



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL

ESTUDIO DE CASO

**ADOLESCENTE CON DEFICIT DE REQUISITOS
UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO SECUNDARIO A
ANOREXIA NERVIOSA**

Presenta: L.E.O. Thalia Alvarado Romero

Asesorado por:

Mtra. Margarita Hernández Zavala



México D.F. Enero de 2015



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.

INDICE

I.INTRODUCCIÓN	1
II.OBJETIVOS	3
General.....	3
Específicos	3
III.METODOLOGÍA.....	5
IV.FUNDAMENTACIÓN	7
4.1 Antecedentes.....	7
4.2 Conceptualización de Enfermería	17
4.3 Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem.....	24
4.4 Proceso de enfermería.....	31
4.5 Proceso de Enfermería / Modelo de Dorothea Orem.....	40
4.6 Daños a la salud	45
4.7 Consideraciones éticas.....	61
V. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	71
5.1 Ficha de identificación.....	71
5.2 Motivo de Consulta.....	71
5.3 Factores condicionantes básicos	71
5.4 Valoración de enfermería	74
5.5 Valoración por requisitos de autocuidado universal.....	83
5.6 Valoración de requisitos de desarrollo	91
5.7 Valoración de requisitos de desviación de la salud.....	93
5.8 Esquema metodológico	97
5.9 Jerarquización de requisitos universales	98
5.10Diagnósticos de enfermería	99
5.11 Plan de Cuidados	111
5.12 Evaluación del Autocuidado.....	144
VI PLAN DE ALTA	145
VII.CONCLUSIONES.....	149
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	151
IX ANEXOS	156

I. INTRODUCCIÓN

La situación social, económica y cultural se encuentra en un constante cambio, las presiones a las que estamos sometidos nos vuelven vulnerables ante una sociedad competitiva, consumista y que otorga una enorme importancia y estatus social a la apariencia física y sobre todo a la delgadez en las mujeres.

Esta situación en la actualidad está causando un severo problema en la psique y la salud de las mujeres y hombres de todas las edades, siendo las más afectadas mujeres jóvenes y adolescentes; quienes presentan con más frecuencia trastornos de la alimentación ligados a múltiples secuelas y en algunos casos hasta la muerte.

Se calcula que la anorexia nerviosa afecta entre el 0.5% al 3% de la población mundial de adolescentes, convirtiéndose en la tercera enfermedad crónica más común entre este grupo de personas.¹

La secretaria de Salud del Distrito Federal dió a conocer a través de la Asamblea legislativa; la Ley para la Prevención y el tratamiento de la obesidad y los trastornos alimenticios que en México aproximadamente 2 millones de personas padecen de trastornos alimenticios, el 90% son mujeres y la edad promedio de aparición son los 17 años, con un incremento anual de 20,000 casos de anorexia. Los trastornos alimenticios aumentaron 300% en México durante los últimos 20 años²

El presente estudio de caso se realizó en el Instituto Nacional de Pediatría y trata de una paciente adolescente de 15 años de edad con trastornos de la alimentación y deterioro de la interacción social quien ingresó sin diagnóstico

¹Asociación de lucha contra la bulimia y la anorexia. Anorexia estadísticas (Sede web) México, DF. 6 de junio de 2012. (acceso 18 de octubre de 2014). Disponible en: http://www.trastornoalimenticiocom.blogspot.mx/2012/06/normal-0-21-mx-x_2343.html

²Portal ciudadano del DF, Sufren dos millones de anorexia (Sede web) Sedesa, 1 de marzo de 2011.(acceso 18 de octubre de 2014). Disponible en: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=4957

médico específico y a quien se diagnosticó con anorexia nerviosa después de un largo periodo de exámenes, esto representa otro punto de interés; si bien sabemos mucho del tema implementar acciones de enfermería no es tan sencillo debido a la complejidad del cuadro que varía indudablemente de una persona a otra y obliga al personal de enfermería a trabajar con otros profesionales de la salud para restablecer el equilibrio físico y mental

La importancia de este trabajo como enfermera especialista y como estudiante del posgrado en Enfermería Infantil reside en que el papel de la enfermera es vital en estos padecimientos debido a que son prevenibles y cuando se presentan requieren de un plan de cuidados especializados dirigido a la recuperación de la salud de manera integral.

La metodología se llevó a cabo eligiendo un paciente del servicio de infectología al cual posteriormente, se le realizó una valoración, previa firma del consentimiento informado y con ella se desarrolló basado en la teoría de Dorothea Orem el presente estudio de caso,

II.OBJETIVOS

General

- Realizar un estudio de caso de una paciente adolescente que presenta un trastorno de la alimentación y mediante el proceso de enfermería desarrollar intervenciones especializadas dirigidas a restablecer la salud y/o mejorar las condiciones y la calidad de vida del paciente basando el proceder en la Teoría del autocuidado de Dorothea Orem.

Específicos

- Realizar una valoración a una paciente adolescente con trastorno de la alimentación a través de una anamnesis, una exploración física general y focalizada basada en el método clínico para obtener datos e indicadores de los requisitos de autocuidado que se encuentran con déficit.
- Establecer diagnósticos de enfermería reales, potenciales y de bienestar, a través del formato PES de acuerdo con las alteraciones de autocuidado detectadas a fin de jerarquizar los requisitos de autocuidado que se encuentran alterados.
- Determinar y aplicar un plan de cuidados especializados de enfermería basados en los diagnósticos enfermeros para determinar intervenciones de enfermería con un enfoque personalizado y holístico utilizando evidencia científica para su conformación.
- Evaluar las intervenciones establecidas a través de indicadores que permitan identificar el déficit de autocuidado y capacidad de autocuidado adquiridas, así como la posibilidad de restablecer o modificar el plan de

acuerdo a las necesidades de la paciente y el cumplimiento de los objetivos establecidos.

- Elaborar un plan de alta individualizado con la finalidad de dar continuidad al cuidado, reforzar las capacidades de autocuidado y las conductas positivas adquiridas.

III.METODOLOGÍA

El presente estudio de caso se elaboró en el Instituto Nacional de Pediatría, la elección del paciente se realizó en el Servicio de Infectología IV y la metodología utilizada para este, se basó en el conocimiento científico estructurado de manera ordenada y sistematizada a través de una búsqueda y revisión exhaustiva de literatura científica, libros, páginas oficiales del sector salud y búsqueda de artículos empleando bases de datos como pubmed, redalyc y scielo.

La información se obtuvo de fuentes primarias directas: la paciente y el expediente clínico e indirectas: libros, antologías, artículos de publicaciones periódicas, monografías, tesis, documentos oficiales, reportes de caso y artículos periodísticos, los cuales se revisaron y seleccionaron en base a su relevancia para el estudio de caso y su factibilidad basados en el tipo de estudio, sujetos de estudio, lugar, recolección de datos y diseño de estudio.

El trabajo se desarrolló con la Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem basando el proceder en los principios bioéticos. Se aplicó un consentimiento informado previa explicación del actuar dentro del estudio de caso.

La metodología constó de 2 etapas: la primera fue la selección del paciente y el desarrollo de la primera parte del trabajo: desarrollo de marco teórico, aplicación de instrumento de valoración y anamnesis, elaboración de factores básicos condicionantes y realización de exploración física llevada a cabo de manera cefalopodal a través del método clínico.

La segunda etapa constó de la jerarquización de requisitos de autocuidado universal y el desarrollo final del trabajo: Elaboración de diagnósticos reales, de riesgo y de bienestar, realización de un plan de cuidados de enfermería y un plan especializado de alta, para finalizar con la evaluación de las intervenciones y las conclusiones del trabajo.

En la siguiente página se presenta el cronograma de actividades realizadas para la elaboración del presente estudio de caso.

Cronograma de actividades para la elaboración del Estudio de Caso

Metodología	Octubre					Noviembre				Diciembre	
	20	22	24	26	31	4	16	24	28	16	20
Selección del paciente											
Primera entrevista											
Consentimiento informado											
Explicación física general											
Instrumento de valoración											
Marco teórico y objetivos											
Búsqueda de artículos relacionados											
Exploración física focalizada											
Desarrollo del modelo de D. Orem											
Jerarquización de requisitos de autocuidado											
Elaboración de diagnósticos											
Plan de intervenciones											
Plan de alta											
Evaluación y conclusiones											
Elaboración de introducción											

IV.FUNDAMENTACIÓN

Para la elaboración del estudio de caso se realizó una búsqueda y revisión de artículos científicos en bases electrónicas y se obtuvieron como resultado treinta artículos de los cuales elegí cinco por ser bajo mi perspectiva los más importantes para el caso. A continuación se presentan los artículos elegidos:

4.1 Antecedentes

En el artículo publicado por Gustavo Figueroa en el 2011: “El caso de Ellen West”: La ética médica en los albores de la anorexia nerviosa.³ Se describe lo siguiente:

Objetivo: Comprender las conductas morales adoptadas de acuerdo a la ética médica tradicional en un caso de anorexia nerviosa con el fin de evaluar la eficacia del encuentro terapéutico.

Muchas situaciones en el entorno interno y externo llevan a padecer un trastorno de la alimentación; burlas, ansiedad y colapso emocional depresivo, los pacientes con estos padecimientos llegan a escoger la muerte como la última tentativa para resolver un conflicto existencial dejando una sensación de impotencia en el personal de salud.

Como ejemplo de lo anterior en el artículo se describe a detalle el caso de una mujer que padeció de anorexia en una época en que la anorexia no existía, por tal motivo los criterios diagnósticos eran nulos y de manera equivocada se trataba como un trastorno esquizofrénico situación que sigue ocurriendo hasta el día de hoy en muchas instituciones de salud.

Aunque la anorexia ya es un diagnóstico médico y psiquiátrico establecido, se llega a él de una forma tardía, tras descartar múltiples padecimientos antes. Al

³Figueroa, Gustavo. “El caso Ellen West”: la ética médica en los albores de la anorexia nerviosa. Rev. Mex de trastor. aliment (online). 2011, vol.2, n.2, pp 104-112.

igual que en la terapéutica utilizada en años anteriores cuando la anorexia era imposible de diagnosticar el día de hoy sigue existiendo el choque entre disciplinas en el diagnóstico lo cual retrasa el tratamiento y empeora el pronóstico.

La importancia del artículo reside en la ética médica y el encuentro terapéutico, en el cual el personal de salud principalmente la enfermera quien pasa la mayor parte del tiempo con la paciente, debe hacer un pacto con él, para otorgar cuidados basados en la confianza, para asegurarle que no vamos a menospreciar sus sentimientos, que no le haremos sentir un vacío interno más al cuestionar sus motivos y que los errores cometidos antes por profesionales de la salud no serán nuestros errores.

La relación que mantiene con mi estudio de caso es de suma importancia pues en él se hace énfasis al papel que juega el trabajo multidisciplinario.

En el artículo publicado por Rosa Behar A. en el 2011: Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria. ⁴ Se describe lo siguiente:

Objetivo: Realizar una revisión de la evidencia disponible respecto al sentimiento de ineficacia personal observada en los trastornos de la alimentación.

Múltiples investigaciones se han desarrollado acerca de los trastornos de la conducta alimentaria, estos son de vital importancia para quienes pertenecemos al personal de salud debido al incremento desmesurado de estos y el bajo índice de eficacia terapéutica. Este artículo realiza una revisión exhaustiva de la información publicada en relación a los trastornos de la conducta del año de 1970 al 2011.

Las valoraciones enfermeras se realizan de manera holística dándole el mismo enfoque a las intervenciones o cuidados que el paciente requiere, por tal motivo este estudio representa una importante fuente de información orientada hacia el cuidado integral a través de la definición misma de las causas y factores que condicionan el padecer este trastorno.

El sentimiento de tener una madre controladora e intrusiva que produce carencia en las experiencias vividas o el recuerdo de abuso emocional en la infancia, la necesidad de autocontrol, competencia social, independencia y autoestima agregando a esto oposiciónismo de ideas, alexitimia o la incapacidad de definir sentimientos, incapacidad de separar sus sentimientos de los demás, la sensación de ineficacia personal e incapacidad de manejar efectivamente situaciones potenciales de riesgo como estrés, depresión, uso y abuso de sustancias y autolesiones.

⁴Behar A, Rosa. Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria. Rev. Mex. de trastor. aliment (online). 2011, vol. 2, n.2, pp. 113-124.

Este artículo resalta el fracaso en el autocuidado que sufren los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, lo cual representa un punto relevante para el presente estudio de caso pues delimita la intervención de enfermería hacia el reforzamiento o creación de las conductas de autocuidado.

Como último punto este artículo hace referencia al tema de la hospitalización y como se ha comprobado a través de diversos estudios que en la mayoría de los casos no ha producido ayuda terapéutica, al contrario ha agravado los signos y síntomas que presentan los que la padecen.

En el artículo publicado por Andrés Felipe Marín Cortés y Mauricio Hernando Bedoya Hernández en el 2009: Cuerpo vivido en la experiencia de mujeres con diagnóstico de anorexia y bulimia.⁵ Se describe lo siguiente:

Objetivo: Analizar el contexto y el fenómeno en particular de las mujeres diagnosticadas con anorexia y bulimia con el fin de conocer su punto de vista e interpretar sus experiencias.

Este artículo es la expresión de un estudio cualitativo en el cual se abordan la anorexia y la bulimia como problemas de salud consumados pero enfocado al significado que le da la paciente a la enfermedad, ciertamente las mujeres que las padecen aspiran al ideal social del cuerpo femenino inalcanzable por lo cual desarrollan medios poco saludables para alcanzarla.

Así comienza una historia para ellas trazada a través de una báscula y el control obsesivo de las tallas de ropa que utilizan, después de un tiempo la sensación de enfermedad es inevitable, el deterioro del cuerpo le indica a la familia y al personal de salud que hay un problema.

La paciente nota que el funcionamiento de su organismo no es el adecuado y que su apariencia física dista mucho del ideal, sin embargo no abandona las conductas que le han llevado a ese estado.

La historia personal y social de los pacientes diagnosticados con anorexia y bulimia es tan importante para el tratamiento como la vivencia corporal de los que lo presentan, pues estos trastornos se gestan en la cultura pero se expresan en el cuerpo y el deterioro de la salud.

⁵Marín Cortés, Andrés Felipe, Bedoya Hernández Mauricio Hernando. Cuerpo vivido en la experiencia de mujeres con diagnóstico de anorexia o bulimia. Revlatreia. (online). 2009, vol. 22, n.3, pp. 219-226.

Lo que aporta este artículo al estudio de caso es el conocimiento que debe tener el profesional de la salud al tratar casos de anorexia y bulimia, puesto que la medicina desconoce la experiencia de las mujeres que la padecen por tal motivo aunque estas mujeres en la mayoría de los casos reciban tratamiento médico principalmente nutricional y psiquiátrico tras ser diagnosticadas, terminan por abandonarlo al identificarlo como un tratamiento violento y que las despersonaliza.

Tras el rechazo y el abandono del tratamiento hay muy poco que el personal de salud pueda realizar, la paciente enfrenta un proceso de inocencia-conocimiento en el cual la enfermedad está presente pero la persona que la padece es incapaz de darle un significado a la enfermedad aunque los signos corporales lo indiquen.

En el artículo publicado por Sergio Miranda Sánchez en el 2011. Anorexia nerviosa: Manejo nutricional en pediatría⁶ .Se describe lo siguiente:

Objetivo: Determinar y describir los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa y las complicaciones más frecuentes en pacientes pediátricos con la finalidad de detectar el padecimiento de manera oportuna y dar tratamiento nutricional individualizado basado en las características físicas y psíquicas del paciente.

La importancia del artículo para el estudio de caso radica en los criterios diagnósticos, pues es el punto crucial de las intervenciones que se desarrollarán en un futuro.

Es necesario realizar diagnósticos diferenciales pues aunque los criterios diagnósticos son específicos, la variedad de pacientes y las múltiples situaciones que pueden desencadenar una anorexia complican el diagnóstico.

Padecimientos gastrointestinales, renales y psiquiátricos que producen anorexia derivada de la patología y no una anorexia meramente restrictiva como en el caso de la anorexia nerviosa , aunado a la aparición en edades cada vez más tempranas de esta, condicionan al personal de salud a un diagnóstico tardío.

Este artículo hace énfasis en las complicaciones médicas que surgen tras un diagnóstico médico tardío y tras un tratamiento inadecuado para la situación del paciente.

Complicaciones médicas como el síndrome de realimentación, problemas cardiovasculares como insuficiencia cardíaca y arritmias, complicaciones óseas, nutricionales y descompensaciones hidroelectrolíticas hacen que el tratamiento terapéutico se vuelva severo, largo y estresante para el paciente.

⁶Miranda Sánchez, Sergio. Anorexia nerviosa: Manejo nutricional en pediatría. Bol. Med. Hosp. InfantMex .(online). 2010, vol. 67, pp. 4-18.

Por tal motivo la etapa terapéutica debe considerar los factores de riesgo del paciente, aportación y grado de severidad del tratamiento y con ellas aportaciones terapéuticas de los métodos utilizados. El tratamiento de la anorexia es multidisciplinario y el personal de salud debe ser consciente de ello.

En el artículo publicado por German Eduardo Rueda Jaimes, Paul Anthony Camacho López, Silvia Milena Flores y Andrés Mauricio Rangel Martínez Villalba en el 2012. Validez y confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes. Se describe lo siguiente:

Objetivo: Determinar la validez y la confiabilidad de la escala de los trece dibujos del contorno de la figura (13-CS) y del Estándar Figural Stimuli (SFS) para la evaluación de la imagen corporal en estudiantes adolescentes.

Este artículo es importante para el estudio de caso debido a la importante muestra que representa acerca de los métodos utilizados para valorar la percepción de la imagen corporal en adolescentes.

La imagen corporal es la visión personal internalizada de la apariencia, varía de una persona a otra.

En este artículo se evaluó una muestra de 189 estudiantes adolescentes a las cuales se les aplicaron 2 escalas de valoración de imagen corporal (13-CS) y (SFS), las cuales fueron modificadas para el tipo de población a la cual se aplicaría: adolescentes latinoamericanas, pues estas pruebas están dirigidas a población estadounidense.

Se obtuvieron resultados equivalentes en ambas pruebas y la valoración de cada participante se evaluó en conjunto con un cuestionario SCOFF el cual se utiliza como método diagnóstico para detección de trastorno de la alimentación y el cuestionario Rosenberg para detectar depresión.

La relevancia de este estudio en el presente trabajo radica en la importancia de detectar de manera certera si el paciente presenta una distorsión de la imagen corporal y determinar si esta es solo una distorsión o llega a manifestarse como una insatisfacción de la imagen corporal.

El único problema que presenta el estudio es que no permite delimitar la insatisfacción a partes específicas del cuerpo.

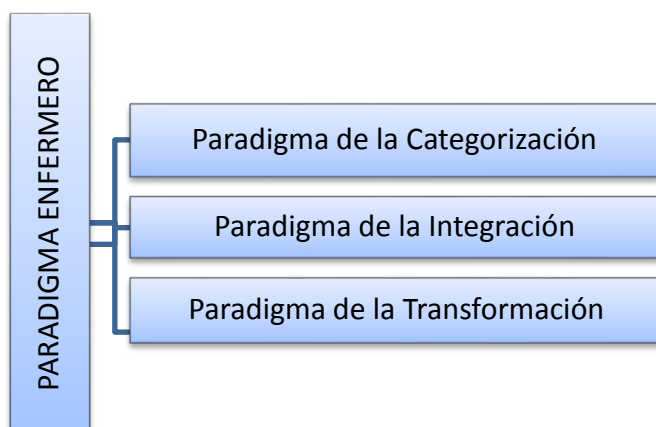
4.2 Conceptualización de Enfermería

Paradigma

Un paradigma es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macro estructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. Se define paradigma como un marco teórico-metodológico que utiliza el investigador para interpretar los fenómenos sociales en el contexto de una determinada sociedad (De Galdino en Pinus, 2004).⁷

Paradigmas en enfermería

Los paradigmas en la profesión de enfermería representan la base sólida del actuar, han logrado un cambio progresivo en el modo de proceder, pensar y desarrollar conocimiento. Con ellos se ha logrado el crecimiento profesional con el desarrollo de conocimientos propios de la profesión a través de la práctica e investigación de enfermería Los paradigmas enfermeros son tres: Paradigma de la categorización, Paradigma de la integración y Paradigma de la transformación.



⁷Trivino V., Zaidler, Sanhueza A., Oliva. Paradigmas de investigación en enfermería. Cienc. Enferm. (online). 2005, vol. 11, pp.17-24.

Paradigma de la Categorización

En este paradigma el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales. Aplicado en el campo de la salud este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad, define manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles, estas pueden ser ordenadas o no y tienen entre si secuencias definidas de aparición y enlaces previsibles.

Este paradigma ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la Salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y más tarde una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Centrada en la Salud pública

Esta orientación se sitúa en la sociedad moderna occidental del siglo XIII al siglo XIX. La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios la caracteriza. Florence Nightingale es la pionera de este paradigma que da a los hospitales las condiciones de higiene más elementales.

Centrada en la enfermedad

Esta marcado por el control de las infecciones, la mejora de los métodos antisépticos de asepsia y de las técnicas quirúrgicas. La eliminación de las enfermedades transmisibles es la prioridad. Se comienzan a crear diagnósticos médicos basados en signos visibles, la salud es concebida como ausencia de enfermedad y el origen de la enfermedad se reduce a una causa única.

No se invita a la persona a participar en los cuidados de sí misma, se define a la persona como un todo formado por sus partes, cada parte es reconocible e

independiente; empieza y termina en un punto sin contacto con ninguna otra parte.⁸

Paradigma de la Integración

El 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 el fenómeno y ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería.

El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica.

La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo

La orientación de la persona nace de dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación, esto como reacción al sufrimiento vivido durante la crisis económica de los años 1930 y de la Segunda Guerra Mundial.

Aparecen enfermeras auxiliares principalmente europeas y enfermeras nombradas jefes.⁹

⁸Keroac, S.; Pepin, J.; Ducharte, F.; Duquette, A.; Major, F. "Grandes corrientes del pensamiento"(Trad. Por Mercè Arqué Blanco). Capítulo 1, en : El pensamiento Enfermero. Barcelona, España: Edit. Masson; 2005. Pp. 1-21.

⁹Sanabria Triana Luiris, Ceballos Otero Marta. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Super , Vol 1, 2002.

Paradigma de la transformación

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes, es la base de una apertura de la ciencia enfermera y representa una apertura hacia el mundo.

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo

Este paradigma está marcado por la situación cultural, económica y política de los años 70's en donde la Organización Mundial de la Salud reconoce las relaciones entre la promoción, la protección de la salud de los pueblos y el progreso equitativo sobre el plan económico y social.

La OMS promueve a su vez que la población se vuelva agente de su propia salud, participando en ella con el mismo grado que los profesionales de la salud.

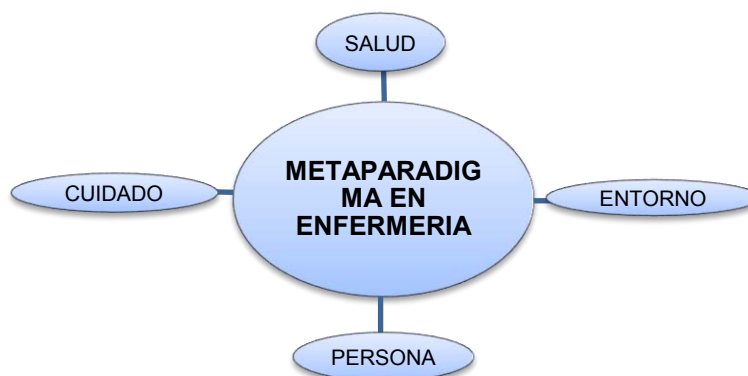
Las enfermeras emprenden estudios superiores, el avance de los conocimientos en su disciplina las lleva a diversificar sus motivos de estudio y surgió una gran preocupación de las enfermeras por los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado.¹⁰

Metaparadigma en enfermería

Un Metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta. El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Los

¹⁰ Ibid.

conceptos globales de metaradadigma enfermero son: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.



Escuelas del pensamiento enfermero

Según sus bases filosóficas y científicas se puede agrupar las concepciones de la disciplina de enfermería en seis escuelas:

Escuela de las necesidades

Los modelos de la escuela de las necesidades han intentado responder a la pregunta: ¿Qué hacen las enfermeras?. Según esta escuela el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales o en su capacidad de llevar a cabo el auto cuidado.

La enfermera reemplaza a la persona que durante un tiempo no puede realizar por si misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de sus autocuidados.

Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah.¹¹

¹¹Moreno Fergusson, Maria Elisa. "Importancia de los modelos conceptuales y Teorías de enfermería: Experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana" Rev. Aquichan, 2005, año 5, vol. 5, n.1, pp.44-55.

Escuela de la Interacción

Esta escuela apareció a finales de los años 50 y principios de los 60. Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela se inspiran en las teorías de interacción, fenomenología y del existencialismo. Han intentado responder a la pregunta: ¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo? Han centrado su interés sobre los procesos de interacción entre la enfermera y la persona.

Las teorizadoras señalan que la enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención, mencionan que debe mantenerse la integridad de la persona. Las teorizadoras de esta escuela son: Hildegard Peplau, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King. Peplau es la pionera de esta escuela.

Escuela de los efectos deseables

La escuela de los efectos deseables en la persona quiere responder a la pregunta: ¿por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen? Sin ignorar el que y el cómo, 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. Estas teóricas se han inspirado en las teorías de adaptación y de desarrollo. Las enfermeras teorizadoras de esta escuela son: Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Newman.

Escuela de promoción de la Salud

Según la escuela de la promoción de la Salud el punto de mira del cuidado se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud. La escuela de promoción a la salud responde a la pregunta: ¿Qué hacen las enfermeras?

Esta escuela se interesa en cómo lograrlos y también por cuál es su meta respondiendo igualmente a la pregunta: ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros? La principal teorizadora de esta escuela es Moyra Allen quien elaboro para la disciplina enfermera un modelo orientado hacia la promoción de la salud en la familia.¹²

Escuela del ser humano unitario

La escuela del ser humano unitario se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación. Las teorizadoras de esta escuela intentan responder a la pregunta ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?

Es gracias a la escuela del ser humano unitario que el holismo ha conseguido todo su significado. Martha Rogers, Margaret Newman y Rosemarie Rizzo Parse son sus principales teóricas. La escuela del ser humano unitario considera un proceso de cambio continuo, en el cual la persona y la enfermera son colaboradoras, y es la persona misma quien precisa la dirección de su cambio. Este nuevo enfoque representa un cambio importante de valores y creencias para la enfermera.

Escuela del Caring

Dentro de la escuela del caring su enfoque comprende la promoción, prevención y la restauración de la salud. Esta escuela tiene por conceptos centrales el caring y la cultura, se sitúa también en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación. Centrándose en el cuidado intenta responder a la pregunta: ¿Cómo las enfermeras hacen lo que hacen?

Las enfermeras crean un ideal de caring que sea humanista y a la vez científico, el caring está formado por el conjunto de las acciones que permiten a la enfermera, descubrir de manera sutil los signos de mejora o de deterioro de la persona.¹³

¹²Ibid

¹³ Keroac. Op. Cit.

4.3 Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007) nace en Baltimore, Maryland, realizo su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital de Washington D.C.

A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de enfermería; en 1946 obtuvo un MSNE; durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas, fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de enfermería del Providence Hospital, durante 8 años permaneció en la división de hospitales y Servicios Institucionales de Indiana donde busco mejorar la calidad de enfermería.

En 1959 publico Guides for developing curricula for the education of practical nurses; en 1971 publicó el libro Nursing: concepts of practice, se retiró en 1984 pero continuo asistiendo a conferencias.

Realizo la Teoría General del Autocuidado. Su trayectoria profesional la llevo a promover su teoría. En 1976 obtiene un doctorado de la Universidad de Georgetown su última edición la realizó en el año 1999. Dicha teoría consta de tres teorías relacionadas: la del Autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de sistemas de enfermería.

Orem define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionen su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

Para Orem la persona es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de tres tipos: los autocuidados universales, los autocuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados sexuales unidos a desviaciones de salud. Orem proporciona un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. Considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

- La teoría del Autocuidado
- La teoría del déficit del Autocuidado
- La teoría de los sistemas de enfermería¹⁴

Primera teoría/ Teoría del Autocuidado

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces

¹⁴ Pereda Acosta, Margarita. Explorando la Teoría general de enfermería de Orem. Enf. Neurol. (Mex). (online) 2011; vol.10, n. 3: pp. 163-167

de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

Requisitos de autocuidado

Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado que son los requisitos de autocuidado universal. Hay dos tipos más de autocuidado, los de desarrollo y los de desviación de la salud.

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano.¹⁵

Requisitos de autocuidado universal

Dorothea Orem hace referencia a 8 requisitos de autocuidado universal:

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

¹⁵ Ibid.

Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud

Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Puesto que el individuo tiene demandas adicionales de cuidados de la salud.

La principal premisa es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.

Requisitos de autocuidado del desarrollo

Estos requisitos se clasifican en: etapas específicas de desarrollo y condiciones que afectan el desarrollo humano.

Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

1. Vida intrauterina y nacimiento.
2. Vida neonatal.
3. Lactancia.
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta.
6. Embarazo, en la adolescencia o en la edad adulta.

Factores básicos condicionantes

Son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos. Los factores son los siguientes:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado de desarrollo.
4. Estado de salud.
5. Orientación sociocultural.
6. Factores del sistema de cuidados de salud
7. Factores del sistema familiar.
8. Patrón de vida
9. Factores ambientales.
10. Disponibilidad y adecuación de los recursos.¹⁶

Agencia de autocuidado

La agencia de autocuidado es la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos, y promueven el bienestar.

La agencia de autocuidado de los individuos varía dentro de una gama con respecto a su desarrollo desde la infancia hasta la ancianidad. Varía con el estado de salud, con factores influidos por la educación y con las experiencias vitales en la medida en que permiten el aprendizaje, la exposición a influencias culturales y el uso de recursos en la vida diaria.

Reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería y se denomina agencia de cuidado dependiente. Orem describe al individuo que proporciona cuidados a

¹⁶ Ibid.

otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado como agente de cuidado dependiente. La agencia de enfermería se usa en las situaciones en que la enfermera proporciona los cuidados.

Capacidad de autocuidado

Es la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Las personas que realizan su autocuidado son conocedoras de sí mismas, de sus estados funcionales y de los cuidados que necesitan. Quieren saber. Valoran, investigan, emiten juicios y toman decisiones. Se ocupan de cursos de acción para el logro de resultados y son capaces de auto dirigirse en sus ambientes.

Se expresan en términos de influencias restrictivas en las operaciones de autocuidado. Se han identificado tres clases: restricciones de conocimiento, restricciones de juicio y toma de decisiones y restricción de las acciones para el logro de resultados, tanto en la fase de investigación como en el autocuidado.

Segunda teoría/ Déficit de autocuidado

El déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en los que las capacidades de autocuidado, debido a las limitaciones existentes, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico.

Tercera teoría/ Sistema de enfermería

Sistema de enfermería se denomina a la manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan. La teoría de los sistemas de enfermería proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo,

lo diagnóstica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte-educación.

Totalmente compensatorio

Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Parcialmente compensatorio

La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción. El papel de la enfermera en el sistema de enfermería parcialmente compensatorio incluye realizar algunas medidas de autocuidado por el paciente, compensar cualquier limitación del autocuidado que pueda tener el paciente y ayudar al paciente según requiera.

De apoyo/educación

Este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería. El papel de la enfermera se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Este sistema puede requerir que la

enfermera enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, quizá reduciendo las distracciones innecesarias.¹⁷

4.4 Proceso de enfermería

El proceso de enfermería se define como el sistema de la práctica de enfermería en el sentido que proporciona el mecanismo por el cual el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados, es el eje de todos los abordajes y procesos enfermeros, promueve el cuidado centrado en objetivos planeados que sean capaces de dar resultados eficaces.¹⁸

Las ventajas del proceso de enfermería son múltiples y cuando se aplica de manera correcta tiene repercusiones positivas sobre la institución, el personal de enfermería y el paciente.

Las ventajas que representa para la institución son principalmente un campo de ejercicio profesional, basado en normas de calidad que aseguran la eficacia del servicio, para la enfermera las ventajas son experiencias que contribuyen con el crecimiento profesional y una satisfacción tras un ejercicio bien desarrollado.

El paciente es el mayor beneficiario de que el proceso enfermero se desarrolle ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados que la enfermera brinda, dándole oportunidad de participar en su propio cuidado, manteniendo la continuidad de la atención.

¹⁷ Fundamentación teórica del modelo de Orem. (Sede Web). Servicios educativos eneo; México D.F; 2009 (acceso 20 de octubre de 2014). Disponible en: http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teoricaDE

¹⁸Reina g., Nadia Carolina. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado, umbral científico (Sede web), 2010, núm. 17, pp.18-19. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>> ISSN 1692-

Es por esto que el proceso se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnostica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica, se formulan metas, se realiza una planeación y ejecución de acciones y toma de decisiones por último se analizan y evalúan los resultados.¹⁹

El proceso enfermero consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Valoración

Es la primera etapa del proceso de enfermería pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: estas incluyen al paciente como fuente primaria ayudándonos en la recopilación del expediente clínico, la familia o cualquier otro cuidador del paciente.

Las fuentes secundarias pueden ser textos de referencia, revistas o libros.

La valoración tiene como objetivos recolectar información teniendo en cuenta la comunicación terapéutica con la persona, la familia, comunidad y entorno y realizar una historia de enfermería, valorando cada uno de los patrones funcionales en los aspectos subjetivos y objetivos.

Es primordial seguir un orden en la valoración de forma que en la práctica, la enfermera no olvide ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible. En la valoración se obtienen dos tipos de datos: subjetivos y objetivos.

¹⁹Poulette Yesenia Vasquez Hidalgo. Las ventajas del proceso de atención de enfermería.(Sede web). Ministerio de Salud periodo 2005-2012; 2005 (actualizada el 6 de septiembre del 2012; acceso 11 de noviembre del 2014) Disponible en: <http://www.tpeliceoretiro.blogspot.mx/>

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

Entrevista

Una entrevista clínica es uno de los métodos para obtener información específica sobre el paciente y necesaria para el diagnóstico y la planeación de enfermería. Existen dos tipos de entrevista: formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. La entrevista informal es la conversación entre la enfermera y el paciente durante los cuidados y tiene un carácter más relajado.

La entrevista consta de tres partes: iniciación, cuerpo y cierre. La iniciación comienza con una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente agradable, en donde se desarrolle una relación interpersonal positiva.

El cuerpo de la entrevista tiene como finalidad la conversación más personal y se centra en la obtención de la información, el cierre de la entrevista es la fase final en ella se resumen los datos significativos y se construye la primera base para establecer las primeras pautas de planificación.²⁰

Exploración física

La exploración física puede basarse en varios criterios: siguiendo un orden de exploración de cabeza a pies o por aparatos y sistemas en el cual el método a seguir es revisar el sistema o el aparato que el profesional considere más importante.

²⁰ González Salcedo, Priscila. Chaves Reyes, Alida Mireya. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 11, núm. 2, julio-diciembre, 2009, pp. 47-76

La exploración física es el conjunto de procedimientos o habilidades de la ciencia de la Semiología clínica, que se realiza al paciente, después de una correcta anamnesis en la entrevista clínica, para obtener un conjunto de datos objetivos o signos que estén relacionados. Para realizar la exploración física se lleva a cabo el método clínico.

Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para ejecutarlo. La exploración física se centra en determinar a profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad y obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las intervenciones, confirma los datos obtenidos durante la entrevista.

La secuencia en la que se lleva a cabo el método clínico consta de 4 pasos: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas anormales. Se centra en las características físicas y comportamientos característicos del paciente (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

Percusión: Implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal con el fin de obtener sonidos que determinen el tamaño, la consistencia y los bordes de órganos corporales y la presencia o ausencia de líquido o gas en áreas del cuerpo.

Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y se determinan características sonoras de los órganos.²¹

²¹ Seidel, M. Henry. Ball, Jane W. Manual Mosby de Exploración Física .7a edición. México: ELSEVIER;2011.

Diagnóstico

Esta es la segunda etapa y está orientada a identificación de problemas, aquí se analizan los datos e identifican los problemas reales y potenciales, que constituyen la base de los cuidados. También se debe reconocer los recursos con los que se cuenta para posteriormente realizar un plan de cuidados eficientes.

El diagnóstico enfermero se orienta hacia los problemas interdependientes que presenta cada paciente y se basa para su elaboración en formato PES elaborado por Gordon en 1976, este nos ayuda a la descripción de un diagnóstico potencial o real. El formato PES se desarrolla de la siguiente manera:

Problema: es una afirmación sobre el problema real o de riesgo del paciente.

Etiología o factores que producen el problema: Conjunto de valores ideológicos, socioculturales, psicológicos, etc.

Signos y síntomas que se adquieren durante la valoración: Respuesta de la enfermedad que presenta el paciente que se detectan en la valoración

Estos datos son los que contribuyen a una etiqueta diagnóstica. Se utiliza r/c (relacionado con) para relacionar los factores con el problema y m/p (manifestado por) para relacionar la etiología con los signos y síntomas.

Hay 3 tipos de diagnósticos que indican la forma particular de enunciarlos, estos son reales, potenciales o de riesgo y de bienestar. Estos se describen continuación.

Diagnóstico Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales. En este se utilizan los tres factores del formato PES.

Diagnóstico de Riesgo: Es un juicio clínico que se elabora de un individuo, familia o comunidad cuando estos son vulnerables a desarrollar un problema. En este se

utiliza el formato PES pero ocupando únicamente los rubros de problema y etiología.

Diagnóstico de Bienestar: Es un juicio clínico realizado respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado, en este deben estar presentes dos hechos: un deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces.²²

Planeación

Esta es la tercera etapa y en ella se desarrollan planes y estrategias basados en cuidados para la mejora de la persona. Consta de cuatro pasos para asegurar el éxito de la planeación:

1 Determinar las prioridades inmediatas

2 Fijar los objetivos esperados. Los objetivos cumplen con las siguientes funciones: especifican el conocimiento que se desea alcanzar a nivel de los resultados contrastados, delimitan los alcances, definen las etapas que se requieren en el estudio y determinan los resultados que se desean obtener.

Un objetivo consta de un verbo en modo infinitivo y responde a las siguientes preguntas: ¿qué se va a hacer? ¿Cómo se va a hacer? ¿Para qué se va a hacer?, ¿dirigido a quién? y ¿en cuánto tiempo?

Los objetivos deben expresarse con claridad para evitar posibles desviaciones en el proceso y deben ser susceptibles de alcanzarse. Pueden ser descriptivos, explicativos y prospectivos.

Los tipos de objetivos son medidos por su orientación en el trabajo: general (orienta el rumbo del estudio) y específicos (sirven para orientar la secuencia de actividades); medidos por tiempo; a corto, mediano y largo plazo.

²²Alfaro Lefevre, Rosalinda. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. 5ª edición. Barcelona; MASSON, 2003.

Los objetivos a corto plazo son aquellos que requieren de un tiempo mínimo para lograrse. Los objetivos a mediano plazo tomaran un tiempo más prolongado que los de corto plazo, en estos hay una planeación más elaborada, por último los objetivos a largo plazo son aquellos con una expectativa de tiempo mayor y que puede llegar a convertirse indefinido y representan un reto mayor que necesita de constancia para lograrse.

3 Determinar las intervenciones: Agrupar de manera ordenada las intervenciones.

4 Realizar un plan individualizado: El plan de cuidados debe responder específicamente a la situación y necesidades del usuario.

En esta fase se establece y se lleva acabo cuidados de enfermería que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Aunque la planificación es básicamente la responsabilidad del profesional de enfermería, la información del paciente y de los allegados es esencial para que el plan resulte eficaz. Hay varios tipos de planificación.

Planificación inicial: Es la primera que se realiza y con la cual se comienza

Planificación continuada: Ateniéndose a los datos que van actualizándose, el profesional de enfermería lleva a cabo la planificación diaria con la finalidad de determinar si el estado de salud del paciente ha experimentado algún cambio y establecer las prioridades en el plan de cuidados.

Planificación del alta: Es el proceso de prever y planificar las necesidades tras el alta, es una parte esencial de los cuidados integrales de la salud.

El producto final de la fase de planificación del proceso de enfermería es un plan de cuidados formal o informal. Un plan de cuidados de enfermería informal es una estrategia de actuación que existe en la mente del profesional de enfermería. Un plan de enfermería formal es una guía escrita o informatizada que organiza la información sobre los cuidados del paciente.

Un plan de cuidados estandarizado es un plan formal que especifica los cuidados de enfermería para grupos de pacientes con necesidades comunes. Un plan de cuidados individualizado es un plan que se ha personalizado para responder a las necesidades exclusivas de un paciente en concreto, necesidades que no se abordan en el plan de cuidados estandarizado.²³

Ejecución

Es la fase en que la enfermera pone en marcha la aplicación real del plan de cuidados de enfermería. Implica realizar, delegar y registrar las ordenes de enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planificación considerando los aspectos biopsicosociales del paciente.

Las etapas de la ejecución son las siguientes:

1-Validación del plan de atención: es consultar para recibir asesoría y aprobación sobre la redacción del plan, para ello es necesario buscar personas apropiadas. Luego compartir el plan con el paciente , que es la otra fuente de validación.

2) documentación del plan de atención: es necesario difundir el plan de atención para lograr el mayor efecto posible. Utilizando diferentes medios de divulgación se aprovecha más para recopilar datos.

3) Proporcionar la atención: es el momento en que se procede a la acción como se planeó; sin embargo, pueden presentarse situaciones que interfieran con la ejecución del mismo.

4) continuar con la recolección de datos y esos mismos se utilizan para comprobar el logro de objetivos trazados.

Pasos de la ejecución:

-Establecer resultados esperados

-Selección de la actuación

²³ Ibid.

-Diseño del plan

-Ejecución del plan

Es la puesta en práctica de lo que se planificó anteriormente, además de pensar y reflexionar sobre lo que estamos haciendo. Antes de comenzar a ejecutar las intervenciones, debemos hacer una rápida valoración al estado actual de nuestro paciente, después llevar a cabo nuestras intervenciones y después volver a valorar el estado de salud para determinar la respuesta inicial a las intervenciones.

Las intervenciones enfermeras son acciones llevadas a cabo por las enfermeras para:

1. Controlar el estado de salud.
2. Reducir los riesgos.
3. Resolver, prevenir o manejar un problema.
4. Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria.
5. Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.

La eficacia de una acción de enfermería a menudo depende en gran medida de la capacidad del profesional de enfermería de comunicarse con otros.

El proceso de ejecución consta normalmente de los siguientes pasos: nueva valoración del paciente para determinar la necesidad de intervención de enfermería, ejecutar las intervenciones de enfermería, supervisar los cuidados delegados y registrar las intervenciones realizadas.

Es importante explicar al paciente qué intervenciones van a llevarse a cabo, qué sensaciones cabe esperar, qué se espera que haga y cuál es el resultado esperado.

Tras llevar a cabo las intervenciones de enfermería, el profesional de enfermería completa la fase de ejecución registrando las intervenciones y las respuestas del

paciente en las notas de evolución de enfermería. Éstas forman parte de la historia permanente sobre el paciente.

Evaluación

Evaluar es juzgar o estimar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continuada y dotada de objetivos, en la cual los pacientes y los profesionales de enfermería determinan la evolución del paciente en relación con la consecución de los objetivos. La evaluación determina la eficacia del plan de cuidados de enfermería.

La evaluación es un aspecto importante del proceso de enfermería, ya que las conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería. Determinar si la persona ha llegado a lograr los objetivos o si llegó a los resultados esperados, realizar una comparación con los datos obtenidos de la valoración inicial y los datos obtenidos después de que se puso en marcha el plan de intervenciones.

La evaluación es un proceso continuo que se lleva a cabo durante o inmediatamente después de ejecutar una orden permite al profesional de enfermería modificar sobre la marcha una intervención. El profesional de enfermería utiliza los juicios sobre la consecución de objetivos para determinar si el plan de cuidados ha sido eficaz para resolver, reducir o prevenir los problemas del paciente.²⁴

4.5 Proceso de Enfermería / Modelo de Dorothea Orem

Dorothea Orem utiliza el proceso enfermero pero de una forma más coherente con su propia teoría, contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales. La enfermería contemplada desde una

²⁴Ejecución y evaluación 4ª. Y 5ª. Etapa del Proceso de enfermería. (Sede web). Material de enfermería; 2010 (actualizada 28 de noviembre del 2014; acceso 2 de diciembre del 2014). Disponible en: <http://materialdeenfermeria.blogspot.mx/2010/06/introduccion-la-teoria-de-la-enfermeria.html>

perspectiva de sistema se entiende como constituida por 3 tipos de procesos o subsistemas de acción interrelacionados.

La preocupación aquí son las operaciones tecnológicas en relación con las operaciones interpersonales y contractuales.

Los procesos interpersonales y sociales

Los procesos interpersonales y sociales implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias.

Las operaciones tecnológico- profesionales

Las operaciones tecnológico-profesionales son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos.

Mientras en estas operaciones hay una secuencia inherente, en las que las acciones diagnósticas (valoración) deben ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificación), es posible que el cuidado sea iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento o reguladoras) antes de haber obtenido toda la información requerida para la valoración Aunque Orem ha dado directrices sobre la forma en que pueden desarrollarse la enfermería y los cuidados del paciente, ha dejado a cada enfermera determinar cómo adoptar y trabajar con el modelo.²⁵

Valoración

En ella se realiza una valoración completa y sistemática del paciente y se debe evaluar el impacto de la condición del paciente sobre su estilo de vida, identificando las estrategias actuales utilizadas por el paciente para afrontar su situación. El enfermero debe apreciar el impacto de los factores biopsicosociales y

²⁵ Orem, Dorothea E. Modelos de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. 4ª edición, San Luis; MASSON-SALVAT, 1993.

culturales en la respuesta del paciente a su condición, identificando el nivel de desarrollo del paciente y su familia y los sistemas de soporte disponibles para él.

A partir de la valoración el profesional de enfermería debe calcular la demanda de autocuidado terapéutico del paciente, identificando cualquier déficit de autocuidado y las necesidades de aprendizaje del paciente y su familia. Propone desarrollar objetivos de cuidado de enfermería basados en los déficit de autocuidado identificados.²⁶

Diagnóstico

Para Orem el diagnóstico de enfermería implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente, sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas. El diagnóstico determina si el paciente necesita ayuda de enfermería, y puede equipararse con la etapa de valoración del proceso de enfermería. El diagnóstico de enfermería es probable que implique abordar dos puntos:

- Demanda de autocuidado actual y futuro
- Capacidad actual y futura para el autocuidado

Orem acentúa la importancia de implicar a los miembros de la familia y otras personas significativas en el proceso. El diagnóstico de enfermería requiere investigación y la acumulación de hechos sobre la agencia del cuidado del paciente y su demanda de su autocuidado terapéutico y la relación actual y proyectada entre ambas.

El diagnóstico se centra en las personas que se acepta que tienen demandas de autocuidado terapéutico cuyos componentes se basan en sus requisitos de autocuidado particularizados y que tienen la propiedad de la agencia del

²⁶ Ibid.

autocuidado que puede estar en varias etapas de desarrollo y puede ser total o parcialmente operativa.

Planeación

Antes de comenzar la planeación se debe evaluar las influencias biológicas, sociales, psicológicas y culturales en la capacidad del paciente para cuidarse a sí mismo, Identificar el impacto de la condición del paciente sobre su propio desarrollo natural, las necesidades de información del paciente y familia y su capacidad de aprender.

Según Orem durante la planeación se desarrollan objetivos de cuidado para el paciente que sean coherentes con las necesidades que se han identificado puesto que al planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia se apoyan la toma de decisiones del propio paciente en relación con sus cuidados.

Durante la planeación se identifica y selecciona los métodos apropiados para controlar los déficits de autocuidado y proporcionar los recursos apropiados requeridos para el cuidado del paciente.²⁷

Ejecución

En la ejecución se pone en práctica intervenciones de enfermería de acuerdo con el razonamiento científico, la investigación y el plan de cuidados mutuamente establecido y se inician las referencias a proveedores de cuidados de la salud y/o a los agentes esenciales que pueden ayudar al paciente a satisfacer a nivel óptimo su actuación como agente de autocuidado.

Durante la ejecución se debe animar al paciente en el uso de su propio potencial y recursos al abordar las limitaciones de autocuidado además de proteger las capacidades de autocuidado del paciente como medio para prevenir nuevas

²⁷ Ibid.

limitaciones del autocuidado y documentar las observaciones e intervenciones de enfermería pertinentes.

Evaluación

La evaluación para Orem representa desarrollar criterios que permitan evaluar la efectividad del plan para avanzar hacia una disminución del déficit de autocuidado y un aumento en la agencia de autocuidado al usar estos criterios al evaluar los resultados de cuidados del paciente y familia en términos de los objetivos establecidos ayuda a la evaluación.

Los roles del paciente de la enfermera o enfermeras y del agente o agentes de cuidado dependiente para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico. Los roles de las enfermeras, pacientes y agentes de cuidado dependiente para regular el ejercicio o desarrollo del autocuidado.

El cuidado de casos es importante dado que integra todos los aspectos de la actividad de enfermería, asegurando que hay un proceso dinámico y que en el paciente se produce una respuesta a los cambios.

Esta etapa del proceso de enfermería, debe estar presente durante la ejecución del cuidado, por lo tanto, es un proceso continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera (o) valora la efectividad de las actuaciones de enfermería. El proceso de evaluación tiene dos etapas:

1. La recolección de los datos sobre el estado de salud del paciente
2. La comparación de los datos recogidos con los resultados esperados y el juicio sobre la evaluación del paciente hacia la consecución de los resultados esperados

Asegura que se utilizan correctamente los recursos, y que se minimiza cualquier estrés psicológico o físico que pueda sufrir la persona mientras recibe o busca cuidados.²⁸

4.6 Daños a la salud

Trastornos de la alimentación

Los trastornos de la alimentación (TCA) son pensamientos, sentimientos y acciones irracionales relacionados con el peso y la distorsión de la imagen corporal. Aunque la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son las entidades diagnósticas más importantes y mejor delimitadas, las clasificaciones de enfermedades mentales actualmente vigentes (CIE-10; DSM-IV) incluyen dentro de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), otras alteraciones más leves o menos específicas pero que son cada vez más frecuentes. Para atajar con éxito estas patologías se precisa una buena información y una detección precoz de la enfermedad.

En México han registrado un incremento de 700 por ciento en cinco años, según estadísticas de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, y esto significa que hay tres millones de jóvenes, niños y adolescentes con este problema que puede causar hasta 600 mil decesos²⁹

De manera clínica la anorexia puede producir graves daños al organismo. El hipotálamo es el lugar donde radican los centros del hambre y la saciedad, pero es a través de la corteza cerebral donde se establecen mecanismos mucho más complejos relacionados con la alimentación, de este modo en el caso de conseguir alimentos, la coordinación y correlación de las percepciones sensoriales, el almacenamiento de recuerdos de las experiencias anteriores y la

²⁸ibid

²⁹ Romero Martínez, M, Hernández Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: D.R. c Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

vinculación de esta conducta con el mundo externo del sujeto se efectúa en el cortex.

La alimentación es fundamental en el desarrollo psicológico: a través de la alimentación materna el niño conoce y aprende las sensaciones de seguridad, bienestar y afecto. La relación entre el confort y el discomfort con la comida se mantendrá a lo largo de toda la vida, por lo que la ansiedad, la depresión o la alegría influyen decisivamente en los procesos de la alimentación.

Las reservas energéticas pueden reducirse dependiendo de circunstancias externas o ambientales o de la voluntad del sujeto. En estos casos, la disminución en la concentración plasmática de metabolitos necesarios para el buen funcionamiento celular se traduce en estímulos específicos sobre los centros nerviosos que regulan el hambre y la saciedad, con la finalidad de recuperar la ingesta.

A su vez se produce un enlentecimiento del metabolismo basal en un intento de conservar al máximo las reservas energéticas. La conducta alimentaria es el resultado de la interacción del estado fisiológico del organismo y de las condiciones ambientales; la capacidad para controlar la ingesta de nutrientes para equilibrar las necesidades corporales, requiere mecanismos que armonicen la información fisiológica del medio interno con la información nutricional del medio externo.

Los estímulos externos relacionados con el control de la ingesta que influyen en la conducta alimentaria son: las características organolépticas de los alimentos y el aprendizaje que sobre la alimentación recibe cada individuo. Hay además dos sistemas de péptidos que intervienen en el control de la alimentación: uno es el sistema periférico sobre el que actúan la bombesina, somatostatina, colecistoquinina (CCK) y el péptido inhibidor gástrico (PIG); el otro es el sistema central: opioides, péptido YY y neuropéptido Y (inducen sensación de hambre).

La nutrición es el conjunto de procesos metabólicos por los que el organismo transforma e incorpora una serie de sustancias y elimina los productos de desecho. Tiene como finalidad suministrar la energía necesaria para el funcionamiento del organismo, proporciona los materiales necesarios para la construcción de estructuras corporales y las sustancias necesarias para la regulación de las reacciones metabólicas.³⁰

El consumo de un litro de O₂ libera 5 Kcal. Cuando se oxidan hidratos de carbono: 4.9 Kcal., Cuando se oxidan lípidos : 4.6 Kcal. Cuando son las proteínas: 4.6. El gasto energético se reparte en: calorías para el metabolismo basal, calorías para el mantenimiento de la temperatura y calorías para la actividad física.

Las proteínas del cuerpo se renuevan continuamente. Todo adulto sano tiene unas reservas energéticas básicamente en forma de lípidos almacenados y en menor medida de proteínas además del glucógeno muscular y hepático.

Durante las fases de ayuno hay un proceso metabólico en el organismo destinado a proporcionar energía y que varía según el tiempo de ayuno. Primero disminuye la glucemia, se movilizan las reservas de glucógeno hepático e inmediatamente después se ponen en marcha los procesos de neoglucogénesis.

Se movilizan entonces los depósitos de triglicéridos y se produce un aumento de cuerpos cetónicos en sangre. Si el ayuno es más prolongado se consumen proteínas corporales, y al mismo tiempo disminuye el metabolismo basal de forma compensadora y es en ese momento cuando se produce la pérdida de masa muscular.

El estado nutricional del individuo se evalúa mediante:

³⁰ Cervera, Monserrat. Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. México, D.F; Ediciones Pirámide, 2005.

- Medidas antropométricas como índice de masa corporal (peso/ talla), Peso ideal (que viene determinado por tablas estandarizadas), medición de la grasa corporal (medición de los pliegues cutáneos: pliegue tricípital), circunferencia del brazo y circunferencia muscular del brazo (Circunferencia del brazo-(0,314x Pliegue tricípital))
- Medidas bioquímicas: Proteínas plasmáticas como albúmina, prealbúmina, transferrina, proteínas totales, excreción de creatinina en orina/24h y valoración estado inmunológico (linfocitos).³¹

Historia de la anorexia

Desde siempre en la historia de nuestra cultura encontramos conductas alimentarias desordenadas. Además de la restricción alimentaria condicionada por las penurias económicas el ayuno tenía un carácter religioso y penitencial. Los primeros cristianos y los místicos lo practicaban como auto punición, la penitencia, rechazo del mundo y medio para lograr un estado espiritual más elevado.

No todos los cuadros pretendidamente anoréxicos están vinculados con una vida de penitencia y sacrificio, puesto que documentos antiguos también refieren episodios de restricción voluntaria de la alimentación por motivos diversos que van desde la existencia de una importante psicopatología, hasta individuos que se exhibían en ferias y mercados mostrando su cuerpo esquelético y manifestando que podían vivir “sin alimentarse”.

Durante el siglo XVII, cada vez con más frecuencia, aparecen documentos que describen minuciosamente casos de inanición provocada por rechazo de los alimentos. En 1873, Gull en Londres y Lassègue de París, hacen descripciones completas de cuadros anoréxicos. Los dos autores consideran la histeria como causa del trastorno y así la denominan: Anorexia Histérica.

³¹ Ibid

Desde los años sesenta se han multiplicado los trabajos sobre la anorexia, considerando que en la génesis del trastorno deben influir una serie de factores concatenados, psicológicos, biológicos y sociales que en un momento concreto desencadenan el trastorno.

Anorexia

La anorexia consiste en un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición. La anorexia se caracteriza por el temor a aumentar de peso, y por una percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo que hace que el enfermo se vea gordo aun cuando su peso se encuentra por debajo de lo recomendado. Por ello inicia una disminución progresiva del peso mediante ayunos y la reducción de la ingesta de alimentos.

Normalmente comienza con la eliminación de los hidratos de carbono, ya que existe la falsa creencia de que engordan. A continuación rechaza las grasas, las proteínas e incluso los líquidos, llevando a casos de deshidratación extrema. A estas medidas drásticas se le pueden sumar otras conductas asociadas como la utilización de diuréticos, laxantes, purgas, vómitos provocados o exceso de ejercicio físico. Las personas afectadas pueden perder desde un 15 a un 50 por ciento, en los casos más críticos, de su peso corporal.

Esta enfermedad suele asociarse con alteraciones psicológicas graves que provocan cambios de comportamiento, de la conducta emocional y una estigmatización del cuerpo.

Tienen miedo a determinados alimentos, hasta un punto totalmente irracional, les asusta tener que realizar 3 comidas al día, que llegue la hora de comer, que les sirvan una ración normal o un plato cocinado de determinada forma, les asusta ir a comer con los compañeros, tener que asistir a un banquete familiar, no solo tiene que comerlo sino que las obligan a comerlo y esto desencadena la ansiedad que puede llegar a evidenciarse con manifestaciones físicas como temblores, palpitaciones y sudoración de las manos.

Siempre con pensamientos de preocupación excesiva, lo cual es una reacción desproporcionada en relación con lo que la provoca. Se trata de una fobia, es decir de un terror irracional. Y sin embargo hay otras ocasiones en las que quizás se dejan llevar de forma impulsiva y comen una cantidad mucho mayor que la rechazada. Tienen un intenso miedo hacia su cuerpo al que ven como enemigo, no solo no les gusta, sino que lo odian porque creen que solo les causa problemas.

Hacen todo lo posible por ocultar su cuerpo, le temen al aumento de peso aun cuando saben que están muy por debajo del peso ideal. Muchas pacientes presentan un peso elevado a pesar de llevar una dieta alimentaria adecuada, por tal razón la solución para ellas parece ser dejar de comer, hacer dietas restrictivas, sin embargo lo principal que debe realizarse es un examen endocrinológico.

A medida que se intensifican los trastornos alimentarios aparecen nuevos temores cada vez más intensos. La única manera en que combaten los miedos irracionales es afrontándolos. Se acompaña de sentimientos como tristeza, culpabilidad, venganza, soledad, desesperación, ira y depresión, quizás algunos de estos sentimientos ya existían antes de padecer la anorexia pero al presentarse esta los sentimientos se hicieron más intensos. Las reacciones emocionales son exageradas, desproporcionadas e incluso están fuera de control.

Hay marcadores biológicos que la anorexia en sus estadios más incipientes con la importancia que ello tiene. Poder sospechar y diagnosticar precozmente es una tarea fundamental. Los marcadores son los siguientes: pérdida de peso de origen desconocido, detención del crecimiento normal, amenorrea inexplicable, hipercolesterolemia e hipercarotemia no justificada en una persona joven, complicaciones del ejercicio excesivo, pertenencia a un grupo de riesgo practicante de deportes como atletas, modelos y bailarinas y osteoporosis en personas jóvenes.³²

³²Ibid

Para que un menor crezca y se desarrolle adecuadamente es fundamental que este cubra con sus requerimientos y necesidades diarias para mantenerse saludable.

Lo cual se refiere a sostener un equilibrio en cuanto al bienestar físico, mental y social según la OMS, pero cuando alguno de estos aspectos se desequilibran, desgraciadamente se es más propenso a padecer alguna alteración o trastorno en la conducta alimentaria.

Imagen corporal

En la adolescencia el cuerpo adquiere valor simbólico nuevo y cada adolescente tiene un curso madurativo propio.

La adolescencia como etapa crítica del desarrollo es el escenario ideal para la manifestación de los conflictos latentes y la expresión de los estados deficitarios del desarrollo. Sin embargo también expresa una etapa ideal para la reparación y el progreso emocional.

Las familias y sus modelos de relación

En las familias de pacientes con anorexia suceden pautas repetitivas que favorecen la aparición y la conservación de dichos trastornos. Tales pautas de origen inconsciente hacen referencia a la manera en que se estructuran los modelos infantiles de relación a lo largo de varias generaciones.

Las conductas observables tanto normales como patológicas, son la manifestación contemporánea de aquellos modelos transmitidos.

El individuo de la herencia está dividido como el sujeto del inconsciente entre la doble necesidad de ser para sí mismo su propio fin y de ser el eslabón de la cadena a la que está sujeto sin que participe su voluntad.³³

³³De Golman, Bejla R. Anorexia y Bulimia: un nuevo padecer. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2009.

Etiología

Dentro de los factores que pueden desencadenar estos trastornos o alteraciones en los hábitos de alimentación se encuentran los individuales, los cuales afectan las características de cada persona tales como la falta de autonomía, baja autoestima, tendencia al perfeccionismo, vivir muy pendientes de lo que los demás esperan de uno mismo o darles satisfacción y miedo a madurar, crecer y manejar la independencia.

Lamentablemente existen otros factores como los familiares, los cuales se refiere a la escasa comunicación entre los miembros de la familia, la incapacidad de resolver conflictos, sobreprotección, expectativas demasiado altas por parte de los padres, familias preocupadas por la imagen externa, historias familiares que presentan o presentaron depresión y alcoholismo, antecedentes de anorexia o bulimia en hermanos, haber sufrido abuso sexual o malos tratos, entre muchos más. (Majem, Román, & Bartrina, 2002), (Castillo, Martínez, Arévalo, Díaz, & Segué, 2013).

Los trastornos de la conducta alimenticia pueden ser desencadenados por aspectos como la vulnerabilidad, emociones, influencia cultural, medios masivos de comunicación, presión social, estrés, falta de atención; así como por otros factores socioculturales, familiares y hasta genéticos o biológicos.

Son esenciales los aspectos psicológicos propios de la adolescencia. Es una etapa marcada por tensiones, conflictos y cambios. Durante la misma, se empieza a asumir progresivamente el papel de adulto, aprender a tomar decisiones, afrontar riesgos y abandonar la dependencia paterna. En este contexto, el natural desarrollo con incremento del peso y la talla así como la aparición de los caracteres sexuales secundarios provocan un cambio marcado en la figura corporal que puede favorecer una preocupación por la evolución de su cuerpo y su deseo de mejorarlo

En la personalidad de estos pacientes se encuentran rasgos poco específicos de inmadurez, hipersensibilidad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, inseguridad, baja autoestima, tendencias obsesivo-compulsivas.

Tipos de anorexia

Como definición según el DSM IV la anorexia nerviosa (AN), es un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) el cual es caracterizado por la pérdida de peso auto-inducida con un miedo intenso a engordar. (Melissa & Silber, 2006) (Jurado et al., 2009) Dentro de la clasificación de anorexia, existen dos subtipos:

I. Tipo restrictivo: Se trata de un cuadro clínico donde los pacientes logran un bajo peso a través de dietas muy restrictivas, ayuno muy prolongado, y abundante ejercicio de intensidad elevada. Estos pacientes no recurren a atracones compulsivos y purgas posteriores.

II. Tipo compulsivo /purgativo: en este subtipo se recurre a atracones o purgas. Son pacientes que recurren de forma puntual o sistemática a atracones o purgas (vómitos, laxantes, diuréticos...). Existe un subgrupo que no presenta atracones pero sí recurren a la purga de forma sistemática. Debido a la pérdida del control de los impulsos propio de este grupo, estos sujetos son más susceptibles de padecer una mayor variabilidad emocional, así como de sucumbir al consumo de sustancias adictivas (alcohol, tabaco, etcétera).³⁴

Complicaciones fisiológicas de la anorexia

En las primeras fases la exploración sólo se aprecia bradicardia, hipotensión, algún edema maleolar, piel seca e indicios de deshidratación. La poca conciencia de enfermedad de estas pacientes se ve apoyada por esta ausencia de síntomas, opinión en ocasiones reforzada por profesionales de la salud que miden la gravedad del trastorno por la riqueza clínica.

En la Exploración general se aprecia una paciente delgada, malnutrida, con la piel seca y fría y frecuentemente con edemas maleolares. El cabello es lacio y

³⁴Clínica de ansiedad, depresión estrés, anorexia, bulimia (CADE). Anorexia restrictiva. (Sede web). CADE.com; (actualizada el 13 de diciembre del 2014; acceso 13 de diciembre del 2014). Disponible en:<http://www.cade.org.mx/>

frágil, y las uñas quebradizas. Pueden presentar lanugo y tener los dientes estropeados.

En la valoración del Sistema cardiovascular, en la circulación periférica se encuentra que las extremidades están frías y azuladas, debido a la hipotensión, la hipovolemia y la vasoconstricción. El corazón sufre una progresiva disminución de su tamaño, con paredes más delgadas, y se sitúa en posición más vertical. Las pérdidas de potasio, secundarias a los vómitos o al abuso de laxantes y diuréticos, provocan importantes alteraciones del ritmo y de la contractilidad cardíaca, que son los responsables de la muerte súbita.

En el aparato respiratorio las complicaciones más frecuentes pueden presentar neumotórax espontáneos y enfisema de mediastino, por la pérdida de elasticidad pleural asociada a los esfuerzos para vomitar en la anorexia purgativa que aumentan la presión intratorácica. Además, los vómitos pueden provocar neumonías por aspiración.

En cuanto al Sistema nervioso central se ha demostrado que en las pacientes anoréxicas se dan alteraciones neuropsicológicas: retraso en el tiempo de reacción, trastorno en la memoria visual y fallos en la recuperación de la información.

El aparato digestivo quizás es el mayor afectado, estas pacientes se quejan de inapetencia, estreñimiento, pesadez posprandial, disfagia, náuseas y vómitos, casi siempre provocados. Con el estreñimiento crónico se pueden intercalar episodios diarreicos producidos por abuso de laxantes. La exploración permite observar que el abdomen está excavado, palpándose fácilmente los fecalomas favorecidos por el estreñimiento. Son frecuentes las hemorroides y prolapso rectal, también debidos al estreñimiento.

Los dientes pueden presentar importantes lesiones: esmalte destruido, caries dental y erosiones. Estas alteraciones se dan con más frecuencia en pacientes con anorexia purgativa.

La mayoría de las anoréxicas presentan una función hepática normal pero algunas pacientes pueden presentar elevadas las fosfatasa alcalinas y transaminasas, además de la amilasa sérica, que se regulariza al recuperar peso la paciente. Presentan frecuentemente hipercolesterolemia, que ha sido vinculada a una anomalía tiroidea, a un abuso de carbohidratos, a un déficit de ácidos biliares o a un trastorno del catabolismo de las grasas.

Hay pacientes anoréxicas que presentan una piel amarillenta, debido a una hipercarotenemia. Se ha confirmado que esta característica no se debe únicamente a un abuso de alimentos ricos en caroteno, sino a una relación entre los niveles de carotenos y subtipos de anorexia, ya que las anoréxicas únicamente restrictivas tenían niveles de carotenos superiores. Tanto los niveles de colesterol como los de carotenos se normalizan una vez la paciente ha recuperado el peso.

En lo referente a la función renal y el equilibrio electrolítico la mayoría de anoréxicas presentan cifras de urea en sangre normales, aunque las que tienen una importante pérdida corporal pueden presentar un aumento del BUN, posiblemente en relación con la alimentación, especialmente el consumo proteico.³⁵

Las ligeras deshidrataciones son difíciles de detectar y obedecen a gran número de causas. Como la mayoría de anoréxicas no suelen restringir la ingesta de agua, generalmente la pérdida de líquidos obedece a los vómitos, laxantes o diuréticos, que provocan una disminución del filtrado glomerular. Los casos más Severos de anorexia llegan incluso a restringir la ingesta de agua, agravando más si cabe su función renal.

Las alteraciones electrolíticas son raras en las anoréxicas restrictivas, pero mucho más frecuentes en las que vomitan o abusan de laxantes o diuréticos. Se puede

³⁵ De Golman. Op.cit.

presentar una alcalosis metabólica hipocaliémica e hipoclorémica, así como una importante depleción de sodio con hipovolemia, que activaría el sistema renina-angiotensina-aldosterona, favorecido por la presencia de edemas secundarios a la hipoproteinemia.

Este hiperaldosteronismo secundario empeora la pérdida de potasio por los vómitos, también agravada por la presencia de alcalosis metabólica.

Las alteraciones neuroendocrinológicas presentes sugieren una disfunción hipotalámica, secundaria a la pérdida de peso: Eje Hipotálamo-Hipófiso-Tiroideo: en la anorexia nerviosa se encuentran signos y síntomas que recuerdan el cuadro clínico del hipotiroidismo: amenorrea, intolerancia al frío, estreñimiento, bradicardia, piel seca, disminución del metabolismo basal, hipercolesterolemia y reflejo aquileo majestuoso.

Dentro del cuadro clínico que presenta la anorexia nerviosa en la pubertad o en la adolescencia es la ausencia de la menstruación y tienden a presentar mayor emaciación, mientras que en la infancia las niñas aún no han experimentado ciertos cambios en el cuerpo, por lo que esta afecta directamente el crecimiento y desarrollo normal.³⁶

Es prioridad detectar las complicaciones que ponen en peligro la vida y aquellas que comprometen seriamente el tratamiento. Se distinguen a) las que derivan de la AN; y b) los eventos adversos asociados al tratamiento.

Síndrome de realimentación (SR)

Durante la re nutrición, el nuevo tejido sintetizado incorpora potasio, fósforo y magnesio desde el espacio intravascular. Dado que las reservas de estos electrolitos están de por sí disminuidas en la DNT, las concentraciones sanguíneas disminuyen con el paso de estos al espacio extravascular.

³⁶Centro de terapias y crecimiento personal. Consecuencias físicas de la anorexia y bulimia. (Sede web). Avalonzenter.com; 2010. (acceso 13 de diciembre del 2014). Disponible en: <http://www.avalonzenter.com/avalon-solidario/>

Esto afecta directamente la contractilidad cardiaca y genera arritmias que pueden ser letales. La insulina liberada durante la re nutrición ejerce en este contexto un efecto antinatriurético con retención renal de sodio. El SR no es exclusivo de la AN y se puede observar en cualquier tipo de DNT.³⁷

Detección precoz de los trastornos de la alimentación

El cuestionario más simple para la detección precoz es el cuestionario ingles SCOFF; el cual es actualmente utilizado por institutos y hospitales en México, puesto que ha probado su eficacia y efectividad.³⁸

Es un cuestionario elaborado por Morgan y colaboradores, que consta únicamente de cinco preguntas, de las cuales se obtienen las iniciales que dan nombre a este cuestionario. Este instrumento fue desarrollado de acuerdo a los criterios del DSM-IV.

Se da un punto para cada respuesta positiva en las cinco preguntas, una puntuación > 2 indica un caso probable de algún TCA. Sus autores reportan una sensibilidad del 92 al 96% y una especificidad del 87.5%, con una probabilidad de falsos positivos del 12.5%.

El SCOFF es un instrumento efectivo para detectar conductas de riesgo para TCA, no para dar diagnóstico. Es un instrumento sencillo, fácil de recordar, aplicar y evaluar, ya que consta únicamente de cinco preguntas. El SCOFF puede aplicarse de forma oral o escrita.³⁹

³⁷ Temprano Ferreras, JL, Breton Lesmes, I. Síndrome de realimentación. Revisión. Rev Clin Esp.2005; Vol. 205 Num.2

³⁸ Unikel Santoncini, Claudia, Bojórquez Chapela, M. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Pública Méx 2004; Vol. 46(6):509-515

³⁹ Iñárritu Perez, Maria del Carmen, Liceo Cruz Veronica. Instrumentos de evaluación para los transtornos de la conducta alimentaria. Rev. Salud Publica y nutrición, Méx, 2004; Vol. 5, num 2

Se considera un instrumento conciso, válido y confiable para detectar TCA. A continuación se presenta el formato SCOFF:

1. ¿Te provocas el vómito porque te sientes incómodamente llena?
2. ¿Te preocupas por haber perdido el control sobre la comida?
3. ¿Has perdido recientemente más de seis kilos en tres meses?
4. ¿Te consideras "gorda" y los demás te dicen que estás delgada?
5. ¿Crees que la comida domina tu vida? ⁴⁰

Responder a una sola pregunta de forma afirmativa es suficiente para ser incluida en el grupo de riesgo. Otros criterios de sospecha son:

1. Pérdida de peso innecesaria
2. Dietas anómalas, peculiares e hipocalóricas sin control.
3. Preocupación por la figura y el peso exagerada
4. Ejercicio exagerado para perder peso
5. Amenorrea
6. Detención del crecimiento
7. Osteoporosis
8. Cambio de carácter e irritabilidad desencadenada al pretender controlar la familia la dieta o el peso

Cuando se hace una historia clínica con un paciente de TCA cabe recordar que son enfermos que suelen carecer de conciencia de enfermedad y a ser poco accesibles al tratamiento. Generalmente, en edades tempranas, es la familia la que aporta datos sobre el TCA, que suelen ser muy subjetivos o exagerados. Se debe reconducir la historia clínica, objetivar los datos y evitar que se creen conflictos entre paciente y familiares a la hora de la entrevista.

⁴⁰ García Campayo, J, Sanz Carrillo, C. Validation of the spanish versión of the SCOFF questionnaire for the detection of eating disorders in primary care 2005; Journal of Psychosomatic Research. 2005; 59(2).

Es bueno entrevistar primero a la paciente intentando crear un clima de confianza y recoger la información más interesante. En segundo lugar, se entrevista a la familia para ajustar y confirmar estos datos ya que las pacientes no suelen ser excesivamente fieles a la clínica.

Se aclararán los antecedentes familiares y personales, especialmente los antecedentes de depresión y adicción. En la historia deben asimismo constar los datos objetivos de crecimiento y desarrollo de la paciente así como la historia menstrual.

Tratamiento

La mayoría de las veces se tratan en consultas externas, aunque en algunos casos más graves es necesaria la hospitalización para realimentación o estabilización de problemas médicos (desnutrición, deshidratación). La participación de la familia es fundamental como apoyo en el proceso de curación.

Para llevar de manera adecuada el tratamiento en la anorexia nerviosa, es de vital importancia el hecho de trabajar de manera multidisciplinaria nutriólogo, psicólogo o psiquiatría y a su vez el médico según sea el estado de salud del paciente, para que este pueda evolucionar satisfactoriamente.

Para la alimentación durante el tratamiento nutricional es necesario valorar como primera opción si el paciente puede ingerir mediante la Vía Oral, si no es el caso, se puede establecer una nutrición enteral continua ó intermitente por Sonda; o a su vez alternar la vía oral mediante el día y por la noche recurrir a la enteral. La cantidad de energía y ritmo de administración dependerá de la tolerancia gastrointestinal y cooperación del Paciente.

Por lo que se recomienda una dieta fraccionada en 5-6 tiempos y ofrecer alimentos de poco volumen pero hipercalóricos: la cual puede ser calculada agregando de 200-300kcal por encima de la ingesta habitual; ó manejar de 30-40 kcal/kg/día, y posteriormente incrementar entre 70 y 100 kcal/día, según la tolerancia gastrointestinal del paciente.

La distribución de macronutrientos se puede establecer de la siguiente manera: Proteínas: 12-15%, Lípidos: 33-35% , HC 50-55% (Miranda-Sánchez, 2010), (Jáuregui-Lobera & Bolaños-Ríos, 2012).

La recuperación de un peso, la normalización biológica y los adecuados hábitos alimentarios son el objetivo principal del tratamiento. Se recomiendan 4 a 5 ingestas calóricas diarias con un total mínimo de 2500 kcal. Prohibición de ejercicio físico, recomendación de reposo, eliminación de productos light, laxantes y diuréticos.

Una vez la paciente ha recuperado una parte substancial del peso se establece el programa de intervención psicológica. Hay diferentes modelos psicoterápicos, los más utilizados en estas patologías son el cognitivo (el más frecuente), el sistémico y la terapia interpersonal.

Se hacen intervenciones a nivel individual o de grupo, y como mínimo durante año y medio o dos años.

Al inicio del tratamiento es fundamental el establecer una buena relación terapéutica, conocer y objetivar el problema alimentario, evaluar los factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la enfermedad y fortalecer la motivación.

En el tratamiento psicológico se debe objetivar el peso y alimentación (autorregistros), establecer pautas nutricionales y psicoeducativas sobre alimentación y peso, plantear pautas a familiares para conseguir una reducción de factores mantenedores del trastorno y aplicar el modelo cognitivo.

El estudio y valoración del funcionamiento familiar es muy importante, porque las relaciones familiares pueden estar condicionando los comportamientos desadaptados de la paciente.⁴¹

⁴¹ De Golman. Op.cit

Es precisa en el tratamiento de los trastornos de la alimentación, la participación activa de la familia en las decisiones terapéuticas y asunción del papel de co-terapeuta. Debe estar informada sobre el tratamiento y el trastorno, mediante los grupos de padres.

En la anorexia nerviosa se administran fármacos ansiolíticos y antidepresivos. Los altos niveles de serotonina a nivel cerebral reducen el índice, la duración y la cantidad de consumo de los alimentos. Actualmente no existe un método farmacológico general que se recomiende para el tratamiento de la anorexia.

En general menos de la mitad de las personas que han seguido tratamiento logra recuperarse totalmente, un tercio mejora y un 20% se mantiene crónicamente enfermas.

Entre los factores de buen pronóstico se encuentran el diagnóstico y tratamiento precoz, el reconocimiento de la existencia de la enfermedad por el paciente, el incremento de peso al inicio del tratamiento, el apoyo de la familia, y la ausencia de antecedentes familiares de problemas de salud mental.⁴²

4.7 Consideraciones éticas

Principios bioéticos

Bioética

La bioética se ha definido de maneras similares con pequeñas variaciones dentro de las diversas descripciones realizadas.

La prestigiosa Encyclopedia of Bioethics define la bioética como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales.

⁴² Ibid.

En términos más sencillos la bioética (del griego bios, que significa vida) literalmente se refiere a ética en el cambio de la vida o ética de la vida, es la ética aplicada a las ciencias biomédicas.⁴³

Principios bioéticos

El profesional de enfermería ocupa un lugar destacado en la prestación de servicios sanitarios como facilitador, asesor, promotor y evaluador de la salud de la colectividad, ya que en sus diferentes modos de actuación profesional, permanecen más tiempo al lado del paciente que el resto de los profesionales que conforman el equipo básico de trabajo.

Por tanto el profesional de enfermería, mediante sus observaciones, interpretaciones, y acciones de forma organizada y eficiente, siempre debe poner en práctica los principios de la bioética.

Principio de Beneficencia

Este principio obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud, de la forma que considere más adecuada. Es un principio ético básico que se aplica primariamente al paciente, aunque también a otros que pueden beneficiarse de un avance médico en particular.

Es el principio ético primero de las actuaciones y responde al promover el bien para el enfermo y la sociedad. La palabra beneficencia tiene aquí su sentido etimológico, no el de una caridad ineficaz y paternalista y resulta más adecuada que el de benevolencia, en cuanto subraya el hecho de tener que hacer

⁴³Vidal, Susana María, La educación en bioética en America Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros. Montevideo- Uruguay; UNESCO, 2012.

efectivamente el bien y no simplemente querer hacerlo o desear hacerlo.

Aplique este principio en mi paciente al llevar a cabo todas las intervenciones y procedimientos enfermeros dentro de las normas para su aplicación y de la manera correcta, otorgando al paciente un cuidado de calidad.

Principio de no-maleficencia

La práctica está asociada, al no hacer daño. Este principio es distinto a la beneficencia, ya que el deber de no dañar es más obligatorio que la exigencia de promover el bien. Implica, sobre todo, el imperativo de hacer activamente el bien y de evitar el mal. El daño que se hace a una persona es más rechazable, en ciertas circunstancias, que el de no haber promovido su bien; la exigencia ética es más imperativa.

Realice los cuidados a mi paciente conociendo mis límites en las intervenciones a realizar con ella, cumpliendo el propósito de no causar un mal más que un bien.

Principio de autonomía

Este principio se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Se refiere al respeto debido a los derechos fundamentales del hombre, incluido el de la autodeterminación.

Significa el reconocimiento de que el ser humano también el enfermo es un sujeto y no un objeto. El reconocimiento de este principio no significa que la decisión moral no tenga en cuenta el bien de los demás, la autonomía no significa automáticamente que el paciente haga o elija lo que quiera, significa que el paciente debe ser correctamente informado de su situación y de las posibles alternativas de tratamiento que se le podrían aplicar.

Asimismo, significa que deben respetarse las decisiones de los pacientes que, después de una adecuada información, tienen la suficiente competencia para tomar la decisión. Di a mi paciente la oportunidad de participar y de decidir sobre su cuidado, de esa manera respete su autonomía y promoví el autocuidado.

Principio de justicia

Se refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y en la distribución equitativa de los recursos para prestar los servicios de salud, investigación, etc.

Tradicionalmente la justicia se ha identificado como la equidad de dar a cada uno lo que le corresponde. Esta justicia o equidad no quiere decir que no se deban tratar a todos los pacientes de la misma forma, pero sí que cada uno tenga acceso a los servicios adecuados, dignos y básicos.

Asimismo, en el trato con el paciente, no se deben anteponer juicios de valor ni hacer distinciones por origen racial, sociocultural o socioeconómico, creencias religiosas, ideológicas o de otra índole, sino que el médico solamente debe ver en el paciente al ser humano sufriente que acude a él en busca de alivio a su dolor o sufrimiento.⁴⁴

Otorgue un cuidado integral sin basarme en edad, sexo, desarrollo u estatus social, las intervenciones las realice con equidad.

Códigos de ética en enfermería

La capacidad de responder de manera adecuada y efectiva a cuestiones morales, a su vez requiere desarrollar sensibilidad, razonamiento, motivación y carácter morales (Van Hooft, 2006). Cada cultura tiene valores y creencias acerca de la salud y la enfermedad y de lo que es un comportamiento moralmente aceptable en proporcionar cuidados para promover la salud.

⁴⁴González Valenzuela, Juliana. Perspectivas de bioética. México. UNAM-CFE; 2008.

Es importante comprender que cada sistema ético en una determinada población es el producto de su propia cultura e historia. Para decidir lo que es éticamente adecuado hacer en el cuidado de enfermería, se debe considerar la información del paciente en un contexto de valores (Fray y Veatch, 2006)

Valores profesionales

Los valores profesionales se relacionan con los estándares con los que se está de acuerdo y se espera se mantengan por un grupo profesional (Johnstone, 1998). Los valores profesionales de enfermería son los que promueven los códigos profesionales de ética, códigos profesionales de conducta, estándares de competencia profesional y la práctica de enfermería.

El consejo internacional de la enfermería declaró: “ Lo inherente en enfermería es el respeto a los derechos humanos, incluyendo el derecho a la vida, a la dignidad y ser tratado con respeto. Aprender acerca de los códigos de ética, estándares éticos y formación de valores ayuda a las enfermeras a desarrollar sus capacidades morales e integrarlas con las habilidades.

A medida que estas capacidades se usan de manera repetida para confrontar problemas éticos complejos en el cuidado de pacientes, estos se refinan y mejoran con el tiempo. Su desarrollo da lugar a comportamientos médicos y a la excelencia en la toma de decisiones éticas.⁴⁵ El código de ética cuenta con 28 artículos.⁴⁶

Consentimiento informado

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y

⁴⁵American Nurses Association Code of ethics for nurses within interpretive statements, Washington, D.C, Elsevier; 2011.

⁴⁶Código de ética para las enfermeras y los enfermeros mexicanos. México, 2001. Encontrado en: <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCONSULTA/10.pdf>

gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. El consentimiento informado consta de dos partes:

1.-Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

2.- Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico.

En los casos de urgencias en los que no existe la oportunidad de hablar con los familiares, y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar por medio del privilegio terapéutico hasta estabilizarlo y entonces poder informarle al paciente o a sus familiares. Esto debe quedar bien fundamentado en el expediente clínico. No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un paciente competente, aun cuando la familia lo autorice.

Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED).⁴⁷

Los derechos de los niños

Los Derechos de los Niños y Niñas contribuyen a resolver sus necesidades básicas y ampliar sus oportunidades, a fin de alcanzar su pleno potencial.

La Convención sobre los Derechos de los Niños está compuesta de una serie de normas y obligaciones aceptadas por todos. Estas normas establecen derechos y libertades mínimas que los gobiernos deben cumplir.

Los derechos y libertades de los niños se basan en el respeto a la dignidad y el valor de cada individuo, independientemente de su raza, color, género, idioma, religión, opiniones, orígenes, nacimiento o capacidad.⁴⁸

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) adoptada de forma unánime por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, es el primer instrumento internacional que establece que todas las niñas, niños y adolescentes, sin ninguna excepción, tienen derechos y que su cumplimiento es obligatorio para todos los países que la han firmado, incluido México, que la ratificó en septiembre de 1990.

Con la CDN, los niños y niñas dejan de ser simples beneficiarios de los servicios y de la protección del Estado, pasando a ser concebidos como sujetos de derecho. Al firmar la CDN, los países asumieron el compromiso de cumplir cabalmente con sus disposiciones, adecuar sus leyes a estos principios, colocar a la infancia en el

⁴⁷Secretaría de salud. Consentimiento informado. Centro de conocimiento bioético; 2012(actualizada el 12 de abril del 2012; acceso 13 de octubre del 2014). Disponible en: <http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/interior/temasgenral>.

⁴⁸Los derechos de los niños, Sttaf Presidencial, México; 30 de abril 2013. En: <http://www.presidencia.gob.mx/los-derechos-de-los-ninos/>

centro de sus agendas a través del desarrollo de políticas públicas y a destinar el mayor número de recursos posibles para la niñez y la adolescencia.⁴⁹

En la convención nacional de los derechos humanos, las naciones unidas proclamaron que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencias especiales. Convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos los miembros y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad.

La CDN establece los derechos de los niños, niñas y adolescentes en 54 artículos y dos Protocolos Facultativos. Define los derechos humanos básicos que disfrutan los niños y niñas en todas partes: el derecho a la supervivencia; al desarrollo pleno; a la protección contra influencias peligrosas, los malos tratos y la explotación; y a la plena participación en la vida familiar, cultural y social.

Los cuatro principios fundamentales de la Convención son la no discriminación; la dedicación al interés superior del niño; el derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo; y el respeto por los puntos de vista del niño. Todos los derechos que se definen en la Convención son inherentes a la dignidad humana y el desarrollo armonioso de todos los niños y niñas.

La Convención protege los derechos de la niñez al estipular pautas en materia de atención de la salud, la educación y la prestación de servicios jurídicos, civiles y sociales.⁵⁰

Los derechos del niño hospitalizado

La hospitalización no debe inhabilitar los derechos de los niños, los niños aun cuando se encuentren hospitalizados también tienen derechos, debemos ser

⁴⁹Estado mundial de la infancia conmemoración de los 20 años sobre los derechos de los niños. Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF). 2008. Encontrado en: <http://www.unicef.org/spanish/rightsite/sowc/pdf/SOWC>

⁵⁰Comprender la convención sobre los derechos de los niños. UNICEF. 2012. En: <http://www.unicef.org/spanish/crc/indexunderstanding.html>

justos y realizar nuestras actividades dirigiéndolas al bienestar. Desde que nacen los niños ya tienen derechos y deben ser considerados como personas.

Los Derechos del niño hospitalizado fueron declarados en la Carta Europea de los Niños Hospitalizados, en una Resolución del Parlamento Europeo de 13 de mayo de 1986. En ellos se establece un marco que recoge, fundamentalmente, la importancia de considerar aspectos psicológicos, emocionales y sociales del niño enfermo, y no solo el aspecto físico o puramente médico como había sido considerado con anterioridad a la aprobación de esta Carta.

Los derechos de los niños hospitalizados fueron adoptados por la UNICEF posteriormente y a continuación se describen brevemente:

El recién nacido tiene derecho al apego al nacer y a permanecer con sus padres, a alimentarse exclusivamente de leche materna y a que la lactancia sea exitosa. La enfermera debe facilitar la permanencia de la madre ofreciéndole alimentación y espacio para dormir en el hospital.

Todo niño tiene derecho a un nombre y a que todo el equipo de salud lo identifique por él, a que el área hospitalaria sea adecuada y segura y por tanto esta proporcione un ambiente tranquilo, alejado de ruido y otras causas que puedan prolongar su estadía en el hospital.

El niño hospitalizado tiene derecho a ser informado respecto a su enfermedad y la forma en que se realizará su tratamiento y el equipo de salud debe comunicarse con el niño a través de un lenguaje simple y adecuado a su edad. El niño hospitalizado tiene derecho a optar sobre alternativas que otorgue el tratamiento, según la situación lo permita, como es una situación muy delicada las enfermeras deben ser cuidadosos con los comentarios y opiniones que emitan.

Los exámenes deben ser solicitados solamente si van a contribuir a un diagnóstico más preciso que implicará un cambio de conducta terapéutica. Todo niño

hospitalizado tiene derecho a recibir un manejo adecuado del dolor y a cuidados paliativos.

El niño hospitalizado tiene derecho a la privacidad, debe contar con el espacio físico para recibir a sus visitas y tener un contacto privado con ellos además de contar con artefactos que favorezcan la privacidad como biombos, cortinas o piezas individuales.⁵¹

⁵¹Derechos del niño hospitalizado: todos los derechos para todos los niños. UNICEF. 2012. En: http://www.cartagena.es/frontend/pagina/ABGkhZYsX7Bqfb3doABNPbjK3kbwHjq_rFnM8zqTqRqJ6JNFyjoGQ

V. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

5.1 Ficha de identificación

Nombre: YMCC

Edad: 15 años Sexo: Femenino

Lugar y fecha de nacimiento: 01 de junio de 1999, México D.F.

Escolaridad: Secundaria terminada Religión: católica

Dirección: Calle Tzinlaczin número 28, Venustiano Carranza. Puebla

Diagnóstico médico: Anorexia nerviosa restrictiva/ purgativa + Distimia

Tipo y Factor Rh: O+

5.2 Motivo de Consulta

La paciente acude a consulta en el servicio de urgencias el día 18 de septiembre del 2014 por presentar debilidad generalizada, náuseas, vómito y un cuadro febril sin foco.

5.3 Factores condicionantes básicos

Edad

15 años. Las estadísticas señalan que la edad promedio de la aparición de anorexia nerviosa es de 13 a 17 años de edad.

Sexo

Femenino. En la Anorexia nerviosa el sexo es un condicionante básico debido a que el 90% de los pacientes que llegan a presentarla son mujeres.

Estado de desarrollo

Adolescencia. La anorexia nerviosa se presenta en esta etapa por ser esta un momento de vulnerabilidad y de cambios físicos, psicológicos y emocionales. En la adolescencia el cuerpo adquiere valor simbólico nuevo y cada adolescente tiene un curso madurativo propio.

La adolescencia como etapa crítica del desarrollo es el escenario ideal para la manifestación de los conflictos latentes y la expresión de los estados deficitarios del desarrollo.

Estado de Salud

El estado de salud de la paciente se encontraba deteriorado con Distimia antes de la patología actual y este fue el detonante de la anorexia nerviosa.

Orientación Sociocultural

La orientación cultural influye en la enfermedad de la paciente debido a que son los estándares sociales y culturales los que determinan el valor personal basado en estereotipos estéticos.

Factores del Sistema de cuidados de Salud

Este no condiciona a la paciente debido a que se encuentra actualmente en un tercer nivel de atención de Salud.

Factores del Sistema Familiar

Los factores de Sistema Familiar condicionan el padecimiento de trastorno de la alimentación puesto que forma parte de una familia monoparental, con desestructuración de los núcleos primarios de formación, esta estructura familiar que la paciente presenta condiciona los patrones de conductas respecto a la alimentación que presenta.

De manera social la condiciona el hecho de formar parte de una familia monoparental liderada por una madre soltera, repercutiendo de manera profunda en la psique de la paciente, la pérdida del padre y el sentimiento de abandono que esta condición le produce. Pues a su vez también forma parte de una familia extensa, la falta de recursos condiciona a la madre a vivir con su familia, aun cuando la relación con esta no es cordial.

Patrón de Vida

Este es un factor básico condicionante puesto que maneja una dinámica desestructurada y monótona. Pasa la mayor parte del día sola y no ha desarrollado independencia parental. Se aísla de manera continua e interactúa de manera antisocial.

Factores Ambientales

El ambiente en que se desarrolla es severamente nocivo para ella, acude a una escuela secundaria que tiene registrados casos de anorexia y bulimia y en su círculo de amigas todas padecen de esta enfermedad.

Disponibilidad y adecuación de los recursos

Los recursos con que cuenta son escasos, su familia solo presenta un ingreso económico por parte de la madre. Pertenecer a un nivel social bajo le causa tristeza y frustración.

5.4 Valoración de enfermería

Signos Vitales (Ver anexo 3)

FECHA	FR	FC	T/A	TEMPERATURA
20 /10/14	18	77	110/70	35.7
21/10/14	16	72	110/70	36.6
22/10/14	18	68	103/65	36.1
23/10/14	20	70	100/70	36.8
24/10/14	18	72	105/60	36.5
30/10/14	20	70	100/60	36.6

Somatometria

FECHA	TALLA	PESO	PERIMETRO ABDOMINAL	IMC
20/10/14	152 cm	28.830	60cm	12.47
21/10/14		29.300	60.7cm	12.68
22/10/14		29.950	61 cm	12.96
23/10/14		30.100	62 cm	13.02
24/10/14		30.900	62.5 cm	13.37
30/10/14		32.100	64 cm	13.89

5.4.3 Exploración Física

Signos vitales dentro de los parámetros normales, en la somatometria presenta talla adecuada para la edad, esta se encuentra en la percentil 75 y en relación de peso para la edad se encuentra con parámetro inferior a menos tres desviaciones estándar. Lo cual indica que su peso se encuentra muy por debajo del ideal. (Ver Anexo 4).

Su índice de masa corporal es de 12.47 y para la edad se encuentra con una medida por debajo de menos tres desviaciones estándar del ideal. (Ver Anexo 5). El índice masa corporal nos indica que se encuentra en peso bajo (Ver Anexo 6).

Paciente que se encuentra con evidente deterioro físico, edad cronológica que no concuerda con su apariencia física, poco activa, irritable, complexión caquéxica, esto se valora en base a los signos de caquexia que ella cumple en su totalidad: desnutrición, atrofia muscular, fatiga y debilidad. A la observación se encuentran facias de tristeza y preocupación

Presenta debilidad generalizada que le impide realizar actividades complejas por ella misma como incorporarse. Presenta tono muscular debilitado este se valoró mediante la inspección, la movilización pasiva articular y la palpación. A la inspección se encuentra con simetría postural (extremidades, tronco y cabeza), flexión y extensión con ligero deterioro.

En la movilización pasiva articular, la paciente soporta y mueve los distintos segmentos del cuerpo a velocidades lentas con arcos de movilidad afectados y reflejos ostetendinosos presentes. Su postura es encorvada con marcha lenta normal, sin factores que limiten el movimiento, sensibilidad periférica existente, no presenta dolor muscular a la movilización.(Ver Anexo 7). Necesita ayuda para moverse.

CABEZA, CARA Y CUELLO:

A la exploración cefálica se encuentra alopecia en diversas partes, con inicio de regeneración de cabello, piel cabelluda con presencia de descamación que causa rascado que empeora la condición, erupciones cutáneas por cimosis que se encuentran en remisión, no dolorosas al tacto. A la palpación prominencias óseas normales, sin presencia de lesiones o tumoraciones, no hay presencia de dolor.

OJOS:

Simetría ocular, presenta regeneración de pestañas y cejas previa caída, refiere no presentar dificultades visuales y campo visual es adecuado se valoró con

intensidad de estímulo visual y puntos fijos de luz. Pupilas isocóricas y con respuesta a la luz, miosis y midriasis presente. Movimientos oculares normales: abducción y aducción presente.

OIDOS:

Pabellón auricular bien formado en ambos lados, sin presencia de secreciones ni tumoraciones, la paciente refiere escuchar bien en ambos con ambos oídos.

NARIZ:

Estructura ósea de la nariz íntegra, sin presencia de disfunción, septo nasal prominente, sin presencia de desviación fosas nasales sin obstrucciones, simétricas, mucosas nasales hidratadas, orofaringe sin presencia de inflamación o lesiones. Sin presencia de dificultad respiratoria. Se valoró la dificultad respiratoria con Silverman Anderson como escala, la paciente obtuvo una puntuación de 0, lo cual nos indica que no hay presencia de dificultad. (Ver Anexo 8).

BOCA:

Mucosas orales deshidratadas, labios con presencia de fisuras en las comisuras, cuenta con piezas dentales definitivas completas (Ver Anexo 9), hay gingivitis y presenta caries en molares por mala higiene bucal, leucoplasia en lengua, se le dificulta masticar y deglutir.

CUELLO:

A la observación no hay evidencia de ganglios inflamados y a la palpación de cuello no se encuentran ganglios inflamados, amígdalas sin presencia de inflamación que no son dolorosas a la palpación.

TÓRAX:

Tórax simétrico, la paciente presenta respiración torácica con frecuencia y ritmo adecuados, realiza respiraciones profundas. Área axilar sin presencia de ganglios inflamados, línea media y antero axilar sin presencia de masas, tórax anterior

íntegro con espacios intercostales sin presencia de masas. En tórax posterior se palpa columna vertebral, se encuentra muy prominente debido al estado nutricional de la paciente, datos normales sin presencia de masas, ni desviaciones se utilizan parámetros anatómicos para realizar mediciones, altura escapular simétrica, altura a nivel de caderas simétrica, curvatura normal sin presencia de dolor a la palpación. (Ver Anexo 10) Percusión de campos pulmonares sin dato de relevancia con sonido resonante con la misma intensidad en ambos pulmones.

Se auscultan campos pulmonares ventilados en tórax anterior se auscultan ruidos respiratorios normales a la inspiración y la expiración. Se perciben estertores finos en área apical en conjunto con presencia de tos húmeda. Insuflación pulmonar adecuada y simétrica en tórax posterior. Sin presencia de cianosis.

Ruidos cardíacos presentes con frecuencia, intensidad y ritmo adecuado, en focos cardíacos se encuentran las mismas características, sin presencia de deformidad ósea, lesión o cicatrices en zona esternal, lesión en subclavio derecho post retiro de catéter venoso central.

ABDOMEN:

Abdomen excavado. Se percuten cuadrantes abdominales se encuentra sonido timpánico. , se realiza palpación superficial y de rebote de los cuadrantes del abdomen sin presencia de datos de interés, abdomen blando depresible indoloro a la palpación. En hipogastrio se palpa área depresible sin datos de tensión.

RIÑONES:

Se realiza valoración se Giordannos encontrando negativos derecho e izquierdo.

GENITALES:

En la valoración de maduración de los caracteres sexuales se encuentra con una escala de Tanner de I. (Ver Anexo 11). Genitales íntegros que concuerdan con el sexo de la paciente, sin presencia de lesiones o tumoraciones a la inspección.

EXTREMIDADES:

Extremidades superiores e inferiores integra, pulsos perceptibles con frecuencia, ritmo e intensidad adecuados. (Ver anexo 12). Pulsos distales presentes concordantes con pulso central en frecuencia, ritmo e intensidad. Venoclisis en miembro superior derecho, sin presencia de signos de infección. Presenta braquimetatarsia en ambos pies, desarrolló una ulcera por presión en talón izquierdo que se encuentra en estadio II (ver Anexo 13).

PIEL Y TEGUMENTOS:

Llenado capilar de 3 segundos, uñas que presentan palidez, se realiza maniobra de lienzo húmedo que resulta negativa.. La paciente presenta un grado de deshidratación leve (ver Anexo 14) piel turgente, mucosas orales deshidratadas, sin presencia de edema. (Ver Anexo 15). Palidez de tegumentos, resequedad cutánea con presencia de descamación, que le causa prurito ocasional.

PARES CRANEALES:

No presenta alteraciones sensoriales, visuales, auditivas o de lenguaje, estado neurológico normal sin alteración del estado de conciencia. Se valora con la escala de Glasgow la puntuación obtenida fue de 15 lo cual indica que la paciente está consciente (Ver Anexo 16).

I-OLFATORIO: La paciente es capaz de detectar olores adecuadamente

II, III, IV-OCULAR, OCULOMOTOR, TROCLEAR : Agudeza visual 20/40, es capaz de identificar todos los colores y de focalizar adecuadamente objetos lejanos y cercanos, reflejo de convergencia presente, movimientos pupilares de acomodación presentes (miosis y midriasis). No hay presencia de parálisis o desviaciones ni diplopía.

V-TRIGEMINO : reflejo mentoneano y corneal presente, sin dolor a la palpación mandibular, bostezo, habla y mastica con dificultad,

VII-FACIAL: Realiza movimientos faciales con ligera dificultad, es capaz de realizar muecas y fruncir el ceño.

VIII-AUDITIVO: Adecuada agudeza auditiva, Webber normal(central) y Rinne positivo, Prueba de Romberg imposible de realizar debido a la condición física.

XI, X-GLOSOFARINGEO Y VAGO: Estructuras de la boca integras con reflejo nauseoso presente. Simetría del paladar blando y la úvula.

XI-NERVIO ACCESORIO: Musculatura del cuello con adecuado tono, fuerza muscular disminuida.

XII-HIPOGLOSO: Adecuado tono en lengua, lo que hace posibles movimientos de protrusión

.

Cifras de estudios de laboratorio significativos para la patología

- Química Sanguínea realizada el 28 de octubre del 2014 (Ver anexo 17)

K	5.4 mmol/dl
Na	137 mEq/l
Cl	99 mmol/dl
Ca	9.2 mg/dl
fosoforo	4.5 mg/dl
Creatinina	.7 mg/dl
BUN	32 mg/dl
Glucosa	105 mg/dl
Urea	14 mg/dl
Albumina	3.4 mg/dl

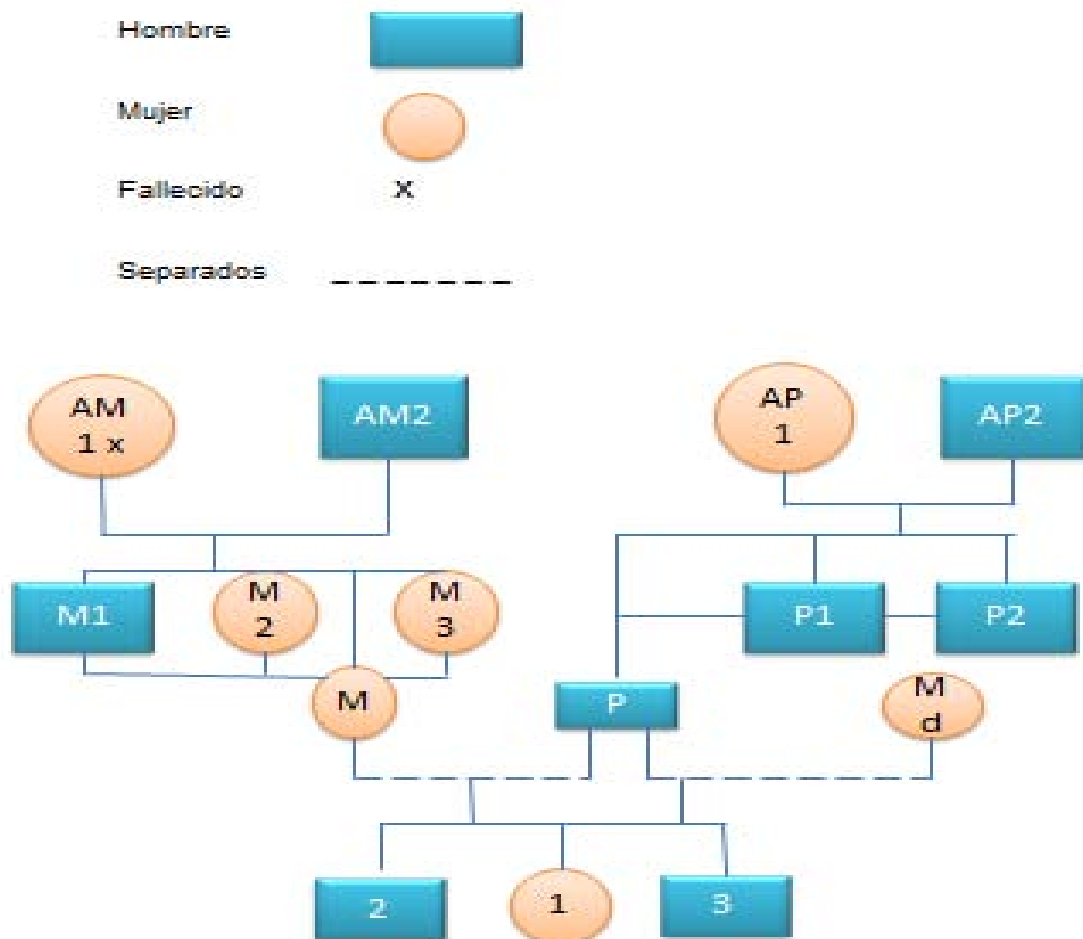
Cifras de química sanguínea normales a excepción de la albumina que se encuentra ligeramente disminuida a consecuencia de la patología de base.

- Biometría hemática realizada el 28 de octubre del 2014 (Ver anexo 18)

Hb	12.3
Hto.	42.3
Plaquetas	174 10/mm
Velocidad de Sedimentación	25 mm/h
Linfocitos	2735 μ l

Biometría hemática con cifras dentro de los parámetros normales (Hb baja ligeramente ligada al estado de salud de la paciente.) Actualmente se encuentra remitida la anemia macrocítica que padecía.

Mapa Familiar



1 Paciente

2 hermano de 9 años, estudiante de tiempo completo

3 hermanastro de 26 años, desempleado y alcohólico

M madre MCL de 48 años de edad, mesera, diagnosticada con depresión

P padre GCG de 46 años de edad, sin estudios, vive en Estados Unidos y se dedica a trabajos provisionales.

Md Madrastra Se desconoce

M1 hermano de la madre de 37 Se desconoce

M2 hermana de la madre de 46 Se desconoce

M3 hermana de la madre de 54 Diagnosticada con Esquizofrenia

P1 Se desconoce

P2 Se desconoce

AM1 Abuela materna Fallecida

AM2 Abuelo materno de 76 años, pensionado, alcohólico

AP1 Se desconoce

AP2 Se desconoce

Dinámica familiar

Se trata de una familia mono parental conformada por madre e hijos, quienes no llevan una buena relación con el padre. Y forman parte de manera parcial de una familia extensa con los familiares de la madre de la paciente puesto que viven todos juntos. De la familia del padre de la paciente se desconocen la mayoría de los datos.

5.5 Valoración por requisitos de autocuidado universal

Mantenimiento de un Aporte suficiente de aire

La paciente refiere vivir en un pueblo del estado de Puebla en donde hay espacios abiertos y mucha vegetación del tipo bosque en los alrededores, describe el ambiente como libre de contaminación, zona rural sin presencia de fábricas o maquiladoras cerca que contaminen el ambiente. No cocina con leña, cuenta con una estufa de gas, no convive con fumadores y nunca ha presentado problemas del tipo respiratorio. Comenta sofocarse al caminar y sufrir de taquicardias si realiza actividad física mínima.

Mantenimiento de un Aporte suficiente de Agua

Sus hábitos dietéticos antes de presentar la complicación de salud describe la paciente eran en cuanto a la ingesta de líquido normales, consumía litro y medio de agua durante el día, aunque dentro de los líquidos que consumía también se encontraban los refrescos y jugos artificiales que refiere son de su agrado y no podía dejar de consumir.

Actualmente consume un litro de líquidos incluidos de la dieta del hospital; te, agua y leche dentro de un licuado con aporte calórico, además del agua contenida en algunos de los alimentos que consume dentro de su dieta como caldos y frutas y se encuentra con una infusión continua de Solución glucosada al 5% + NaCl + Kcl a 35 ml / hr, lo que da un requerimiento total de 820 ml / día.

La paciente consume líquidos 3 veces al día con cada comida que realiza y el ritmo de la ingesta es lento, comenta que no le gusta ingerir líquidos tan simples como el agua y el te. La paciente presenta sensación de sed durante el día aun cuando consume los líquidos que le dan, pues refiere estos no le quitan la sed.

Mantenimiento de un aporte suficiente de Alimento

El peso que presenta la paciente es bajo para la estatura y para la edad, se encuentra en un estado caquexico, se encuentra con diagnóstico médico de desnutrición severa generalizada, dentro de los hábitos alimenticios antes de padecer su actual padecimiento, refiere que realizaba todas sus comidas sola, debido a que su madre trabaja todo el día, ese sentimiento de soledad fue uno de los condicionantes para desarrollar la enfermedad porque así gradualmente fue descartando la comida.

En la actualidad en el servicio de hospitalización tiene alimentación oral con dificultades para masticar por la debilidad generalizada que presenta esto condiciona cierto grado de dificultad para deglutir (se valoró mediante la exploración de los pares craneales). En ocasiones presenta náuseas y vómitos después de ingerir la comida sobre todo cuando se encuentra en una situación de estrés.

Comienza a desarrollar el apetito, porque se negaba a consumir por completo su dieta, la dieta que ingiere es blanda por la dificultad que presenta para masticar y tragar. Al principio comía solo el 60% ahora como el 100% de su dieta y en ocasiones pide una porción más de algún alimento que le haya gustado por lo general alimentos dulces como galletas o fruta.

Antes de ser hospitalizada refiere preferencia por alimentos como papas y refrescos, su dieta se basaba principalmente en leguminosas y huevo, casi nunca comían carne ni blanca ni roja. Su alimento favorito en el hospital es el yogurt y el único alimento que le desagrada es el chayote. Niega alergias alimentarias.

Las emociones que tiene durante el día y las emociones reprimidas que siente por situaciones pasadas interfieren de manera significativa con su manera de alimentarse y esto se encuentra condicionado a su vez con la distorsión que tiene de su imagen corporal. Ella argumenta que nunca dejó de comer por gusto, que a veces se le olvidaba comer o que no le daban ganas y que en ocasiones cuando lo hacía sentía las ganas de vomitar.

En el servicio solo ha llegado a presentar eventos de vomito post pandrial inmediato, cuando se encuentra ante una situación que le genera mucho estrés y que no puede controlar.

El perímetro abdominal ha ido aumentando en promedio de .5 cm por día lo cual nos indica un aprovechamiento y absorción adecuada de los alimentos ingeridos y aporte calórico suficiente que cubre las demandas nutricionales y que a su vez está reponiendo masa corporal.

Provisión de Cuidados asociados con los procesos de Eliminación y Excrementos

Micciona de 3 a 4 veces durante el día, color amarillo ámbar, sin olor fuerte, consistencia normal, sin presencia de sedimentos, Evacua de una a dos veces por día, sin dificultad ni dolor, cantidad normal, olor normal, color normal y con consistencia formada, no ha presentado eventos diarreicos ni presencia de molestia a la micción.

Se encuentra sin estomas o drenajes, aplica técnica de lavado de manos y asea de manera adecuada genitales. En la valoración de maduración de los caracteres sexuales se encuentra con una escala de Tanner de I, sin embargo ya tuvo la menarca desde los 12 años, por tanto hay una disparidad

Menarca a la edad de 12 años con periodos al inicio largos de sangrado, después se normalizaron y son de 4 días en promedio, paciente con ciclos regulares de 30 días, desde el mes de febrero del 2014 dejo de menstruar y hasta el momento se encuentra con amenorrea secundaria.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Antes de ingresar al hospital sus hábitos de reposo también eran desequilibrados, dormía por largas horas en la tarde y en la noche y solo se levantaba al día siguiente para ir a la escuela.

La paciente refiere dormir de 10 a 12 horas al día y sentir mucho sueño, se recuesta a las 9 de la noche y se levanta hasta las 7 de la mañana o más tarde

del día siguiente cuando se encuentra en casa y es fin de semana, cuando va a la escuela se levanta temprano y sin ganas actitud que mantiene durante todo el día.

Sus ciclos de descanso nunca son seguidos en el hospital pues suelen ser interrumpidos por los pacientes con los que comparte el ambiente, presenta ojeras y refiere sentirse cansada durante el día. En ocasiones se recuesta antes porque tiene la sensación de fatiga, agotamiento y estrés, algunas veces ha tenido pesadillas y se tarda en olvidarlas. Refiere nunca haber realizado actividades físicas de ningún tipo.

Tiene dificultad para incorporarse y movilizarse, presenta intolerancia a la actividad física mínima y verbaliza sensación de cansancio, fatiga y sensación de mareo y desmayo, es capaz de movilizarse con ayuda en distancias muy cortas pues no tolera la marcha prolongada debido a la debilidad por el cuadro clínico y a la presencia de ulcera por presión en estadio dos en talón izquierdo que genera dolor al apoyarlo en el suelo e intentar caminar.

Mantenimiento del Equilibrio entre la Soledad y la Interacción Social

No hay un equilibrio en la interacción social debido a que no socializa dentro de la normalidad de acciones para la edad. Forma parte de un núcleo reducido de amigas, presenta dificultad para socializar de manera afectiva y tiende a aislarse, es difícil que exprese ideas y sentimientos. Manifiesta de manera verbal sensación de rechazo, sentimiento de no pertenencia, afirma no pertenecer, ni encajar en ningún lugar, aunque lo intente. Mantiene una postura corporal encorvada y con la cabeza mirando al piso, dificultad para mantener la mirada al hablar.

No tiene novio, no ha iniciado vida sexual, refiere estar muy chica para tener novio y a la vez le da miedo. En su escuela sufre de maltrato físico por parte de sus compañeros de clase, quienes la humillan, la golpean y se burlan de la condición de no tener padre, ese tema siempre la pone ansiosa y la ha llevado a estados de depresión severa. Dice sentirse intimidada, lo cual la lleva a decidir mejor quedarse en casa e inventar todo tipo de excusas para no asistir a clases.

Ya se ha reportado a sus compañeros por intimidación y violencia sin embargo las autoridades de la escuela no han hecho nada, solo suspenden de manera ocasional a los alumnos, sin que la medida correctiva logre tener éxito.

La madre dice haber notado que en la escuela la molestaban y con ello un cambio en el comportamiento de su hija pero decidió no dar importancia al tema debido a la edad de sus compañeros por qué no lo considero grave pues creyó que por el carácter de su hija no sería posible que alguien se atreviera a molestarla

Dentro de su familia no hay buena comunicación, se encuentra desintegrada con problemas de adicciones y ella se siente sola. Después del colegio llega y se encierra casi todo el día, se coloca los audífonos y refiere escuchar música que la hace sentir triste, así poco a poco se queda dormida y no consume alimentos no se levanta para nada una vez que se acostó.

Es importante mencionar que la paciente se mostró cooperativa durante el interrogatorio sin embargo, mantiene lapsos en los que mantiene un mutismo selectivo este abarca largos periodos de tiempo en los que rompe la comunicación con el personal de salud, es un silencio voluntario que asume según su estado de ánimo.

No realiza actividades recreativas, debido a su estado económico y su estado de salud además refiere que no le dan ganas, refiere mantenerse en un estado de aburrimiento y ocio continuo. El movimiento articular es limitado, sobre todo en lo muñeca y parte carpiana se encuentra rigidez y dificultad para flexionar, una secuela de la anorexia que presenta es la artritis, se le dan terapias para ganar fuerza muscular todos los días.

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

Paciente procedente de Puebla que debido a las condiciones de su padecimiento ha tenido que permanecer mucho tiempo fuera de casa actualmente se encuentra viviendo en el Distrito Federal con su tía materna, esta supone una condición de

riesgo para ella debido a que el lugar donde habitan ella y su madre, es un cuarto pequeño integrado a un terreno más grande en el cual habita la tía con su familia pero se encuentra lleno de cosas inservibles acumuladas, el lugar está plagado de chinches, cucarachas y ratas,

Todo el dinero que gana la madre como ayudante en una taquería se va en la enfermedad que padece su hija.

Cuenta con una sola muda de ropa que es la utiliza todos los días dentro del servicio de hospitalización, se baña diario aunque no realiza cambio completo de ropa.

Realiza técnica de lavado de manos con éxito sin embargo su higiene bucal es deficiente prueba de ello es el estado actual en que se encuentra su boca, refiere lavarse los dientes un vez al día si se acuerda si no puede pasar días entero sin lavarlos.

Es capaz de distinguir peligros para la salud sin embargo su trastorno alimenticio le impide comprender del todo la gravedad de su estado, es consiente que debe recuperar peso para salir del hospital, pero no es consiente que debe de recuperar peso para mejorar su estado de salud, Está centrando su recuperación en hacer lo que le dicen para salir del hospital y no en recuperar su salud.

Proviene de un núcleo familiar que pone en peligro su integridad moral y mental, puesto que forma parte de una familia extensa regida por el patriarcado, en donde convive con sus abuelos maternos, sus tías maternas y su familia nuclear integrada por ella, su madre y hermanos.

El abuelo está incapacitado no labora, es alcohólico, violento y tiene poco control de los impulsos. Su hermano mayor de 21 años también presenta alcoholismo y agresividad, cuenta con dos tías con esquizofrenia que viven con ella y cuando no se medican se vuelven extremadamente violentas.

La madre refiere que la paciente tiene un carácter fuerte y que se lleva de manera poco saludable con sus hermanos, se pelean seguidos a golpes y groserías y ella

es muy ofensiva e hiriente con sus comentarios. La percepción que tiene de la vida la hace muy vulnerable a la opinión de los demás y refiere estar enojada con la vida porque esta no es justa.

Comenta que en ocasiones es tanta su ansiedad y se siente tan mal que cree que nadie podrá ayudarla, que sería mejor dejar de existir, que a nadie le hace falta, que nadie la quiere y que si llegara a ocurrirle algo malo nadie la ayudara.

Anteriormente ya ha intentado quitarse la vida utilizando como método un serrucho para cortar sus venas, sin embargo no pudo más que realizarse unos cortes superficiales debido a que su madre llegó e impidió que realizara su cometido.

Refiere haber tenido muchos pensamientos suicidas puesto que su vida no le gusta, no es feliz con lo que es, ni con lo que tiene, se siente abandonada, siente que no vale nada.

El estado de salud de la paciente comenzó a decaer cuando hace tres años se enteró que su padre quien está actualmente en los Estados Unidos, ya había formado otra familia y que no iba a regresar, ella se siente impotente ante esa situación, le gustaría que su padre nunca se hubiera ido

La madre expresa sentimientos de odio hacia el padre y mucha frustración y despecho ante la situación, sentimientos que expresa a la paciente y esta los hace propios.

Dice que el sentimiento más fuerte que tiene es de miedo, miedo a que sus compañeros le hagan algo malo en la escuela, miedo de estar separada de su madre, miedo de los procedimientos que le realizan en el hospital, siente miedo de la psiquiatra que la está atendiendo actualmente.

Presenta miedo a la vida. Tiene una autopercepción negativa que distorsiona por completo su imagen corporal.

Su campo visual es bueno no ha requerido de lentes, no presenta alteraciones auditivas, pero si presenta dificultad para mantenerse de pie sola y de equilibrio por la debilidad muscular, ya sufrió una caída previa al bañarse en el hospital.

Refiere realizar prácticas de salud sin embargo esto no concuerda con la imagen y las actitudes hacia el cuidado de la salud, ha recibido asesoría respecto al cuidado de la Salud y sin embargo aún tiene prácticas nocivas, como evitar el uso de barandales, no utilizar medidas de apoyo cuando se moviliza, no utilizar precauciones cuando se baña.

Refiere tener esquema de vacunación completo. Se le retiró catéter venoso central derecho con el que contaba, lo cual representa un riesgo menos para su condición. La condición de desnutrición con la que cuenta actualmente se encuentra bajo tratamiento médico.

Presenta ulcera por presión estadio dos en talón izquierdo lo cual representa varios riesgo para ella, principalmente de infección por la falta de integridad cutánea y riesgo de caídas, pues a la ulcera se suman el deterior de salud y el estado caquexico y de debilidad generalizada.

El riesgo de caídas se valoró con escala de Downton con parámetro de 3 lo cual indica alto riesgo y escala de Morse el cual dio un puntaje de 130, que indica un riesgo alto. (Ver anexo 19)

Promoción del Funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal

Sabe leer y escribir y realiza operaciones matemáticas básicas, termino la secundaria y su nivel de aprovechamiento académico es regular, promedio de 7.0, en ocasiones se sentía frustrada por no lograr las calificaciones que esperaba y pasaba de frustración a tristeza y después a sensación de inutilidad.

Hay muchas cosas que quisiera realizar pero dice saber que si las realiza fracasara y no tiene caso intentarlo, Tiende a episodios breves de ansiedad en los cuales realiza movimientos con las manos.

También se autolastima con cualquier objeto cortante que se encuentra, siente la necesidad de sentir dolor, es una manera de sacar la frustración de las cosas que no le parecen.

La única persona que participa del cuidado de la paciente es su madre, quien debe trabajar para sacar a su familia adelante, trabaja de asistente en una taquería y su sueldo no le alcanza por tanto deja solos en casa a sus hijos, la paciente se encarga de las tareas domésticas.

La madre y la paciente refieren llevarse bien sin embargo a la valoración se percibe poca comunicación, represión por parte de la madre y una dependencia parental total de la paciente, pues esta es incapaz de valerse por sí misma, su estado emocional es cambiante y presenta episodios de enojo profundo cuando tiene a la madre cerca, la paciente lo expresa con gestos de desagrado.

5.6 Valoración de requisitos de desarrollo

Etapa del desarrollo

La paciente se encuentra en la adolescencia, etapa en la cual no se desarrolla de manera adecuada, pues no es capaz de crear lazos de confianza con otras personas de su edad, se aísla y presenta comportamientos antisociales.

No acepta los cambios que sufre en el cuerpo por la adolescencia y se frustra por ellos, no acepta la etapa, refiriendo que la vida era más fácil antes.

Desarrollo Afectivo

La paciente presenta un desequilibrio con emociones inestables y muy intensas que no logra controlar, las cuales la sitúan en sentimientos que no canaliza de manera positiva, lo cual la lleva por un lado a un aislamiento y por otro a una autoagresión.

Es una paciente que se encuentra carente de afecto, no le gusta estar sola y cuando lo está siente un sentimiento de vacío.

Presenta tristeza generalizada por no poder encajar y esto la a llevado a presentar distimia y como consecuencia de esto un bajo nivel de aprovechamiento escolar.

Desarrollo Social

Es una persona emocionalmente dependiente de los estados depresivos de la madre, busca su aprobación continuamente. Es dependiente del cuidado de su persona no es apta para realizarlo de manera correcta por ella misma.

Tiene autoconcepto negativo arraigado y desconfianza de las personas y del medio donde se encuentre.

La manera de interactuar con el medio la desarrolla de manera muy pasiva y poco efectiva, necesita establecer conexiones sociales con el medio de manera que se sienta parte de un núcleo. No logra metas y se siente fracasada en el ámbito escolar y social.

Desarrollo Cognitivo

No presenta alteraciones en el desarrollo cognitivo

5.7 Valoración de requisitos de desviación de la salud

Antecedente de Desviación de la Salud

A la edad de 10 años presento un cuadro diarreico con evolución de tres días en su casa, el cual empeoró por tal motivo acudió al médico, el cual le diagnostico Salmonelosis, Anemia e Infección de vías urinarias, comenzó el tratamiento pero no pudo continuarlo por falta de recursos económicos. Refiere padecer desde esa fecha de malestares estomacales y problemas digestivos no tratados puesto que no le impedían realizar sus actividades.

El 7 de febrero del 2014 inicia en su casa con fatiga, vomito, somnolencia, posterior al rechazo de la vía oral y pérdida de peso. Acude a una farmacia similar para atenderse y tras revisarla se le receta paracetamol lo cual le ayuda momentáneamente pero dos días después comienza a sentirse mal.

Decide acudir a un doctor particular el que recomienda de nuevo el paracetamol y no suspender pero su estado de salud no mejora y la madre decide acudir a otro médico el cual da tratamiento que la mantiene bien por 3 semanas y vuelve a presentar los síntomas agravados, se decide internar en el Hospital regional de Poza Rica en Veracruz el 18 de mayo del 2014

En el hospital se tiene en observación por 29 días en los cuales tuvo una pérdida de peso de 7 kilogramos, sin poder llegar a un diagnóstico y ante el deterioro de la salud de la paciente se decide referir al Instituto Nacional de Pediatría.

El 19 de junio fue ingresada en el servicio de Medicina Interna con fiebre sin foco, Hepatomegalia, Desnutrición crónica agudizada y Anemia macrocítica, el 21 de julio se descarta inflamación esófago gástrica por proceso alérgico, parasitario o reacción medicamentosa. Se realizó el diagnóstico de Pb Enfermedad de Still, se estabilizó a la paciente; se le dio tratamiento para tratar la deshidratación y la anemia, se fue de alta con un plan terapéutico dirigido a la recuperación de peso en casa. Egresa el 25 de agosto del 2014 con cita para salud mental y nutrición.

El 18 de septiembre acude al servicio de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría es ingresada por encontrarse en malas condiciones generales, presenta lesiones dermatológicas pruriginosas causadas por chinches y continua con síntomas depresivos. La paciente no siguió el tratamiento médico, ni acudió a las consultas.

Ingresar a Medicina Interna el mismo día sin tolerancia a vía oral y vomito posprandial y fiebre, se coloca nutrición parenteral por vía periférica.

El 10 de octubre del 2014 es ingresada a la Terapia Intensiva por presentar choque séptico, es egresada del servicio el 18 de octubre e internada en Infectología IV .

Desviación de Salud actual

Tras ingresar al servicio de infectología se diagnostica con Distimia, Deshidratación Crónica Agudizada Severa, Esofagitis B de los ángeles, Pángaitis, Bulboduodenitis severa, Choque séptico en remisión, Síndrome Eutoroideo enfermo, Pb enfermedad de Still e infección por Candida Albicans.

Posteriormente en el servicio se diagnostica como un caso de Anorexia Nerviosa la cual ha afectado su vida de manera total, a su afección se han agregado las secuelas de la misma como anemia y artritis y su estadía hospitalaria ha logrado agravar su distimia y su sentimiento de soledad.

Dentro del servicio se da tratamiento de rehidratación, se remite la anemia, se trata la pangaitis, esofagitis y bulboduodenitis.

La paciente se encuentra pesando 29.700 Kg. con tratamiento farmacológico con Prednisona 1mg/ kg/día 7.5 mg/6hrs, Omeprazol 1mg /kg/dosis 20 mg.i.v. c/ 12 hrs, Vitamina D administrar 1200 u.i.v. c/24 hrs en ayuno y Sucralfato 1g v.o. c/ 6hrs.

Se encuentra con una infusión de Solución Glucosada + NaCl + KCl y una dieta blanda 1400 kcal con 55% cho, 30% lip, 15% proteínas en 3 tiempos+ un licuado de 500 kcal repartidos en 2 tiempos (entre comidas).

YMCC es dada de alta el 30 de octubre del 2014 por mejoría y se da cita dentro de un mes en el Servicio de Medicina Interna del Instituto Nacional de Pediatría y se pasa interconsulta con psiquiatría, se prescribe el siguiente tratamiento: Prednisona 1mg/ kg/día 7.5 mg/6hrs, Omeprazol 1mg /kg/dosis 20 mg.i.v. c/ 12 hrs, Vitamina D administrar 1200 uii.v. c/24 hrs en ayuno y Sucralfato 1g v.o. c/ 6hrs.

Se da cita abierta a urgencias.

Condiciones que afectan el desarrollo humano

Este trastorno significa para ella un cambio súbito en su estilo de vida, debido a su padecimiento ha tenido que posponer su entrada a la escuela preparatoria, ella tenía la esperanza que una vez ingresando a la preparatoria todo iba a cambiar, significaba una nueva oportunidad de interactuar y eso ahora le preocupa no quiere perder su lugar en la preparatoria.

Su estado económico ha empeorado debido al gasto que implica el solventar una renta fuera de su casa y los viajes que tiene que realizar su madre para ir a visitar a sus hermanos, además de los medicamentos que el hospital no le otorga.

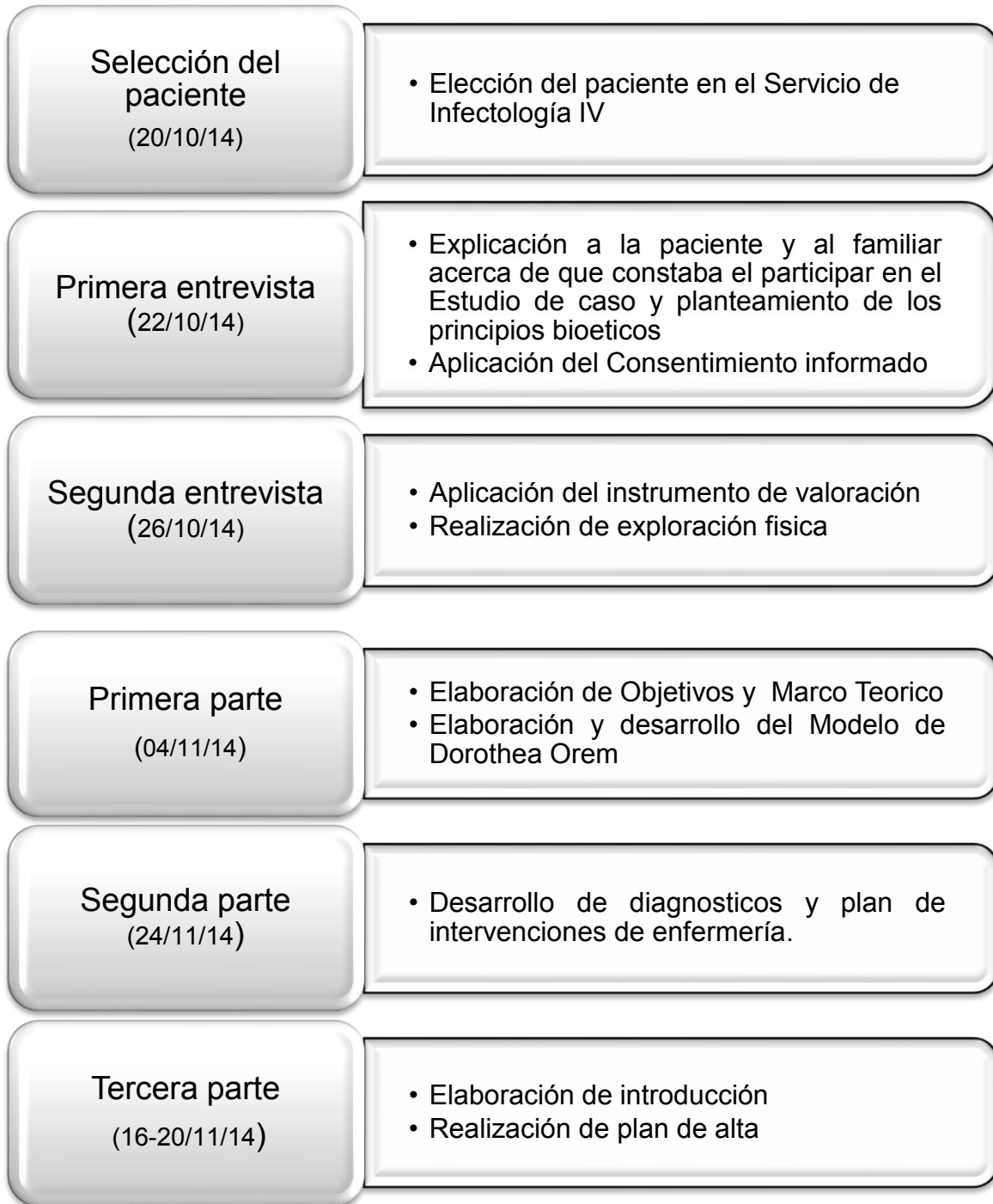
Se realizó una valoración llamada Standard figural stimuli (SFS) (Ver anexo 20) esta permite detectar si hay una distorsión en la imagen corporal, dentro de las figuras presentadas en la evaluación, la paciente se encuentra por su aspecto físico en un nivel uno de la escala de imagen corporal aunque ella se percibe a sí misma en un nivel 4.

La paciente presenta una clara distorsión de la figura corporal y en conjunto con el cuestionario SCOFF (Ver anexo 21) que se realizó para detectar trastornos de la

alimentación en el cual obtuvo una puntuación de 4 respuestas positivas, evidencia un claro trastorno de la alimentación.

De igual manera se aplicó a la paciente el cuestionario Rosenberg (Ver anexo 22), en el cual la paciente obtuvo una puntuación de 14, lo cual es indicativo de autoestima baja y problemas significativos con la manera en que se desarrolla con el mundo.

5.8 Esquema metodológico



5.9 Jerarquización de requisitos universales

Requisito universal	Afectado	
	Si	No
1) Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	X	
2) Mantenimiento de un aporte suficiente de agua		X
3) Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	X	
4) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos		X
5) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	X	
6) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	X	
7) Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano	X	
8) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas y el deseo de ser normal.	X	

5.10 Diagnósticos de enfermería

Diagnostico 1

Receptor del cuidado: YMCC		Etapa de desarrollo: Adolescencia		
Agente del cuidado dependiente: Cuidador Primario / madre		Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio		
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	- Estado de Salud - Patrón de vida - Factor Ambiental	- Depresión severa - Intolerancia y rechazo a la comida - Miedo infundado a subir de peso - Estado anímico decaído - Autopercepción negativa	- Desnutrición severa generalizada - Debilidad Generalizada - Estado Caquético - Náuseas - Vómitos - Distorsión de la imagen corporal	- Encontrarse en un hospital de especialidad - Apoyo materno - Apoyo de personal de nutrición - Apoyo de personal psiquiátrico
<p>DIAGNOSTICO:</p> <p>Ingesta insuficiente de nutrientes r/c miedo infundado a subir de peso (distorsión de la imagen corporal) m/p desnutrición severa, rechazo a la comida, náuseas y vómitos</p>				

Diagnostico 2

Receptor del cuidado: YMCC		Etapas de desarrollo: Adolescencia		
Agente del cuidado dependiente: Cuidador Primario / madre		Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio		
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	-Estado de Salud -Patrón de vida -Factor Ambiental	-Debilidad Generalizada	-Dificultad para masticar y tragar -Manifestación verbal de sensación de atragantamiento. -Cierre incompleto de los labios al comer -Estado Caquético	-Encontrarse en un hospital de especialidad -Apoyo materno -Apoyo de personal de nutrición y rehabilitación
DIAGNOSTICO:				
Dificultad para deglución r/c debilidad generalizada m/p Cierre incompleto de los labios al comer y manifestación verbal de sensación de atragantamiento				

Diagnostico 3

Receptor del cuidado: YMCC		Etapa de desarrollo: Adolescencia		
Agente del cuidado dependiente: Cuidador Primario / madre		Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio		
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el reposo	-Estado de Salud	-Debilidad Generalizada -Estado Caquéxico	-Intolerancia a la actividad física (Fatiga y agotamiento) -Intolerancia a la marcha -Úlcera por presión en talón izquierdo -Dolor en miembro inferior izquierdo	-Encontrarse en un hospital de especialidad -Apoyo materno -Estado de conciencia sin alteración Glasgow de 15
DIAGNOSTICO: Alteración de la movilidad r/c úlcera por presión en talón izquierdo m/p dolor e intolerancia a la marcha				

Diagnostico 4

Receptor del cuidado: YMCC		Etapas de desarrollo: Adolescencia		
Agente del cuidado dependiente: Cuidador Primario / madre		Sistema de enfermería: De Apoyo y educación		
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento de equilibrio entre soledad e interacción social	-Estado de Salud -Patrón de vida -Factores del Sistema familiar -Disponibilidad y adecuación de los recursos.	-Debilidad Generalizada -Falta de estimulación parental en actividades recreativas -Falta de recursos económicos	-Intolerancia a la actividad física (Fatiga y agotamiento) - Desinterés en el entorno -Ocio -Depresión -Expresión verbal de aburrimiento	-Encontrarse en un hospital de especialidad -Apoyo materno -Grupos de voluntariado dentro del instituto -Actividades recreativas programadas
DIAGNOSTICO:				
Déficit de actividades recreativas r/c depresión m/p desinterés y expresión verbal de aburrimiento				

Diagnostico 5

Receptor del cuidado: YMCC		Etapa de desarrollo: Adolescencia		
Agente del cuidado dependiente: Cuidador Primario / madre		Sistema de enfermería: Parcialmente comensatorio		
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento de equilibrio entre soledad e interacción social	-Edad -Estado de desarrollo -Factores del sistema familiar -Patrón de vida	-Estado anímico decaído -Inestabilidad emocional -Baja autoestima	-Aislamiento social -Dificultad para relacionarse con el medio -Sensación de rechazo	-Encontrarse en un hospital de especialidad -Apoyo materno -Apoyo de personal psiquiátrico
DIAGNOSTICO:				
Deterioro de la interacción social r/c inestabilidad emocional y baja autoestima m/p dificultad para relacionarse con el medio , aislamiento y sensación de rechazo				

Diagnostico 6

Receptor del cuidado: YMCC		Etapa de desarrollo: Adolescencia		
Agente del cuidado dependiente: Cuidador Primario / madre		Sistema de enfermería: De Apoyo y educación		
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento de equilibrio entre soledad e interacción social	-Estado de Salud -Patrón de vida	-Depresión severa -Estado anímico decaído -Autopercepción negativa -Alteración del estado de bienestar	-Alejamiento de los pares -comportamientos social inapropiado -Retraimiento -Dificultad para expresar pensamientos y sentimientos verbalmente -Falta de contacto visual -Negativa voluntaria a hablar en situaciones incómodas para ella.	-Encontrarse en un hospital de especialidad -Apoyo materno -Apoyo de personal psiquiátrico
DIAGNOSTICO:				
Deterioro de la comunicación verbal r/c Depresión severa m/p retraimiento, dificultad para expresar pensamientos verbalmente y negativa voluntaria a hablar				

Diagnostico 7

Receptor del cuidado: YMCC		Etapa de desarrollo: Adolescencia		
Agente del cuidado dependiente: Cuidador Primario / madre		Sistema de enfermería: De Apoyo y educación		
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento de equilibrio entre soledad e interacción social	-Estado de Salud -Patrón de vida	-Depresión severa -Estado anímico decaído -Autopercepción negativa -Alteración del estado de bienestar -Dependencia de las opiniones de los demás (Bulling escolar) -Fracasos repetidos	-Retraimiento -Falta de contacto visual -Sentimiento de no pertenencia -Sensación de abandono	-Encontrarse en un hospital de especialidad -Apoyo materno -Apoyo de personal psiquiátrico
<p>DIAGNOSTICO:</p> <p>Baja autoestima r/c Depresión severa y bulling m/p autopercepción negativa</p>				

Diagnostico 8

Receptor del cuidado: YMCC		Etapa de desarrollo: Adolescencia		
Agente del cuidado dependiente: Cuidador Primario / madre		Sistema de enfermería: De Apoyo y educación		
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento de equilibrio entre soledad e interacción social	<ul style="list-style-type: none"> -Estado de Salud -Patrón de vida -Factores del Sistema familiar -Disposición y de adecuación de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> -Unidad familiar crónicamente desorganizada -Familia monoparental y extensa -Negación de los problemas en el entorno familiar -Resistencia al cambio -Solución ineficaz a problemas en la familia -Conflictos crecientes en la familia 	<ul style="list-style-type: none"> -Manifestación inadecuada de la cólera -Comportamientos social inapropiado -Culpabilización de los problemas familiares -Deterioro de la comunicación -Incapacidad para aceptar ayuda -Aislamiento -Sentimiento de abandono parental -Expresión verbal de sufrimiento por la situación familiar actual 	<ul style="list-style-type: none"> -Encontrarse en un hospital de especialidad -Apoyo materno -Apoyo de personal psiquiátrico
<p>DIAGNOSTICO:</p> <p>Procesos familiares disfuncionales r/c unidad familiar crónicamente desorganizada y conflictos crecientes en la familia m/p aislamiento, deterioro de la comunicación y expresión verbal de sufrimiento por situación familiar actual.</p>				

Diagnostico 9

Receptor del cuidado: YMCC		Etapa de desarrollo: Adolescencia		
Agente del cuidado dependiente: Cuidador Primario / madre		Sistema de enfermería: De Apoyo y educación		
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	-Estado de desarrollo -Estado de salud	-Lesión en el talón izquierdo -Debilidad Generalizada -Estado Caquético -Intolerancia a la actividad física		-Encontrarse en un hospital de especialidad -Apoyo materno
DIAGNOSTICO: Riesgo de caídas r/c lesión en talón izquierdo, debilidad generalizada y estado caquexico				

Diagnostico 10

Receptor del cuidado: YMCC		Etapas de desarrollo: Adolescencia		
Agente del cuidado dependiente: Cuidador Primario / madre		Sistema de enfermería: De Apoyo y educación		
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	-Estado de salud	-ulcera en talón izquierdo -Intolerancia a la actividad física -Apoyo doloroso del pie		-Encontrarse en un hospital de especialidad -Apoyo materno
DIAGNOSTICO: Riesgo de infección r/c deterioro de la integridad cutánea en talón izquierdo				

Diagnostico 11

Receptor del cuidado: YMCC		Etapa de desarrollo: Adolescencia		
Agente del cuidado dependiente: Cuidador Primario / madre		Sistema de enfermería: De Apoyo y educación		
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	<ul style="list-style-type: none"> -Estado de desarrollo -Estado de salud -Factores del sistema familiar -Factores ambientales -Patrón de vida 	<ul style="list-style-type: none"> -Baja autoestima -Distimia -Intento previo de suicidio -Trastorno psiquiátrico (trastorno de la conducta alimentaria) -Situación familiar disfuncional -Manifiesto verbal de insatisfacción con la vida y desesperanza -Sentimiento de soledad -Pérdida de la autonomía -Aislamiento social 		<ul style="list-style-type: none"> -Encontrarse en un hospital de especialidad -Apoyo materno -Apoyo de personal psiquiátrico
DIAGNOSTICO: Riesgo de suicidio r/c manifestó verbal de insatisfacción con la vida y desesperanza e intento previo de suicidio.				

Diagnostico 12

Receptor del cuidado: YMCC		Etapa de desarrollo: Adolescencia		
Agente del cuidado dependiente: Cuidador Primario / madre		Sistema de enfermería: De Apoyo y educación		
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas y el deseo de ser normal.	-Estado de desarrollo -Estado de salud -Patrón de vida -Factores del sistema familiar -Factores ambientales	-Baja autoestima -Dependencia de otros -Falta de autonomía -Abandono del padre	-Sentimiento de impotencia -Inseguridad -Expresión verbal de miedo al abandono -Movimientos incontrolados de manos	-Encontrarse en un hospital de especialidad -Apoyo materno -Apoyo de personal psiquiátrico
<p>DIAGNOSTICO:</p> <p>Ansiedad r/c abandono del padre m/p inseguridad y miedo al abandono</p>				

5.11 Plan de Cuidados

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	
DIAGNÓSTICO: ingesta insuficiente de nutrientes r/c miedo infundado a subir de peso (distorsión de la imagen corporal m/p intolerancia y rechazo a la comida: vómito y nauseas	
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> Restablecer el peso perdido y llegar al IMC adecuado y al peso ideal para la edad y la talla en una adolescente con la finalidad de que se restablezca la salud y mejore la relación que la paciente mantiene con la comida a través de la implementación de cuidados enfermeros especializados. 	
INDICADORES DE EVALUACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> Peso, talla, Índice de masa corporal y Actitud ante los alimentos 	
SISTEMA DE ENFERMERIA : Parcialmente compensatorio	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Intervención número 1 <ul style="list-style-type: none"> Establecer una dieta equilibrada basada en 1500 kilocalorías con un aporte nutricional de 50% carbohidratos, 30% lípidos y 20% proteínas, distribuidos en quintos (3 comidas fuertes y dos refrigerios) durante un mes, evaluando de manera diaria el estado nutricional, el peso, el índice de masa corporal y el estado general de salud de la paciente. De acuerdo con los recursos económicos con los que cuenta la paciente la dieta estaría integrada de la siguiente manera: Como escasamente como carne esta debe 	<ul style="list-style-type: none"> Según el cálculo de ingesta de calorías de Harris y Benedict (ver Anexo 23 y 24) tendría que consumir basándonos en su peso y estatura 1025 Kcal en la dieta, sin embargo recordando que ella presenta infrapeso el cálculo de la dieta se realiza con la misma fórmula pero sustentada en el peso ideal para su estatura (43 Kg).(ver Anexo 13 y 14) Serian 1200 Kcal sin embargo estableceremos una dieta de 1500 Kcal para poder restablecer el peso más rápido, estabilizar y minimizar las perdidas nutricionales.

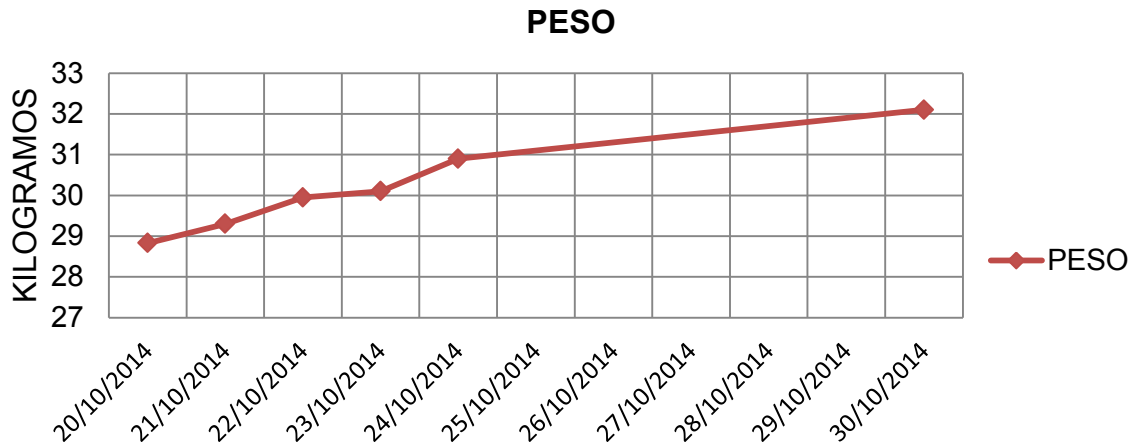
<p>integrarse de ser posible, de no serlo se puede reemplazar esa fuente de proteína con legumbres como frijoles, lentejas, garbanzos y el hierro se obtenido de la carne se puede sustituir por verduras de hoja verde como: espinaca, acelga, berro.</p> <p>Implementar en la dieta alimentos ricos en fibra como verdura de todo tipo; cereales y algunas frutas como la papaya y la manzana.</p> <p>De ser posible implementar el consumo de lácteos como leche, queso y yogurt.</p>	
<p>Intervención número 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso diario tomado de manera estricta bajo las mismas circunstancias, misma hora, misma báscula, en ayuno y sin realizar comentarios frente a la paciente acerca de los resultados del pesaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Por las condiciones clínicas y la pérdida de peso súbita de la paciente el peso debe realizarse diario para garantizar la ganancia de peso y detectar de manera oportuna una pérdida de peso para implementar de manera oportuna las medidas necesarias.
<p>Intervención número 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medición de perímetro abdominal diario siguiendo los parámetros anatómicos para realizarla y de preferencia tomar la medida en el momento en que se pese a la paciente, para que la medición la lleve a cabo la misma persona y bajo las mismas circunstancias. 	<ul style="list-style-type: none"> • La medición del perímetro abdominal diario es un parámetro decisivo e importante debido a que es un indicativo certero de la ganancia de masa corporal, tomando el cuenta el aporte calórico extra que se está implementando en la paciente
<p>Intervención número 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una inspección general diaria del aspecto general de la paciente y basándonos en sus datos clínicos valorar la mejoría 	<ul style="list-style-type: none"> • Es vital valorar el estado de la salud de la paciente de manera diaria para determinar el nivel de efectividad del tratamiento.

<p>Intervención número 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante las comidas vigilar que sean alimentos del agrado de la paciente, que coma siempre acompañada del familiar y que este vigile las actividades de alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • La manera en que la paciente se relaciona con la comida debe ser positiva y esto se puede lograr evitando presionarla en cuanto a sus hábitos alimenticios e incorporando alimentos de su agrado.
<p>Intervención número 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar asesorías a la paciente y a l cuidador primario acerca de del estado de salud de la paciente, como llevo a ese estado y como se puede mejorar la salud además de cómo puede evitar recaídas a través de una alimentación adecuada, la importancia de esta. • Dar signos de alarma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante que la paciente y el familiar entiendan la gravedad de la situación del estado de salud para que tomen acciones serias en la recuperación además de que conozcan de manera completa el padecimiento.
<p>Intervención número 7</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar apoyo emocional, crear un vínculo de confianza y lograr que nos identifique como una figura de apoyo, hablar con la paciente de manera cautelosa acerca de los miedos que tiene, resolver sus dudas, si es que la paciente tiene alguna. 	<ul style="list-style-type: none"> • El trastorno alimenticio en los pacientes tiene una raíz psicológica por tanto se debe de tratar tanto el estado nutricio como la afección sentimental del paciente.
<p>Intervención número 8</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la paciente la importancia de seguir el régimen farmacológico terapéutico que se le ha prescrito y que aun cuando se sienta bien no lo suspenda. 	<ul style="list-style-type: none"> • El sustentarle a la paciente que el tratamiento que se le dio es para su recuperación en el estado clínico y emocional es importante y de igual manera se debe informar que su estado mejorara pero que no por eso deberá abandonar el tratamiento, explicar que el régimen terapéutico se deberá seguir el tiempo indicado por el

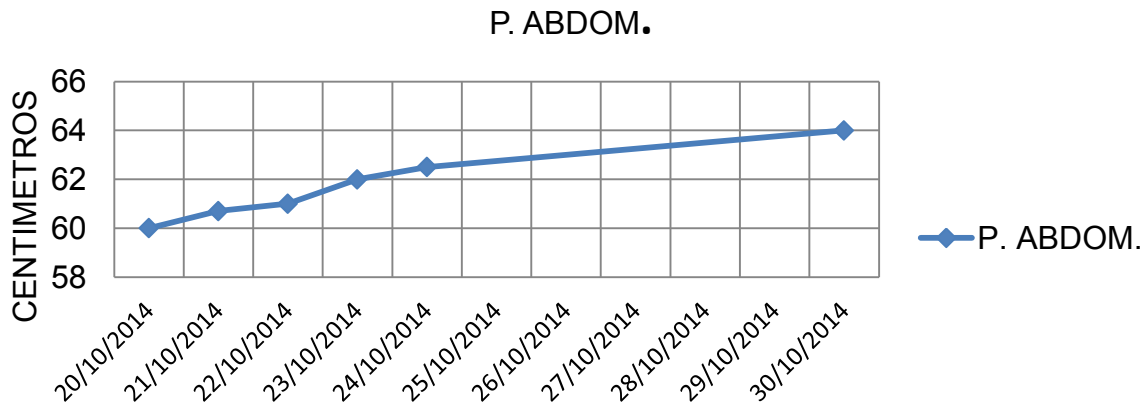
personal de salud y que no deberá suspenderlo al sentirse bien.

EVALUACIÓN:

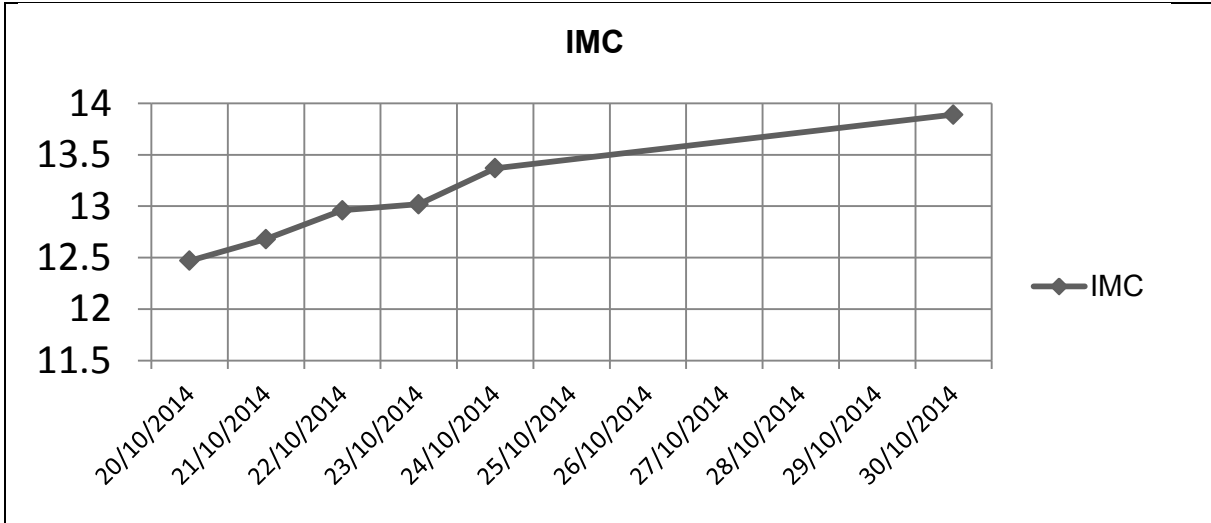
Evaluación del requisito universal de un mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos evaluado mediante el peso



Evaluación del requisito universal de un mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos evaluado mediante p. abdominal



Evaluación del requisito universal de un mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos evaluado mediante el IMC



REFERENCIA:

- Ramírez Jaime A, Campos G Margarita. Nutrición en el niño sano. 1ra Ed. México; Instituto Nacional de Pediatría and Laboratorios PISA, 2007.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	
DIAGNÓSTICO: Deterioro de la deglución r/c debilidad generalizada y estado caquéxica m/p dificultad para masticar y tragar	
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> Recuperar la capacidad para tragar y deglutir con la finalidad de disminuir los riesgos relacionados a una mala deglución a través de intervenciones especializadas de enfermería. 	
INDICADORES DE EVALUACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> Características del mecanismo de deglución 	
SISTEMA DE ENFERMERIA : Parcialmente compensatorio	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Intervención número 1 <ul style="list-style-type: none"> Realizar ejercicios para mejorar la movilidad de la mandíbula: <ul style="list-style-type: none"> -Colocar el pulgar debajo del centro de la barbilla. -Abrir la boca lentamente bajando la mandíbula, mientras se aplica una ligera presión con el pulgar a la parte inferior de la barbilla. -Mantener la boca abierta en esa posición de 3 a 6 segundos y después cerrarla lentamente -Repetir el ejercicio de 3 a 6 veces 	<ul style="list-style-type: none"> La deglución es una función muscular compleja, en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal. La deglución es una actividad de nervios craneanos, que puede ser iniciada conscientemente, durando de 3 a 8 segundos. Participan de la deglución unos 30 músculos y 6 pares encefálicos. Si los músculos faciales tienen un buen tono y si las funciones se realizan de forma correcta, no surgirán recidivas.
Intervención número 2 <ul style="list-style-type: none"> Dar orientación acerca de los riesgos de la incapacidad para tragar y deglutir adecuadamente: <ul style="list-style-type: none"> -Concientizar al paciente de los riesgos(atragantamiento, bronco 	<ul style="list-style-type: none"> La dificultad de deglutir, por el debilitamiento de la musculatura oral, laríngea o faríngea ocasiona una falta de sinergia en los procesos masticatorios y de deglución provocando desgarros y aspiraciones acompañados de otros síntomas que

<p>aspiración, Salida involuntaria de la comida de la cavidad oral, dificultad para respirar, arqueos)</p>	<p>pueden poner en riesgo la integridad del paciente.</p>
<p>Intervención número 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar hábitos y conductas que faciliten la alimentación: <p>-Elegir alimentos blandos y no secos -Introducir pedazos pequeños de alimento -No introducir alimentos calientes -Masticar 30 veces cada bocado -Para masticar utilizar principalmente los molares -Si se presenta cansancio o fatiga por masticar, realizar pausas. -No hablar o reír mientras se tiene alimento en la boca. -Tomar líquidos durante la comida. -Posición antigravitatoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El individuo aprende a actuar de manera progresiva, y estas actuaciones que se fijan gracias a ese proceso de aprendizaje, denominadas hábitos, con cada repetición serán menos conscientes y, si es repetido muy a menudo, será reflejado a una acción inconsciente
<p>Intervención número 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar orientación , resolver dudas y realizar platicas con la paciente y al cuidador primario acerca de los siguientes tema: <p>-Trastornos de la deglución -Alimentos adecuados para la dificultad de deglución -Apoyo de la familia al paciente que presente con problemas de la deglución</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las pláticas orientan al paciente y a su familia acerca de los cuidados que se deben tener para mantener en condiciones adecuadas el padecimiento o mejorarlo.
<p>Intervención número 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir en hábitos de higiene bucal: <p>-El lavado dental no debe durar menos de un minuto. - Técnica: los dientes superiores se lavan de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La adecuada higiene dental asegura un mantenimiento de las piezas dentales , disminuye la aparición de complicaciones como placa, infecciones y perdida de piezas

<p>manera descendente abarcando con el cepillo desde las encías, en movimiento de arrastre, en los dientes inferiores lavar de manera ascendente de igual manera. Las muelas deben lavarse de manera circular. La lengua de manera descendente y en arrastre. Lavar después de cada comida y utilizar instrumentos adicionales como enjuague e hilo dental.</p>	<p>dentales que puedan complicar el estado de la dentadura y la función</p>
<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN</p> <p>Mejoro mínimamente el mecanismos de deglución, aumento la el movimiento muscular mandibular, aunque aun realiza los movimientos lentamente.</p>	
<p>REFERENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Borrás S., S.; Rosell C., V.: Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. Serie: Patologías. España, Ediciones Nau Libres. 2005. • Lugo C.; Toyo I: Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. 2011, obtenible en Ortodoncia.ws – Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp [Consulta: agosto de 2011] 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	
DIAGNOSTICO: Alteración de la movilidad r/c ulcera por presión en talón izquierdo m/p dolor e intolerancia a la marcha	
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la tolerancia a la actividad física en la paciente adolescente y disminuir el dolor en el talón izquierdo para que esta sea capaz de realizar actividades físicas propias de su edad a través de la implementación de cuidados especializados de enfermería. 	
INDICADORES DE EVALUACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> Características de la marcha Movilidad / Inmovilidad del miembro afectado Escala del dolor 	
SISTEMA DE ENFERMERIA : Totalmente compensatorio	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Intervención número 1 <ul style="list-style-type: none"> Cuidados a la piel que se encuentra lesionada : -Vigilar constantemente la zona afectada -Mantener la piel limpia y seca -Durante el baño recomendar al paciente utilice jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo, que lave el área afectada con cuidado sin tallar y sin utilizar ningún instrumento como sácate o esponja. Posterior al baño recordar al paciente secar de manera adecuada y no utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes, colonias o cremas.	<ul style="list-style-type: none"> Es muy importa implementar medidas de seguridad durante el baño y evitar conductas que puedan alentar el proceso de cicatrización o promover infección. (Ver anexo 25)
Intervención número 2 <ul style="list-style-type: none"> Implementación de curaciones diarias a la ulcera 	<ul style="list-style-type: none"> Las llagas o úlceras por contacto pueden cerrar mejor si se mantienen libres de infecciones. Por ello, la limpieza adecuada es fundamental.

<p>Para evitar infección en las úlceras, se debe limpiar tejidos muertos, costras y secreciones que son el caldo de cultivo de las bacterias en las llagas.</p> <p>Limpia la úlcera se debe irrigar con suero salino como primer paso. Luego se desbridan o quitan los tejidos muertos con una gasa o con una pequeña tijera estéril, este procedimiento debe de ser lo más cuidadoso posible para no dañar tejido sano y no dejar tejido muerto.</p> <p>No se deben usar soluciones con antisépticos que pueden dañar tejido sano y fijar bacterias o tejido muerto, es mejor el suero salino. Cubrir con plástico o hidrocoloide</p>	
<p>Intervención número 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movilización del miembro afectado a través de ejercicio ligeros durante 5 minutos realizarlo 3 veces al día 	<ul style="list-style-type: none"> • Movilizar el miembro que se encuentra con la lesión favorece la circulación al mismo y ayuda al proceso de cicatrización.
<p>Intervención número 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración continúa del dolor, implementar la Escala del dolor (EVA) y si este es moderado o intenso implementar el uso de un analgésico; siguiendo las indicaciones médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • El dolor mecánico es discontinuo, mejora con el reposo, y no presenta rigidez, no hay signos inflamatorios, presenta dolor intermitente que se puede controlar con analgésicos y no representa un problema real para el paciente si se trata.
<p>Intervención número 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar pláticas para orientar a la paciente y al cuidador primario acerca de los cuidados que deben realizarse a la úlcera por presión. • Orientar acerca de los signos y síntomas de alarma en la úlcera por 	<ul style="list-style-type: none"> • La eficacia que han demostrado el capacitar a la paciente y su cuidador primario es inmensa; muestra sus beneficios en la salud del paciente y en la conciencia que este tiene de la enfermedad y las condiciones limitantes.

<p>presión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente y a l cuidador primario acerca de los riesgos de sufrir otra ulcera por presión y las medidas de prevención • Orientar a la paciente y al cuidador primario sobre la movilización segura. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la valoración de Braden diariamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del desarrollo para úlceras por presión, a través de la escala de Braden tiene una efectividad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener un adecuado soporte nutricional: basada en 1500 kilocalorías con un aporte nutricional de 50% carbohidratos, 30% lípidos y 20% proteínas, 	<ul style="list-style-type: none"> • Un buen aporte nutricional favorece la cicatrización de las úlceras por presión, evita su aparición y disminuye la frecuencia de infecciones (la pérdida de grasa y tejido muscular disminuye la protección que se ejerce sobre las prominencias óseas. Existe una relación estrecha entre la malnutrición y aumento en la severidad de las úlceras por presión.
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener un aporte hídrico adecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> • El aporte hídrico es indispensable para la prevención de úlceras por presión, ya que la piel hidratada tiene menos riesgos de lesionarse.
<p>EVALUACIÓN</p> <p>La paciente disminuyo el dolor, lo presenta de manera intermitente y es leve, no presento signos de infección y mejoro la movilidad del miembro afectado logrando movimientos de flexion y semiflexión con un menor deterioro.</p>	
<p>REFERENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carrasco García, Mayra. Úlceras por presión.(Sede web). ilustrados.com; 2009 (acceso 13 de diciembre del 2014). Disponible en: http://ulceras.net/publicaciones/963D02EC.pdf • Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario, México: Secretaría de Salud; 2009. 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	
DIAGNÓSTICO: Déficit de actividades recreativas r/c depresión m/p desinterés y expresión verbal de aburrimiento.	
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> implementar actividades recreativas y cuidados especializados de enfermería durante su estancia hospitalaria con la finalidad de que la paciente adolescente desarrolle el interés en la propia vida y disminuya a su vez la sensación de aburrimiento. 	
INDICADORES DE EVALUACIÓN: Disminución de los síntomas de depresión (relacionarse de manera adecuada con el medio y mejorar la interacción social).	
SISTEMA DE ENFERMERIA : De Apoyo y Educación	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Intervención número 1 Desarrollar acciones de enfermería dirigidas a la recreación: <ul style="list-style-type: none"> Crear con el paciente una lista basada en el respeto, definiendo cuáles son sus gustos, intereses y deseos. Realizar una plática introductoria acerca de lo que son las actividades recreativas y los beneficios que aportan para quien las practica y cuales son. Permitir que la paciente elija libremente, cual es la actividad recreativa que le gustaría realizar y proporcionarle los medios para llevarla a cabo. Llevar a cabo platicas que puedan despertar el interés en la paciente : 	<ul style="list-style-type: none"> Las actividades recreativas son todas las actividades realizadas por el sujeto en el tiempo libre elegidas libremente que le proporcionen placer y desarrollo de la personalidad. Debe realizarse bajo las siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> -Es voluntaria, no es compulsada. -Es de participación gozosa, de felicidad. -No es utilitaria en el sentido de esperar una retribución o ventaja material. -Es regeneradora de las energías gastadas en el trabajo o en el estudio, porque produce distracción y descanso integral.

<ul style="list-style-type: none"> -Temas de adolescencia -Cambios físicos y psicológicos de la adolescencia -Elección de las amistades -Enamoramiento en la adolescencia -Autonomía en la adolescencia 	
<p>Intervención numero 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impulsar a la paciente a realizar actividades que nunca antes ha realizado y hacerla consiente de la importancia de vencer los miedos. Las actividades elegidas por la paciente: <ul style="list-style-type: none"> -Escribir las emociones y las palabras que quisiera decirle a los compañeros que la molestan en la escuela. -Escribir las palabras que quisiera decir a su madre cuando está molesta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las actividades recreativas son compensadoras de las limitaciones y exigencias de la vida contemporánea al posibilitar la expresión creadora del ser humano a través de las artes, las ciencias y la naturaleza. Es saludable porque procura el perfeccionamiento y desarrollo del hombre
<p>Intervención número 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente hacia las diversas opciones de recreación, haciéndolo comprender que estas no dependen del estatus económico, ni social y que estas pueden ser llevadas a cabo a cualquier hora y en cualquier lugar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las actividades recreativas cuentan con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> -Son un derecho humano que debe ser válido para todos los periodos de la vida y para todos los niveles sociales. -Son parte del proceso educativo permanente por el que procura dar los medios para utilizar con sentido el tiempo libre. -Es algo que puede ser espontáneo u organizado, individual o colectivo
<p>Intervención número 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una actividad recreativa por día; incluyendo a la madre dentro de 	<ul style="list-style-type: none"> • La interacción del paciente con el cuidador primario dentro de las actividades recreativas, mejora la comunicación entre ambas partes y las

<p>ella para poder fortalecer el lazo entre ellas y desarrollar la confianza:</p> <p>-Elaboración de historias que tengan como personajes principales a la paciente y a su cuidador primario</p>	<p>obliga a trabajar como un equipo para lograr un objetivo en común.</p>
<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN</p> <p>Se realizaron actividades recreativas, la paciente las realizo con agrado pero sin interactuar demasiado, ni comunicarse. Mejoro su estado de ánimo durante su realización situación que cambiaba cuando estas se terminaban, pues adoptaba una actitud de indiferencia y enfado.</p>	
<p>REFERENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aguilar, L. La recreación como perfil profesional. Mexico, 2000. Disponible en: http://www.redcreacion.org/relareti/documentos/perfiles_profesionales.html • Hernández, A. . Acerca del ocio, del tiempo libre y de la animación sociocultural. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Nº 23. Disponible en: http://www.efdeportes.com/efd23/ocio.htm 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	
<p>DIAGNÓSTICO: Deterioro de la interacción social r/c inestabilidad emocional y baja autoestima m/p dificultad para relacionarse con el medio, aislamiento y sensación de rechazo</p>	
<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr que la paciente interactúe con el medio de una manera satisfactoria durante su estancia hospitalaria mediante la implementación de cuidados especializados de enfermería 	
<p>INDICADORES DE EVALUACIÓN: Parcialmente compensatorio</p>	
<p>SISTEMA DE ENFERMERIA : De Apoyo y Educación</p>	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención número 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Permitir a la paciente que exprese sus emociones libremente, aun cuando la paciente se reserva en los momentos breves en que tiene la intención de expresar una emoción o idea de manera verbal o a través de gestos, permitírsele sin interrupciones, quejas o regaños, sin forzar el momento y expresando verbalmente la importancia del comentario realizado por la paciente y motivarla para que lo haga más seguido. 	<ul style="list-style-type: none"> Las emociones son procesos psicológicos que ante una amenaza a nuestro equilibrio ya sea físico o mental, actúan para restablecerlo ejerciendo as un papel adaptativo.
<p>Intervención numero 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Establecer una relación enfermera paciente positiva 	<ul style="list-style-type: none"> La relación enfermera paciente es una especie de vínculo que se establece entre dos personas que han determinado un acuerdo mutuo e interdependiente y en ese acuerdo la enfermera se establece como la

	<p>proveedora de cuidados, compañera y confidente y la paciente se compromete a cooperar con las intervenciones establecidas por la enfermera.</p>
<p>Intervención numero 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a la paciente una seguridad emocional a través de un ambiente agradable y seguro de convivencia estableciendo una relación de confianza y de convivencia enfermera paciente a través de acciones como platicas no relacionadas con temas hospitalarios, preguntando por sus intereses. • En conjunto realizar actividades que ayuden a fortalecer el lazo creado como conversaciones más personales en las que la paciente se sienta capaz de expresar lo que siente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede definir a la seguridad emocional como un estado de ánimo, una sensación, una cualidad intangible, una vivencia subjetiva que las personas anhelan como una necesidad primaria que les permite mantener el control sobre sus sentimientos, pensamientos, sentimientos y comportamiento. Ejercer su capacidad de decisión y juicio crítico, conservando su mundo de relaciones.
<p>Intervención numero 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar una comunicación positiva entre la paciente y las personas que la rodean 	<ul style="list-style-type: none"> • La comunicación es un proceso por el cual el individuo comparte algo de sí mismo como sus ideas opiniones, sentimientos, valores o metas. Es un proceso que le ayuda a ser más humano, más sociable y a estar en mayor contacto con la realidad.
<p>EVALUACIÓN</p> <p>La paciente comenzó a confiar y aunque no se relacionó de manera adecuada con el medio desarrollo actitudes positivas para su recuperación como interactuar con la enfermera y el cuidador primario de manera pasiva.</p>	
<p>REFERENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cometto, María Cristina. Seguridad emocional y cuidados de enfermería en: Enfermería y seguridad de los pacientes. Washingto D.C: Organización Panamericana de la salud: 2011, p. 189-201 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	
DIAGNÓSTICO: Deterioro de la comunicación verbal r/c depresión severa m/p retraimiento, dificultad para expresar pensamientos verbalmente y negativa voluntaria a hablar.	
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> Lograr que la paciente se comunique de manera eficiente y que aprenda a expresarse de manera verbal durante su estancia hospitalaria a través de la implementación de intervenciones especializadas de enfermería. 	
INDICADORES DE EVALUACIÓN: El uso adecuado del vocabulario para expresarse	
SISTEMA DE ENFERMERIA : De Apoyo y Educación	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Intervención numero 1 <ul style="list-style-type: none"> Permitirle a la paciente comunicarse de la manera que le sea más cómoda, cuando la paciente decida por voluntad propia comunicarnos algo. Cuando el paciente intente decirnos algo evitar interrumpirlo, realizar el acompañamiento al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Darle la importancia debida al comentario que exprese el paciente haciéndole saber lo importante que es que se comunique de manera verbal.
Intervención numero 2 <ul style="list-style-type: none"> Respetar el silencio del paciente si este no quiere conversar con nosotros. 	<ul style="list-style-type: none"> El Mutismo selectivo. Suele suceder cuando el niño quiere huir de una situación o de personas que le generan estrés o ansiedad. La mejor opción es no presionar al niño a que hable si este no lo desea.
Intervención numero 3 <ul style="list-style-type: none"> Debemos escoger con cuidado las palabras con las que nos dirigimos al paciente y poner mucha atención a la 	<ul style="list-style-type: none"> Los niños y niñas con mutismo selectivo suelen mostrar un elevado nivel de sufrimiento emocional y presentan problemas de adaptación importantes a nivel personal, por tal

<p>respuesta verbal (SI es que hay) que este tiene a nuestras peticiones.</p>	<p>motivo debemos ser fuertes pero considerados con nuestras peticiones para que él hable. Ante situaciones estresantes, algunos niños se bloquean y no hablan, aunque entienden lo que se les dice</p>
<p>Intervención numero 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invitarle a expresarse verbalmente de una manera respetuosa y valorar sus logros, felicitándole por el progreso. 	<ul style="list-style-type: none"> • No amenazarle con consecuencias negativas es mejor Enseñar al niño formas adecuadas de iniciar y mantener interacciones verbales
<p>Intervención numero 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elegir temas de conversación agradables, evitando realizar preguntas de más indagando en cuestiones dolorosas o para las que no está preparada para hablar la paciente, propiciando un ambiente agradable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alentar al niño a comentar temas que le emocionan o causan en el emociones placenteras, sugiere a este que las palabras pueden ser una manera de expresarse de manera segura.
<p>EVALUACIÓN</p> <p>La paciente se comunica de manera inefectiva pero tiene lapsos de interacción efectiva con el personal de enfermería. Mejoro la comunicación con el cuidador primario.</p>	
<p>REFERENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rodríguez, José Andrés. No hablar por exceso de ansiedad: el mutismo selectivo (Sede Web), Mexico.2014. (actualizada el 13 de octubre de 2014; acceso el 22 de diciembre de 2014). Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2012/03/09/207735.php 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	
DIAGNÓSTICO: Baja Autoestima r/c depresión severa y bullying m/p auto percepción negativa	
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la auto percepción de la paciente adolescente durante su estancia hospitalaria implementando cuidados especializados de enfermería. 	
INDICADORES DE EVALUACIÓN: Estado de ánimo, Comunicación efectiva	
SISTEMA DE ENFERMERIA : De Apoyo y Educación	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Intervención numero 1 <ul style="list-style-type: none"> Impulsar al paciente a explorar su ser y conocerse mejor: emociones, pensamientos e ideas. Reforzar la idea en ella de amarse y aceptarse tal como es 	<ul style="list-style-type: none"> Conocerse es aprender a vivir y mejora la calidad de vida. Los sentimientos que tenemos hacia nosotros mismos influyen en cómo vivimos nuestras vidas. Las personas que sienten que se les quiere y aprecia (en otras palabras, las personas que tienen la autoestima alta) tienen mejores relaciones sociales. Son más proclives a pedir ayuda y apoyo a los amigos y la familia cuando la necesiten. Las personas que creen que pueden alcanzar sus objetivos y solucionar problemas tienden a rendir más
Intervención numero 2 <ul style="list-style-type: none"> Alentar pensamientos positivos 	<ul style="list-style-type: none"> El implementar pensamientos positivos en la vida ayuda a mejorar la manera en que esta se percibe y disminuir miedos que pudiesen alentar el aislamiento.
Intervención numero 3 <ul style="list-style-type: none"> Que el paciente forme una imagen 	<ul style="list-style-type: none"> Gran parte de nuestra autoimagen se basa en nuestras interacciones con otras personas y nuestras experiencias

<p>mental positiva de lo que percibe de sí mismo través de pláticas y orientaciones donde pueda realizar listas resaltando las cosas que hace bien, las cosas que le gustan de ella misma y las habilidades que posee.</p>	<p>vitales. Esta imagen mental (nuestra autoimagen) contribuye a nuestra autoestima.</p>
<p>Intervención numero 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los problemas que están causando la baja autoestima, preguntando de manera directa pero no agresiva a la paciente (acerca de sus inseguridades, como se siente y cuando empezó a tener sentimientos negativos hacia ella misma). 	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de que una persona pueda solucionar sus problemas de autoestima y construir una autoestima sana, es útil saber en primer lugar qué podría estar causando esos problemas. Dos cosas en particular —cómo nos ven o nos tratan los demás y cómo nos vemos a nosotros mismos— pueden tener un gran impacto sobre nuestra autoestima.
<p>Intervención numero 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la madre acerca del respeto dentro de las relaciones familiares, para que permita a su hija expresarse de manera libre y haya una comunicación cordial entre ellas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puesto que los adolescentes aún están formando sus valores y creencias, es fácil que construyan su autoimagen alrededor de lo que dice uno de sus padres
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Mejoro visiblemente su estado de ánimo de manera positiva y comenzó a implementar pensamientos positivos dentro de las actividades que realiza en el hospital.</p>	
<p>REFERENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bragado, Carmen, Hernández Lloreda , María José. Auto concepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. <i>Psicothema</i>.2012; Vol 20,num.3. • Alonso García, Julio. Prácticas educativas familiares y autoestima.<i>Psicothema</i>,2005 Vol. 17, nº 1, pp. 76-82 • Universidad Mursia. Variables de personalidad asociadas en la dinámica bullyng (agresores vs victimas) en niños y niñas de 10 a 15 años. <i>Anales de Psicología</i>, 2001.Vol 17, núm. 1. 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	
<p>DIAGNÓSTICO: Procesos familiares disfuncionales r/c unidad familiar crónicamente desorganizada y conflictos crecientes en la familia m/p aislamiento, deterioro de la comunicación y expresión verbal de sufrimiento por situación familiar actual</p>	
<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Optimizar los procesos familiares dentro del ámbito hospitalario y orientar a la paciente para optimizarlos dentro del hogar a través de intervenciones especializadas de enfermería con la finalidad de disminuir el sufrimiento de la paciente respecto a su situación familiar y mejorar la comunicación de la paciente con su familia. 	
<p>INDICADORES DE EVALUACIÓN: Expresión/ No expresión de emociones, Dinámica familiar, Comunicación familiar efectiva/ no efectiva, Relación madre - hija</p>	
<p>SISTEMA DE ENFERMERIA : De Apoyo y Educación</p>	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención numero 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientar con pláticas al paciente acerca de lo que es la familia, los tipos de familia, los problemas que puede llegar a haber en una familia y que es una familia disfuncional. Durante la plática enfatizar el rol que juega ella en su familia y destacar la importancia de cada uno de los integrantes. Detectar durante la plática problemas emocionales ligados a la familia como: culpa, enojo, tristeza y alegría. Si se detectan emociones negativas pedirle que las canalice de manera positiva escribiendo acerca de lo que siente, dibujando las emociones o situaciones 	<ul style="list-style-type: none"> Existen familias con patrones de comportamiento disfuncional que se pasan de generación en generación. Estos patrones pueden ser el alcoholismo, las drogas, el abuso emocional, físico, verbal o sexual, las enfermedades mentales, un estilo parental estrictamente autocrático, etc. Todos estos comportamientos les quitan a los niños la posibilidad de una infancia feliz y la posibilidad de tener los padres que necesitan para volverse adultos funcionales en un futuro. Los patrones de comportamiento se convierten en un "guion familiar". Ésta es la reputación, o los patrones de comportamiento de la familia entera, que pueden ser buenos o malos. Cada

<p>que le causa o expresándolas de manera verbal abiertamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacerle comprender que su papel es importante pero no decisivo en la familia. • Explicarle las opciones que hay para mejorar la dinámica familiar. 	<p>miembro de la familia tiene un rol o papel en el guion, el cual sigue su curso, especialmente en una familia disfuncional. Muchas familias se convencen de que esa es la Normalidad.</p>
<p>Intervención numero 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la madre mediante platicas acerca de la funcionalidad en la familia: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual). 2. Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros. 3. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos 4. Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas. 5. Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concientizar a la familia representa un paso adelante en la recuperación de los procesos funcionales de la familia pues dentro de esta cada miembro debe cumplir un rol.
<p>Intervención numero 4</p> <p>Orientar a la madre sobre las redes de apoyo con las que se cuenta dentro del hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una red de apoyo es una estructura que brinda algún tipo de contención a los pacientes que lo necesitan, son organizaciones o entidades que trabajan de manera sincronizada para colaborar con alguna causa. • Al existir una red de apoyo, aquel que necesita ayuda recibe una contención integral. Dicho de otro modo: el

	problema en cuestión es atacado desde diversos sectores, algo que permite perfeccionar el tratamiento.
<p>REFERENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none">Herrera Santi, Patricia Maria. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr v.13 n.6 Ciudad de La Habana nov.-dic. 2007.	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	
DIAGNOSTICO: Riesgo de caídas r/c debilidad generalizada y estado caquexico	
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> Establecer medidas para la prevención de caídas con la finalidad de disminuir el riesgo de la paciente 	
INDICADORES DE EVALUACIÓN: Escala de valoración de caídas	
SISTEMA DE ENFERMERIA : De Apoyo y Educación	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención numero 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar diariamente el riesgo de caídas del paciente a través de la escala de valoración de caídas. 	<ul style="list-style-type: none"> Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, el implementar un instrumento de valoración del riesgo de caídas ha mostrado su efectividad para prevenir situaciones potencialmente peligrosas para el paciente.
<p>Intervención numero 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementar medidas de prevención de caídas implementando mecanismos de sujeción como barandales, bancos de altura para descender de la cama, movilizarse con ayuda de bastón o de alguna persona, ingresar al baño con chancas o calzado adecuado antiderrapante, hacer uso de punto de apoyo al realizar el baño, indicar al paciente prestar atención cuando 	<ul style="list-style-type: none"> La contención física es cualquier dispositivo, material o equipo aplicado (o puesto) cerca del cuerpo y que no puede ser controlado o retirado fácilmente por parte del paciente, y que de manera deliberada previene o pretende prevenir el movimiento de la persona a una posición de su elección y/o un acceso normal a una parte de su cuerpo. La prevención de caídas se refiere a los

<p>camina y valorar adecuadamente la capacidad que tienen para moverse. Evitar caminar sobre superficies húmedas.</p>	<p>cuidados de enfermería que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno, mientras esté hospitalizado.</p>
<p>Intervención número 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente y a su familiar mediante pláticas sobre riesgo y prevención de caídas. • Concientizar a la paciente acerca de sus limitaciones para moverse haciendo énfasis en las consecuencias de una caída. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los programas eficaces de prevención de las caídas tienen como objetivo reducir el número de personas que las sufren, disminuir su frecuencia y reducir la gravedad de las lesiones que producen. Los programas de prevención de las caídas incluyen la implementación de pláticas.
<p>Intervención número 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado de conciencia de la paciente de manera cotidiana por turno. 	<ul style="list-style-type: none"> • El estado de conciencia es aquel en que se encuentran activas las funciones neurocognitivas superiores. El estado de conciencia determina la percepción y el conocimiento del mundo psíquico individual y del mundo que nos rodea. Un deterioro del estado de conciencia representa un riesgo alto de caídas.
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Se encuentra con riesgo alto a la valoración de la escala de caídas de Morse y Downton</p>	
<p>REFERENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Almazán-Castillo, María del Rocío, Jiménez-Sánchez, Juana. Escala de valoración de riesgos de caídas en pacientes hospitalizados. RevEnfermInstMexSeguro Soc 2013; vol 21 p. 9-14. • Casas Oñate, María Luisa, Cerro Serrano, Cristina. Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Protocolo Consensado. Revisión 2012, México; RNAO: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. 2012. 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	
DIAGNOSTICO: Riesgo de infección r/c deterioro de la integridad cutánea en talón izquierdo	
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> Disminuir la probabilidad del paciente de padecer infección en el área afectada por el deterioro de la integridad cutánea con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente. 	
INDICADORES DE EVALUACIÓN: Criterios para la evaluación de la infección de heridas	
SISTEMA DE ENFERMERIA : De Apoyo y Educación	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención número 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar mediante los criterios de evaluación de infección de heridas (Ver anexo 25) a la paciente diariamente. Restablecer la integridad cutánea y promover la cicatrización de la herida a través de los siguientes cuidados enfermeros: Se debe limpiar tejidos muertos, costras y secreciones que son el caldo de cultivo de las bacterias en las llagas. Limpiar la úlcera se debe irrigar con suero salino como primer paso. Luego se desbridan o quitan los tejidos muertos con una gasa o con una pequeña tijera estéril, este procedimiento debe de ser lo más cuidadoso posible para no dañar tejido sano y no dejar tejido muerto. No se deben usar soluciones con antisépticos que pueden dañar tejido sano y fijar bacterias o tejido muerto, es mejor el suero salino. Cubrir con platico 	<ul style="list-style-type: none"> Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Por ello, la limpieza adecuada es fundamental. Movilizar el miembro que se encuentra con la lesión favorece la circulación al mismo y ayuda al proceso de cicatrización.

<p>o hidrocoloide. Movilización del miembro afectado a través de ejercicio ligeros durante 5 minutos realizarlo 3 veces al día</p>	
<p>Intervención número 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente mediante una plática acerca de los signos y síntomas de infección: <ul style="list-style-type: none"> -Dolor intenso continuo en el lugar afectado -Edema -Exudado de la lesión (pus) -Cambio de coloración de la piel a un tono oscuro o negro -Tejido de granulación que sangra con facilidad -Olor fétido 	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos de alarma en un paciente son esenciales para el tratamiento oportuno de las complicaciones, orientar al familiar acerca de ellos es de una relevancia invaluable puesto que proporciona una disminución del riesgo que el paciente tenga conocimiento de ellos.
<p>Intervención número 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar que el paciente se mantenga eutermico 	<ul style="list-style-type: none"> • En la utilización clínica del término infección, el organismo colonizador es perjudicial para el funcionamiento normal y el paciente presenta datos indicativos de una infección, dentro de los datos objetivo más importantes se encuentra la fiebre.
<p>EVALUACIÓN</p> <p>La paciente no presenta datos de infección y lesión en el talón izquierdo se encuentra en una fase de recuperación óptima.</p>	
<p>REFERENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CJ Moffat1, Soldevilla Ágreda., J Javier. Identificación de los criterios de infección en heridas. Documento de Posicionamiento. GNEAUPP No4 Septiembre 2005.p. 2-19. • Guía de práctica clínica: Diagnostico y tratamieto para la fascitis necrozante México: Secretaria de Salud; 2009. 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	
DIAGNOSTICO: Riesgo de suicidio r/c manifiesto verbal de insatisfacción con la vida y desesperanza e intento previo de suicidio.	
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> Disminuir el grado de insatisfacción con la vida y desesperanza de una paciente adolescente a través de la implementación de intervenciones especializadas de enfermería con la finalidad de eliminar el riesgo de suicidio. 	
INDICADORES DE EVALUACIÓN: Satisfacción / insatisfacción con la vida, Conductas suicidas	
SISTEMA DE ENFERMERIA : De Apoyo y Educación	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Intervención numero 1 <ul style="list-style-type: none"> Escucha pasiva de los comentarios del paciente acerca de la vida y percepción de la muerte 	<ul style="list-style-type: none"> A un nivel más personal, es importante saber que sólo un escaso número de suicidios se producen sin aviso. La mayoría de los suicidas dan avisos evidentes de sus intenciones. Por consiguiente, deben tomarse en serio todas las amenazas de autolesión. Además, la mayoría de las personas que intentan suicidarse son ambivalentes y no buscan exclusivamente la muerte
Intervención numero 2 <ul style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente a encontrarle sentido a la vida a través de pensamientos positivos, enfrentando las situaciones que ocasionan miedo, frustración o ira y mejorando la interacción personal con otros. -Implementar lecturas de autoayuda y superación personal. 	<ul style="list-style-type: none"> Muchos suicidios se producen en una fase de mejoría, cuando la persona tiene la energía y la voluntad para convertir sus pensamientos desesperados en una acción destructiva. No obstante, una persona que alguna vez haya tratado de suicidarse no tiene por qué estar necesariamente siempre en riesgo. Los

<p>-Alentarla a escribir frases positivas y motivacionales para ella misma, para que después las pegue en la pared, en un cuaderno o el sitio que elija y que las lea de manera repetida con la finalidad de tomar conciencia de ellas.</p>	<p>pensamientos suicidas pueden reaparecer, pero no son permanentes y en muchos casos no vuelven a reproducirse.</p>
<p>Intervención número 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de conductas suicidas: <ul style="list-style-type: none"> -Mantener una vigilancia estrecha de la paciente -Eliminar todo objeto punzocortante, con filo o que pueda utilizarse como instrumento para causar heridas. -Identificar pensamientos suicidas, como ideas negativas y pesimistas de la vida. • Orientar al cuidador primario acerca de las conductas suicidas y pedirle que ante la identificación de alguna, lo comunique al personal de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • El conocimiento de los factores de riesgo que predisponen la aparición de determinada condición mórbida es una estrategia válida para su prevención. Este principio es aplicable a la conducta suicida. Ante todo hay que considerar que los factores de riesgo suicida son individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representar problema alguno
<p>Intervención número 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedirle al cuidador primario en este caso la madre que cuando este con la paciente omita las conversaciones deprimentes o negativas, que se exprese con palabras agradables, evitando las groserías y el lenguaje agresivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • La depresión materna, además del peligro suicida que conlleva se convierte en un estímulo para el pesimismo, la desesperanza, la sensación de soledad y la falta de motivación. A ello se añaden las situaciones de maltrato por no poder la madre, en estas condiciones, satisfacer las necesidades emocionales y de cuidados del niño o la niña. • Obviamente, una crisis suicida infantil surge de la relación del niño o la niña

	con su medio familiar y se manifiesta por una serie de señales en la conducta que se expresan, de manera general, en cambios de todo tipo. Comienzan a tornarse agresivos o pasivos en su comportamiento en la casa y en la escuela, cambian sus hábitos de alimentación y de sueño
EVALUACIÓN La paciente no presenta datos de conductas suicidas y la insatisfacción con la vida aun la tiene.	
REFERENCIA: <ul style="list-style-type: none">• Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Galicia , Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria, 2012• Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo. México: Secretaria de Salud; 2009.	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	
DIAGNOSTICO: Ansiedad r/c abandono del padre m/p inseguridad y miedo al abandono	
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> Disminuir el grado de inseguridad en la paciente adolescente mediante la implementación de intervenciones especializadas de enfermería con la finalidad de disminuir la ansiedad en la paciente adolescente durante su estancia hospitalaria. 	
INDICADORES DE EVALUACIÓN: Posturas corporales, facies, comportamiento y percepción de la vida	
SISTEMA DE ENFERMERIA : De Apoyo y Educación	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Intervención numero 1 <ul style="list-style-type: none"> Permitir a la paciente que exprese sus emociones libremente 	<ul style="list-style-type: none"> Las emociones son procesos psicológicos que ante una amenaza a nuestro equilibrio ya sea físico o mental, actúan para restablecerlo ejerciendo as un papel adaptativo
Intervención numero 2 <ul style="list-style-type: none"> Establecer una relación enfermera paciente positiva 	<ul style="list-style-type: none"> La relación enfermera paciente es una especie de vínculo que se establece entre dos personas que han determinado un acuerdo mutuo e interdependiente; la enfermera como proveedora de cuidados, compañera y confidente.
Intervención numero 3 <ul style="list-style-type: none"> Proporcionar a la paciente una seguridad emocional a través de un ambiente agradable y seguro de convivencia estableciendo una relación de confianza y de convivencia 	<ul style="list-style-type: none"> Se puede definir a la seguridad emocional como un estado de animo, una sensación, una cualidad intangible, una vivencia subjetiva que las personas anhelan como una necesidad primaria que les permite mantener el control sobre sus sentimientos, pensamientos,

<p>enfermera paciente a través de acciones como pláticas no relacionadas con temas hospitalarios, preguntando por sus intereses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A en conjunto realizar actividades que ayuden a fortalecer el lazo creado como conversaciones más personales en las que la paciente se sienta capaz de expresar lo que siente. 	<p>sentimientos y comportamiento. Ejercer su capacidad de decisión y juicio crítico, conservando su mundo de relaciones.</p>
<p>Intervención número 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar una comunicación positiva entre la paciente y las personas que la rodean 	<ul style="list-style-type: none"> • La comunicación es un proceso por el cual el individuo comparte algo de sí mismo como sus ideas, opiniones, sentimientos, valores o metas. Es un proceso que le ayuda a ser más humano, más sociable y a estar en mayor contacto con la realidad. •
<p>Intervención número 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear una agenda de trabajo con la paciente y guiarla en el proceso de canalizar emociones; a través de Sustituir los pensamientos irracionales por otros más realistas y pedirle que evite suposiciones o presunciones poco objetivas o carentes de fundamento y en su lugar formule argumentos donde critique sus pensamientos negativos. • Hacer hincapié en que evite compararse continuamente con otros y que saca provecho a tus cualidades que posee para ser capaz de manejar las emociones negativas como la ansiedad, explicándole que no debe o desanimarse si el proceso es lento 	<ul style="list-style-type: none"> • Las pacientes con problemas de autoestima suelen presentar pensamientos de preocupación excesiva a una situación específica que no pone en riesgo su bienestar; lo cual es una reacción desproporcionada en relación con lo que la provoca. Se trata de una fobia, es decir de un terror irracional. El proporcionar a la paciente medios para que ella misma sea capaz de enfrentarlos, le ayuda a mejorar su seguridad y disminuir su ansiedad.

EVALUACIÓN

La paciente adquirió capacidades de autocuidado y disminuyó el nivel de ansiedad relacionado con el medio hospitalario.

REFERENCIA:

- Cometto, Maria Cristina. Seguridad emocional y cuidados de enfermería en: Enfermería y seguridad de los pacientes. Washingto D.C: Organización Panamericana de la salud: 2011, p. 189-201

5.12 Evaluación del Autocuidado

Los 8 requisitos de autocuidado universal se mantuvieron desde el principio en un sistema de enfermería parcialmente compensatorio para el paciente, sin embargo alguno evolucionaron a un sistema de apoyo y educación para la salud de una manera pronta, probando así, la eficacia de las intervenciones aplicadas dentro del plan de cuidados especializados de enfermería. A continuación se presenta una tabla con los resultados obtenidos:

REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	SISTEMA DE ENFERMERIA INICIAL/ AL TERMINO
MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE	DE APOYO Y EDUCACIÓN/ DE APOYO Y EDUCACIÓN
MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA	PARCIALMENTE COMPENSATORIO/ DE APOYO Y EDUCACIÓN
MANTENIMIENTO SUFICIENTE DE UN APOORTE DE ALIMENTOS	PARCIALMENTE COMPENSATORIO/ DE APOYO Y EDUCACIÓN
PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS	DE APOYO Y EDUCACIÓN / DE APOYO Y EDUCACIÓN
MANTENIMIENTO DE UN EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO	TOTALMENTE COMPENSATORIO/ DE APOYO Y EDUCACIÓN
MANTENIMIENTO DE UN EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL	PARCIALMENTE COMPENSATORIO/ DE APOYO Y EDUCACIÓN
PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA , EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO	DE APOYO Y EDUCACIÓN / DE APOYO Y EDUCACIÓN
PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO AL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL	DE APOYO Y EDUCACIÓN/ DE APOYO Y EDUCACIÓN

VI PLAN DE ALTA (Ver anexo 26)

1 - Acciones de Autocuidado específico

- Evitar actividades físicas demandantes y en caso de presentar cansancio interrumpir la actividad
- Se recomienda dormir por lo menos 8 hrs al día, evitando las siestas en la tarde o durante el día.
- Utilizar dentro de la casa medidas de seguridad barandales, sillas, mesas o cualquier objeto que pueda servir como método de apoyo
- Mantener un ambiente dentro de la casa limpio y despejado para evitar tropezar
- Utilizar calzado adecuado evitando de ese modo tropezar
- Evitar realizar actividades demandantes sin ayuda como lavar, cocinar o salir de compras, hasta que la paciente pueda sostenerse por sí misma sin problema
- Realizar actividades recreativas en el tiempo libre como escuchar música, ver un documental, leer.
- Realizar alguna terapia ocupacional como papiroflexia, bordar, cocer, tejer, cocinar.
- Repasar diariamente frases y afirmaciones positivas acerca de la vida y su imagen.

2- Medidas higiénico dietéticas

Ingerir 2 litros (8 vasos) de agua al día preferentemente agua simple

- Evitar ingerir bebidas con mucha azúcar y bajo contenido de nutrientes como refrescos y jugos.
- Evitar ingerir bebidas irritantes como café, té o bebidas energéticas.
- Mantener una dieta equilibrada siguiendo las indicaciones dietéticas prescritas.
- Respetar los horarios de comida y no saltar comidas
- Mantener una dieta blanda por lo menos el primer mes. Evitar alimentos de origen animal muy duros y difíciles de digerir como la carne de cerdo y de res.
- Utilizar aceite de oliva o de girasol para cocinar
- Evitar ingerir alimentos poco saludables como papas, dulces, caramelos y chocolates.
- Realizar curaciones de la ulcera del talón izquierdo diario preferentemente después del baño. Cubrirla después de realizar la curación con una gasa.

3 - Medicamentos

- Tocilizumab aplicación mensual en el Servicio de Consulta Externa de Medicina Interna
- Metrotexate 7.5 mg una cada 12 horas sábados y domingos
- Prednisona 5 mg 2 tabletas y media cada 6 horas.

- Omeprazol 20 mg una tableta cada 12 horas.
- Vitamina D capsula 400 mg 3 cada 24 horas

4-Signos y síntomas de alarma

- Signos y síntomas de alarma para el padecimiento actual; Acudir al médico si presenta alguno de los siguientes signos:

-Pérdida de peso repentina

-Sensación de fatiga, mareos, dolor de cabeza

-Presentar vómitos o nauseas

-Presentar temperatura mayor a 38 grados

-Dificultad para respirar.

- Signos y síntomas de alarma relacionados con la lesión en talón izquierdo:

-Que la lesión se sienta caliente arda, duela o punce

-Las características normales se la herida cambien, que se muestra enrojecida, que presente secreción purulenta o huela mal

-Presencia de fiebre sumada a alguno de los signos anteriores.

5 - Citas subsecuentes

- Cita en Medicina Externa :
30 de noviembre del 2014 07:00 a.m

- Acudir a las citas programadas con el psiquiatra :
16 de diciembre del 2014 09:30 a.m
- Acudir a cita programada en Consulta Externa de Medicina interna:
19 de diciembre del 2014 11:30 a.m

VII.CONCLUSIONES

A través de mis investigaciones y lecturas sobre los problemas de la conducta alimenticia enfocadas a la anorexia nerviosa, la convivencia con la paciente YMCC conjugado con la valoración en todas las esferas que presenta como ser humano , la observación del tratamiento clínico y la dinámica de profesionales de salud en un trastorno como este; puedo concluir lo siguiente:

La anorexia que resulta de la preocupación continua a subir de peso sitúa a la persona que la padece en un estado emocional en el que generalmente se queda sin recursos o por lo menos percibe la realidad de esta manera.

Cuando tratamos con personas que padecen anorexia nerviosa debemos recordar que su percepción del mundo puede estar parcial o completamente distorsionada, la manera en que perciben al personal de salud; médicos, enfermeras y psiquiatras suele ser negativa. De manera casi inmediata suele haber un rechazo al tratamiento o una resistencia a mejorar el patrón de vida.

El papel del personal de enfermería es muy importante dentro de este padecimiento debido a que nuestra presencia como profesionales especializados nos lleva a realizar intervenciones que encaminan al paciente a mejorar sus hábitos, incitándolo a ser partícipe de su propia salud a través del autocuidado.

La enfermera especialista infantil dirige sus cuidados a los aspectos psíquicos, fisiológicos, emocionales y espirituales, es por ello que dedica tanto tiempo a la historia del paciente, los antecedentes son parte fundamental en los trastornos de la conducta, las investigaciones han demostrado la relación de estos trastornos con problemas dentro del sistema familiar, problemas escolares, problemas para relacionarse con el medio y en la mayoría de los casos cuadros de depresión severa no diagnosticada y por tanto sin tratamiento que en ocasiones lleva años de evolución.

Debido a la complejidad de los padecimientos, la enfermera debe ser capaz de seguir una metodología que le ayude en su actuar y le de eficiencia a sus intervenciones y es a través del proceso enfermero que integra todas las necesidades del paciente.

Las intervenciones especializadas de enfermería que realice con YMCC, estuvieron encaminadas a que ella fuera autosuficiente, que se desarrollara como un ser autónomo, que definiera y fijara metas, que fuera menos vulnerable al medio, que aprendiera a valorar su persona y que cambiara las creencias negativas.

El que decida y cambie las creencias negativas que tiene de ella misma y que adquirió durante su infancia es relevante para su recuperación pues serán estas ideas buenas o malas las determinantes para su vida futura.

Por ultimo reflexione y me parece digno de mencionar las secuelas psicológicas y emocionales tan profundas que puede ocasionar el tan famoso bullying, que en este caso fue uno de los agravantes del padecimiento, para mí esto es un indicador de que tanta falta hace asesorar de manera adecuada a las partes más jóvenes y vulnerables de la sociedad: los niños.

Este caso es uno más de los miles de casos que se presentan a nivel mundial, las intervenciones de la enfermera en un nivel preventivo pueden cambiar el curso y las estadísticas de este padecimiento, que hoy en día afecta no solo el cuerpo, también la psique de quien lo padece.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Asociación de lucha contra la bulimia y la anorexia. Anorexia estadísticas (Sede web) México, DF. 6 de junio de 2012. (acceso 18 de octubre de 2014). Disponible en: http://www.trastornoalimenticiocom.blogspot.mx/2012/06/normal-0-21--mx-x_2343.html.
- 2 Portal ciudadano del DF, Sufren dos millones de anorexia (Sede web) Sedesa, 1 de marzo de 2011.(acceso 18 de octubre de 2014). Disponible en: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=4957
- 3 Figueroa, Gustavo. “El caso Ellen West”: la ética médica en los albores de la anorexia nerviosa. Rev. Mex de trastor. aliment (online). 2011, vol.2, n.2, pp 104-112.
- 4 Behar A, Rosa. Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria. Rev. Mex. detrastor. aliment (online). 2011, vol. 2, n.2, pp. 113-124.
- 5 Marín Cortés, Andrés Felipe, Bedoya Hernández Mauricio Hernando. Cuerpo vivido en la experiencia de mujeres con diagnóstico de anorexia o bulimia. Rev. Iatreia. (Online). 2009, vol. 22, n.3, pp. 219-226.
- 6 Miranda Sánchez, Sergio. Anorexia nerviosa: Manejo nutricional en pediatría. Bol. Med. Hosp. Infant Mex .(online). 2010, vol. 67, pp. 4-18.
- 7 Rueda-Jaimes G., Camacho P., Flórez S., Rangel Martínez-Villalba A. Validez y confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes. Rev. Colomb. Psiquiat., (Online). 2012, vol.41, n.1, pp. 101-110.
- 8 Trivino V., Zaider, Sanhueza A., Oliva. Paradigmas de investigación en enfermería. Cienc. Enferm. (Online). 2005, vol. 11, pp.17-24.
- 9 Keroac, S.; Pepin, J.; Ducharte, F.; Duquette, A.; Major, F. “Grandes corrientes del pensamiento”(Trad. Por Mercè Arqué Blanco). Capítulo 1, en : El pensamiento Enfermero. Barcelona, España: Edit. Masson; 2005. Pp. 1-21.
- 10 Sanabria Triana Luiris, Ceballos Otero Marta. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev. Cubana Educ Med Super , Vol. 1, 2002.
- 11 Moreno Fergusson, María Elisa. “Importancia de los modelos conceptuales y Teorías de enfermería: Experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana” Rev. Aquichan, 2005, año 5, vol. 5, n.1, pp.44-55.
- 12 Pereda Acosta, Margarita. Explorando la Teoría general de enfermería de Orem. Enf. Neurol. (Mex).(online) 2011; vol.10, n. 3: pp. 163-167
- 13 Fundamentación teórica del modelo de Orem. (Sede Web). Servicios educativos eneo; México D.F; 2009 (acceso 20 de octubre de 2014).Disponible en:

14[http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion teorica.PDF](http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion%20teorica.PDF)

15 Reina g., Nadia Carolina. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado, umbral científico (Sede web), 2010, núm. 17, pp.18-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>> ISSN 1692-

16 González Salcedo, Priscila. Chaves Reyes, Alida Mireya. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 11, núm. 2, julio-diciembre, 2009, pp. 47-76

17 Seidel, M. Henry. Ball, Jane W. Manual Mosby de Exploración Física .7a edición. México: ELSEVIER;2011.

18 María Victoria Arriaga Henao, Historia del proceso de atención de enfermería. (Sede web). Universidad de Antioquia, Plataforma académica para pregrado y posgrado en programa integración de tecnologías de la información y comunicación a la docencia. 2009. (Actualizada el 11 de noviembre del 2014; acceso el 28 de noviembre del 2014).Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/course/view.php?id=502>

19 Poulette Yesenia Vasquez Hidalgo. Las ventajas del proceso de atención de enfermería.(Sede web). Ministerio de Salud periodo 2005-2012; 2005 (actualizada el 6 de septiembre del 2012; acceso 11 de noviembre del 2014) Disponible en: <http://www.tpeliceoretiro.blogspot.mx/>

20 Alfaro Lefevre, Rosalinda. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración.5ª edición. Barcelona ; MASSON, 2003.

21 Ejecución y evaluación 4ª. Y 5ª. Etapa del Proceso de enfermería. (Sede web). Material de enfermería; 2010 (actualizada 28 de noviembre del 2014; acceso 2 de diciembre del 2014). Disponible en: <http://materialdeenfermeria.blogspot.mx/2010/06/introduccion-la-teoria-de-la-enfermeria.html>

22 Orem, Dorothea E. Modelos de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. 4ª edición, San Luis; MASSON-SALVAT, 1993.

23 Turón Gil, Vicente J. Trastornos de la conducta alimentaria. (Sede web). Concerta; 2012. (acceso 11 de diciembre del 2014). Disponible en: http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc5846.pdf

24 De Golman, Bejla R. Anorexia y Bulimia: un nuevo padecer. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2009.

25 Cervera, Monserrat. Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. México, D.F; Ediciones Pirámide, 2005.

26 Romero-Martínez M, Hernández Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: D.R. c Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

- 27 Clínica de ansiedad, depresión estrés, anorexia, bulimia (CADE). Anorexia restrictiva. (Sede web). CADE.com; (actualizada el 13 de diciembre del 2014; acceso 13 de diciembre del 2014). Disponible en: <http://www.cade.org.mx/>
- 28 Asociación de lucha contra la Bulimia y anorexia. Perfil del paciente anoréxico. (Sede web). Aluba; 1995. (Actualizada en diciembre de 2012; acceso 12 de diciembre del 2014). Disponible en: <http://www.aluba.org.ar/aluba/fr-aluba.html>
- 29 García Campayo, J, Sanz Carrillo, C. Validation of the spanish versión of the SCOFF questionnaire for the detection of esting disorders in primary care 2005; Journal of Psychosomatic Research. 2005; 59(2).
- 30 Unikel Santoncini, Claudia, Bojórquez Chapela, M. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Pública Méx 2004; Vol. 46(6):509-515
- 31 Iñarritu Pérez, María del Carmen, Liceo Cruz Verónica. Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. Rev. Salud Pública y nutrición, Méx, 2004; Vol. 5, núm. 2
- 32 Centro de terapias y crecimiento personal. Consecuencias físicas de la anorexia y bulimia. (Sede web). Avalonzenter.com; 2010. (Acceso 13 de diciembre del 2014). Disponible en: <http://www.avalonzenter.com/avalon-solidario/>
- 33 Fernández Corres, B.; Laguna, B.; Rodríguez, c. y González Pinto, A. Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria y el abuso de sustancias. Trastornos adictivos. 2000; Vol. 2, num.1.
- 34 Miranda Sánchez, Sergio. Anorexia nerviosa: Manejo nutricional en pediatría. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Online]. 2010, vol.67, n.1, pp. 4-18.
- 35 Ruiz de Adana Pérez, Ricardo. Anorexia nerviosa. (Sede web). El Blog de Ricardo Ruiz de Adana Pérez; 2012 (actualizado el 23 de enero del 2012; acceso el 16 de diciembre del 2014). Disponible en: <http://ricardoruizdeadana.blogspot.mx/2012/01/anorexia-nerviosa.html>
- 36 Temprano Ferreras, JL, Breton Lesmes, I. Síndrome de realimentación. Revisión. Rev. Clin Esp.2005; Vol. 205 Num.2
- 37 Cárdenas Eva Marcela, Feria Miriam, Vázquez Josué. Guía clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes (en línea).Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, 2010. (Fecha de acceso 13 de Octubre del 2014) URL disponible en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_afectivos.pdf
- 38 Los derechos de los niños, Sttaf Presidencial, México; 30 de abril 2013. En: <http://www.presidencia.gob.mx/los-derechos-de-los-ninos/>
- 39 Estado mundial de la infancia conmemoración de los 20 años sobre los derechos de los niños. Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF). 2008. Encontrado en: <http://www.unicef.org/spanish/rightsite/sowc/pdf/SOWC>

- 40 Comprender la convención sobre los derechos de los niños. UNICEF. 2012. En: <http://www.unicef.org/spanish/crc/indexunderstanding.html>
- 41 Derechos del niño hospitalizado: todos los derechos para todos los niños. UNICEF. 2012. En: http://www.cartagena.es/frontend/pagina/ABGkhZYsX7Bqfb3doABNPbjK3kbwHjg_rFnM8zqTqRqJ6JNFyjoGQ
- 42 Vidal, Susana María, La educación en bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros. Montevideo- Uruguay; UNESCO, 2012.
- 43 González Valenzuela, Juliana. Perspectivas de bioética. México. UNAM-CFE; 2008.
- 44 American Nurses Association Code of ethics for nurses with in pertretivist atements, Washington, D.C, Elseiver; 2011.
- 45 Código de ética para las enfermeras y los enfermeros mexicanos. México, 2001. Encontrado en: <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCONNSULTA/10.pdf>
- 46 Secretaria de salud. Consentimiento informado. Centro de conocimiento bioético; 2012. (actualizada el 12 de abril del 2012; acceso 13 de octubre del 2014). Disponible en: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.hl
- 47 Carrasco García, Mayra. Ulceras por presión.(Sede web). ilustrados.com; 2009 (acceso 13 de diciembre del 2014). Disponible en: <http://ulceras.net/publicaciones/963D02EC.pdf>
- 48 Cometto, María Cristina. Seguridad emocional y cuidados de enfermería en: Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington D.C: Organización Panamericana de la salud: 2011, p. 189-201
- 49 Almazán-Castillo, María del Rocío, Jiménez-Sánchez, Juana. Escala de valoración de riesgos de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Enfer mInst Mex Seguro Soc 2013; vol. 21 p. 9-14
- 50 Ramírez Jaime A, Campos G Margarita. Nutrición en el niño sano. 1ra Ed. México; Instituto Nacional de Pediatría and Laboratorios PISA, 2007.
- 51 Borrás S., S.; Rosell C., V.: Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. Serie: Patologías. España, Ediciones Nau Libres. 2005.
- 52 Lugo C.; Toyo I: Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. 2011, obtenible en Ortodoncia.ws – Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp> [Consulta: agosto de 2011]
- 53 Aguilar, L. La recreación como perfil profesional. Mexico,2000. Disponible en: http://www.redcreacion.org/relareti/documentos/perfiles_profesionales.html

- 54 Hernández, A. Acerca del ocio, del tiempo libre y de la animación sociocultural. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, N° 23. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd23/ocio.htm>
- 55 Rodríguez, José Andrés. No hablar por exceso de ansiedad: el mutismo selectivo (Sede Web), Mexico.2014. (Actualizada el 13 de octubre de 2014; acceso el 22 de diciembre de 2014). Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2012/03/09/207735.php>
- 56 Bragado, Carmen, Hernández Lloreda , María José. Auto concepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. Psicothema.2012; Vol. 20, num.3.
- 57 Alonso García, Julio. Prácticas educativas familiares y autoestima.Psicothema,2005 Vol. 17, nº 1, pp. 76-82
- 58 Universidad Mursia. Variables de personalidad asociadas en la dinámica bullying(agresores vs victimas) en niños y niñas de 10 a 15 años. Anales de Psicología, 2001.Vol 17, núm. 1.
- 59 Herrera Santi, Patricia María. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr v.13 n.6 Ciudad de La Habana nov.-dic. 2007.
- 60 Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario, México: Secretaria de Salud; 2009.
- 61 Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento para la fascitis necrozante México: Secretaria de Salud; 2009
- 62 Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo. México: Secretaria de Salud; 2009.

IX ANEXOS

Anexo 1 Instrumento de valoración



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y ONSTETRICIA.

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM A UN ES

FICHA DE IDENTIFICACIÓN: Fecha: _____.

Nombre: _____ Edad: _____.

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____.

Nombre del padre o tutor: _____ Edad: _____.

Nombre de la madre: _____ Edad: _____.

Religión: _____ La información es proporcionada por: _____.

Domicilio: _____.

Procedencia: _____ Teléfono: _____.

Motivo de ingreso: _____.

Diagnóstico médico: _____.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Enfermedades cómo cáncer, diabetes e hipertensión en la familia _____.

Integrantes de la familia en orden cronológico:

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	APORTE ECONÓMICO	RELACIÓN

Vivienda: Propia: _____ Rentada: _____.

Características de la vivienda: _____.

Servicio intradomiciliarios: _____.

Disposición de excretas: _____.

Medios de transporte: _____.

Centro de salud más cercano y tiempo de traslado: _____.

Tiempo de traslado de su casa a esta institución: _____.

MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN O CONSULTA:

ANTECEDENTES ALÉRGICOS: _____.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL: _____

_____.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Aspecto físico general: _____

_____.

Peso: _____, Talla: _____, Percentila: _____.

Perímetro cefálico: _____, Torácico: _____, Abdominal: _____.

Signos Vitales:

Temperatura: _____, Frecuencia Cardíaca: _____.

Frecuencia Respiratoria: _____, Presión arterial: _____.

CABEZA Y CARA:

OJOS:

OÍDOS:

NARÍZ:

BOCA Y GARGANTA:

CUELLO:

TORÁX:

PULMONES:

ABDOMEN:

RIÑONES:

SISTEMA UROGENITAL:

RECTO:

EXTREMIDADES:

COLUMNA:

PIEL:

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL.

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE DE AIRE SUFICIENTE.

Signos Vitales: F.C. _____ . F.R. _____ . T/A: _____ . Temp: _____ .

Naríz: _____ .

Tipo de respiración: _____ .

Orofaringe: _____ .

Tórax: _____ .

Patrón respiratorio: _____ .

Ruidos respiratorios: _____ .

Características de la tos: _____ .

Coloración de la piel central y periférica: _____ .

Ruidos cardiacos: _____ .

Llenado capilar: _____ . Pulsos: _____ .

Saturación de oxígeno: _____ . Laboratorios: _____ .

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE DE AGUA SUFICIENTE.

Tiempo de Ayuno: _____ . Motivo: _____ .

Ingesta de Líquidos diaria: _____ . Líquidos que prefiere: _____ .

Ingesta de líquidos durante la hospitalización: _____.
 Infusión de líquidos parenterales: _____.
 Estado de hidratación general: _____.
 Presencia de edema: _____.
 Presencia de datos de deshidratación: _____.
 Turgencia de la piel: _____.
 Llenado capilar: _____ . Pulsos: _____ .

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

Peso: _____ . Talla: _____ . Perímetro abdominal: _____ .
 Percentilla: _____ . Con quién come: _____ .
 Problemas para alimentarse: _____ . Mastica: _____ .
 Deglute: _____ . Dentición: _____ .
 Alergias alimentarias: _____ .
 Vía de alimentación: _____ . Dieta especial: _____ .
 Cómo es su apetito _____ . Comidas al día: _____ .
 Alimentos preferidos: _____ .
 Qué alimentos le desagradan: _____ .
 Las emociones interfieren en la alimentación: _____ .
 Menciona la cantidad de alimentos que acostumbras en un día y una semana:

ALIMENTO	DESAYUNO	COMIDA	CENA	DIAS DE CONSUMO A LA SEMANA
Cereales				
Frutas				
Vegetales				
Carne				
Lácteos				

PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRESIÓN.

Problemas para evacuar: _____ . Estreñimiento: _____ . Diarrea: _____ .
 Parásitos: _____ . Evacuaciones al día: _____ .
 Características de las evacuaciones: _____ .
 Características del abdomen, palpación, percusión, auscultación: _____ .
 Alteraciones en la eliminación urinaria: _____ .
 Números de micciones al día: _____ . El color de la orina es: _____ .
 La cantidad consideras que es normal: _____ .

Ya menstruas: _____. A qué edad iniciaste: _____. Cada cuanto: _____.

Cómo es tu menstruación: _____. Tienes alguna duda sobre esto: _____.

Presentas sudoración: _____. Tiene algún estoma: _____.

Tiene algún drenaje: _____.

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

Tono muscular: _____. Arcos de movilidad: _____.

Reflejos osteotendinosos: _____.

Como es la postura: _____. Como es la marcha: _____.

Hay algún factor que limite el movimiento: _____.

Sensibilidad periférica: _____. Hay dolor a la movilización: _____.

Es diestro o zurdo: _____. Tiene autonomía para deslizarse: _____.

Utiliza aparato ortopédico: _____. Haces ejercicio: _____.

Practicas algún deporte: _____.

Cuántas horas duerme al día: _____. A qué hora te acuestas: _____.

Que acostumbras hacer antes de dormir: _____.

Duerme bien: _____. Dificultad para conciliar el sueño: _____.

Despierta por las noches: _____. Tienes pesadillas o miedo: _____.

Utiliza medicamentos para dormir: _____. Habla dormido: _____.

Factores que interrumpen el sueño: _____.

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN DE NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

Campo visual: _____. Alguna alteración en la visión: _____.

Como es la agudeza auditiva: _____. Tiene alguna dificultad para oír: _____.

Utiliza aparato auditivo: _____.

Tiene problemas de lenguaje: _____. Estado neurológico: _____.

Alteración sensorial: _____. Alteración del estado de conciencia: _____.

Tiene amigos: _____. Es retraído o se aísla: _____.

Expresa sus ideas y preferencias: _____. Expresa sentimientos: _____.

Socializa fácilmente: _____. Juegos preferidos: _____.

Pasatiempos favoritos: _____.

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

Tiene el esquema de vacunación completo: _____. Alergias: _____.

Ha padecido enfermedades de la infancia: _____ . Con qué frecuencia se baña: _____ .
Acostumbra lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño: _____ .
Cuántas veces se cepilla los dientes al día: _____ . Algún problema dental: _____ .
Cuántas veces al año acude al dentista: _____ . Presenta alguna lesión en piel: _____ .
Toma algún medicamento: _____ . Hay medicamentos en tu casa: _____ .
Cómo te sientes cuándo estás enfermo: _____ .
Tiene algún medio invasivo: _____ .
Tienes alguna preocupación: _____ . Has tenido información de cómo prevenir accidentes:

Se le dio información sobre los riesgos de caídas y de infecciones en el hospital: _____ .

PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES.

Desarrollo:

La coordinación motora es: _____ .
De cuántas palabras consta su vocabulario: _____ . Sabe leer y escribir: _____ .
Sabe sumar, restar y multiplicar: _____ . Utiliza dinero: _____ .
Le gustan las actividades lúdicas, cuáles: _____ .
Crea oraciones completas: _____ . Conoce las reglas de la casa: _____ .
Coopera en las actividades cotidianas del hogar: _____ .
Es responsable y consciente del rol que tiene en la familia: _____ .
Has notado cambios en tu cuerpo: _____ .
En casa es autosuficiente: _____ . Es consciente de la religión que profesa: _____ .
Cuántas veces al mes acude a la iglesia: _____ .
Qué piensas de su enfermedad: _____ .
Que piensas de la muerte: _____ .
Pertenece a algún grupo: _____ .
Te gustaría saber algo para mejorar tu salud: _____ .

Elaboro: EEI. Norma Aidee Lazcano Ortega.

Castro I. *História Clínica* en Revista de Farmacia Hospitalaria. Barcelona España. P.p.293-305.

Costa I. Vázquez J. *Desarrollo de la historia clínica de enfermería orientada por problemas y las aportaciones de L. Weed en su contexto actual*. En Revista del Departamento de enfermería de la universidad del Cádiz. P.p. 195-211.

Orem Dorothea. *Modelo de Orem conceptos de enfermería en la práctica*. 4ta. Edición. Barcelona. Ed: Masson- Salvat. 1993.

Anexo 2 Consentimiento informado



México DF. a 23 de Octubre de 2024

Consentimiento Informado para Padres y/o tutores de pacientes, para la elaboración de un estudio de caso.

El estudio de caso es un proceso de valoración integral del niño, donde se realizan evaluaciones completas del estado de salud, con la finalidad de proporcionar cuidados especializados de enfermería.

Lo invitamos a participar en un estudio de caso, que será realizado por la estudiante de Posgrado en Enfermería Infantil: Tania Alejandra Boreau y Supervisado por _____

Si usted accede a que su paciente participe en este estudio de caso, se le pedirá responder preguntas en algunas entrevistas, se le realizarán valoraciones físicas, neurológicas, y si lo permite se tomarán fotografías o videos sobre estas con fines académicos.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial, no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este estudio de caso y no le solicitarán en ningún momento datos personales. También se hace de su conocimiento que si se requiere se tendrá acceso al expediente clínico del paciente para completar la información.

Si existe alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento, antes y durante su participación en él y si usted lo desea puede retirarse del mismo sin que esto perjudique o modifique en ninguna manera la atención que recibe su paciente dentro de este instituto. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al alumno de posgrado y no responderías.

¿En qué le beneficia a usted y a su paciente este estudio de caso?

Al final de la evaluación se le comunicará el resultado de dicho estudio en el cual se incluirán estrategias para favorecer el estado de salud de su paciente. No tiene beneficio económico, ya que no existe ninguna remuneración económica por su participación.

Yo:

Martha Campos López

Padre o Tutor de: Yessica Marlen Castillo Campos

- Acepto de manera voluntaria que mi paciente participe en este estudio de caso.
- He sido informado (a) que el objetivo de este estudio de caso es CON FINES ACADÉMICOS.
- Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista.

- Si fuese necesario autorizo tomar fotografías, con fines exclusivamente académicos.
- Reconozco que la información que yo provea en el curso de este estudio es estrictamente confidencial, sin datos personales y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- Autorizo el acceso al expediente médico de mi paciente a la estudiante de posgrado exclusivamente para fines académicos.
- He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto influya o modifique la atención médica que mi paciente ya recibe o recibirá.
- Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio en cualquier etapa.
- Se me comunicará la evaluación y resultado de dicho estudio en el cuál se incluirán estrategias para favorecer el estado de salud de mi paciente.



 Nombre y firma del padre o tutor

Anexo 3 Signos Vitales normales en pediatría

PACIENTE	EDAD (AÑOS)	FC	FR	T/A
LACTANTE	≤ 1	120 A 160	40	100/74
TRANSCIONAL	1 A 3	90 A 140	40	112/80
PREESCOLARES	3 A 6	80 A 110	30	112/82
ESCOLARES	6 A 12	75 A 100	20	110/84
ADOLESCENTES	12 A 18	60 A 100	20	120/80
ADULTOS	≥18	60 A 100	16	120/80

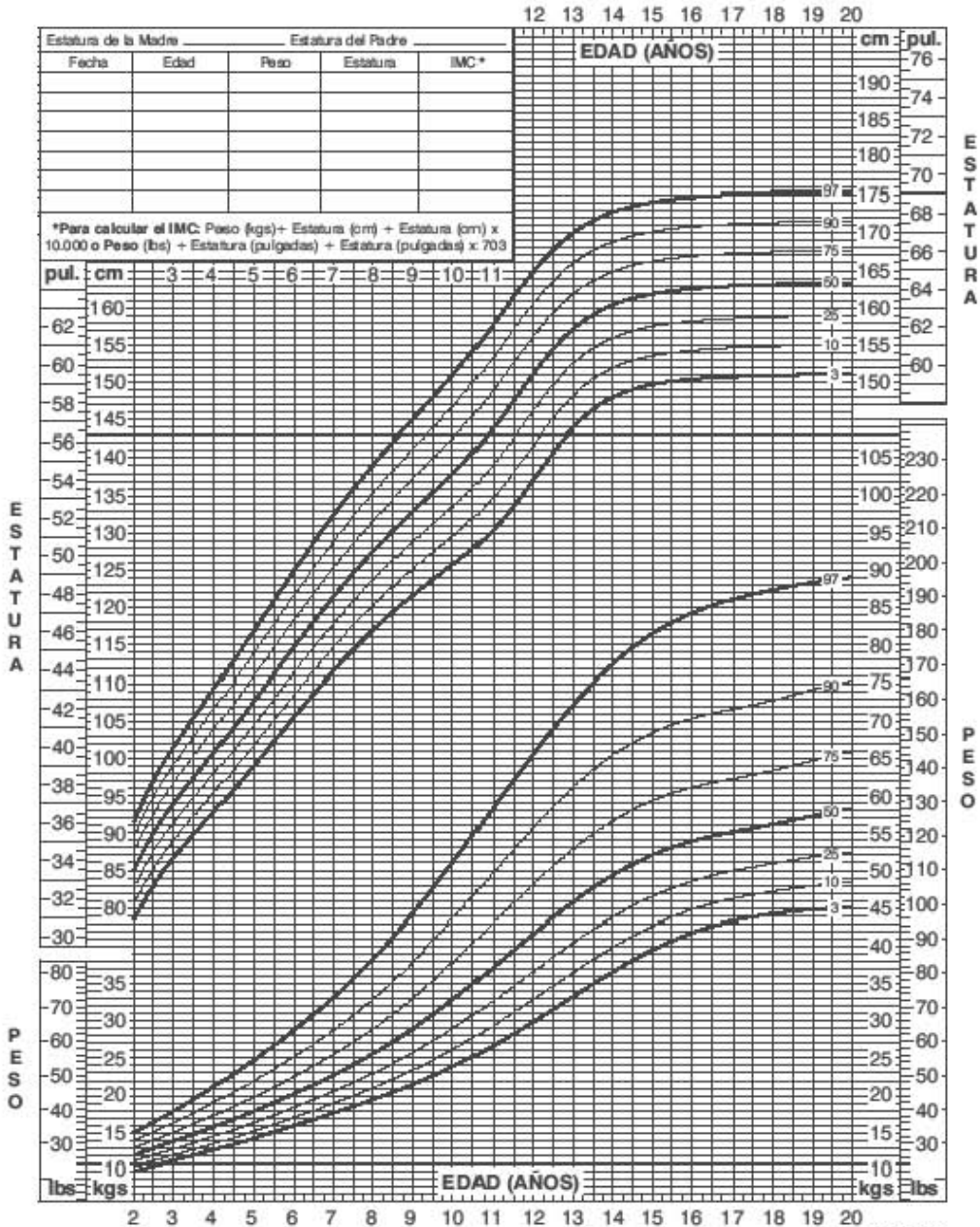
Anexo 4 Percentil de peso y talla para edad niñas de 2 a 20 años

2 a 20 años: Niñas

Nombre _____

Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

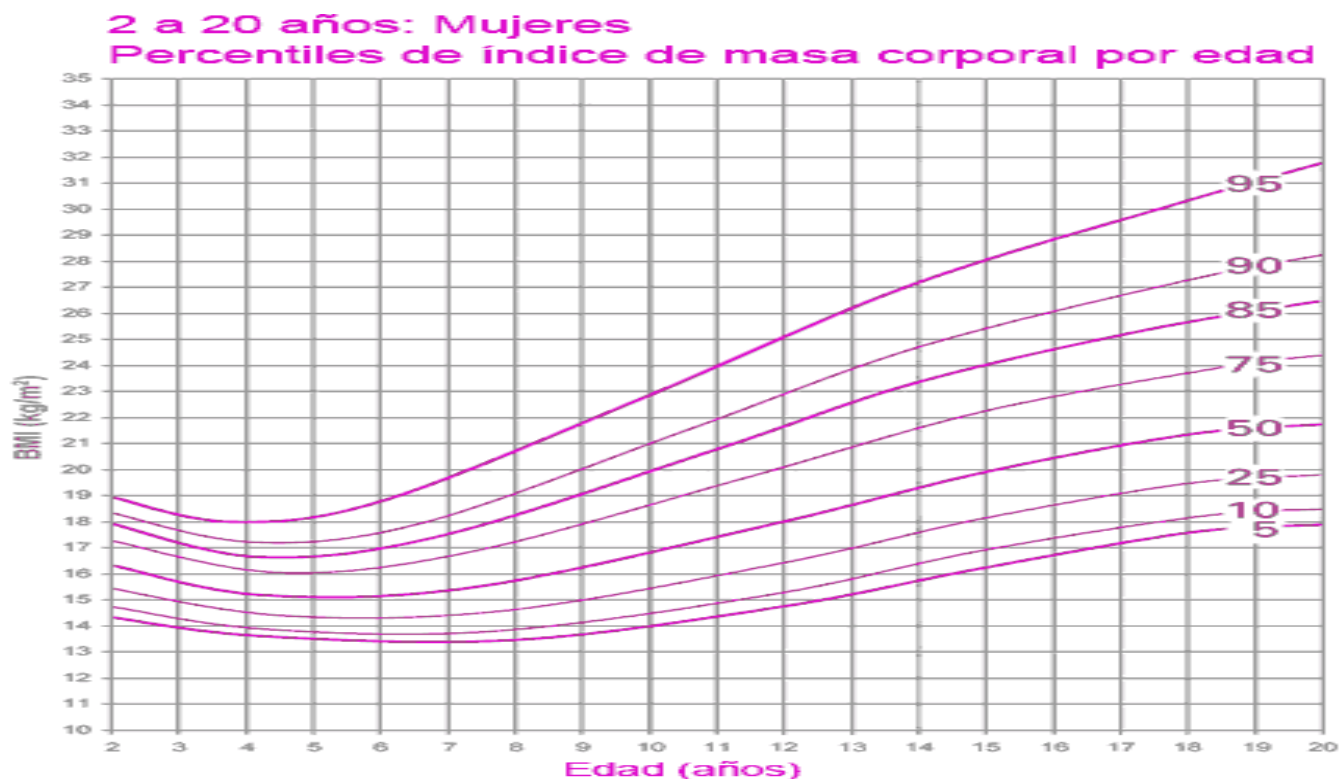
de Archivo _____



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 21 de noviembre del 2000).
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el
 Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
<http://www.cdc.gov/igrowthcharts>



Anexo 5 percentil de índice de masa corporal por edad



Anexo 6 Índice de Masa Corporal

IMC	Categoría	Tipo de peso	Intervalo Percentil
Bajo peso	≤ 18.5	Bajo peso	Menos del percentil 5
Peso normal	18.5 – 24.9	Peso saludable	Entre percentil 5 y 85
Sobrepeso	25.0 – 29.9	Riesgo de sobrepeso	Entre percentil 85 y 95
Obesidad grado I	30.0 – 34.5	Obesidad	Igual o mayor al percentil 95
Obesidad grado II	35 – 39.9		
Obesidad grado III	≥ 40.0		

Anexo 7 Escala de valoración del dolor con números

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin Dolor			Dolor Leve		Dolor Moderado				Max. Dolor Posible

Anexo 8 Valoración de Silverman Anderson

Signos clínicos	0 puntos	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bamboleo

Anexo 9 Dentadura definitiva



Anexo 10 Referencias anatómicas para diagnosticar escoliosis



Anexo 11 Escala de Tanner en niñas

ESTADIO 1 Pecho infantil, no vello púbico
ESTADIO 2 Botón mamario, vello púbico no rizado escaso en labios mayores
ESTADIO 3 Aumento y elevación de pecho y areola, vello púbico rizado, basto y oscuro sobre pubis
ESTADIO 4 Areola y pezón elevado sobre mama, vello púbico tipo adulto, no sobre muslos
ESTADIO 5 Pecho adulto areola no elevada, vello púbico en zona medial del muslo

Anexo 12 Valoración de pulsos

No se palpan	-
Se palpan disminuidos	+
Se palpan normales	++
Se palpan aumentados	+++
Se palpan muy aumentados	++++

	Pulso carotídeo	Pulso Braquial	Pulso Radial	Pulso Femoral	Pulso Poplíteo	Pulso Tibial Posterior	Pulso Pedio
Derecha	++	++	++	++	++	++	++
Izquierda	++	++	++	++	+	++	++

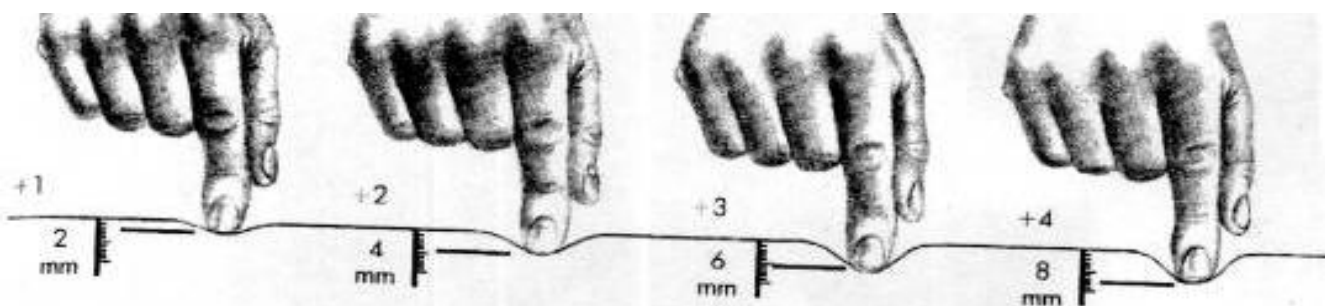
Anexo 13 clasificaciones de úlcera por presión

Estadio 1	Zona enrojecida (epidermis) calor y dolor a la palpación
Estadio 2	Vesículas, ampollas o flictenas(dermis) parecido a una quemadura.
Estadio 3	Herida abierta (epidermis- dermis y tejido celular subcutáneo dañado)
Estadio 4	Necrosis de los tejidos (escara o costra negra)

Anexo 14 Grado de deshidratación

EXAMEN	Niño 3%(30 ml/Kg)	6%(60 ml/Kg)	9%(90 ml/Kg)
Deshidratación	Leve	Moderada	Severa
Piel –Turgor	Normal	Disminuido	Ausente
Piel –Tacto	Normal	Seca	Acartonada
Mucosa oral	Normal	Seca	Agrietada
Ojos	Normales	Tono disminuido	Hundidos
Lagrimas	Presentes	Disminuidas	Ausentes
Fontanela	Adecuada	Plana	Hundida
Pulso	Regular	Rápido	Débil
Gasto urinario	Normal	Disminuido	Ausente

Anexo 15 Estadio del edema



Sin edema	0
Edema muy ligero (apenas perceptible)	+
Edema ligero (contorno de la zona eritematosa bien definido por una elevación neta)	++
Edema moderado (elevado aprox. 1mm)	+++
Edema grave (elevado más de 1mm y llegando a 4 mm extendiéndose más allá de la zona expuesta)	++++

Anexo 16 Escala de Glasgow

Apertura ocular	Respuesta motora	Respuesta verbal
4 Espontanea	6 Espontanea	5 Orientada
3 A la voz	5 Localiza al tacto	4 Confusa
2 Al dolor	4 Localiza al dolor	3 Palabras inapropiadas
1 Ninguna	3 Decorticación	2 Sonidos incomprensibles
	2 Descerebración	1 Ninguna
	1 Ninguna	

Puntuación máxima y normal 15 / Puntuación mínima 3
LEVE 15 a 13
MODERADO 12 a 9
GRAVE Menor a 8

Nivel de conciencia

Alerta (15)	Orientado en tiempo, lugar y persona
Confusión (11-14)	Desorientado en tiempo, lugar y persona
Somnolencia (7-10)	Se despierta con relativa facilidad ante estímulos verbales o táctiles.
Estupor (5-6)	Responde ante estímulos dolorosos profundos
Coma (1-4)	No se puede despertar y no hay respuesta ante ningún estímulo.

Anexo 17 Química sanguínea normal en adolescentes

Glucosa		70 - 105	mg/dL
Urea		6 - 20	mg/dL
Creatinina		0,7 - 1,5	mg/dL
Clearance de creatinina	Hombres	97 - 137	mL/min/1,73m ²
	Mujeres	88 - 128	mL/min/1,73m ²
Ácido úrico	Hombres	3,4 - 7,0	mg/dL
	Orina	250 - 750	mg/24 h
Proteínas totales	LCR	6,6 - 8,7	mg/dL
	Orina 28 - 141 mg/24H	15 - 45	mg/dL
		1,0 - 15,0	mg/dL
Albúmina		3,5 - 5,5	mg/dL
Bilirrubina	Total	0,32 - 1,08	mg/100 mL
	Conjugada	0,10 - 0,50	mg/100 mL
	No conjugada	0,08 - 0,72	mg/100 mL

Anexo 18 Biometría hemática normal en adolescentes

PARAMETRO	VALORES NORMALES EN EL ADULTO	UNIDADES
LEUCOCITOS	4.5 -11	10 ³ /μ
NEUTROFILOS	40 -85	%
LINFOCITOS	18 -45	%
MONOCITOS	3-10	%
EOSINOFILOS	1-4	%
BASOFILOS	0.3 -4	%
NEUTROFILOS	1.8 -7-7	10 ³ /μ
ERITROCITOS	H:4.5- 6.3 M:4.2- 5.4	10 ³ /μ
HEMOGLOBINA	H:14 -18 M:12 -16	g/Dl
HEMATOCRITO	H:42- 52 M:37 -47	%
VCM	83 – 100	fL
HCM	28 - 32	pg
CHCM	32 – 34.5	g/dL
RDW	11.4 – 14.4	%
PLAQUETAS	150,000 – 450,000	X10 ³

Anexo 19 Escala de riesgo de caídas

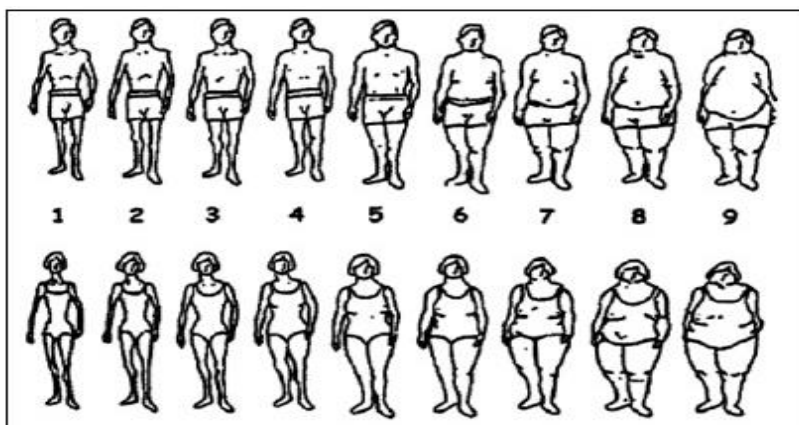
ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)		
CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES/SEDANTES	1
	DIURETICOS	1

USO DE MEDICAMENTOS	HIPOTENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
DEFICIT SENSORIALES	NINGUNO	0
	VISUALES	1
	AUDITIVOS	1
	EXTREMIDADES (PARESIAS)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACIÓN	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
PUNTAJE		0/14
ALTO RIESGO DE CAIDA		+2/14

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DE MORSE		
CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	25
COMORBILADES	NO	0
	SI	15
AYUDA PARA DEAMBULAR	NINGUNA	0
	BASTON,MULETA, CAMINADOR	15
	SE APOYA EN LOS MUEBLES	30
VENOCLISIS	NO	0
	SI	20
MARCHA	NORMAL	0
	DEBIL	10
	LIMITADA	20
ESTADO MENTAL	RECONOCE SUS LIMITACIONES	0
	SOBREESTIMA U OLVIDA SUS LIMITACIONES	15

RIESGO	PUNTAJE
BAJO	0-24
MEDIO	25-50
ALTO	+50

Anexo 20 Standard Figural Stimuli



Anexo 21 cuestionario SCOFF

RESPUESTA	SI	NO
¿Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estómago tan lleno que resulta incomodo	X	
¿Está preocupada porque tiene que controlar cuanto come?	X	
¿A perdido recientemente mas de 6 Kg. en un periodo de 3 meses?	X	
¿Cree que esta gorda aunque otros digan que esta demasiado delgada?	X	
¿Diria que la comida domina su vida?		X
PUNTUACION	4	1

PUNTUACIÓN NORMAL MAYOR O IGUAL A 3 PUNTOS; PUNTUACIÓN MENOR HAY PRESENCIA DE UN TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN

Anexo 22 Escala de autoestima de Rosemberg

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de simisma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo, B. De acuerdo, C. En desacuerdo D. Muy en desacuerdo

PUNTUACIÓN	A	B	C	D
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				X
Estoy convencido de que tengo cualidades buenas			X	
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				X
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo			X	
En general estoy satisfecho de mí mismo			X	
A veces creo que no soy buena persona.		X		
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	X			
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado	X			
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil	X			
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.	X			
RESULTADOS	14 PUNTOS			

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1

De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a **40** puntos: Autoestima normal adecuada

De 26 a 29 puntos: Autoestima deteriorada pero está dispuesto a mejorarla

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Anexo 23 Tabla de Harris Benedict de cálculo de kilocalorías

Hombres	$TMB = (10 \times \text{peso en kg}) + (6,25 \times \text{altura en cm}) - (5 \times \text{edad en años}) + 5$
Mujeres	$TMB = (10 \times \text{peso en kg}) + (6,25 \times \text{altura en cm}) - (5 \times \text{edad en años}) - 161$
Poco o ningún ejercicio	Calorías diarias necesarias = $TMB \times 1,2$
Ejercicio ligero (1-3 días a la semana)	Calorías diarias necesarias = $TMB \times 1,375$

Ejercicio moderado (3-5 días a la semana)	Calorías diarias necesarias = TMB x 1,55
Ejercicio fuerte (6-7 días a la semana)	Calorías diarias necesarias = TMB x 1,725
Ejercicio muy fuerte (dos veces al día, entrenamientos muy duros)	Calorías diarias necesarias = TMB x 1,9

Anexo 24 peso y talla para la edad en niños de 6 meses a 20 años

Edad (en años)	Hombres		Mujeres	
	Talla (cm)	Peso(Kg)	Talla(cm)	Peso (Kg)
½	66	7.7	66	7.1
1	74	9.5	76	9
2	84	11.8	84	11.3
3	92	14.0	92	13.6
4	99	15.9	99	15.4
5	107	17.2	104	16.8
6	115	19.5	112	19.5
7	120	22.6	120	21.3
8	125	25.0	125	24.5
9	129	27.7	129	27.2
10	135	30.4	135	30.4
11	139	34.0	139	33.6
12	145	36.8	145	37.2
13	150	40.9	152	42.7
14	158	46.8	158	47.7
15	162	50.8	160	50.8
16	168	57.2	162	53.1
17	170	60.4	162	55.4
18	172	62.7	165	56.3
19	175	62.7	165	57.2
20	175	63.2	165	57.2

Anexo 25 Criterios para evaluar infección en heridas

<p>Criterios de infección de las heridas</p> <p>Criterios tradicionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absceso • Celulitis • Exudado (exudado seroso con

inflamación, seropurulento,
hemopurulento, pus)

Criterios adicionales

propuestos

- Retraso de la cicatrización
(en comparación con el valor
normal para esa localización /
trastorno)
 - Decoloración
- Tejido de granulación friable
que sangra con facilidad
 - Dolor espontáneo o a la
palpación imprevisto
- Formación de ampollas en el
lecho herida
- Formación de puentes de
epitelio o de tejido blando
 - Olor anómalo
- Dehiscencia de la herida

Adaptado de Cutting y Harding

Anexo 26 Folleto de Anorexia nerviosa


SIGUE EL TRATAMIENTO

Mucho influye tu actitud ante la vida y que cambies y mejores tu dieta, sigas las indicaciones e implementes actividades recreativas, sin embargo nada de esto podría ser posible si no sigieras el tratamiento farmacológico (tus medicamentos).

¿Que significa seguir el tratamiento farmacológico?

Quiere decir que realizas todas las indicaciones que se te den con respecto a tus medicamentos.

- Tómalos en el horario que se indica
- Consume solo la dosis que se te indica
- No dejes de tomarlos aun cuando ya te sientas bien
- Acomoda tu horario de manera que no olvides tomarlos.



Instituto
Nacional
de Pediatría



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

ELABORO:
L.E.O THALIA ALVARADO ROMERO



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

PLAN DE ALTA

**ANOREXIA
NERVIOSA**



**¡TU ERES MUY
IMPORTANTE, CUIDATE!**

