV.

21/05/09 estando en su casa (Habitación) en la noche se inclina y al incorporarse se pega con la pared en la cabeza, al siguiente día lo comenta con su mamá que le duele, lo revisan y solo tiene una manchita pequeña que apenas y se le ve y al paso de los días le fue creciendo.

23/05/09 ingresa al hospital para continuar con fase de inducción a la quimioterapia.

26/05/09 egresa del hospital.

30/05/09 ingresa nuevamente al HIT, con **Neutropenia + Sepsis, con foco en lesión necrótica del cuero cabelludo**, se le coloca 1 catéter central de corta estancia.

3/06/09 se determina que la **infección en la lesión necrótica es por *Pseudomonas aeruginosa***

8/06/09 y 14/06/09 se realiza desbridamiento en quirófano, en este último con hueso expuesto, periostio con necrosis y **se inician curaciones por** parte de la clínica de heridas y estomas con el objetivo de crear ambiente para la formación de tejido de granulación, lo cual se va viendo respuesta.

29/06/09 por parte de Cirugía Plástica se realiza trépanos en área del defecto.

11/07/09 se coloca catéter puerto, donde se administrará quimioterapia, continúan curaciones colocando material que acelera la generación tejido de granulación, donde su respuesta ha sido lenta pero buena tomando en cuenta que es un paciente inmunocomprometido y que también su respuesta se ve alterada por la administración de medicamento citotóxico.

21/07/09 egresa del hospital y acude de ambulatoriamente 3 veces por semana a curaciones.

20/09/09 ingresa nuevamente al hospital por presentar **infección en ulcera crónica por *P. Aeruginosa*** y posteriormente por *S. Aereus*, para lo cual recibe tratamiento de antibiótico correspondiente y al mismo tiempo medicamentos citotóxico por V.O.

09/10/09 se coloca expansor a un lado de ulcera, con el objetivo de que en el futuro se cierre ulcera con la generación de piel en esta zona.

13/11/09 se retira por presentar dehiscencia en sitio de colocación del expansor y se suspende quimioterapia por dos semanas para no retardar el proceso de cicatrización, por la noche presenta pico febril de 38.5°C por lo cual se cambia antibiótico de cefalexina a cefalotina IV.

5.8 JERARQUIZACION DE REQUISITOS

Receptor del Cuidado: R.A.A			Etapa de Desarrollo Escolar	
Agente de Cuidado Dependiente		Ambos Padres		
Requisitos de Autocuidado	Factores Básicos Condicionantes	Déficit del Autocuidado	Factores que Alteran el Requisito	Capacidades del Autocuidado
Mantenimiento de un Aporte suficiente de aire	Factores del estado de salud y factores del cuidado de la salud. Conceptualizándose las características anatómicas y fisiológicas. Autonomía en los movimientos respiratorios	Sin déficit	Sin factores que lo alteran	<ul style="list-style-type: none"> • Movimientos respiratorios autónomos
Mantenimiento de un Aporte suficiente de agua	Factores del estado de salud y factores del cuidado de la salud.	Sin déficit	Sin factores que lo alteran	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestión de líquidos suficiente durante el día. • Cuidado de la solución parenteral. •
Mantenimiento de un Aporte suficiente de alimentos	Factores del estado de salud y factores del cuidado de la salud.	Sin déficit	Sin factores que lo alteran	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestión de alimentos que le son agradables.

JERARQUIZACION DE REQUISITOS

Receptor del Cuidado: R.A.A			Etapa de Desarrollo Escolar	
Agente de Cuidado Dependiente			Ambos Padres	
Requisitos de Autocuidado	Factores Básicos Condicionantes	Déficit del Autocuidado	Factores que Alteran el Requisito	Capacidades del Autocuidado
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos	Orientación sociocultural	Estreñimiento y dificultad para evacuar. No le gusta la comida que le dan en el hospital, esta aburrido de las verduras.	1er grupo Evacuación intestinal. 1.-Cambio de los patrones de evacuación intestinal, heces e integridad intestinal. a).- Cambios en el patrón de evacuación intestinal del individuo por estreñimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de frutas y verduras. • Ingesta de líquidos • Movimiento
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	Factores del sistema del cuidado de salud	Sin déficit	Sin factores que lo alteran	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar actividad física pasiva. • Descansar dentro de la habitación.
Mantenimiento del Equilibrio entre la soledad y la interacción	Patrón de vida en las actividades diarias realizadas en forma habitual y repentinas con las medidas de autocuidado realizadas diariamente.	Sin déficit	Sin factores que lo alteran	<ul style="list-style-type: none"> • Tienen muy buena comunicación, con sus padres • siempre expresa lo que siente y lo que quiere. • Sabe de su enfermedad, está muy tranquilo, refleja confianza, ternura, y sobre todo bondad

JERARQUIZACION DE REQUISITOS

Receptor del Cuidado: R.A.A			Etapa de Desarrollo Escolar	
Agente de Cuidado Dependiente			Ambos Padres	
Requisitos de Autocuidado	Factores Básicos Condicionantes	Déficit del Autocuidado	Factores que Alteran el Requisito	Capacidades del Autocuidado
Prevenición de peligros para la vida, el funcionamiento humo y el bienestar humano	Factores del sistema del cuidado de salud, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento. El tratamiento con medicamento cirotóxico condiciona la progresión normal del proceso de cicatrización.	Perdida de la integridad de la piel: infección de sitio quirúrgico y úlcera crónica, ubicada en parietal izquierdo	1er. Grupo. Factores humanos. <ul style="list-style-type: none"> • Interferencias específicas • Preocupación excesiva, temor a los peligros 2do. Grupo. Factores ambientales. <ul style="list-style-type: none"> • No se disponen de los recursos necesarios para la vida y la salud o no son adecuados 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar los apósitos que protegen las lesiones. • Prevenir situaciones que sean factibles para infección de las lesiones.
Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal	Factores del estado de desarrollo. Perspectivas del paciente hacia el futuro y objetivos fijados.	Sin déficit	Sin factores que lo alteran	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene mucha confianza del tratamiento y deseo de ser normal.

5.9 JERARQUIZACION DE REQUISITOS

PRIORIDAD DE ATENCION

Requisito de Autocuidado Universal	Prioridades de Atención
1.-Mantenimiento de un Aporte suficiente de aire	Sin Déficit
2.-Mantenimiento de un Aporte suficiente de agua	Sin Déficit
3.-Mantenimiento de un Aporte suficiente de alimentos	Sin Déficit
4.-Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos	2
5.-Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	Sin Déficit
6.-Mantenimiento del Equilibrio entre la soledad y la interacción	Sin Déficit
7.-Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humo y el bienestar humano	1
8.-Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal	Sin Déficit

5.10 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Diagnostico	Fecha de Detección	Fecha de Resolución
Infección de ambas lesiones en parietal izquierdo relacionado con inmunosupresión manifestado por necrosis, exudado excesivo, eritema, la lesión no cura y olor fétido.	16/11/09	25/11/09
Deterioro de la integridad cutánea relacionado con trauma mecánico manifestado por pérdida de las capas de la piel, (dermis y epidermis) y lesión tisular (subcutánea).	16/11/09	20/04/10
Dolor agudo durante la curación relacionado con la inflamación, edema, exudado, eritema, manifestado por quejas verbales y gestos faciales expresivos.	16/11/09	20/11/09
Déficit en el proceso de eliminación intestinal relacionado al ambiente hospitalario, manifestado por expresión verbal de desagrado de frutas y verduras y baja ingesta de la dieta.	16/11/09	19/11/09
Deterioro del proceso de cicatrización relacionado con perfiles hematológicos anormales (plaquetopenia) manifestado por exudado hemático, evolución crónica no favorable de la lesión, dolor al retiro del apósito.	9/12/09	20/04/10
Infección de lesión en parietal izquierdo relacionado con inmunosupresión manifestado por, exudado sero-hemático moderado, eritema, la lesión no cura, olor fétido, dolor al retiro del apósito y regresión de avances al tamaño de la herida.	19/03/10	10/04/10

5.11 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Diagnóstico de enfermería:

Infección de ambas lesiones en parietal izquierdo relacionado con inmunosupresión manifestado por necrosis, exudado excesivo, eritema, la lesión no cura y olor fétido.

Objetivo:

Disminuir los datos de infección en las lesiones de Roberto, para favorecer la recuperación de la piel, por medio de antibióticos sistémicos e intervenciones especializadas en un lapso de 15 días.

Criterios de evaluación:

1. Característica de la herida
2. Características de la piel
3. Presencia/Ausencia de secreción en la herida
4. Signos vitales

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervenciones de enfermería:

1. **Lavado de manos mecánico, antes y después de la realización de cada curación.**

Fundamentación. Las manos son el vehículo más común para transmitir infecciones, practica de control de infecciones, sencilla e importante para minimizar la transmisión de infecciones entre los pacientes y el personal de salud, con el objetivo de eliminar la flora transitoria de las manos y disminuir la flora residente. (NOM-026-SSA2-1998) ¹

¹ NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

2. Utilizar cubre boca y guantes durante la realización de la curación.

Fundamentación. La contaminación de las manos y/o guantes tras el contacto con pacientes colonizados y con el entorno inanimado es muy alta. La contaminación de los guantes por gérmenes multiresistentes, tras el contacto con superficies inanimadas puede ser una fuente de transmisión de gérmenes que tiene que ser controlada mediante unas prácticas adecuadas por parte de los profesionales de la salud.

La generalización de uso de guantes en el contexto de las precauciones estándar y de las medidas de prevención de la transmisión cruzada de patógenos multiresistentes obliga a extremar el buen uso de los guantes, a su recambio entre diferentes procedimientos asistenciales en el mismo paciente y a la retirada inmediata tras finalizar el contacto con el paciente y posterior lavado de manos.²

3. Limpieza de las lesiones, llevando a cabo los principios de asepsia y antisepsia.

Fundamentación. Las heridas infectadas deben limpiarse en cada cambio de apósito. En la limpieza por irrigación hay que aplicar una presión suficiente para eliminar de forma eficaz los residuos y microorganismos sin dañar la herida y sin introducir microorganismos en ella.³

Asepsia: ausencia de microorganismos que pueden causar enfermedad. Este concepto incluye: la preparación del equipo, la instrumentación y el campo de operaciones mediante los mecanismos de esterilización y desinfección.

² Hayden MK. Risk of hand or glove contamination after contact with patients colonized with vancomycin-resistant Enterococcus or the colonized patient environment. Infect Control Hosp Epidemiol. 2008; 29:149-54.

³ Ibidem, pag 6

Antisepsia: empleo de sustancias químicas para inhibir o reducir el número de microorganismos de la piel viva, las membranas mucosas o tejidos abiertos a un nivel en el cual no generen infecciones.

Limpieza: es la remoción mecánica por medio del agua y un detergente de toda materia extraña, de las superficies en general. No elimina los microorganismos pero reduce su número.⁴

Recomendaciones de la AH CPR para la limpieza Úlceras

-Limpiar las heridas al principio del tratamiento y durante cada cambio de apósito

-Utilizar la mínima fuerza mecánica al limpiar las heridas con gasas o esponjas

-No limpiar las heridas con productos limpiadores o agentes antisépticos, como por ejemplo: povidona yodada, yodóforos, soluciones de hipoclorito sódico, peróxido de hidrógeno y ácido acético.

-Utilizar solución salina isotónica para limpiar las heridas

-Administrar el producto limpiador a una presión suficiente que no cause trauma en el lecho de la herida pero, facilite el arrastre mecánico de los restos necróticos.

-En los casos en los que haya un exudado espeso, tejido necrótico o esfacelado, a considerar la posibilidad de utilizar la técnica del lavado en remolino intermitente.⁵

La limpieza de la herida tiene una gran importancia. Lo ideal es utilizar solución salina isotónica a temperatura de 30-35°C puesto que el frío enlentece la cicatrización de una herida. Se recomienda no irrigar a presión para evitar lesionar el incipiente tejido de granulación.⁶

⁴ Revista Actualizaciones de enfermería. Guía de manejo de asepsia y antisepsia. Cuervo Polanco Ma. Del Pilar. Encolombia. 2008

⁵ Manual de sugerencias sobre cicatrización y cura en medio ambiente húmedo dirigido a enfermería. Joan-Eric Torra i Bou. Coloplast. 2007. Pp. 41

⁶ Casamada N, Ibáñez N, Rueda J, Torra JE. Guía práctica de la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas, ¿Dónde?, ¿cuándo? Y ¿por qué? Barcelona: Laboratorios SALVAT, 2002.

4. Desbridamiento, retirar detritus, esfacelos, el tejido necrótico y fibrina presente en el lecho de las heridas para conseguir un lecho de la herida óptimo.

Fundamentación. Las heridas infectadas deben limpiarse en cada cambio de apósito. En la limpieza por irrigación hay que aplicar una presión suficiente para eliminar de forma eficaz los residuos y microorganismos sin dañar la herida y sin introducir microorganismos en ella.⁷

El pus, el tejido necrótico y los esfacelos son un caldo de cultivo para los microorganismos. El drenaje del pus y del exudado excesivo se facilita mediante apósitos absorbentes, dispositivos para el drenaje de la herida o el estoma, intervención quirúrgica, inserción de tubos de drenaje o tratamiento tópico con presión negativa, según proceda. El tejido necrótico y los esfacelos deben eliminarse mediante desbridamiento. En general, en la infección diseminada son preferibles los métodos rápidos de desbridamiento, como el desbridamiento quirúrgico o con un instrumento afilado. Los efectos beneficiosos del desbridamiento mecánico en las heridas infectadas se deben en parte a la eliminación de las biopelículas bacterianas⁸

5. Aplicación de microcyn como antiséptico local directamente en las lesiones.

Fundamentación. Indicaciones de los antisépticos: Evitar la infección de una herida o su recidiva en pacientes con un riesgo muy alto – por ejemplo, escaras sacras en pacientes con diarrea, quemaduras de segundo o tercer grado, pacientes inmunodeprimidos o heridas de cicatrización improbable por no poder modificar los factores del paciente o generales

⁷ Ibidem, pag 12

⁸ Principios de las mejores prácticas: La infección de las heridas en la práctica clínica. Consejo internacional. London: MEP Ltd, 2008. Pp.7

Tratar:

- La infección local de una herida
- La infección diseminada de una herida
- La infección de una herida que se acompaña de síntomas generales.⁹

MICROCYN Solución de súper oxidación con pH neutro, antiséptica y desinfectante de alto nivel: Amplio espectro contra microorganismos: bactericida, virucida, fungicida, esporicida, estable por más de un año, no tóxico, biodegradable, rápida acción; efecto bactericida en menos de 60 segundos y realiza desinfección de alto nivel (esporicida) en 15 minutos. Actúa al contacto con los microorganismos. Las especies reactivas de cloro y oxígeno en MICROCYN 60-OCULUS desnaturalizan proteínas de la pared bacteriana y de las cápsidas virales. Esto altera las funciones básicas de los microorganismos los cuales sufren un choque osmótico que termina por destruirlos.¹⁰

6. Colocación de gel de alginato de calcio/sodio. Saf-Gel, en sitio de ambas lesiones, para generar acción hemostática.

Fundamentación. Capacidad de absorción y acción hemostática, posee características convencionales para úlceras crónicas y heridas, las cuales tienen diferentes necesidades a medida que avanza su proceso de recuperación, con su combinación de sustancias hidrocoloides y alginato de calcio/sodio, le provee al lecho de la herida las condiciones óptimas para que progrese el proceso de cicatrización, por su doble mecanismo de hidratación y absorción al mismo tiempo.¹¹

⁹ Ibidem, pag 8

¹⁰ MICROCYN 60 OCULUS TECHNOLOGIES OF MEXICO, S.A. DE C.V. Encontrado en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm_2k8/src/prods/39031.htm

¹¹ Arte y ciencia en el cuidado de heridas. Dr. Carlos H. Rojas Devia, Director Médico America Latina, Boston Medical Device. Noviembre 2008.Pag. 88-90

Intervenciones 16-11-09

- Preparar el lecho de -la herida

Colocación de:

- Hidrogel
- Hidrofibra: Aquacel Ag
- Apósito secundario



7. Colocación de apósito de hidrofibra con plata iónica, Aquacel Ag en sitio de ambas lesiones como antibioticoterapia local.

Fundamentación. Apósito antimicrobiano con impregnación argéntica, es un apósito blando, estéril, no tejido, en forma de almohadilla o cinta, compuesto de carboximetilcelulosa sódica y plata iónica al 1.2%, que permite hasta 12 mg de plata por cada 4 pulgadas cuadradas de apósito. La plata iónica presente en el apósito destruye las bacterias del apósito mismo, reduce el número de bacterias en el lugar en el que el apósito se amolda a la herida y ayuda a crear un ambiente antimicrobiano. Este apósito absorbe grandes cantidades de exudado y bacterias de la herida, formando un gel blando y cohesivo que se amolda estrechamente a la superficie de la misma. Manteniendo la humedad y ayudando a eliminar tejidos necróticos (desbridamiento autolítico). El ambiente húmedo en la vecindad de la herida y el control del número de bacterias contribuyen al proceso de cicatrización del cuerpo y ayudan a eliminar la infección y en su caso a prevenirla. Cambiar el apósito cada 5 a 7 días.¹²

8. Colocación de un apósito secundario. Se coloca gasa encima de la hidrofibra y apósito transparente.

Fundamentación. Hecho de poliuretano o copolimero. Utilizado como apósito secundario. Este apósito no tiene que retirarse para valorar la herida. La

¹² Ibidem, Pag 108-112

película transparente también es impermeable a fluidos y bacterias del exterior, promueve el desbridamiento autolítico y evita o reduce la fricción, disponible en numerosos tamaños. Cambiar el apósito cada 5 o 7 días si se mancha, moja o presenta fugas de fluidos.¹³

9. Se administra vancomicina 630 mg IV c /6 hrs por 7 días, inicia 19-11-09, termina 26-11-09

Fundamentación. Es un glicopéptido de estructura compleja que se sintetiza de modo natural por *Nocardia orientalis*. Su efecto bactericida se ejerce inhibiendo la síntesis de la pared celular bacteriana, ya que posee una gran afinidad a los precursores de esta estructura. Su modo de acción se basa en alterar la acción de la transpeptidasa por impedimento estérico.

Es sumamente efectivo frente a bacterias como el *S.aureus*, *S.pyogenes*, *S.viridans*, *S.pneumoniae*, *Cl.difficile* y en general con bacterias Gram-positivas, no así con Gram-negativas, dado que el gran volumen de la molécula le impide travesar la primera de las membranas de estos. (Wikipedia. 2010)¹⁴

¹³ SHARON BARANOSKI. Elegir un apósito para las heridas. Nursing 2008, Volumen 26 numero 10. Pag. 10

¹⁴WIKIPEDIA. Revisado junio 2010. Enciclopedia libre. Encontrado en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Vancomicina>



Evaluación

25-11-09 Sin datos de infección
Granulación en proceso

27-11-09 Egresas del hospital
Se continua tratamiento deambulatorio

Evaluación:

1. Ambas heridas de Roberto, se han tornado con tejido de granulación, lo que permitirá el cierre de estas.
2. El exudado se ha erradicado totalmente de ambas lesiones.
3. El eritema se ha disminuido de manera considerable, ahora las lesiones se tornan rosadas con tejido propio de granulación.
4. Se eliminaron totalmente las pequeñas áreas necróticas en ambas lesiones.
5. El olor fétido que despedían las lesiones se elimino.
6. No presenta fiebre.

Capacidades de autocuidado adquiridas

Roberto adquirió capacidades de autocuidado, como lo son:

- No descubrirse la herida, mantenerlas cubiertas.
- Protegerse de no mojar apósitos al bañarse
- No rascarse o friccionar apósitos

- Dormir o descansar la cabeza de lado contrario de las lesiones

Se va de alta del hospital al presentar mejoría con respecto a las lesiones y termino de antibioticoterapia. Y se le seguirá tratando de forma ambulatoria, para lo cual se le da cita en 4 días.

Diagnóstico de enfermería:

Dolor agudo durante la curación relacionado con la inflamación, edema, exudado, eritema, manifestado por quejas verbales y gestos faciales expresivos.

Objetivo:

Roberto manifestará la disminución de dolor, durante la curación, a través de técnica cognitivo-conductuales y analgésicos, en un plazo de 4 días

Criterios de evaluación:

1. Expresiones no dolorosas
2. Manifestación verbal
3. Disminución de los datos de infección
4. Signos vitales
5. Nivel del dolor
6. Presencia o ausencia del dolor
7. Estado emocional

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervenciones de enfermería:

1. Evaluación de la intensidad del dolor por medio de la expresión facial la cual se encuentra en la escala de 8.

Fundamentación. La escala de valoración del dolor por medio de las expresiones faciales son un método multidimensional para evaluar los atributos y emociones que acompañan la experiencia dolorosa como: Intensidad, duración, ubicación, características somato sensoriales y emociones.¹⁵

¹⁵ Arencon A, Llovet E, et al Enero 2004. [www. Accurauhd.com](http://www.Accurauhd.com)

2. Usar técnica cognitivo-conductuales y durante la curación, postura correcta, mente en reposo y entorno tranquilo. Roberto realizará los siguientes ejercicios:
 - a) Realizara una inspiración profunda, con la nariz y llenará los pulmones de aire.
 - b) Soplar lentamente el aire, mientras deja el cuerpo flácido y se concreta en la sensación de bienestar que siente.
 - c) Realizar otra vez una respiración profunda y espirar lentamente. Pedir a Roberto sienta como entra el aire por la nariz, pasa por sus pulmones, al mismo tiempo como se mueve su tórax y abdomen y finalmente al espirar sacar el aire lentamente por la boca.
 - d) Repetir el ejercicio anterior, concentrándose en lo que está haciendo él y no en lo que se le está haciendo en ese momento.

Fundamentación. Las técnicas de relajación, una forma específica de distracción, básicamente son efectivas en el control del dolor. Usar las técnicas de relajación capacita a la persona para reducir la ansiedad que produce el dolor, disocia a la persona del dolor, obtiene beneficios máximos del reposo y los periodos de sueño y alivia la desesperanza y la depresión asociados al dolor.¹⁶

3. Administrar analgésico antes de la curación. Nalbufina 1.5 mg IV PRN

Fundamentación. La nalbufina es un opioide sintético con propiedades agonistas y antagonistas que está químicamente emparentado con la naxolona (un narcótico antagonista) y con la oximorfona (un potente analgésico narcótico). La nalbufina se utiliza para el tratamiento del dolor entre severo y

¹⁶ KOZIER BARBARA, et. Al. Enfermería fundamental. 4ta Edit. Interamericana, México D.F. Pag. 1043

moderado asociado a algunos desórdenes agudos y crónicos como el cáncer, los cólicos renales o biliares, la migraña y los dolores vasculares y para la analgesia obstétrica durante el parto. Este fármaco no parece inducir depresión respiratoria, al menos de una forma dosis-dependiente. (Vademecum) ¹⁷

La nalbufina tiene una actividad mixta de agonista/antagonista de los receptores opioides. Estos incluyen los receptores μ (mu), κ (kappa), y δ (delta), que han sido recientemente reclasificados como OP1 (delta), OP2 (kappa), y OP3 (μ). La actividad de la nalbufina sobre los diferentes subtipos de receptores opioides se asemeja a la de la pentazocina, si bien la nalbufina es más potente con antagonista de los receptores OP3 y tiene menos efectos disfóricos que la pentazocina. Son los efectos agonistas de la nalbufina en los receptores κ -1 y κ -2 los que facilitan la analgesia. Se cree que los efectos sobre los receptores kappa producen alteraciones en la percepción del dolor así como en la respuesta emocional al mismo, posiblemente alterando la liberación de neurotransmisores desde los nervios aferentes sensibles a los estímulos dolorosos.¹⁸

4. Administración de ketorolaco .5 mg /Kg/día, 30 mg IV c/ 8 horas.

Fundamentación. También llamado trometamina ketorolaco, es un antiinflamatorio no esteroideo (AINE, acrónimo en español) de la familia de los derivados heterocíclicos del ácido acético", con frecuencia usado como analgésico, antipirético (reductor de la fiebre), y antiinflamatorio. El ketorolaco no es un narcótico ni produce hábito. Este medicamento no causa dependencia física o mental, como suelen hacerlo los narcóticos. Sin embargo, en algunos casos, el ketorolaco se usa junto con un narcótico, con el fin de obtener un alivio superior al que ofrecería cualquier otro medicamento que se use individualmente.

¹⁷ Rodríguez. Op. Cit.

¹⁸ Uso de nalbufina, contraindicaciones y precauciones. Encontrado en: <http://www.findrxonline.com/medicina-archivos/nalbufina.html>

El inicio de la analgesia se observa 30 minutos después de la administración, cualquiera que sea la presentación utilizada; alcanzando su pico máximo alrededor de la primera y segunda hora en uso intravenoso e intramuscular y 3 horas después de la administración oral, ya sea en tabletas o cápsulas. En cuanto a su distribución, ketorolaco se une a proteínas plasmáticas en un 99%, sin embargo esta unión es débil, por lo que el uso concomitante de cualquier otro AINE puede desplazar al ketorolaco, incrementando la concentración plasmática de fármaco libre y potenciando los efectos adversos gastrointestinales. Una vez que el ketorolaco ha alcanzado el torrente sanguíneo, el fármaco se metaboliza vía hepática derivando en metabolitos inactivos, por conjugación en su mayoría.¹⁹

Evaluación.

1. Roberto no manifiesta expresiones dolorosas en el lapso de la curación
2. En días posteriores Roberto manifestó en forma verbal que no le dolía y que se continúe haciendo la curación.
3. Se expresa cooperativo, antes y durante la curación.
4. Según la escala de valoración facial del dolor, se encuentra en la puntuación 2 (ver anexo).²⁰
5. En ocasiones ya no se aplica el medicamento indicado previo a la curación.

Capacidades de autocuidado adquiridas

1. Roberto ha aprendido a utilizar la técnica cognitivo-conductual y en ocasiones expresa verbalmente que no se le administre analgésico.
2. El agente de cuidado dependiente también colabora en la relajación mental y respiratoria de Roberto antes y en el momento de la curación.

¹⁹ ZavaletaM. Rosete A. Medica sur, Vol. 14 Num. 1 Ene.Mar 2007, pag. 14-20.

²⁰ Escala del dolor

Diagnóstico de enfermería:

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con trauma mecánico manifestado por pérdida de las capas de la piel, (dermis y epidermis) y lesión tisular (subcutánea).

Objetivo:

Se restablecerá la integridad de la piel de Roberto de la región parietal izquierda, por medio de las curaciones para la regeneración de tejido de granulación y afrontamiento de la piel en un lapso de tres meses.

Criterios de evaluación:

1. Tejido de granulación
2. Integridad de la piel
3. Afrontamiento de la piel
4. Signos vitales
5. Tamaño de la herida

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

Intervenciones de enfermería:

1. Lavado de manos.

Fundamentación. Las manos son el vehículo más común para transmitir infecciones, practica de control de infecciones, sencilla e importante para minimizar la transmisión de infecciones entre los pacientes y el personal de

salud, con el objetivo de eliminar la flora transitoria de las manos y disminuir la flora residente. (NOM-026-SSA2-1998) ²¹

2. Preparación del lecho de la herida.

Fundamentación. Es un concepto dinámico que debe adaptarse a las necesidades de la herida y el proceso de cicatrización; abarca los siguientes aspectos: Control del tejido no viable, control de la inflamación y de la infección, control del exudado y estimulación de los bordes epiteliales.

Ofrece oportunidades en el tratamiento de heridas crónicas. Éstas abarcan desde aspectos básicos, como el tratamiento de la infección, del tejido necrótico y del exudado, hasta aspectos más complejos, como cambios fenotípicos en las células de la herida. Esto se refiere a cuando las células del interior y de los bordes de la herida se vuelven senescentes (envejecen), no responden a ciertos tratamientos y se precisa una reconstrucción de la herida crónica mediante el empleo de tratamientos tales como agentes biológicos (p. ej., terapia celular) para así reconstituir de nuevo la estructura dérmica. (Luengo. 2007)²²

3. Control del tejido no viable, fibrina, tejido esfacelar.

FUNDAMENTACION. La presencia de tejido necrótico o comprometido es habitual en las heridas crónicas que no evolucionan hacia la cicatrización, y su eliminación tiene muchos efectos beneficiosos. Se suprimen el tejido no vascularizado, las bacterias y las células que impiden el proceso de cicatrización (carga celular), obteniendo medio que estimula la formación de tejido sano. Según estudios recientes sobre la senescencia de las células de la herida y su falta de respuesta a ciertas señales, es particularmente

²¹ Nom 026. Op. Cit.

²² Guía de cuidados a pacientes en oncología radioterápica. Manuela Luengo Cabezas.2007

importante el hecho de que el desbridamiento elimine la carga celular y permita que se establezca un medio estimulante.

4. Se llevara a cabo la cura en ambiente húmedo

FUNDAMENTACION. Entre otros elementos, los macrófagos, células que están presentes durante los periodos de *inflamación y reparación*, secretan factores de crecimiento como el factor de crecimiento epidérmico (EGF), el factor de crecimiento fibroblástico (FGF), el factor de crecimiento derivado de las plaquetas (PDFG), el factor transformador del crecimiento (TGF-P), la interleukina-I (IL-1) y el factor de crecimiento de la insulina (IGF). Estos factores de crecimiento son proteínas promotoras del crecimiento, las cuales, presentan la capacidad de poder inducir el crecimiento de las células en el margen de las heridas, así como la aparición de tejido de granulación y la formación de nuevos vasos en los tejidos recién reconstruidos. Un apósito que mantenga la herida en un ambiente húmedo y que retenga el exudado, además de mantener un entorno con condiciones ideales que facilitan la viabilidad celular, permite, al retener el exudado de la herida, la interacción con el lecho de la lesión de los diferentes factores de crecimiento secretados de manera natural. Prueba de la afirmación anterior son los resultados de diferentes trabajos de investigación que han aislado cantidades importantes de PIDGF, FGF y EW en el exudado de lesiones cubiertas con apósitos hidrocoloides e hidro-reguladores³⁸⁻³⁹, resultados que aportan importantes argumentos para afirmar que los apósitos que en la herida en ambiente húmedo retienen factores tróficos viables y permiten su actuación en íntimo contacto con la superficie del lecho de la herida. (Torra i Bou 2007)

Intervenciones

Apósito de poliuretano
Humedad necesaria



2-02-10
Sin datos de
infección



Evaluación:

1. Pese a las diferentes adversidades para la regeneración de la piel de Roberto en región parietal izquierdo, esta se ha visto favorecida en el transcurso del tiempo establecido. Ambas heridas de Roberto, se han tornado con tejido de granulación, lo que permitirá el cierre de estas.
2. El exudado se ha erradicado totalmente de ambas lesiones.
3. El eritema se ha disminuido de manera considerable, ahora las lesiones se tornan rosadas con tejido propio de granulación.
4. Se eliminaron totalmente las pequeñas áreas necróticas en ambas lesiones.
5. El olor fétido que despedían las lesiones se eliminó.

Capacidades de autocuidado adquiridas

Roberto adquirió capacidades de autocuidado, como lo son:

- No descubrirse la herida, mantenerlas cubiertas.

- Protegerse de no mojar apósitos al bañarse
- No rascarse o friccionar apósitos
- Dormir o descansar la cabeza de lado contrario de las lesiones

Diagnóstico de enfermería:

Déficit en el proceso de eliminación intestinal relacionado al ambiente hospitalario, manifestado por expresión verbal de desagrado de frutas y verduras y baja ingesta de la dieta.

Objetivo:

Roberto disminuirá los síntomas de estreñimiento fomentando la ingesta de verduras, fruta y alimentos preferidos, durante la estancia hospitalaria.

Criterios de evaluación:

1. Movimientos peristálticos
2. Perímetro abdominal
3. Tipo de alimentación.
4. Ingesta de líquidos
5. Patrón de evacuación.

Sistema de enfermería: De apoyo educativo.

Intervenciones de enfermería:

- 1. Fomentar la ingesta de una dieta equilibrada y rica en fibra en los tres alimentos durante el día.**

Fundamentación. Una dieta bien equilibrada, rica en fibra estimula el peristaltismo y la evacuación regular.²³

- 2. Fomentar la ingesta de líquidos de 1500 ml durante el día.**

Fundamentación. Cuanto más tiempo permanece la masa fecal en el colon más agua pierde, endureciéndose progresivamente y dificultando su expulsión.

²³ CARPENITO LYNDA. J. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería, 2da. Edición. Edot. Mc Graw-Hill Interamericana. México. Pag. 709

Si se reduce la ingesta de líquidos o existe deshidratación el organismo puede intentar compensarla tomando más líquido del colon.²⁴

3. Se otorga apoyo educativo sobre el efecto que tiene el consumir alimentos que contengan fibra, que deben consumirse diariamente para facilitar las evacuaciones.

Fundamentación. La fibra insoluble, no se disuelve en agua. Este tipo de fibra se encuentra en alimentos como el salvado de trigo, granos enteros y las verduras. Su principal acción en el organismo es aumentar el volumen de las heces, disminuyendo el tiempo de tránsito de los alimentos y las heces a través del tubo digestivo. Como consecuencia, este tipo de fibra, al ingerirse diariamente, facilita las deposiciones ayudando a eliminar el estreñimiento.²⁵

Beneficios del Consumo de Fibra:

- Estreñimiento: El efecto más conocido de la fibra insoluble, es su capacidad de facilitar la defecación al absorber el agua y formarse heces menos consistentes. Por lo tanto, un contenido adecuado de fibra en la alimentación es fundamental para prevenir y ayudar a eliminar el estreñimiento.

Evaluación:

1. Trato de consumir verduras y frutas a la constante petición del agente de autocuidado.
2. Durante su estancia hospitalaria Roberto presento disminución del apetito
3. Al egresar del hospital este requisito se torno sin déficit, puesto que añoraba los alimentos otorgados en su hogar
4. Durante la estancia hospitalaria no aumento perímetro abdominal, pero si movimientos peristálticos disminuidos.

²⁴ Kozier. Op.Cit 2005.

²⁵ Importancia del Consumo de Fibra en la Alimentación Diaria. por **admin** en Salud y Nutricion 5 de September de 2006. Encontrado en : <http://www.jugosylicuados.com/consumo-fibra-alimentacion-diaria/26/>

5. Roberto presenta primera evacuación dolorosa (18/11/09), posteriores a esta sin malestar.

Capacidades de autocuidado adquiridas

- Roberto comprendió a pesar de su desagrado por las verduras y algunas frutas, que son indispensables para erradicar el estreñimiento y el dolor a la evacuación.
- Ingesta tolerable de frutas y verduras en mayor cantidad.

PRIMERA VALORACION FOCALIZADA. 9-12-09

Requisito de autocuidado con déficit:

a) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

6. Inicia tratamiento de medicamento citotóxico el 6-12-09, quimioterapia de mantenimiento.
7. Laboratorios: Hb: 11.8, Leucocitos: 3900, Neutrofilos: 1716, Linfocitos: 49, Monocitos: 6, **Plaquetas: 78 000**
8. Presenta exudado hemático moderado
9. *Cultivo de secreción de herida con Stafilococcus aureus*
10. Olor fétido
11. Dolor al retiro del apósito
12. Eritema
13. Úlcera crónica con regresión a avances, determinado por el tamaño de la lesión

b) Demás requisitos sin déficit



9-12-09
Exudado hemático

Cultivo:
Stafilococcus aureus



PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Diagnóstico de enfermería:

Deterioro del proceso de cicatrización relacionado con perfiles hematológicos anormales (plaquetopenia) manifestado por exudado hemático, evolución crónica no favorable de la lesión, dolor al retiro del apósito.

Objetivo:

Favorecer el proceso de cicatrización en las lesiones de Roberto, mediante intervenciones especializadas por razón necesaria en la lesión crónica para el cierre total de la lesión en un lapso de cuatro meses.

Criterios de evaluación:

1. Presencia o ausencia de dolor
2. Características de la piel
3. Características de la herida

4. Presencia o ausencia de sangrado

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervenciones de enfermería:

1. Lavado de manos.

Fundamentación. Las manos son el vehículo más común para transmitir infecciones, practica de control de infecciones, sencilla e importante para minimizar la transmisión de infecciones entre los pacientes y el personal de salud, con el objetivo de eliminar la flora transitoria de las manos y disminuir la flora residente. (NOM-026-SSA2-1998) ²⁶

2. Explicar Roberto que se va a hacer con palabras sencillas y de qué forma

Fundamentacion. Debido a la amplia gama de heridas y respuestas de los pacientes, resulta imposible garantizar que ningún paciente sentirá dolor y es importante establecer objetivos realistas para cada paciente. Los pacientes pueden prever que experimentarán sensibilidad durante las curas relacionadas con los apósitos, pero el objetivo debe ser limitar el dolor y las molestias al mínimo. Esto sólo puede lograrse con la participación del paciente y mediante la utilización de un método adecuado para él, para la evaluación del dolor que incorpore un método de medida para valorar y, en caso necesario, cambiar la selección de analgésicos o intervenciones, así como el momento en que deben administrarse o efectuarse.(MEP. Ltd. 2004)

3. Control del exudado, por medio de la utilización del opósito

Fundamentación. Los estudios cuantitativos de Hansson (4), Ovens y Fairhurst, como los más emblemáticos hasta la fecha, al destacar que el dolor, el olor y la exudación son los condicionantes más importantes que impactan directamente sobre la calidad de vida del paciente, lo cual se hace ampliable a la perilesión; como colofón, señalan que el control de la exudación es

²⁶ NOM-026-SSA2-1998

fundamental, ya que de una forma u otra va a incidir en los demás factores, tanto para el lecho de la lesión como para la piel que lo rodea.

Apósitos formadores de gel e hidrogeles En este apartado se pueden englobar hidrocoloides, hidrófibras, alginatos e hidrogeles con diferentes proporciones de agua en sus diferentes formatos y estructuras simples o combinadas. Parten del exudado existente para formar el gel, y permanecen siempre dentro del lecho y en contacto constante con él, por lo que favorecen la autólisis. Mientras no se expandan fuera del límite del lecho, no suelen causar problemas, pero cuando esto ocurre pueden producir maceración, irritación e incluso llegar a formar costras desecadas en la peri- lesión. Particularmente, los hidrogeles y los apósitos hidrocoloides son capaces de absorber fluidos y a la vez rehidratar el lecho; están indicados en heridas con un volumen de exudado bajo o moderado y una viscosidad moderada o alta. Según ha reportado Stewart, los apósitos de alginato en placa, fibra o hidrogel son ideales para heridas muy productivas, con exudado muy viscoso. Las hidrofibras en concreto han sido ensayadas por Foster y Moore con resultados muy adecuados para heridas agudas altamente exudativas.

Las heridas neoplásicas suponen un grupo muy complejo, donde el reto de la curación es sustituido por el del control del olor, del dolor, del exudado y de la apariencia visual de la lesión, tal como ha conceptualizado Potenciar la calidad de vida mediante el abordaje integral de estos síntomas es el objetivo general de los cuidados, aunque muchas veces no puede alcanzarse en su totalidad Las heridas neoplásicas pueden producir una cantidad de exudado tal que los apósitos lleguen a ser incapaces de contenerlo. (MEP. Ltd. 2004)²⁷

4. Evitar que el apósito, el vendaje o la cinta adhesiva ejerzan demasiada presión

²⁷ Principios de las mejores prácticas. Disminución del dolor en las curas relacionados con los apósitos. Documento de consenso. London: MEP Ltd. 2004.

Fundamentación. Los resultados más sencillos que se obtienen escuchando e involucrando al paciente es la petición de periodos de descanso para que el paciente pueda recuperar sus niveles de confort. En ese momento, se puede incrementar la analgesia y el médico o el profesional sanitario, comprende qué es lo que el paciente reconoce como desencadenante del dolor y qué le proporciona alivio, puede considerar cuáles son las mejores posibilidades para continuar. Se recomienda respirar lento y rítmicamente para distraer al paciente y reducir la ansiedad. (MEP. Ltd. 2004) ²⁸

5. Realizar una evaluación continua y modificaciones en el plan y las intervenciones del tratamiento es esencial, ya que las heridas cambian con el tiempo.

Fundamentación. Selección del apósito El hecho de que las características del apósito se adecuen perfectamente al estado de la herida y el tejido perilesional contribuye a controlar el dolor. Entre los factores que repercuten en la selección del apósito deben incluirse la adecuación al tipo y a la condición de la herida. Deben tenerse en cuenta los siguientes parámetros en cuanto al apósito:

- Mantenimiento de un entorno húmedo para la cicatrización de la herida
- A traumático para la herida y la piel perilesional
- Capacidad de absorción (capacidad de control/retención del exudado)
- Potencial alérgico. (MEP. Ltd. 2004) ²⁹

Evaluación.

1. Ambas heridas de Roberto, se han tornado con tejido de granulación, lo que permitirá el cierre de estas.
2. Evolución favorable de la lesión, sin datos de infección
3. El exudado se ha erradicado totalmente de ambas lesiones

²⁸ Ibidem. Pag 8

²⁹ Ibidem. Pag 10

4. El eritema se ha disminuido de manera considerable, ahora las lesiones se tornan rosadas con tejido propio de granulación.
5. El olor fétido que despedían las lesiones se elimino.
6. Erradicación del dolor al retirar el apósito oclusivo, así como en el momento de la curación
7. Ha disminuido el tamaño de la lesión.

Capacidades de autocuidado adquiridas

Roberto adquirió capacidades de autocuidado, como lo son:

- No descubrirse la herida, mantenerlas cubiertas.
- Protegerse de no mojar apósitos al bañarse
- No rascarse o friccionar apósitos
- Dormir o descansar la cabeza de lado contrario de las lesiones

Valoración



18-01-10 Sin datos de
infección
Fase de epitelización

SEGUNDA VALORACION FOCALIZADA. 19-03- 10

Requisito de autocuidado con déficit:

c) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

14. Inicia tratamiento de medicamento citotóxico el 2.03-10, con 3er. Ciclo de medicamento citotoxico.

15. Presenta exudado sero-hemático moderado

16. *Cultivo de secreción de herida con Staphylococcus coagulasa negativo*

17. Olor fétido

18. Dolor al retiro del apósito

19. Eritema

20. Úlcera crónica con regresión a avances, determinado por el tamaño de la lesión

d) Demás requisitos sin déficit

19-02-10 Epitelización



2-03-10 Ingreso hospitalario:
3er. Ciclo de medicamento
citotoxico

19-03-10 Cultivo:
Staphylococcus coagulasa
negativo

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Diagnóstico de enfermería:

Infección de lesión en parietal izquierdo relacionado con inmunosupresión manifestado por, exudado sero-hemático moderado, eritema, la lesión no cura, olor fétido, dolor al retiro del apósito y regresión de avances al tamaño de la herida.

Objetivo:

Disminuir los datos de infección en la lesión de Roberto, para favorecer la recuperación de la piel, por medio de antibióticos sistémicos e intervenciones especializadas en un lapso de 15 días.

Criterios de evaluación:

1. Característica de la herida
2. Características de la piel
3. Presencia/Ausencia de secreción en la herida
4. Signos vitales
5. Piel perilesional

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervenciones de enfermería:

1. **Lavado de manos mecánico, antes y después de la realización de cada curación.**

Fundamentación. Las manos son el vehículo más común para transmitir infecciones, practica de control de infecciones, sencilla e importante para minimizar la transmisión de infecciones entre los pacientes y el personal de

salud, con el objetivo de eliminar la flora transitoria de las manos y disminuir la flora residente. (NOM-026-SSA2-1998) ³⁰

1. Utilizar cubre boca y guantes durante la realización de la curación.

Fundamentación. La contaminación de las manos y/o guantes tras el contacto con pacientes colonizados y con el entorno inanimado es muy alta. La contaminación de los guantes por gérmenes metil resistentes, tras el contacto con superficies inanimadas puede ser una fuente de transmisión de gérmenes que tiene que ser controlada mediante unas prácticas adecuadas por parte de los profesionales de la salud.

La generalización de uso de guantes en el contexto de la precauciones estándar y de las medidas de prevención de la transmisión cruzada de patógenos multiresistentes obliga a extremar el buen uso de los guantes, a su recambio entre diferentes procedimientos asistenciales en el mismo paciente y a la retirada inmediata tras finalizar el contacto con el paciente y posterior lavado de manos. (Hayden MK. 2008)³¹

³⁰ NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

³¹ Hayden MK. Risk of hand or glove contamination after contact with patients colonized with vancomycin-resistant Enterococcus or the colonized patient environment. Infect Control Hosp Epidemiol. 2008; 29:149-54.



10-04-10

16-04-10



20-04-10

2. Limpieza de las lesiones, llevando a cabo los principios de asepsia y antisepsia.

Fundamentación. Las heridas infectadas deben limpiarse en cada cambio de apósito. En la limpieza por irrigación hay que aplicar una presión suficiente para eliminar de forma eficaz los residuos y microorganismos sin dañar la herida y sin introducir microorganismos en ella. (MEP Ltd, 2008) ³²

Asepsia: ausencia de microorganismos que pueden causar enfermedad. Este concepto incluye: la preparación del equipo, la instrumentación y el campo de operaciones mediante los mecanismos de esterilización y desinfección.

Antisepsia: empleo de sustancias químicas para inhibir o reducir el número de microorganismos de la piel viva, las membranas mucosas o tejidos abiertos a un nivel en el cual no generen infecciones.

³² Ibidem, pag 6

Limpieza: es la remoción mecánica por medio del agua y un detergente de toda materia extraña, de las superficies en general. No elimina los microorganismos pero reduce su número. (Encolombia 2008)³³

3. Desbridamiento, retirar detritus, esfacelos, el tejido necrótico y fibrina presente en el lecho de las heridas para conseguir un lecho de la herida óptimo.

Fundamentación. Las heridas infectadas deben limpiarse en cada cambio de apósito. En la limpieza por irrigación hay que aplicar una presión suficiente para eliminar de forma eficaz los residuos y microorganismos sin dañar la herida y sin introducir microorganismos en ella. (MEP Ltd, 2008)

El pus, el tejido necrótico y los esfacelos son un caldo de cultivo para los microorganismos. El drenaje del pus y del exudado excesivo se facilita mediante apósitos absorbentes, dispositivos para el drenaje de la herida o el estoma, intervención quirúrgica, inserción de tubos de drenaje o tratamiento tópico con presión negativa, según proceda. El tejido necrótico y los esfacelos deben eliminarse mediante desbridamiento. En general, en la infección diseminada son preferibles los métodos rápidos de desbridamiento, como el desbridamiento quirúrgico o con un instrumento afilado. Los efectos beneficiosos del desbridamiento mecánico en las heridas infectadas se deben en parte a la eliminación de las biopelículas bacterianas. (MEP Ltd. 2008)³⁴

4. Colocación de gel de alginato de calcio/sodio. Saf-Gel, en sitio de ambas lesiones, para generar acción hemostática.

Fundamentación. Capacidad de absorción y acción hemostática, posee características convencionales para úlceras crónicas y heridas, las cuales tienen diferentes necesidades a medida que avanza su proceso de recuperación, con su combinación de sustancias hidrocoloides y alginato de

³³ Revista Actualizaciones de enfermería. Guía de manejo de asepsia y antisepsia. Cuervo Polanco Ma. Del Pilar. Encolombia. 2008

³⁴ Principios de las mejores prácticas: La infección de las heridas en la práctica clínica. Consejo internacional. London: MEP Ltd, 2008. Pp.7

calcio/sodio, le provee al lecho de la herida las condiciones óptimas para que progrese el proceso de cicatrización, por su doble mecanismo de hidratación y absorción al mismo tiempo. (Rojas 2008) ³⁵

5. Colocación de apósito de hidrofibra con plata iónica, Aquacel Ag en sitio de ambas lesiones como antibioticoterapia local.

Fundamentación. Apósito antimicrobiano con impregnación argéntica, es un apósito blando, estéril, no tejido, en forma de almohadilla o cinta, compuesto de carboximetilcelulosa sódica y plata iónica al 1.2%, que permite hasta 12 mg de plata por cada 4 pulgadas cuadradas de apósito. La plata iónica presente en el apósito destruye las bacterias del apósito mismo, reduce el número de bacterias en el lugar en el que el apósito se amolda a la herida y ayuda a crear un ambiente antimicrobiano. Este apósito absorbe grandes cantidades de exudado y bacterias de la herida, formando un gel blando y cohesivo que se amolda estrechamente a la superficie de la misma. Manteniendo la humedad y ayudando a eliminar tejidos necróticos (desbridamiento autolítico). El ambiente húmedo en la vecindad de la herida y el control del número de bacterias contribuyen al proceso de cicatrización del cuerpo y ayudan a eliminar la infección y en su caso a prevenirla. Cambiar el apósito cada 5 a 7 días. (Rojas 2008) ³⁶

6. Colocación de un apósito secundario. Se coloca gasa encima de la hidrofibra y apósito transparente.

Fundamentación. Hecho de poliuretano o copolimero. Utilizado como apósito secundario. Este apósito no tiene que retirarse para valorar la herida. La película transparente también es impermeable a fluidos y bacterias del exterior, promueve el desbridamiento autolítico y evita o reduce la fricción, disponible en

³⁵ Arte y ciencia en el cuidado de heridas. Dr. Carlos H. Rojas Devia, Director Médico America Latina, Boston Medical Device. Noviembre 2008.Pag. 88-90

³⁶ Ibidem, Pag 108-112

numerosos tamaños. Cambiar el apósito cada 5 o 7 días si se mancha, moja o presenta fugas de fluidos (Baranoski 2008)³⁷

Evaluación:

1. Ambas heridas de Roberto, se han tornaron con tejido de granulación, lo que permitió el cierre de estas.
2. El exudado erradicó totalmente de ambas lesiones
3. El eritema disminuyo de manera considerable, ahora las lesiones se tornan rosadas con tejido propio de granulación.
4. El olor fétido que despedían las lesiones se elimino.

Capacidades de autocuidado adquiridas

Roberto adquirió capacidades de autocuidado, como lo son:

- No descubrirse la herida, mantenerlas cubiertas.
- Protegerse de no mojar apósitos al bañarse
- No rascarse o friccionar apósitos
- Dormir o descansar la cabeza de lado contrario de las lesiones

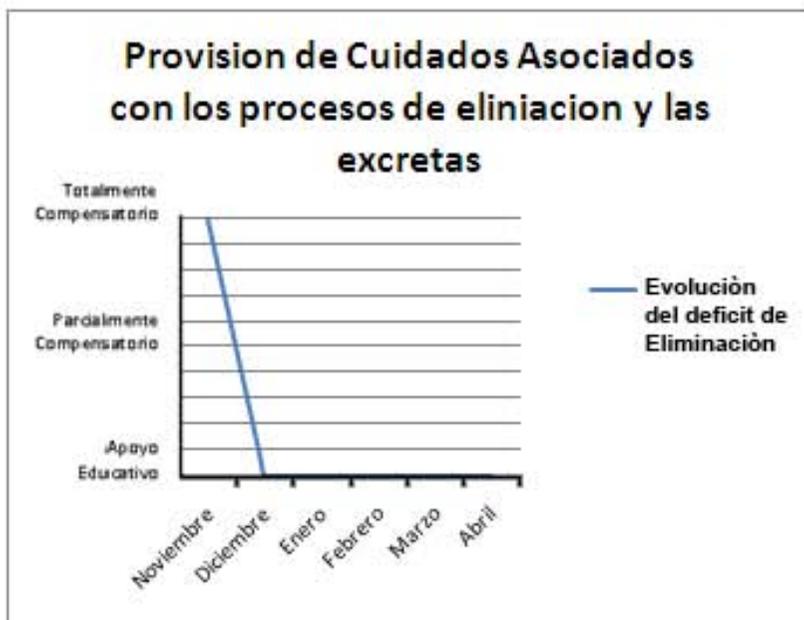
³⁷ SHARON BARANOSKI. Elegir un apósito para las heridas. Nursing 2008, Volumen 26 numero 10. Pag. 10

Valoración inicial
16-11-09



Valoración final
20-04-10

5.12 Evolución de los Requisitos



Valoración inicial

16-11-09



Valoración final

20-04-10

VI. PLAN DE ALTA

Se le da una serie de recomendaciones a Roberto, así como a sus padres para el autocuidado que llevara a cabo en su domicilio, para lograr una optima recuperación y prevención de lesiones.

1. CUIDADOS ESPECIFICOS.

- a) No descubrir apósito oclusivo en lesión de la cabeza
- b) No rascarse o frotar la lesión
- c) Evitar mojar el área cubierta por el apósito
- d) No realizar ejercicios bruscos que conlleven a esfuerzos

2. MEDICAMENTOS

- a) No auto medicarse
- b) Respetar la indicación médica, si la hubiere, en la toma de los medicamentos.

3. MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS

- a) Baño diario
- b) El aseo de la cabeza preferentemente se hará con apoyo
- c) Lubricar la piel después del aseo
- d) tener cuidado en el corte de uñas
- e) Lavado de manos antes de comer
- f) Cepillado de dientes después de cada alimento
- g) Comer todo tipo de alimentos previamente cocidos

Leche y lácteos: Leche entera, semi o desnatada -depende de las necesidades individuales-, pero en especial, se recomienda consumir con mayor frecuencia yogures y otros derivados lácteos poco grasos

Carnes, pescado, huevos y derivados: Todos, por lo menos una vez a la semana de cada uno de ellos.

Cereales y patatas: Patata (fécula), pastas alimenticias y en cuanto a otros cereales, preferir los integrales (pan, cereales y galletas integrales, muesli) a los refinados y limitar el arroz (astringente) a 1-2 veces por semana, o mejor aún, combinarlo con legumbres y verduras (arroz con guisantes, paella de verduras, etc.).

Legumbres: Lentejas, garbanzos, alubias, habas, guisantes, Verduras preferiblemente una ración diaria

Frutas: Prácticamente todas; frescas, secas y cocidas, con piel y bien lavadas y desinfectadas.

Bebidas: Agua, caldos, infusiones y zumos naturales normales o integrales (con pulpa y por tanto fibra, a diferencia de los normales).

4. SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

En caso de existir cualquiera de estos datos por favor acudir de inmediato al centro de atención o comunicar con personal de salud que le atiende.

- a) Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades en la piel.
- b) Presencia de temperatura de más de 37°C
- c) Dolor en el sitio de la lesión
- d) Secreción de cualquier tipo en la lesión
- e) Enrojecimiento alrededor de la lesión

- f) Presencia de mal olor
- g) Humedad en el apósito que cubre la lesión
- h) Presencia de calor y edema en el sitio de la lesión

5. CITAS.

- a) Acudir a cita según requerimiento del médico tratante para seguimiento del tratamiento.
- b) Para curación según sea la necesidad de la lesión.
- c) Las citas para curación serán preferentemente en la mañana.
- d) Acudir previamente bañado.

VII. CONCLUSIONES

La realización de este estudio de caso basado en la teoría general del déficit de autocuidado permite la visualización al paciente en forma holística determinando su déficit de autocuidado y dar la pauta para forjar en el paciente actividades de aprendizaje que condicionan conductas generadoras de autocuidado.

El uso del proceso de enfermería favorece el desarrollo científico de la profesión, permite brindar atención individualizada en base a los requerimientos específicos de atención a la persona y en su contexto holístico.

En la actualidad la enfermería se encuentra en un proceso de desarrollo profesional muy importante el cual requiere de los profesionistas dedicados a esta disciplina, mayor compromiso, conocimiento de habilidades y aptitudes.

El permitirme haber culminado la especialidad en enfermería infantil, me complace en lograr una de las metas establecidas en mi proyecto profesional y personal, lo que me compromete como enfermera especialista con principios éticos, a brindar un cuidado integral dirigido a mejorar la calidad de vida de la comunidad infantil, con sus familiares, mis colegas y otros profesionales de la salud a continuar preparándome para brindar cuidados con calidad y calidez en la atención.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Atkinson L.D. Proceso de Enfermería. Edit. El Manual Moderno, S:A: de C:V. México, 1985
2. Alfaro Rosalinda. Aplicación del proceso enfermero. Editorial Elsevier-Masson 2007.
3. Association (NANDA). Madrid Elsevier, 2005.
4. Anthony C.P. Anatomía y Fisiología. Edit. McGraw-Hill Interamericana. México 1983
5. Balan, G. C.. Teorías y modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Antología. México: ENEO . 2009 pag.
6. Carpenito, L.J. Diagnósticos de Enfermería: Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª Ed. Madrid: MCGraw-Hill-Interamericana de España, 2003.
7. Carpenito, L.J. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ª. Ed. Madrid: MCGraw-Hill-Interamericana de España, 2004.
8. Carta Europea sobre los Derechos de los Niños Hospitalizados. Resolución del Parlamento Europeo Doc. A 2-25/86, DOCE 13 de mayo de 1986
9. Cavanagh S. J. Modelo de Orem, Aplicación a la Práctica. Barcelona: Masson. 1993.
10. Comisión interinstitucional de enfermería. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México. Cruzada Nacional por la calidad, Salud. Diciembre 2001.
11. Cruz. M. Tratado de Pediatría. Edit. Ergon 9na. Edición Madriri 2006. Pag. 1576
12. Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación 2005-2006. North American Nursing Diagnosis
13. Escobar P.E. Tratado de Pediatría Vol. II El niño enfermo. Edit. Manual Moderno Mex. 2005. Pág. 551
14. Laice B.T. Ética en Enfermería. Edit. Manual Moderno, México D.F. 19994. Pag.

15. Manual de la Enfermería. Editorial, Grupo Oceano/Centrum 2003.
16. Orem, Dorothea E. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. Savannah, GA. Masson.1991.
17. Orem, D.E. Normas prácticas en enfermería. Madrid: McGraw-Hill. 1980.
18. Pérez, N.E. Modelo del déficit de autocuidado. Asignatura: Pensamiento enfermero. Puebla: BUAP. 2005.
19. Silas, G.J.. Historia de la Enfermería. Código oficial de Enfermería de Alicante. España: Agua clara. 1999
20. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre cicatrización de heridas. Argentina 2008
21. Torrer, M.A.. Modelos y Teorías en Enfermería. Edit. Elsevier. Madrid España .2007
22. Roberto Rivera Luna. Rutas críticas en la evaluación y tratamiento de los niños con cáncer. Editorial, editores de textos mexicanos, México 2009
23. NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales
24. Principios de las mejores prácticas: La infección de las heridas en la practica clínica. Consejo internacional. London: MEP Ltd, 2008.
25. Arte y ciencia en el cuidado de heridas. Dr. Carlos H. Rojas Devia, Director Médico America Latina, Boston Medical Device. Noviembre 2008.
26. Principios de las mejores prácticas. Disminución del dolor en las curas relacionados con los apósitos. Documento de concenso. London: MEP Ltd. 2004.
27. Kozier Barbara, et. Al. Enfermería fundamental . 4ta Edit. Interamericana, México D.F.
28. Carpenito Lynda J. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería, 2da. Edición. Edot. Mc Graw-Hill Interamericana. México.
29. Connie M. Sarvis, El sistema NERNO para valoración de las heridas con colonización de carácter critico. Nursing 2008, Volumen. 26, Numero 4

30. Sharon Baranoski Elegir un apósito para las heridas. Nursing 2008, Volumen 26 numero 10
31. Rodríguez Carranza Rodolfo, Vademécum Académico de Medicamentos
32. Guía de cuidados a pacientes en oncología radioterápica. Manuela Luengo Cabezas.2007.
33. Hayden MK. Risk of hand or glove contamination after contact with patients colonized with vancomycin-resistant Enterococcus or the colonized patient environment. Infect Control Hosp Epidemiol. 2008; 29:149-54.
34. Manual de sugerencias sobre cicatrización y cura en medio ambiente húmedo dirigido a enfermería. Joan-Eric Torra i Bou. Coloplast. 2007
35. Revista Actualizaciones de enfermería. Guía de manejo de asepsia y antisepsia. Cuervo Polanco Ma. Del Pilar. Encolombia. 2008
36. Casamada N, Ibáñez N, Rueda J, Torra JE. Guía práctica de la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas, ¿Dónde?, ¿cuándo? Y ¿por qué? Barcelona: Laboratorios SALVAT, 2002.
37. Microcyn 60oculus technologies of Mexico, S.A. DE C.V. Encontrado en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm_2k8/src/prods/39031.htm
38. Wikipedia. Revisado junio 2010. Enciclopedia libre. Encontrado en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Vancomicina>
39. Uso de nalbufina, contraindicaciones y precauciones. Encontrado en: <http://www.findrxonline.com/medicina-archivos/nalbufina.html>
40. ZavaletaM. Rosete A. Medica sur, Vol. 14 Num. 1 Ene.Mar 2007, pag. 14-20.
41. Importancia del Consumo de Fibra en la Alimentación Diaria. por admin en Salud y Nutricion5 de September de 2006. Encontrado en : <http://www.jugosylicuados.com/consumo-fibra-alimentacion-diaria/26/>.

IX. ANEXOS

Legumbres: Lentejas, garbanzos, alubias, habas, guisantes, Verduras preferiblemente una ración diaria

Frutas: Prácticamente todas; frescas, secas y cocidas, con piel y bien lavadas y desinfectadas.

Bebidas: Agua, caldos, infusiones y zumos naturales normales o integrales (con pulpa y por tanto fibra, a diferencia de los normales).



SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

En caso de existir cualquiera de estos datos por favor acudir de inmediato al centro de atención o comunicar con personal de salud que le atiende.

1. Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades en la piel.
2. Presencia de temperatura de más de 37°C
3. Dolor en el sitio de la lesión
4. Secreción de cualquier tipo en la lesión
5. Enrojecimiento alrededor de la lesión
6. Presencia de mal olor
7. Humedad en el apósito que cubre la lesión
8. Presencia de calor y edema en el sitio de la lesión

CITAS.

1. Acudir a cita según requerimiento del médico tratante para seguimiento del tratamiento.
2. Para curación según sea la necesidad de la lesión.
3. Las citas para curación serán preferentemente en la mañana.
4. Acudir previamente bañado



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela de Enfermería y Obstetricia

Instituto Nacional de Pediatría

Hospital Infantil de Tlaxcala

Especialidad en Enfermería Infantil

Plan de Alta



OBJETIVO

Fomentar el auto-cuidado de Roberto por medio de la realización de una serie de recomendaciones que el tiene que llevar a cabo estando fuera del hospital y que le permitan tener de su conocimiento datos de alarma, en cuanto al cuidado de la piel circundante de las lesiones y en relación a todo su cuerpo.

CUIDADOS ESPECIFICOS.

1. No descubrir apósito oclusivo en lesión de la cabeza
2. No rascarse o frotar la lesión
3. Evitar mojar el área cubierta por el apósito
4. No realizar ejercicios bruscos que conlleven a esfuerzos

MEDICAMENTOS

1. No auto medicarse
2. Respetar la indicación médica, si la hubiere, en la toma de los medicamentos.

MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS

1. Baño diario
2. El aseo de la cabeza preferentemente se hará con apoyo
3. Lubricar la piel después del aseo
4. Tener cuidado en el corte de uñas
5. Lavado de manos antes de comer
6. Cepillado de dientes después de cada alimento
7. Comer todo tipo de alimentos previamente cocidos



Leche y lácteos: Leche entera, semidescremada o desnatada -depende de las necesidades individuales-, pero en especial, se recomienda consumir con mayor frecuencia yogures y otros derivados lácteos poco grasos

Carnes, pescado, huevos y derivados: Todos, por lo menos una vez a la semana de cada uno de ellos.

Cereales y patatas: Patata (fécula), pastas alimenticias y en cuanto a otros cereales, preferir los integrales (pan, cereales y galletas integrales), a los refinados y limitar el arroz (astringente) a 1-2 veces por semana, o mejor aún, combinarlo con legumbres y verduras (arroz con guisantes, paella de verduras, etc.).

	rural	Fauna		
--	-------	-------	--	--

Localización de industrias cercanas al domicilio
 especificaciones del giro _____

Servicios domiciliarios	agua	luz	drenaje	alumbrado publico	pavimentación	gas	otro

Características de la vivienda

Número de habitaciones _____	Distribución	

Construcción	Techo:	lamina	carton	concreto	otro
	Paredes:	lamina	tabique	concreto	otro
	Piso:	cemento	mosaico	madera	otro

Ventilación _____

Iluminación _____

Eliminación de basura _____

Disponibilidad y adecuación de los recursos

Seguridad Social no si
 Disponibilidad de los servicios de salud _____

Ingreso economico mensual en la familia _____

Distribucion de los recursos	salud	
	alimentación	
	educación	
	recreacion y cultura	
	otros	

Factores del sistema familiar

Tipo de familia _____

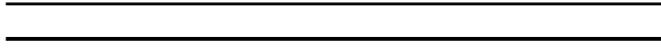
Integrantes de la familia

No	Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Parentesco	A.p.p.	Aportación económica	coeficiente intelectual

Rutina familiar (enfocada a los tiempos de convivencia)

Problemas familiares _____

Pertenencia a clubs sociales o de apoyo o autoayuda



REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

VALORACION DEL DESARROLLO DEL MOTOR GRUESO

Edad en meses	Manifestaciones
1 a 4	Sonríe y sigue objetos con la vista
2 a 4	Sostiene la cabeza, trata de alcanzar objetos
3 a 4	Balbucea, reconoce a su madre y muestra gusto por la música
4 a 6	Se rueda por sí mismo
6 a 8	Se mantiene sentado sin ayuda, prehensión palmar, lleva objetos
7 a 10	Primeras sílabas, se sienta solo y se voltea
8 a 10	Gatea, transfiere objetos de una mano a otra
9 a 11	Hace prehensión digital son el pulgar y el índice
10 a 12	Se incorpora ayudándose
12 a 14	Se mantiene de pie sin ayuda
12 a 15	Camina, repite palabras y obedece órdenes sencillas
15 a 18	Sube escaleras
15 a 24	Corre sin caer
15 a 24	Control de esfínter anal
2.5 a 5 años	Control del esfínter vesical

VALORACION DE GESSELL

CORTE ÁREAS	4	16	28	40	1	18
	SEMANAS	SEMANAS	SEMANAS	SEMANAS	AÑO	MESES
MOTRIZ	Mantiene posición asimétrica, reflejo tónico cervical Rueda hacia el costado Al intentar sentarse la cabeza cae hacia atrás En posición prona Levanta momentáneamente a Cabeza. Aprieta las Manos fuertemente y al contacto las cierra	Predomina la posición Simétrica. Sus manos se Encuentran. Al sentarse la cabeza se mantiene firme hacia adelante En posición prona las piernas están extendidas o semextendidas. Tiende a rodar Retiene algunos objetos	Etapas intermedia en el camino hacia la posición erguida. La acomodación ocular se halla más avanzada que lo manual. 		Gatea con destreza, se para sin ayuda pero sin equilibrio. Se desplaza de costado con ayuda de sostén. Prehensión fina hábil. Suelta las cosas voluntariamente. Hace rodar un balón	Dominio parcial de piernas. Avanza veloz con paso tieso. Sube escaleras con ayuda. Coloca un cubo sobre otro al primer intento. Arroja el balón
ADAPTIVA	Mira los objetos solo cuando están en línea de visión Si toma algo cae inmediatamente de la mano Si escucha una campana su actividad disminuye	Mira los objetos inmediatamente y provocan la actividad de sus miembros superiores. Sostiene y toma lo que mira y algunos los lleva a la boca.	Ojos y manos funcionan en estrecha interacción, inspeccionando objetos. La conducta manipulativa-perceptual es de gran actividad, no se trata de una recepción pasiva	Es capaz de agarrar con prensión en forma de pinza. La importancia de la boca disminuye. Inicia interés táctil y visual por detalles. Consciencia de continente y contenido, de cima y fondo, lado y lado y de causa y efecto	Apreciación de la forma, perceptividad hacia lo redondo. Pone un objeto sobre otro por un momento Sensibilidad para modelos imitativos. Realiza garabatos. Progreso en juego social modelo de dame y toma.	Relaciones geométricas del medio físico que lo rodea. Los dibujos son torcidos, son significados para él. Madurez perceptual reflejado en la forma significativa de su comportamiento
LENGUAJE	Aun su faz es inexpressiva. Su mirada es vaga e indirecta Realiza pequeños ruidos gestuales.	La expresión es entusiasta, respira y ríe fuertemente. 	Gran cantidad de vocalizaciones espontáneas y emitiendo vocales, consonantes y hasta sílabas y diptongos. El bebé entabla relaciones sociales con personas específicas	La creciente destreza de labios y su facultad imitativa, favorece la vocalización articulada. Sensibilidad para las impresiones sociales tiende a imitar ademanes, gestos y sonidos, responde a su nombre y posee una o dos palabras en su vocabulario articulado.	Reciprocidad social, repetición e imitación de palabras familiares. Atrae la atención con toses y chillidos. Al verse su imagen al espejo, contacto visual y vocalizaciones	De naturaleza ensimismada, se comunica con ademanes y palabras. Vocabulario de 10 palabras bien definidas. Uso de palabras y ademanes. Comprensión significativa. Responde a órdenes simples
PERSONA SOCIAL	Cuando mira su actividad disminuye, mira indefinidamente.	Sonríe espontáneamente Permanece sentado entre 10 y 15 minutos con ayuda Desarrolla juego manual.	El bebe es relativamente reservado, habiendo adquirido tan notable dominio de ojos, cabeza, brazos y manos, no dispone de mucho tiempo para los espectadores.	Le gusta tener gente a su alrededor, su sensibilidad al medio social le permite aprender algunas gracias infantiles. Capacidad de reconocer un extraño síntoma de mayor madurez social.	Repetición de acciones que le son festejadas inicio de sentido de personalidad. Reacción frente a la música. Primitivo sentido del humor. Se alimenta solo con sus dedos. Actitud social. Percektividad a las emociones de los demás	Independiente en sus juegos, hace pequeños mandados en casa, llevando o buscando cosas. Reacciona a los cambios de la rutina. Se aferra a sus ideas como a sus bienes. Egocentrismo. Las palabras significan poco.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE DE AIRE SUFICIENTE

Valoracion de la vía aerea

Obstrucciones

Fallas anatomicas

Valoracion de la composicion y disponibilidad del aire

Valoración del proceso de ventilación pulmonar

Ventilacion		Difusion	Perfusión
FR	ritmo	Saturacion de oxigeno	Llenado capilar
	profundidad		
	sincronia	FIO2	

Fase de Ventilación

Fases	Apoyo de la ventilación		Observaciones
Fase I	CC	Mas	
	PN	OI	
Fase II	CPAP	Nasal	
		Faringeo	
Fase III	CMV	AC	
	SIMV	VAFO	

Auscultación de Campos Pulmonares

Valoración de Silverman anderson

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Retracción costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia toraco-abdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

Adaptabilidad pulmonar

Factores fisiologicos

Factores psicologicos

2 Y 3 MANTENIMIENTO DE UN APORTE DE AGUA Y ALIMENTO SUFICIENTE

Consumo de agua al día (ml) _____
 Tipo de agua que consume _____
 porque? _____

Ingesta de leche (ml) _____ Tipo de leche _____

Ingesta de otro tipo de líquidos	refresco (ml)	otro (ml)
	Thè(ml).	

Valoración física

mucosas orales	hidratadas	semihidratadas	secas	Observaciones
lengua	hidratadas	semihidratadas	secas	
fontanelas	Deprimida (+)	Deprimida (++)	Deprimida (+++)	
Globos oculares	Normales	humdidos (+)	hundidos (++)	
Piel	seca	hidratada	escamosa	
Signo de lienzo				

Volumen urinario	oliguria	poliuria	anuria	Gasto fecal

Aporte de líquidos intravenosos en 24 horas _____
 Nutrición enteral _____
 tipo de dieta _____ Número de alimentos en 24 horas. _____
 Tipo de alimentación _____

Alimentos preferidos	Alimentos permitidos

	succión	deglución	masticación
factores mecanicos			
factores físicos			

Tolerancia a la vía oral PA preprandial _____ PA postprandial _____

Suplementos alimenticios _____

Dispositivos de apoyo para la alimentación

Ablactación	edad _____
	tipo de alimento _____
	progresion _____

Cavidad oral	alteraciones _____
	condiciones dolorosas y obstructivas _____
	limpieza _____
	denticion _____

Habitos alimenticios	come en la calle _____
	quien cocina los alimentos en casa _____

Rechazo a algun tipo de alimento y/o liquido

Rechazo a algun tipo de alimento o liquido por no ajustarse a normas culturales o gustos personales

Rechazo a algun tipo de alimento o liquido por incompatibilidad fisiologica (absosrcion, patologia o alergias)

PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACION Y
LOS EXCREMENTOS

Evacuaciones	cantidad en 24 horas _____	Uresis	cantidad en 24 horas _____
	cacteristicas _____		cacteristicas _____
	_____		_____
	Alteraciones anatomicas _____		Alteraciones anatomicas _____
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____
	Dificultad o dolor para la evacuacion _____		Dificultad o dolor para la miccion _____
	_____		_____
	_____		_____

Perspiración	Menstruación
_____	Menarca _____
_____	Emociones y sentimientos _____
_____	_____
_____	Manejo del entorno _____
_____	_____
_____	Cuidados asociados _____
Perdidas Insensibles	Periodicidad _____
_____	Dolor asociado _____
_____	_____

Drenajes y/o dispositivos de apoyo	Ventriculostomias _____	Ileostomia _____
	_____	_____
	Esofagostomia _____	Yeyunostomia _____
	_____	_____
	Sonda Nasogastrica _____	Gastrostomia _____
	_____	_____
	Sonda Orogastrica _____	Colostomia _____
	_____	_____
	Sonda Mediastinal _____	Sonda Vesical _____
	_____	_____
Sonda Pleural _____	Penrose _____	
_____	Otro _____	
_____	_____	

Factores que dificultan los procesos de eliminacion asociados en el ambiente, entrono social y/o

psicologicos

Realiza alguna actividad que favorezcan los procesos de eliminación

no	si
----	----

 cual

Auscultación, persuisión y palpación de abdomen y sisitema genitourinario

Hipogástrio

Mesogastrio

Hipocondrio

Hipocondrio derecho

Hipocondrio izquierdo

Flanco derecho

Flanco izquierdo

Fosa iliaca derecha

Fosa iliaca izquierda

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Transtornos del sueño

no	si
----	----

 No de horas de sueño _____
 cual _____

estado de conciencia	conciente	estupor	coma
	inconciente	narcosis	otro

actividad	activo	incapacidad
	hipoactivo	debilidad
	hiperactivo	otro

Factores humanos que intervienen en la movilidad	Apatia
	Incapacidad _____
	Inmovilidad prescrita con propositos terapeuticos

Realiza alguna actividad fisica, social, cultural que fomente u desarrollo

si	Cual	_____
no	por que	_____

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL

Actitud	Normal	Comunicación con los demas
	Deprimido	
	ansioso	
	agitado	
	otros	

Cuenta con personas fuera del ambiente familiar con quien conviva

no	si	quienes	_____
----	----	---------	-------

Siente miedo por algun motivo _____

tipo de personalidad	amoroso	Observaciones
	bondados	
	indiferente	
	egoista	
	autonomo	
	dependiente	
	manipulador	

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO Y EL DESARROLLO DE LA NORMALIDAD

Estudios de Laboratorio y gabinete

Gasometrías arteriales _____
venosas _____

Citometrías hemáticas	Química Sanguinea

Electrolitos Sericos	Otros

Historial de Infecciones

Métodos Invasivos	tipo	fecha de instalacion	condiciones actuales

observaciones

Estudios Especificos

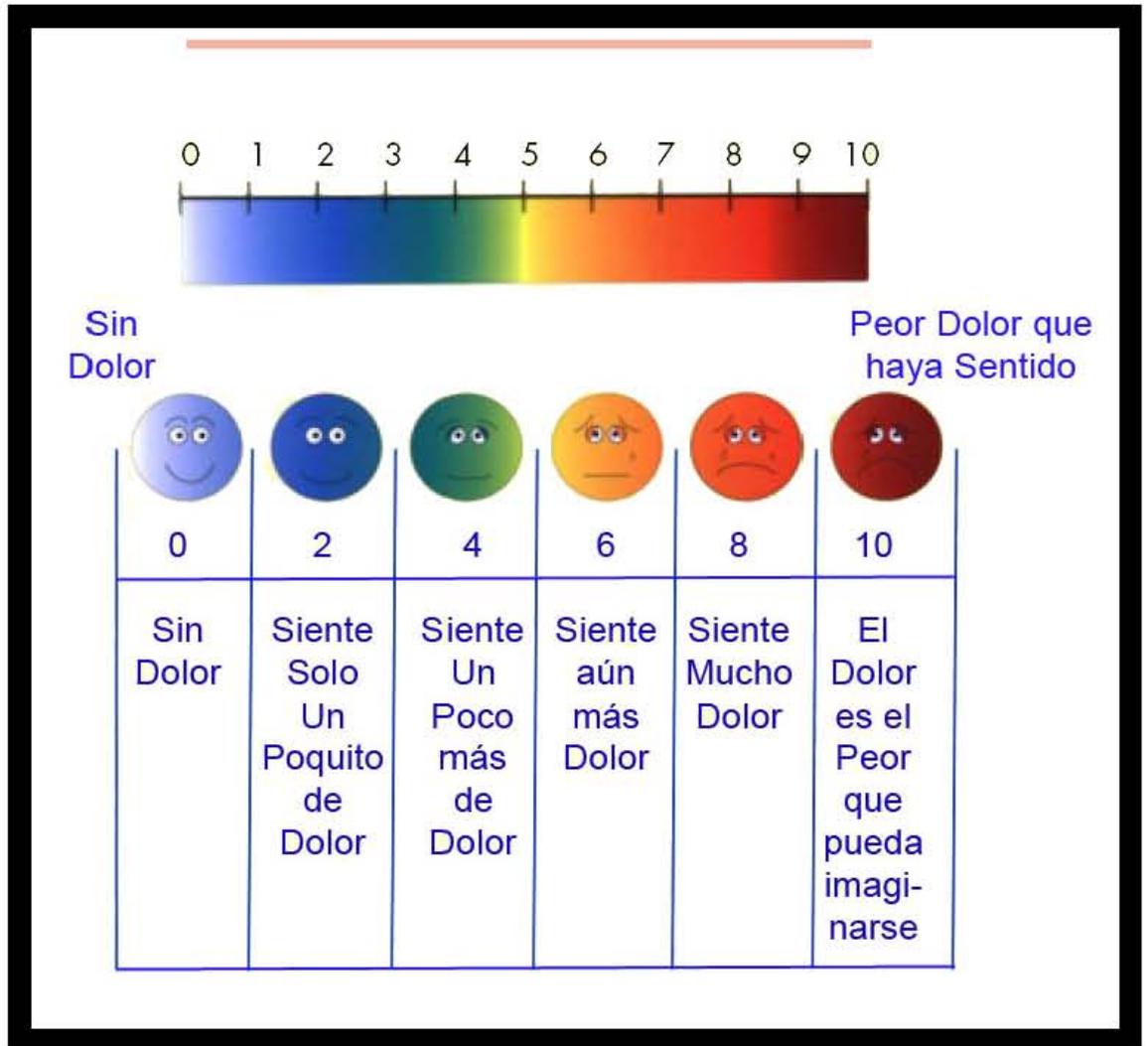
participacion del agente de cuidado dependiente

Exposicion a abusos

Busca apoyo para desarrollo personal

Se siente aceptado en la familia o grupo social

ESCALA DEL DOLOR



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

YO Angel Aquino Murgado declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo Roberto Emanuel Aquino Aparicio participe en el estudio de caso del Escador maxilar con deficit en el requisito universal de autocuidado de prevencion de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano basado en la teoria de Orem. objetivo principal es: Brindar intervenciones de enfermeria basadas en el metodo cientifico

Y que los procedimientos de enfermeria que se realizarán me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento. Los procedimientos consisten en:

Realizar Valoraciones, diagnósticos de enfermeria, realizar intervenciones para el tratamiento del requisito afectado.

_____ y contestar en forma verbal las preguntas referentes, al estado de salud de mi hijo.

Es de mi consentimiento que seré libre de retirar a mi hijo de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución.

Nombre del responsable del estudio: Lic. Diana Cisneros Pitolúa

FIRMA


Nombre del padre o tutor: Angel Aquino Murgado

FIRMA



TESTIGOS

Nombre: Isabelita Htz Rojas

Nombre: Ignacio Sánchez Gu

Firma: Isabelita Htz

Firma: Ignacio Sánchez Gu

Dirección: San Mateo S. Tepetomatlán Dirección: San Mateo S. Tepetomatlán

Tlaxcala, Tlax. A 16 de Nov 2009