



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

ESTUDIO DE CASO:

ADOLESCENTE MASCULINO CON DÉFICIT EN LOS REQUISITOS
UNIVERSALES
DE AUTOCUIDADO SECUNDARIO A SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ
ASOCIADO AL VIRUS DE ZIKA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA:

L.E.O. Anabel Espinoza Islas

ASESORADO POR:

E.E.I. Elvira Solórzano García

CUIDAD DE MÉXICO 2017





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO

Gracias Dios por estar conmigo siempre, cada día de mi vida; por no dejarme caer en los malos momentos, por darme fuerza para seguir adelante y darme paz cuando más la necesito.

A mi madre, porque de ella atesoré bellos consejos que hoy son herramientas para la vida.

A mi esposo, por su desvelo, por trabajar duro, por hacerme reír y por llorar junto conmigo. ¿Qué puedo decir?, por ser mi mejor amigo.

A mi padre y hermanos, por apoyarme, ayudarme y aconsejarme.

A mi coordinadora la EEI. Elvira Solórzano García, por su exigencia que lleva a la excelencia y a cumplir el compromiso que se tiene con los niños.

A todos los niños que siempre me dan la oportunidad de aprender mucho de ellos.

Al Hospital Infantil de México Federico Gómez, por darme la oportunidad de crecer como profesionalista, y al Instituto Nacional de Pediatría por cobijarme como mi casa y darme muchas enseñanzas.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. OBJETIVOS	7
III. METODOLOGÍA Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	9
IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO	11
V. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA	15
VI. TEORÍA GENERAL DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM.....	21
VII. MÉTODO ENFERMERO.....	25
VIII. RELACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO CON LA TEORÍA GENERAL DE DOROTHEA E. OREM	39
IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS	41
X. DAÑOS A LA SALUD	47
XI. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.....	61
XII. VALORACIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA.....	65
XIII. DIAGNÓSTICOS Y PLANES DE CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	77
XIV. PRIMERA VALORACIÓN FOCALIZADA, DIAGNÓSTICOS Y PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	103
XV. SEGUNDA VALORACIÓN FOCALIZADA, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	113
XVI. RESULTADOS DE INTERVENCIONES	117
XVII. PLAN DE ALTA.....	119
XVIII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	123
XIX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	125
XX. ANEXOS	133

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería ha evolucionado de un método empírico a uno científico. Sin embargo, en nuestro país, el contexto sociocultural no ha permitido lograr una profesionalización plena, que garantice el reconocimiento científico,¹ es por eso que en la actualidad, la enfermería está desarrollando y utilizando más la integración de su conocimiento, basándose en la búsqueda científica, en la aplicación de modelos y teorías, para fundamentar su práctica y así dejar esa dependencia que ha caracterizado a la disciplina. Hay una mayor especialización y educación de las enfermeras, a nivel de posgrado, maestría y doctorado, favoreciendo el cultivar del pensamiento crítico y la aplicación de una práctica reflexiva.

Como parte del plan único de la Especialidad en Enfermería Infantil, con sede en el Instituto Nacional de Pediatría (INP), se desarrolla a través del método enfermero el estudio de caso de un adolescente con diagnóstico médico de síndrome de Guillain-Barré (SGB) asociado al virus de Zika.

En Latinoamérica, 20 países han reportado aumento de casos de SGB y/o confirmando por laboratorio la infección por virus de Zika en al menos un caso de SGB.² A partir de la semana 17 del 2017, la Secretaría de Salud ha confirmado un total de 1011 casos de síndrome de Guillain-Barré a nivel nacional, de ellos, 15 fueron asociados al virus de Zika;³ por lo cual, se enfatiza la importancia que tiene el actuar del Especialista en Enfermería Infantil (EEI) durante el abordaje terapéutico, ejecutando intervenciones especializadas que permitan disminuir riesgos y complicaciones en el adolescente.

La infección por virus de Zika está afectando intensamente a los países latinoamericanos y se ha convertido en una nueva epidemia. Su posible asociación con microcefalia y síndrome de Guillain-Barré, motivó a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarase el 1 de febrero de 2016 que esta epidemia constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional.⁴ El impacto para pediatría radica en que se ha comenzado a ver afectada, ya que este síndrome es poco

¹ Orozco RO, Nuñez OS, Figueroa OO, Ochoa MJ. Factores asociados a la profesionalización de enfermería en México. Rev CONAMED [Internet]. 2015 [citado 25 de jun 2017]; 20(4): 40-46.

² Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica. OPS [Internet]. 2016 [citado 25 de jun 2017].

³ Pan American Health Organization. Zika. Epidemiological report Mexico [Internet]. 2017 June [citado 29 de jun 2017].

⁴ Joan AC, Domínguez A, Rodríguez VE. La infección por virus de Zika: una nueva emergencia de salud pública con gran impacto mediático. BVS [Internet]. 2016 [citado 15 enero 2017]; 30(6): 468-471.

frecuente en los primeros años de vida, sobre todo en menores de 2 años de edad, y a raíz del aumento de casos de virus de Zika, ha tenido un incremento en el número de casos confirmados de Guillain-Barré. Por lo tanto, es importante que el especialista dentro de su valoración primaria logre identificar antecedentes de gran importancia para la prevención de complicaciones.

II. OBJETIVOS

General:

Realizar un estudio de caso a un adolescente masculino con diagnóstico médico de síndrome de Guillain-Barré asociado a Zika, que se encuentra hospitalizado en el Instituto Nacional de Pediatría, aplicando el Proceso Enfermero apoyado de la Teoría General de Autocuidado, para lograr disminuir riesgos, complicaciones y favorecer su bienestar biosicosocial.

Específicos:

1. Realizar la valoración de los requisitos universales de autocuidado, déficit de autocuidado y desarrollo del adolescente para la identificación de requisitos con déficit.
2. Establecer diagnósticos de enfermería reales y de riesgo de los requisitos de autocuidado universales que se encuentren alterados.
3. Elaborar planes de cuidados para modificar las alteraciones que se presenten en el estado de salud, de acuerdo con la priorización del déficit de autocuidado.
4. Ejecutar cuidados especializados de enfermería fundamentados en la búsqueda científica, para brindar intervenciones oportunas que mejoren el estado de salud y favorezcan el autocuidado.
5. Evaluar planes de cuidados especializados, para conocer el impacto y efectividad que proporcionan en el adolescente, así como las capacidades de autocuidado adquiridas.
6. Elaborar un plan de alta que fomente el autocuidado en la persona, involucrando al cuidador primario para favorecer la calidad de vida.

III. METODOLOGÍA Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

La selección del paciente para el estudio de caso se llevó a cabo durante la rotación en el servicio de terapia intensiva, en la fase de prácticas hospitalarias del primer semestre ciclo escolar 2017-1.

Mes	Actividades
Octubre 2016	<ul style="list-style-type: none">▪ Selección del paciente para el estudio de caso.▪ Firma de consentimiento informado.▪ Valoración generalizada.▪ Primera valoración focalizada.
Noviembre 2016	<ul style="list-style-type: none">▪ Desarrollo de diagnósticos y planes de cuidado.▪ Segunda valoración focalizada.▪ Valoración a través de fuentes secundarias.
Diciembre 2016	<ul style="list-style-type: none">▪ Búsqueda de información teórica.▪ Fundamentación de los planes de cuidados.▪ Evaluación de los planes de cuidados.
Enero 2017	<ul style="list-style-type: none">▪ Presentación de los avances del estudio de caso, en el primer seminario de enfermería.
Febrero, marzo y abril 2017	<ul style="list-style-type: none">▪ Vigilancia del estado general del adolescente.
Mayo - junio 2017	<ul style="list-style-type: none">▪ Desarrollo de conclusiones y sugerencias del estudio de caso.▪ Revisión general por parte de la tutoría.

IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

El crecimiento del conocimiento científico y de las bases de datos a disposición del profesional de enfermería, hace que cada vez sea necesaria una búsqueda más compleja y específica para poder recopilar información de mejor evidencia y calidad sobre el tema que se pretende investigar. Es por ello que para el presente estudio de caso, se realizó una búsqueda de artículos a través de diferentes bases de datos, utilizando buscadores específicos y metabuscadores como son Medline, CINAHL y BidiUNAM. Se usaron palabras clave como: “Enfermería”, “Cuidados”, “Guillain-Barré”, “Zika”, “Orem”, “Guía de práctica Clínica”, “Emergencia” y “México”. Se emplearon los operadores “AND” y “OR”, acompañados del uso de filtros como son: texto completo, límite, idioma y año. Se obtuvieron diversos artículos, de los cuales se hizo una selección de 50 y se presentan 5 de ellos para fundamentar el siguiente estudio de caso:

En el artículo “Virus Zika en un nuevo mundo”, del autor Vial CA, se menciona que desde 1947, año en que fue descubierto en Ungada, África, el virus de Zika, éste ha ido expandiendo su rango geográfico siguiendo una dirección de occidente a oriente: primero en diversos países africanos, luego en los años sesenta en Asia y posteriormente Oceanía (Micronesia, 2007; Polinesia Francesa, 2013). En 2014 se registró un brote en la Isla de Pascua. En mayo de 2015 se confirman los primeros casos en Brasil.⁵

La llegada del virus del Zika es reciente y se desconocen los efectos que puede causar sobre la población a la que afecta. Es importante la observación de datos que puedan ayudar a detener su diseminación, identificando cuáles son los factores que favorecen el crecimiento del vector, forma de transmisión, población a la que más afecta y daños que causa (ya que se relaciona con severas malformaciones del sistema nervioso central), esto con el fin de llevar a cabo una adecuada prevención, detener la diseminación y reducir los riesgos.

Cuando existe el surgimiento de una nueva emergencia de salud, siempre es importante conocer el inicio. Sánchez González J., en su artículo “Virus de Zika”, menciona que en octubre de 2015 se identificó en México el primer caso autóctono por

⁵ Vial CP, Araos BR. Virus Zika en un nuevo mundo. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2016 [citado 7 may 2017]; 87(2): 79-81.

virus de Zika. Se trató de un paciente masculino de 22 años, residente en Monterrey, Nuevo León, quien inició un cuadro clínico en la tercera semana de octubre. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), destaca de hay dos razones principales para la rápida propagación del virus: la población de América no había estado expuesta anteriormente al Zika (y por lo tanto se carece de la inmunidad) y la presencia del mosquito Aedes (principal vector para la transmisión de Zika).⁶

De aquí la importancia de enfatizar en las medidas de prevención, ya que no hay vacunas; las formas más eficaces para disminuir la propagación son: reducir las poblaciones de mosquitos y librarse de potenciales criaderos, e implementar medidas de protección personal para evitar las picaduras del mosquito. México no se encuentra preparado para la atención de los recientes brotes que se han registrado, pero se sigue contando con el tratamiento más importante de toda enfermedad, que es la prevención, tarea importante del profesional de la salud.

El mecanismo mediante el cual el Zika induce estas complicaciones asociadas al sistema nervioso no es claro, aunque se debe posiblemente a la relación cruzada dada por la similitud entre antígenos virales y los péptidos de la mielina.⁷ De esto hace mención la microbióloga Betancur Ocampo en su artículo “Relación entre síndrome de Guillain-Barré e infección por el virus de Zika”, ahí se observa la relación que establece que uno de los mecanismos moleculares que contribuyen a la patogénesis del SGB, son los anticuerpos tipo IgG anti-glicolípidos dirigido contra los gangliósidos. Por lo tanto, es indispensable que el EEI sepa que haber padecido Zika es un factor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad del sistema nervioso central; además, debe aprender a identificar tempranamente el inicio de Guillain-Barré, pues la identificación de los datos de alarma dentro de las primeras horas, optimizan la pronta y adecuada atención médica, ya que el tiempo entre el inicio de la enfermedad y las complicaciones es muy corto.

El síndrome de Guillain-Barré, afecta a pacientes de todas las edades, desde lactante hasta la tercera edad, pero es menos frecuente en pediatría y presentan picos incidenciales al final de la adolescencia. El estado nutricional no tiene relación con la enfermedad, lo que influye es el estado socioeconómico, ya que las malas condiciones

⁶ Sánchez GJ, Ramos RC, Jácome SB. Virus Zika en México. Rev. Lat [Internet]. 2016 [citado 15 dic 2016]; 63(1): 4-12.

⁷ Betancur OI, Milena BA, Cardona AJ. Relación entre síndrome de Guillain-Barré e Infección por el virus de Zika: Revisión sistemática de la literatura. Arch Med. [Internet]. 2016 [citado 17 dic 2016 dic]; 12(39): 1-8.

de vida están relacionadas directamente con las condiciones de saneamiento ambiental deficiente,⁸ así lo indica González Vidal en su artículo “Guillain-Barré en la Infancia”. Como ya se mencionó, el SGB en la infancia tiene una baja incidencia; sin embargo, el número de casos en dicho grupo ha ido en aumento a raíz del incremento de casos de Zika, es por eso que en la actualidad el EEI requiere del conocimiento sobre la incidencia y prevalencia de las nuevas enfermedades que afectan a la población infantil.

Debemos contar con recursos científicos sobre el cuidado que se está aplicando a pacientes con SGB. El artículo “Intervención de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN”, de Cacino Morales, Licenciada en enfermería, presenta el estudio de un caso cuyo objetivo es dar a conocer la importancia, así como los cuidados de alta especialidad de enfermería en este padecimiento que, a pesar de ser de baja la incidencia, representa un gran impacto para quien lo padece: nunca se pierde el estado de alerta y la persona es consciente de su deterioro a lo largo de la enfermedad, se produce una discapacidad prolongada y es necesaria la atención multidisciplinaria.⁹

Para el éxito de un plan de cuidados, es de suma importancia conocer las acciones que se han llevado a cabo con este tipo de pacientes, logrando identificar aquellas acciones que pueden utilizarse o cambiarse, para ayudarnos a dirigir el cuidado y mejorar la condición actual de la población infantil.

⁸ Aguilera OP, González DV, Ruiz FJ. Síndrome de Guillain-Barré en la infancia. Medisan [Internet]. 2014 [citado 17 dic 2016].

⁹ Cacino MK, Balcázar MV. Intervención de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN. Enf. Uni [Internet]. 2013 [citado 14 dic 2016]; 10(1): 27-32.

V. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermería, como consecuencia de la constante evolución del entorno, ha progresado en el contexto de los acontecimientos histórico-sociales. Ha pasado de un oficio, al arte y disciplina del cuidado; de un método empírico a uno científico, metodológico, crítico y sistematizado.¹⁰ Todo lo anterior la ha llevado a tener un avance significativo, propiciado por el desarrollo y divulgación de modelos conceptuales que sustentan su práctica.¹¹

El cuidado debe ser entendido como concepto que sirve de base para análisis y la investigación continua de la enfermera. Considerando que en la actualidad el cuidado se cita con frecuencia para apoyar las prácticas de las enfermeras actuales, el uso de esta palabra involucra un sentido emergente, ya que el concepto de cuidado se ha convertido en objeto de estudio de la enfermera en los últimos años.

El cuidado profesional es asumir una respuesta deliberada que envuelve un poder espiritual de afectividad, puede estar vinculado al uso de la tecnología y al grado de necesidad del cuidado del usuario, es decir, cuidamos de manera diferente a una persona que se encuentra en una unidad de cuidados intensivos que a otra que se encuentra en un ambulatorio, pero ambas reciben cuidados en grados diferentes. El cuidado profesional es desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades, para mejorar o recuperar la salud.

Por lo tanto, los servicios profesionales del cuidado en lo relativo a la promoción, restauración de salud y prevención de enfermedad o lesiones, también comprenden las actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico.¹² La forma de interactuar en la atención, es construida a partir de un complejo proceso de sensibilidad y reciprocidad, que se refieren a la vida y formas de fortalecer la relación de las personas.

El objetivo de la enfermería como profesión y disciplina, es el cuidado directo a las personas y comunidades, trabajando en colaboración y como iguales con otras

¹⁰ Orozco, op. cit., p. 40.

¹¹ Galvis LM. Teorías y Modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Rev Cuid [Internet]. 2015 [citado 13 dic 2016]; 6(2): 1108-1115.

¹² Aguayo AF, Mella MR. Significado práctico del concepto de gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2015 [citado 24 feb 2017]; 21(3):73-85.

profesiones del equipo de salud, basándonos en valores humanos por el bienestar de la población. Este cuidado se fundamenta y contribuye, con una mirada compleja, en las diferentes esferas vitales. Es así que cuidamos con una perspectiva personal global y sistemática social, atendemos a las personas con su matiz biológico, psicológico, social y cultural según nuestras competencias, que incluye el cuidado asistencial directo, la docencia, la gestión y la investigación.

Paradigma de enfermería

Un paradigma expresa un padrón que debe ser seguido en el campo social o científico, es decir, en una misma comunidad científica; los paradigmas expresan las creencias, los valores y las técnicas compartidas por un grupo de científicos y están influenciados por los factores culturales, políticos, económicos y sociales. En general, el término paradigma se refiere a la forma como percibimos y actuamos en el mundo.

Se entiende que nuevos conceptos y formas de pensar influyen en la comprensión del conocimiento y del proceso del trabajo en la salud, percibiendo que las distintas tendencias epistemológicas traen implicaciones para la enfermería y sugieren diversas formas de actuar dentro de esta área.

Así, rescatar los paradigmas que influyeron e influyen en el cuidado en enfermería, permite al profesional reorientar el saber y el hacer de esta disciplina, contribuir a la ruptura de padrones tradicionales y neutralizar los efectos de la naturalización y de la autoimitación, vislumbrando alternativas para un nuevo camino.

Los paradigmas de la modernidad y la enfermería

El positivismo, paradigma dominante de la ciencia moderna, tiene su raíz histórica en el Iluminismo (siglo XVIII), época marcada por la necesidad de unir conocimiento y razón. Pero sus bases fueron establecidas desde el Renacimiento (siglo XV y XVI), cuando ya se valoraba la investigación de la naturaleza.

La enfermería tiene sus raíces en prácticas empíricas de mujeres que, utilizando su sentido común, cuidaban a los enfermos de la familia. Como profesión se constituyó a mediados del siglo XIX, a partir del trabajo de Florence Nightingale, precursora de la enfermería moderna o científica.¹³

¹³ Carnevalli MA, Rodríguez RZ, Bitencourt AB. Los paradigmas de la modernidad y posmodernidad y el proceso de cuidar en enfermería. *Enfer Global [Internet]* 2015 [citado 15 Feb 2017]; 14(1): 335-341.

De acuerdo con la corriente de pensamiento, se conocen tres tipos de paradigma: el de categorización (1850-1950), en el cual todo fenómeno viene de algo, y ha inspirado dos orientaciones, la salud pública y enfermedad; el de la integración (1950-1975), orientado a los cuidados de enfermería hacia la persona; y el paradigma de la transformación (1975-siglo XX), donde cada fenómeno es único e irrepetible.

Paradigma de categorización

- Orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal de la enfermedad: los cuidados están basados no sólo en la compasión, también en la observación y experiencia.
- Centrado en dos orientaciones, salud pública y enfermedad: los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana.

Paradigma de la integración

- Orienta a mantener la salud en todas sus dimensiones: salud física, mental y social.
- La enfermera centra su atención en situaciones presentes y utiliza los principios de relación de ayuda a fin de responder a sus necesidades.

Paradigma de la transformación

- Es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.
- Describe a la persona como un sistema de intercambios constantes de energía con su entorno, que vive en equilibrio inestable de organización y reorganización en el medio.
- El cuidado es el resultado de la valoración del grado de incertidumbre experimentado por la persona cuidada.
- La enfermedad le aporta al individuo una interpretación compleja del mundo y la vida, y una imposibilidad de buscar equilibrio como el que acontecía antes de la enfermedad.

14

¹⁴Olivé FC. Cuidado humanístico y transpersonal: esencial de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. Salud [Internet]. 2015 [citado 26 feb 2017]; 19(3): 20-26.

Escuelas de enfermería

La relación particular entre los conceptos cuidado, persona, salud y entorno, constituye el núcleo de la disciplina enfermera. Las concepciones elaboradas para la profesión de enfermera, permiten precisar la relación entre estos conceptos. Las grandes corrientes del pensamiento, principalmente el paradigma de la integración (que han conducido a una orientación hacia la persona) y el paradigma de la transformación (que lleva a la apertura hacia el mundo), han influenciado la elaboración de los modelos conceptuales.

Según su base filosófica y científica, podemos agrupar las concepciones de la disciplina enfermera en seis escuelas.

1. Escuela de las necesidades

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

2. Escuela de la interacción

Sustenta que el cuidado de enfermería es una relación humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto. La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana, social, en el diálogo y la relación recíproca entre la enfermera y el paciente. Esta comunicación constituye un escenario para el encuentro con el otro y es un eje para desarrollarse con otros, es decir, es un elemento fundamental del cuidado.

3. Escuela de los efectos deseables

Busca responder a la pregunta ¿por qué las enfermeras hacen lo que hacen? Sin ignorar el qué y el cómo, este grupo de teorizadoras ha intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados

enfermeros. Consideran que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía.

4. Escuela de promoción de la salud

La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela, es destacar el importante papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud, ampliando su acción a la familia.

5. Escuela del ser 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?.

6. Escuela del caring

Está formada por el conjunto de acciones que permiten a la enfermera, por ejemplo, descubrir de manera sutil los signos de mejora o de deterioro de la persona. Caring también significa facilitar y ayudar, respetando los valores de la creencia, la forma de vida y la cultura de las personas.

15

¹⁵ Balam C, Franco M. Teorías y Modelos de Enfermería Bases Teóricas para el Cuidado Especializado. México: Herrera Martínez Rafael, Ed 2. 2011.

VI. TEORÍA GENERAL DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

Una de las grandes estudiosas de las ciencias de enfermería fue la estadounidense Dorothea Elizabeth Orem, quien en 1958 estableció un modelo conceptual basado en su teoría sobre el déficit de autocuidado.

Orem nació en Baltimore en 1914. Inició su carrera de enfermería en la Providence Hospital School of Nursing, en Wasington, DC. Después de recibir títulos avanzados, Orem se centró principalmente en la enseñanza, investigación y administración; de 1945 a 1946 fue directora de la escuela de enfermería del Povidence Hospital en Detroit. En 1971 publicó su primer libro *Nursing Concepsts of Practice*; se jubiló en 1984 y siguió trabajando de forma individual y con sus colaboradores en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado. Murió el 22 de junio de 2007 en Skidaway Island, Georgia.¹⁶

Orem refiere que el autocuidado no es innato, sino que se aprende durante la vida mediante las relaciones interpersonales y la comunicación con la familia, la escuela y los amigos. Los tipos de autocuidado son universales, del ciclo vital o de desarrollo; además, son acciones conscientes que los individuos aprenden y realizan de acuerdo con los patrones socioculturales de la comunidad a la que pertenecen. Asimismo, esa teoría es la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado de los sistemas de enfermería.¹⁷

Orem define el objetivo de 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 déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo lógico, racional y pensante. Como tal, es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas.¹⁸

¹⁶ Franco MP. Déficit de autocuidado Dorothea Elizabeth Orem. Medical Archives [Internet]. 2013 [citado 7 abr 2017].

¹⁷ Landiuno JJ, Méndez MY, Pacherrí MA, Quiroz AE, Solórzano RI, Nique TF. Cuidado de enfermería y teoría de Dorothea Orem. Ciencias de la salud [Internet]. 2015 [citado 15 oct 2016]; 2(2): 510-514.

¹⁸ Colegio de educación profesional Técnica del estado de Chiapas. Congreso Historia Enfermería [Internet]. 2015 [citado 15 oct 2016].

Teoría del autocuidado

El autocuidado requiere de una acción intencionada y calculada, condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de la persona. Se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar.

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes. De acuerdo con la investigadora Orem, hay tres categorías de requisitos de autocuidado.

Categorías de requisitos de autocuidado		
Requisitos universales de autocuidado	Son los que precisan todos los individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral como personas.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire. • Mantenimiento de un ingreso suficiente de agua. • Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos. • Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal. • Equilibrio entre actividad y descanso. • Equilibrio entre soledad y comunicación social. • Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano. • Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano.
Requisitos de desarrollo	Estos surgen como el resultado de los procesos de desarrollo o estados que afectan el desarrollo humano.	
Requisitos de desviación a la salud	Entre ellos se encuentran los que derivan de traumatismo, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico, e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida. Con aplicación de esta categoría, el cuidado es intencionado, lo inicia la propia persona, es eficaz y fomenta la independencia.	

19

¹⁹ Prado SL, González RM, Paz GN, Romero BK. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 [citado 25 dic 2016]; 36(6): 835-845.

Teoría del déficit de autocuidado

Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, es decir, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado. La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería. Las personas que están limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado, son los pacientes legítimos de las enfermeras.

Los enfermeros y enfermeras establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan la forma adecuada de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción. Evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

Componentes del déficit de autocuidado	
Necesidad de autocuidado terapéutico	Constituida por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en cierto momento, o durante cierto tiempo, para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona.
Actividad de autocuidado	Habilidad adquirida por las personas maduras o que están madurando, para conocer y cubrir sus necesidades y regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.
Agente	Persona que se compromete o que tiene el poder de comprometerse a realizar un curso de acción.
Agente de cuidado dependiente	Persona que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de aquellos individuos importantes para él.
Actividad de enfermería	Capacidad desarrollada por enfermeras(os) para actuar, saber y ayudar a las personas y cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado.

20

²⁰ Villanueva SC. Adolescente femenino con Déficit de los Requisitos Universales de Autocuidado secundario a osteosarcoma [Tesis en Internet]. México: UNAM; 2016 [citado 5 mar 2017]: 11.

Teoría de los sistemas enfermeros

Es importante el desarrollo de un sistema apropiado (una disposición ordenada) para brindar cuidados. Las operaciones reguladoras y de tratamiento pueden compararse con los componentes de intervención y evaluación del tradicional proceso de atención de enfermería.

El sistema de enfermería es la manera y el contexto en los cuales la enfermera y el paciente interactúan. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos, incluyendo las interacciones con los familiares y amigos.

Tipos de sistemas de enfermería	
Sistema totalmente compensatorio	La enfermera tiene que hacerse cargo de satisfacer los requisitos universales por incapacidad o limitación del paciente para satisfacerlos por cuenta propia, o de quienes hayan aprendido a adaptarse a cualquier limitación y no puedan satisfacerlos por sí mismos.
Sistema parcialmente compensatorio	La enfermera sigue cumpliendo su papel de compensatoria, pero el individuo cumple un papel más participativo en toma de decisiones y acciones; es decir, otorga mayores responsabilidades al individuo.
Sistema de apoyo-educación	La enfermera cumple un papel fundamental al que mayor énfasis se debería otorgar, pues se encarga de regular y apoyar los procesos de toma de decisiones por parte del individuo para el desarrollo de las capacidades de autocuidado.

21

²¹ Herrera OG, Silva TJ. Cuidado al paciente cardiorrespiratorio. Sublínea Adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos [Tesis en Internet]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2014 [citado 5 mar 2017]: 6.

VII. MÉTODO ENFERMERO

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con acontecimientos y corrientes filosóficas del pensamiento que han ido sucediendo a lo largo de la historia. Primeramente, en 1955 Lidia Hal, identifica a la enfermería como un proceso dirigido a cuidar personas. En la siguiente década 1966, Ida Jean Orlando, propone lo que es considerado una formulación embrionaria del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Helen Yura y Walsh en 1967 establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación. La etapa diagnóstica fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Callista Roy y Aspinall, quedando desde entonces el PAE como actualmente se conoce.

Este proceso consiste en la aplicación del método científico y sistemático de intervención para la implementación de cuidados profesionales, que permiten fundamentar la práctica de los cuidados en pos de mejorar la atención brindada a las personas. Al aplicarlo, el profesional debe reconocer a la persona, la familia o grupo social, en su contexto y características individuales, para realizar una valoración adecuada que le permita identificar sus necesidades afectadas. Para ello, crea un plan de cuidados que ayude a satisfacer dichas necesidades, las cuales deben estar dirigidas a mantener y preservar la integridad física, sus creencias y valores personales.²²

El proceso enfermero se caracteriza por ser sistemático, dinámico, humanístico y centrado en los objetivos o resultados. Ha sido conocido también por muchos otros nombres como plan de atención enfermería, método enfermero, método clínico en enfermería, plan de cuidados en enfermería, método científico de enfermería, gestión clínica de cuidados.²³

²² Díaz AR, Amador MR, Alonso UR, Campo GA, Mederos DM, Oria SM. Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería: Estudiantes de licenciatura de Enfermería. Facultad "Lidia Doce". 2013. *Enferm. univ* [Internet]. 2015 [citado 26 jun 2017]; 12(1): 36-40.

²³ Ruymón BP, Aguirre A. El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera. España: Elsevier [Internet]. 2014 [citado 18 feb 2017]: 7-10.

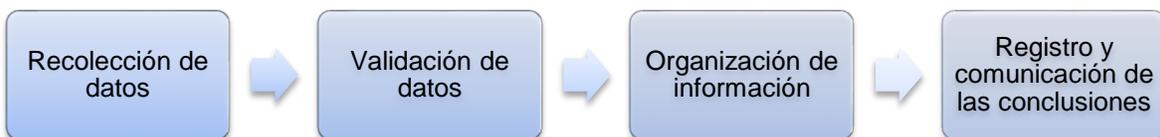
Etapas del proceso enfermero



1. Valoración

Es un proceso organizado, deliberado y sistemático de recolección de información pertinente sobre el usuario, la familia o comunidad que requiere la atención; con el propósito de identificar datos relevantes para determinar los problemas, necesidades, respuestas humanas y riesgos.²⁴

Fases de la valoración



Recolección de datos

La recogida de los datos consiste en reunir información sobre el estado del paciente, debe ser un proceso tanto sistemático como continuo. Se debe crear una base de datos que es toda la información que se dispone del cliente: comprende la historia y la exploración física de enfermería, resultados de laboratorio, complementarias, así como datos aportados por el personal de salud. Los datos deben incluir:

Historial anterior al problema actual (intervenciones quirúrgicas previas, tratamientos anteriores, enfermedades crónicas).

²⁴ Vele BS, Veletaga LD. Aplicación del proceso de atención enfermería de las enfermeras/os, que laboran en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso [Tesis en Internet]: Uni de Cuenca Ecu; 2015 [citado 27 feb 2017]: 45-48.

Datos actuales, circunstancias presentes (dolor, náuseas, ritmo del sueño prácticas religiosas).

Clase de datos	
Datos subjetivos	Síntomas o datos no visibles, únicamente los puede indicar el paciente (picor, dolor, o sentimientos de preocupación).
Datos objetivos	Signos o datos de manifiesto detectables por un observador o pueden compararse con alguna norma aceptada. Se pueden ver, oír, sentir u oler mediante la entrevista y la exploración física.

Los datos pueden proceder de dos fuentes primarias o secundarias.

Tipos de fuentes	
Fuente primaria	Observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.
Fuente secundaria	Expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.).

25

Técnicas

En la valoración, la entrevista clínica permite al profesional de enfermería adquirir la información precisa, establecer la relación enfermero-paciente, determinar las áreas que precisan de una valoración más específica, aquéllas en las que el cliente puede identificar problemas y establecer objetivos. La observación sistemática se realiza a través de los sentidos.

Entrevista

Es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo. Existen dos métodos para entrevistar: dirigido y no dirigido. La entrevista dirigida es muy estructurada y obtiene información específica: el profesional de enfermería establece el objetivo de la entrevista y la controla; al comienzo, el usuario responde preguntas pero puede tener una oportunidad limitada para plantear cuestiones y preocupaciones. La entrevista no dirigida o entrevista construida sobre la buena relación, se da cuando

²⁵ Audrey BJ, Shirlee S. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica. Vol 1.9 th ed. Madrid España: Parson; 2013.

el personal de enfermería permite al usuario el objetivo, el tema y el ritmo. La buena relación es la buena comprensión entre dos o más personas.

Tipos de preguntas para la entrevista	
Preguntas cerradas	<ul style="list-style-type: none"> • Se usa en la entrevista dirigida. • Sólo se solicita un sí o un no.
Preguntas abiertas	<ul style="list-style-type: none"> • El tema se puede volver amplio para comentar una respuesta más larga que una o dos palabras.
Preguntas neutras	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede responder sin dirección ni presión.

Estadios de una entrevista	
La apertura	Puede ser la parte más importante de la entrevista porque lo que se dice y se hace en ese momento establece el tono para el resto de la misma. Los objetivos de establecer una buena relación y orientar al entrevistado.
El cuerpo	El usuario comunica lo que piensa, siente y percibe en respuesta a preguntas del profesional de enfermería, quien debe usar técnicas de comunicación que hagan que las dos partes se sientan cómodas y sirvan al objetivo de la entrevista.
El cierre	El profesional de enfermería termina la entrevista cuando ha obtenido la información necesaria. Pero en algunos casos la termina el paciente, por ejemplo, cuando decide no dar más información o es incapaz de hacerlo por alguna razón, por ejemplo fatiga.

26

Exploración física

Es un método sistemático de recogida de datos que usan la observación (es decir, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto) para detectar problemas de salud. Para realizar la exploración, el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión, en otras palabras, el método clínico.

²⁶ Ibid., pp. 188-190.

Métodos de exploración física	
Método cefalo-podal	Comienza con la exploración de la cabeza; progresa hacia el cuello, tórax, abdomen, las extremidades y termina en los dedos de los pies.
Método de cribano o sistemas	Se valora el aspecto general: signos vitales, peso, talla y a continuación cada sistema y aparato de forma independiente comenzando por las zonas más afectadas.

Método Clínico	
Inspección	Es la observación a conciencia de los pacientes. Se analizan rasgos físicos, conductas y se detecta la presencia de olores. Se inicia observando características generales como edad, sexo, el nivel de atención, etc. En esta fase inicial, se reúnen datos para impresión global y la gravedad de la situación.
Percusión	Se usa para producir sonidos, se golpea al paciente con los dedos, de modo parecido a como lo hace una baqueta sobre el tambor. Las vibraciones que producen los dedos crean sonidos de percusión a través del cuerpo del paciente. Si las vibraciones viajan a tejido denso, los sonidos de percusión son sordos.
Palpación	Es la valoración del paciente a través del tacto para evaluar la textura, temperatura, humedad, tamaño, forma, localización, vibración, etc. Antes de iniciar esta técnica se informa al paciente de la necesidad de palpar las partes del cuerpo y se señalan los motivos, se pide permiso para utilizar el tacto. Se utilizan diferentes partes de la mano dependiendo de los datos que quieren obtenerse, el uso de las yemas de los dedos es para discriminar con precisión, porque son la parte con más movilidad.
Auscultación	Consiste en la apreciación, con el sentido del oído, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón o por la entrada y salida del aire en el sistema respiratorio, etc.

Validación de datos

La información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa, porque los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en esta información. La validación es el acto de comprobar dos veces o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos. La validación de datos ayuda al profesional de enfermería a completar esta tarea:

- Garantizar que la información de la valoración es completa.
- Garantizar que los datos objetivos y subjetivos relacionados están de acuerdo entre sí.
- Obtener información adicional que puede haber pasado por alto.
- Diferenciar entre pistas e inferencias. Las pistas son datos objetivos o subjetivos que puede observar directamente el profesional de enfermería; es decir, lo que el usuario dice o lo que el personal de enfermería puede ver, oír, percibir, oler o medir. Las inferencias son las interpretaciones o conclusiones del profesional de enfermería basadas en las pistas.

Organización de datos

Los profesionales de enfermería usan un formato escrito o electrónico para organizar los datos de la valoración de una forma sistemática. A esto se le denomina a menudo anamnesis de enfermería. El formato puede modificarse según del estado físico del paciente (como la parte que se centra en los datos).

Registro de valoración

Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos del paciente. El registro preciso es fundamental y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente. Los datos se recogen de forma objetiva.²⁷

²⁷ *Ibíd.*, pp 190-195.

2. Diagnóstico

Diagnosticar se refiere al proceso de razonamiento, mientras que el término diagnóstico es una declaración o conclusión respecto a la naturaleza del fenómeno por las siguientes razones:

El propósito del diagnóstico es aclarar la naturaleza exacta de los problemas y los riesgos, que se deben tratar para lograr los resultados generales esperados de los cuidados. Un diagnóstico de enfermería es un juicio hecho sólo después de una recogida exhaustiva y sistemática de los datos y al elaborar los diagnósticos se puede utilizar los siguientes términos: alteración, deterioro, falta de, inadecuado, disminución, insuficiente, incapacidad para, fallo en, interrupción de, reducción de y reducción.²⁸

Los diagnósticos de enfermería describen un proceso continuo de estados de salud: las desviaciones de la salud, los factores de riesgo y áreas relacionadas con la promoción del crecimiento emocional. Las conclusiones que salen durante esta fase afectan a todo el plan de cuidados.

Estados de los diagnósticos de enfermería	
Un diagnóstico actual o real	Es un problema del usuario que está presente en la valoración de enfermería y se basa en la presencia de signos y síntomas.
Un diagnóstico de promoción a la salud	Está relacionado con la preparación de los usuarios para aplicar conductas que mejoren su estado de salud y empiezan con la frase: “Disposición para mejorar...”
Un diagnóstico de enfermería de riesgo	Es un juicio clínico de un problema que no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que aparezca, a no ser que el profesional de enfermería intervenga. Por lo tanto, un profesional de enfermería debería de usar la etiqueta de “Riesgo de...” para describir el estado de salud del usuario.

²⁸ Almeida JA, Castro RY, Guzmán SM, Mena RM, Sarzona HG. Manual de la enfermería. España: Cultural, S.A; 2013.

Un diagnóstico de enfermería tiene tres componentes: el problema y su definición; etiología y las características definitorias.

Componentes de los diagnósticos de enfermería	
Problema (etiqueta diagnóstica) y definición	La declaración del problema, o etiqueta diagnóstica, describe el problema de salud del usuario o la respuesta para que se administre el tratamiento de enfermería. Describe el estado de salud del usuario, de forma clara o concisa, en pocas palabras. El objetivo de la etiqueta diagnóstica es dirigir la formación de los objetivos del usuario y los resultados esperados.
Etiología (factores relacionados y factores de riesgo)	El componente etiológico de un diagnóstico de enfermería identifica una o más causas probables de los problemas de salud, da instrucciones para el tratamiento de enfermería requerido y capacita al profesional de enfermería para individualizar la asistencia al usuario.
Características definitorias	Son un grupo de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica en particular. En los diagnósticos de enfermería real, las características definitorias son los signos y síntomas del usuario. En los de riesgo no hay signos objetivos o subjetivos; por ello, los factores que hacen que el usuario sea más vulnerable al problema, constituyen la causa de un diagnóstico de enfermería de riesgo.

3. Planificación

Es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas. En la planificación, el profesional de enfermería se refiere a los datos de la valoración del usuario y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular objetivos del usuario y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del usuario.²⁹

Una intervención de enfermería es cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y en el conocimiento, que un profesional de enfermería realiza para potenciar los

²⁹ Audrey BJ, Shirlee S, op. cit., 215.

resultados del usuario. El producto final de planificación es un plan asistencial del usuario.

Tipos de planificación	
Planificación inicial	El profesional de enfermería que realiza la valoración del ingreso suele llevar a cabo el plan asistencial inicial completo. Este profesional tiene la ventaja de que observa el lenguaje corporal del paciente y, además, puede obtener información intuitiva de la que no puede disponer en una base de datos escrita. La planificación debe iniciarse lo antes posible tras la valoración inicial.
Planificación en curso	La hacen todos los profesionales de enfermería que trabajan con el usuario. A medida que los profesionales obtienen nueva información y evalúan la respuesta del usuario a la asistencia, puede individualizar más el plan inicial de asistencia. Usando los datos de la valoración continua, el profesional de enfermería hace planificaciones diarias.
Planificación para el alta	Es el proceso de anticipación y planificación de las necesidades que surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia de salud completa y debe realizarse en el plan asistencial de todos los usuarios. La planificación eficaz para el alta comienza con el primer contacto del paciente, e implica una valoración completa para obtener información sobre las necesidades continuas del paciente.

30

Proceso de planificación

En el proceso de elaboración de planes asistenciales para el paciente, el profesional de enfermería participa en las siguientes actividades:

- Establecimiento de prioridades.
- Fijación de objetivos/resultados deseados del paciente.
- Selección de intervenciones de enfermería.
- Redacción de intervenciones de enfermería individualizadas en los planes asistenciales.

³⁰ *Ibidem.*, p. 221.

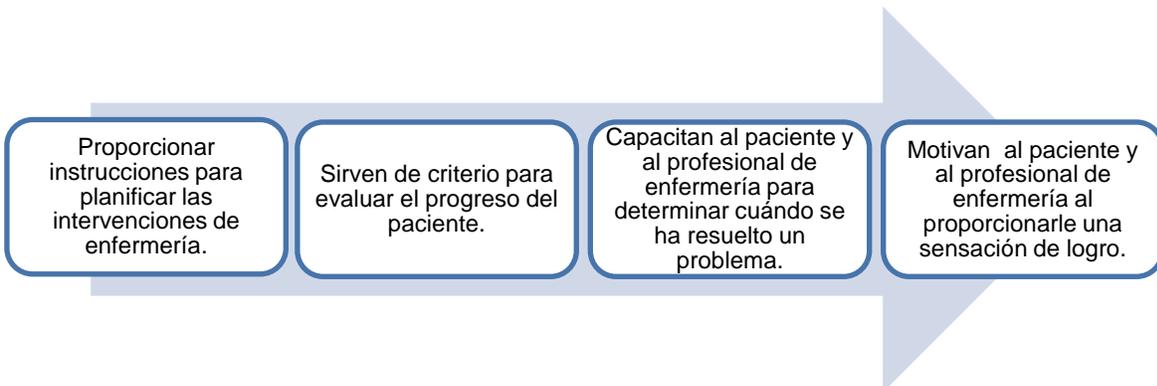
Establecimiento de prioridades

Es el proceso de elaboración de una secuencia preferente para abordar los diagnósticos e intervenciones de enfermería. En lugar de diagnósticos ordenados por importancia, los profesionales de enfermería pueden agruparlos en diagnósticos con prioridad alta, media o baja. Los problemas que amenazan la vida se consideran de prioridad alta; los problemas que amenazan la salud tienen una prioridad media, porque pueden dar lugar a un desarrollo tardío, y un problema con prioridad baja es aquel que requiere un mínimo apoyo de enfermería.

Fijación de objetivos/resultados deseados del paciente

Los objetivos describen, en términos de respuesta observable en el paciente, lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería. Parte de la bibliografía de enfermería diferencia los términos definiendo los objetivos como declaraciones amplias sobre el estado del paciente y los resultados deseados, como los criterios observables más específicos usados para evaluar si los objetivos se han cumplido.³¹

Los objetivos/resultados deseados sirven a los siguientes propósitos:



³¹ *Ibíd.*, p. 222.

Características de los objetivos	
Tipos de objetivos	<p>Los objetivos pueden ser...</p> <p>Corto plazo: son útiles para pacientes que requieren asistencia de salud durante un periodo corto, o paciente con paciente agudo.</p> <p>Largo plazo: se usan a menudo en pacientes que tienen un problema de salud crónico con estancia prolongada y centros de rehabilitación.</p>
Relación entre los objetivos y los diagnósticos de enfermería	<p>Para todos los diagnósticos de enfermería, el profesional debe escribir el resultado o resultados deseados que, cuando se consigan, demuestren directamente la resolución del problema planteando las siguientes preguntas: ¿cuál es el problema?, ¿cuál es la respuesta saludable?, ¿qué aspecto tendrá? y ¿qué deberá hacer o cómo demostrar la resolución del problema?.</p>
Componente de la declaración del objetivo	<p>Se componen de...</p> <p>Sujeto: es el paciente, cualquier parte de él o algún atributo del paciente.</p> <p>Verbo: son las acciones que debe realizar el paciente.</p> <p>Condiciones: pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales se muestran las conductas. Explican qué, dónde, cuándo o cómo.</p>
Directrices para describir los objetivos	<p>Comenzar cada declaración de objetivos con el paciente, no de actividad de enfermería.</p>

32

Selección de intervenciones y actividades de enfermería

Las intervenciones y actividades de enfermería son acciones que un profesional de enfermería realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las intervenciones específicas elegidas deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería.

³² *Ibíd.*, p. 224.

Tipos de intervenciones de enfermería	
Intervenciones dependientes	Son aquellas en las que el profesional de enfermería ejecuta el tratamiento facultativo.
Intervenciones interdependientes	Son llevadas por otro, con otros profesionales del equipo de salud.
Intervenciones independientes	Son aquellas que deberían identificar de modo unívoco los fenómenos propios de investigación y aplicación práctica intencional, se definen como aquellas actividades que puede realizar las enfermeras sin necesidad de una orden médica.

Redacción de intervenciones de enfermería individualizada

Tras recoger las intervenciones de enfermería adecuadas, el profesional de enfermería las describe en el plan asistencial. Las intervenciones de enfermería en el plan asistencial se fechan cuando se escriben y se revisan a intervalos que dependen de las necesidades individuales.

El formato de escritura de las intervenciones es parecido al de los resultados: verbo, condiciones y modificadores más el elemento temporal.

Dependiendo del tipo de problema del paciente, el profesional de enfermería describe las intervenciones para la observación, la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud.

4. Ejecución

En el proceso de enfermería, la aplicación es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones planeadas.

Habilidades de aplicación

Para ejecutar el plan asistencial con éxito, los profesionales de enfermería deben disponer de habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas. Estas habilidades son diferentes entre sí; pero en la práctica, los profesionales de enfermería las usan en diversas combinaciones y con diferente énfasis, dependiendo de la actividad.

La habilidad cognitiva (habilidades intelectuales) incluye la resolución de problemas, la toma de decisiones, el pensamiento crítico y la creatividad. Son cruciales para una asistencia segura e inteligente.³³

Las habilidades interpersonales son todas las actividades, verbales y no verbales, que las personas usan cuando interactúan entre sí. La eficacia de una acción de enfermería depende a menudo en gran medida de la capacidad del profesional de enfermería de comunicarse con otros. El profesional de enfermería usa la comunicación terapéutica para comprender al paciente y a su vez ser comprendido. Un profesional de enfermería también necesita trabajar con eficacia con otros miembros del equipo de salud.

Las habilidades técnicas son actitudes manuales dirigidas a un fin como manipular equipo, administrar inyecciones, poner vendajes, mover, colocar, levantar y recolocar al usuario. El término psicomotor se refiere a las acciones físicas que están controladas por la mente, no reflexivas. Las habilidades técnicas requieren conocimiento y con frecuencia destreza manual. El número de habilidades técnicas que se espera de un profesional de enfermería ha aumentado mucho en los últimos años por el uso generalizado de la tecnología, en especial en los hospitales de pacientes agudos.

5. Evaluación

La evaluación es la quinta o última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada continúa, y con un fin en el que los usuarios y los profesionales de la salud determinan: el progreso del paciente hacia la consecución de objetivos/resultados, y la eficacia del plan asistencial de enfermería. La evaluación es un aspecto importante del proceso de enfermería porque las conclusiones extraídas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben terminarse, continuarse o cambiarse.

La evaluación hecha mientras o inmediatamente después de una orden de enfermería capacita al profesional de enfermería para hacer intervenciones de una acción sobre la marcha. La evaluación realizada a intervalos específicos, muestra la extensión hacia el progreso, hacia la consecución de objetivos/resultados y capacita al profesional de enfermería a corregir cualquier deficiencia y modificar el plan asistencial cuando sea necesario. La evaluación continúa hasta que el usuario consigue los objetivos de salud o es dado de alta de la asistencia de enfermería.

³³ *Ibid.*, p. 237.

La evaluación en el momento del alta, incluye el estado de consecución de los objetivos y las capacidades de autocuidado del usuario con respecto al seguimiento. Mediante la evaluación, los profesionales de enfermería demuestran la responsabilidad de sus acciones, indican el interés en los resultados de las actividades de enfermería y demuestran un deseo de no perpetuar acciones ineficaces, sino de adoptar otras para lograr el efecto que se desea.³⁴

³⁴ *Ibíd.*, pp. 239-242.

VIII. RELACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO CON LA TEORÍA GENERAL DE DOROTHEA E. OREM

El modelo de la teoría general de autocuidado, compuesto de tres subteorías interrelacionadas, ayudan al profesional de enfermería a aplicar el proceso enfermero con la calidad requerida, además de aumentar el razonamiento crítico.



35

³⁵ Balam C, op. cit., p. 105.

IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la actualidad, la enfermería ha sabido reconocer la importancia de las exigencias éticas que vinculan al acto del cuidado, así ha dado razón a los diferentes conflictos a los que los profesionales hacen frente a diario. Esta responsabilidad es de dos tipos: por un lado existe la responsabilidad jurídica, y por el otro la llamada responsabilidad ética. El profesional, como cualquier otra persona es un ser moral que inconscientemente o conscientemente está en una reflexión ética en cuanto a las acciones sobre la vida humana, en cualquiera de las etapas del ciclo vital. Es por ello que existe el deber de formarse en el conocimiento de los diferentes modelos de práctica ética.³⁶

A continuación, se hace mención de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, y los derechos de los niños hospitalizados que tienen su inclusión en este estudio de caso:

Derechos de los niños, niñas y adolescentes

El reconocimiento de los profesionales de enfermería acerca de los derechos de niños, niñas y adolescentes, a ser respetados o de respetar la dignidad de cada uno, reviste gran importancia, fundamentalmente en la atención diaria del paciente. Los niños, al igual que los adultos, son un todo que posee aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales en busca del equilibrio y la armonía, y es, al propio tiempo, un ser único, capaz de desarrollar y satisfacer su necesidad de ayuda. La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada, deben ser respetadas durante la atención de enfermería al igual que su cultura y sus valores. El principio ético de respeto a la dignidad de los niños es legal y constituye un imperativo moral para las enfermeras y enfermeros.

Los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes están previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual reconoce a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos y, en su artículo 13, de manera enunciativa y no limitativa:

1. Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo.

³⁶ García ML, Pellicer GB, Arrazola AO. La ética del cuidado, sustento de la bioética enfermera. Rev Lat bio [Internet]. 2015 [citado 5 nov 2016]; 16(1):72-79.

2. Derecho de prioridad.
3. Derecho a la identidad.
4. Derecho a la igualdad sustantiva.
5. Derecho a no ser discriminado.
6. Derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral.
7. Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social.
8. Derecho a la inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.
9. Derecho al descanso y al esparcimiento.
10. Derecho a la libertad de expresión y de acceso a la información.
11. Derecho de participación.
12. Derecho de asociación y reunión.
13. Derecho a la intimidad.³⁷

Derechos de los niños hospitalizados

1. Que me llamen por mi nombre.
2. Que me sonrían, que me acaricien, que me presten cuidado y cariño.
3. Que me efectúen una evaluación minuciosa y un tratamiento cortés con prontitud.
4. Que me den a conocer los nombres de mis doctores, enfermeras y cualquier otra persona que asista mi cuidado.
5. Que me presten cuidado en mis necesidades básicas: estar aseado, seco, cómodo y sin angustia, siempre que sea posible.
6. Que me proporcionen el horario más normal que sea posible: sueño sin interrupción, horas tranquilas, horas de juego y el consuelo de mis padres y miembros de mi familia el mayor tiempo posible, diseñando los horarios con la finalidad de que sean lo más convenientes para mí.

³⁷ Comisión Nacional de derechos humanos. Ley general de los derechos de las niñas, niños y adolescentes 2016. [citado 16 oct 2016].

7. Que me fijen un sitio y un horario para mis análisis y procedimientos, que no me tengan con miedo, hambre o sed por más tiempo del que sea necesario.
8. Que me permitan caminar, jugar y hacer bullicio si esto no interfiere con la calidad de mi cuidado.
9. Que me permitan llorar y objetar a cualquier cosa que me duela.
10. Que me expliquen lo que me está sucediendo y contesten a mis preguntas con franqueza, en palabras que yo pueda entender.
11. Que mantengan confidencialidad con respecto a mi enfermedad.
12. Que las personas no hablen sobre mi persona cerca de mi cama, en mi habitación, fuera de mi puerta o en los pasillos, a menos que yo sepa lo que está sucediendo.
13. Que me den de alta del hospital tan pronto como sea posible, sin comprometer el cuidado de mi salud.³⁸

Principios bioéticos

Los principios son guías generales que dejan lugar al juicio particular en casos específicos y que ayudan explícitamente en el desarrollo de reglas y líneas de acción más detalladas. Han ido en aumento y, como se ha dicho, son argumentos, cuando es necesario tomar decisiones ante dilemas bioéticos.

Principios de bioética	
Respeto a la autonomía	Establece la necesidad de respetar la capacidad de las personas para tomar decisiones. Es la regulación personal, libre de interferencias externas y limitaciones personales que impide hacer una elección.
Beneficencia	No causar daño es insuficiente. La beneficencia impele a contribuir con el bienestar y ayudar a las personas de manera activa. Es la “obligación moral de actuar en beneficio de otros. Impone una obligación de ayudar a otros a promover sus importantes y legítimos intereses”.
No maleficencia	Es la obligación de no hacer daño o mal, intencionalmente; de prevenirlos, evitándolos o rechazándolos y de hacer o promover el bien. Este principio prevalece sobre el de beneficencia, porque no permite hacer daño a otros para salvar vidas y evitar causar daños y perjuicios.

³⁸ HIMFG. Certificación 2015. Ixtlilton [Internet]. 2015 [citado 1 abr 17]; (4).

Justicia	Es el conjunto de “normas que garantizan la distribución justa de beneficios, riesgos y costes”. La justicia distributiva busca solidaridad social, mediante la distribución igual, equitativa y apropiada no sólo de bienes materiales, sino de derechos y responsabilidades en la sociedad, para evitar discriminaciones e injusticias y promover la aplicación de lo correcto y debido. Tratar a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (biológica, social, cultural, económica, etc.).
----------	---

39

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 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 comunica 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. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas. Debido a que los valores u objetivos de las personas varían, la mejor elección no siempre es la que prioriza a la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de acuerdo con los valores u objetivos de cada persona. Por lo tanto, no es ya el médico el único que decide la mejor alternativa.

El consentimiento informado consta de dos partes:

- A. 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

³⁹ Sánchez GM. La bioética en la práctica clínica [Internet]. Rev. IMSS [Internet]. 2015 [citado 27 feb 2017]; 53(1): 66-73.

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.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado. Los datos deben darse a personas *competentes* en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas *incompetentes* por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia, es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

El consentimiento informado en pediatría es un proceso continuo centrados en la relación pediatras-padres-pacientes, que debe incorporar aspectos socioculturales del contexto particular niño o adolescente. El asentamiento informado se entiende, más allá de un formalismo legal o una práctica moral, como el proceso de inclusión y promoción de la autonomía del niño en los procesos de toma de decisiones.⁴⁰

B. 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.⁴¹

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.

Carta de los derechos generales de las enfermeras y enfermeros

La evolución de los Derechos Humanos (DH) en la profesión enfermera, ha jugado un papel muy importante, de hecho, no podemos hablar en pasado, ya que son y han sido siempre el pilar más importante de referencia para la existencia de los códigos de ética

⁴⁰ Boris JP, Gulfo RD. Asentamiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano. Rev Col de Bio [Internet]. 2013 [citado 25 ago 2017].

⁴¹ CONBIOÉTICA. Consentimiento informado. Comisión Nacional de Bioética [Internet]. 2015 [citado 18 dic 2016]: 60.

profesional de enfermería. Al revisarlos, observamos que en cada uno de ellos está presente el respeto por la vida humana en toda su dimensión, y ese es el pilar del ejercicio profesional.⁴²

Son los siguientes:

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con recursos necesarios que le permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades de los demás profesionales de la salud.
7. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo con sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
9. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo con sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
10. Ejercer la profesión de acuerdo a la legislación vigente.⁴³

⁴² Dirección de Red Médica Carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros [Internet]. [citado 5 nov 2016].

⁴³ HIMFG. Derechos de la enfermera. 2012 [citado 5 nov 2016].

X. DAÑOS A LA SALUD

En los últimos dos años se ha detectado la introducción del virus del Zika al continente Americano, y se encuentra latente la amenaza de su expansión a diversos territorios y países. Ante esto, la Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica el 16 de octubre de 2015, donde recomendó a sus Estados Miembros establecer y mantener la capacidad para detectar y confirmar casos de infección por virus de Zika y sus complicaciones neurológicas, tales como SGB y meningoencefalitis, o autoinmunes como púrpura trombocitopenia y leucopenia.⁴⁴

Infección de virus de Zika

El virus se aisló por primera vez en 1947 en los bosques de Zika (Uganda), en un mono Rheus durante un estudio sobre la transmisión de la fiebre amarilla selvática. Aunque la infección en seres humanos se demostró por estudios serológicos en 1952 (Uganda y Tanzania), sólo hasta 1968 se logró aislar el virus a partir de muestras humanas en Nigeria.⁴⁵

El virus del Zika es un flavivirus transmitido principalmente por mosquitos de las especies *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, y la infección puede ser asintomática o presentar un cuadro febril agudo con sarpullido. Su periodo de incubación es de 3 a 13 días. El primer caso autóctono de infección por virus de Zika en América, ocurrió en febrero de 2014 en la isla de Pascua, Chile. En mayo de 2015 el Ministerio de Salud de Brasil informó los primeros casos autóctonos de virus de Zika en los estados noroeste de su país.

En México, en octubre de 2015 fue identificado el primer caso autóctono de enfermedad por el virus Zika, que corresponde a masculino de 22 años residente de la ciudad de Monterrey, Nuevo León. Inició su cuadro clínico el 19 de octubre, caracterizado por presencia de fiebre, exantema y conjuntivitis no purulenta. El segundo caso se registró en el estado de Chiapas.⁴⁶

⁴⁴ Galván HS, Cabrera GD. Manifestaciones clínicas del virus de Zika. Rev Med IMSS [Internet]. 2016 [citado 7 mar 2017]: 54.

⁴⁵ OMS. Alerta epidemiológica infección por virus de Zika. 2015 [citado 7 mar 2017].

⁴⁶ CONAVE. Infección por virus de Zika, síndrome neurológico y anomalías congénitas. 2015 [citado 20 oct 2016].

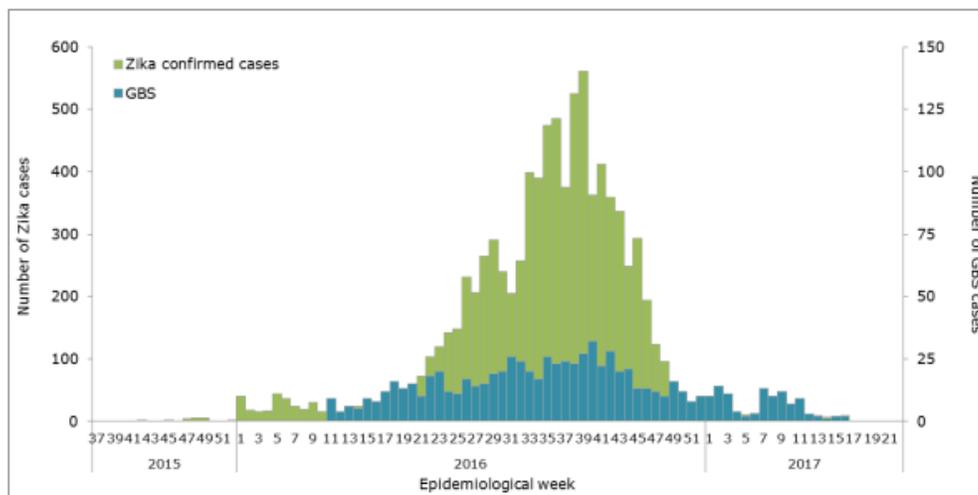
A partir de la semana 24 del 2017 la Secretaria de Salud de México ha informado de casos confirmados de Zika autóctona en 25 de los 32 estados (figura 1), también se muestran los casos de Zika asociados a SGB (figura 2).

Fig. 1 Acumulativo de casos confirmados por Zika por 100,000 habitantes por estado



ESTADO	CASOS CONFIRMADOS POR 100,000 HABITANTES
Yucatán	60
Colima	40
Guerrero	24
Veracruz	24
Quintana Roo	24

Fig 2. Casos confirmados de Zika y SGB. México. Semana 35 del 2015 a la 22 del 2017



Source: Data provided by the Mexico Secretariat of Health to PAHO/WHO⁴⁷

A partir de la semana 17 del 2017 la Secretaria de Salud ha confirmado un total de 1011 casos de Síndrome de Guillain-Barré a nivel nacional; de ellos, 15 fueron asociados al virus de Zika.⁴⁷

Definición de caso

Caso probable por virus de Zika

Toda persona que presente cuadro febril agudo más la presencia de exantema maculopapular y conjuntivitis (no purulenta) y se acompañe de uno a más de los siguientes: mialgias, artralgias, cefalea o dolor retroauricular, y que se identifique alguna asociación epidemiológica. Presencia de vector *Aedes aegypti* o *Aedes albopictus* o antecedentes de visita o residencias en áreas de transmisión en las dos semanas previas al inicio del cuadro clínico, o existencia de casos confirmados en la localidad.

Caso confirmado de infección por virus del Zika

Todos los casos probables con resultado positivo a virus del Zika, mediante la detección de ARN viral mediante RT-PCR en tiempo real en muestras de suero, tomadas en los primeros cinco días de inicio del cuadro clínico.

⁴⁷American Health Organization., op. cit. p. 5.

Signos y síntomas

Aproximadamente el 80% de las infecciones por el virus del Zika son asintomáticas. Los síntomas más comunes reportados por pacientes con enfermedad por el virus del Zika confirmada por laboratorio, fueron sarpullido, fiebre, dolor corporal y de las articulaciones. Aproximadamente el 25% de los pacientes, informaron todos los signos y síntomas más comunes asociados a la enfermedad por el virus del Zika: fiebre, sarpullido, artralgia y conjuntivitis. Se desconoce si los signos y síntomas reflejan o no a todas las personas sintomáticas con la infección por el virus del Zika, o representan a pacientes con una enfermedad más grave.⁴⁸

Diagnóstico

El diagnóstico de la infección por el virus del Zika (ZIKV) es serológico. La detección de anticuerpos IgM contra el virus del Zika (ZIKV), constituye una herramienta importante para confirmar la infección por este virus, asociada a complicaciones que incluyen síndromes neurológicos y congénitos; además, el diagnóstico serológico puede ser realizado mediante la técnica de ELISA IgM contra el ZIKV a partir del día 6 de iniciados los síntomas y por varios meses después de la infección. La OPS y la OMS alientan a los Estados Miembros a implementar y utilizar las Orientaciones para el diagnóstico serológico de la infección por el virus del Zika (ZIKV) de la OPS y la OMS, publicadas en octubre de 2016.⁴⁹

Tratamiento para virus Zika

No existe un fármaco antiviral específico para tratar la infección por virus Zika. El tratamiento de la enfermedad es sintomático: antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos no salicílicos (paracetamol), reposo, ingesta de abundantes líquidos, administración de antihistamínicos para controlar el prurito asociado con el exantema. No existe vacuna para prevenir la enfermedad, reinfección y coinfección.

No se han documentado casos de reinfección por Zika, por lo que se considera que la respuesta inmune al virus ofrece protección para toda la vida.⁵⁰

⁴⁸ Thomas DL, Sharp TM, Torres J, et al. Local Transmisión of Zika Virus-Puerto Rico, 2015. Informe semestral de morbilidad y mortalidad [Internet]. 2016 [citado 22 dic 2016]: 65- 154.

⁴⁹ OMS. Zika Actualización Epidemiológica Regional de la OPS (Américas).2016 [citado 8 nov 2016].

⁵⁰ Secretaria de salud. Infección por virus de Zika en México. 2016 [citado 9 nov 2016].

Síndrome de Guillain-Barré

Antecedentes

Descrita por Georges Guillain, Jean-Alexandar Barré y Adré Strhol en 1916. Durante la Primera Guerra Mundial en una estación médica, dos soldados franceses presentaron un padecimiento actual de forma rápidamente progresiva predominantemente motora, la cual se resolvió de forma espontánea.

En 1859, previo a estos acontecimientos, se describieron casos similares por Jean-Baptiste Octave Landry en los cuales los pacientes presentaban un cuadro febril, mismo que progresaba a parálisis de extremidades en un periodo aproximado de tres semanas con posterior fallecimiento por problemas respiratorios. Sin embargo, fue hasta 60 años después cuando Guillain, Barré y Strhol documentaron dos casos, los cuales presentaban anomalías en el líquido cefalorraquídeo (LCR), con disociación albumina citológica y arreflexia. Con el paso del tiempo se lograron identificar distintos patrones clínicos de la enfermedad, con involucro de pares craneales y variación en la severidad del padecimiento. Asimismo, se reconoció como principal causa de defunción la asociación a enfermedades concomitantes, como las infecciones de vías respiratorias.

En 1953, Guillain-Barré identificaron variantes con afectación del tronco encefálico, pero no fue sino hasta 1956 cuando Miller Fisher describe una variedad que se acompaña de afectación de los movimientos oculares caracterizada por oftalmoplejia, ataxia, arreflexia sin presencia de debilidad muscular y ausencia de reflejos de estiramiento musculares como una forma menos común del SGB, por lo que se consideró una de las formas de presentación de dicho síndrome, previamente descrito en 1916.⁵¹

En 1957, Bickerstaff describió una serie de casos de oftalmoplejias con presencia de un síndrome piramidal, neuropatía, daño cognitivo y pleocitosis marcada por el LCR, motivo por el cual se presentó un gran debate en relación con la explicación semiológica, siendo considerado este síndrome como multifactorial. No fue sino hasta que se identificaron los anticuerpos GQ1b en pacientes con síndrome de Miller Fisher, encefalitis de Bickerstaff y pacientes con SDG, cuando se concluyó que estas tres entidades se encuentran relacionadas.

⁵¹ Cabrera EB. Descripción del tipo Tratamiento y tiempo de hospitalización en paciente con Síndrome de Guillain-Barré. UNAM; 2016.

En 1969, Asbury AK, Arnason BG y colaboradores demuestran cambios histológicos corroborando la neuropatía desmielinizante e infiltración perivascular. En 1976 se identificó la variante con neuropatía motora y sensitiva por Geasby y Gilberth , entre otros. En 1978 se realizó el consenso de Asbury AK, donde se discutieron los criterios diagnósticos de esta enfermedad, siendo estos modificados en 1990 (cuadro 1).⁵²

Cuadro 1. Criterios Diagnóstico de SGB	
INDISENSABLES	APOYAN
<p>Ausencia de reflejos.</p> <p>Debilidad progresiva de más de una extremidad.</p> <p>Ausencia de alguna otra causa de neuropatía.</p>	<p>Simétrica.</p> <p>Signos leves sensitivos.</p> <p>Nervios craneales.</p> <p>Disfunción autonómica.</p> <p>Ausencia de fiebre.</p> <p>Elevación de proteínas en LCR.</p> <p>LCR con cuenta de células <10/mm.</p> <p>Disminución de la velocidad de conducción.</p> <p>Progresión menos de 4 semanas.</p>

Concepto

Es una polirradiculoneuropatía aguda autoinmune, que afecta nervios periféricos y raíces nerviosas de la médula espinal por mimetismo molecular, entre antígenos microbianos y antígenos de los nervios; los factores genéticos y ambientales que afectan la susceptibilidad a desarrollar la enfermedad son aún desconocidos.⁵³

Etiología

Las causas exactas del síndrome se desconocen, en 60% de los pacientes con SGB existe el antecedente de una infección respiratoria, bacteriana o viral, varias semanas antes del comienzo de los síntomas neurológicos. Entre los patógenos mayormente

⁵² Medina BS, Vargas MD, Rodríguez LI, Orozco NA, Hernández RH. Descripción clínica y relación con la estancia hospitalaria de pacientes con síndrome de Guillain-Barre en un comunitario México. Rev Mex Neu [Internet]. 2015 [citado 22 dic 2016]; 16(2): 4-6.

⁵³ Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Guillain Barré en el Segundo y Tercer nivel de Atención. Ciudad de México: IMSS [Internet]; 2016 [citado 22 dic 2016].

asociados se encuentra *Campylobacter jejuni* y Citomegalovirus. También se ha descrito su ocurrencia después de la aplicación de alguna vacuna y posterior a grandes cirugías.⁵⁴

Incidencia

El SGB tiene una incidencia de 1.3 casos/100,000 personas (intervalo 0.4 a 4.0) Los hombres se afectan más que las mujeres. Un 50 a 70% de los casos con SGB es precedida por una infección aguda de tipo respiratorio o gastrointestinal. El intervalo entre la infección prodrómica y el inicio de los síntomas del SGB varía entre una a tres semanas. Con la eliminación virtual de la poliomielitis en varias regiones, el SGB ha pasado a ser la causa más frecuente de parálisis flácida aguda generalizada. Este padecimiento ocasiona un gran costo económico debido a los cuidados médicos necesarios por el reposo prolongado y la estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), lo cual puede ocurrir hasta en 33% de los casos, esto por disfunción autonómica y compromiso ventilatorio.

La progresión de la enfermedad varía en duración; cerca del 75% de los pacientes alcanza su nadir dentro de las primeras 4 semanas. Después de una corta meseta se observa una resolución gradual de la parálisis que puede durar semanas o meses. La evolución generalmente es favorable y el pronóstico es mejor en los niños, quienes necesitan menos tiempo de apoyo ventilatorio y muestran más rápida recuperación de la parálisis.

Epidemiología y patogénesis

Se presenta en todas partes del mundo y en todas las estaciones; suele afectar a personas de cualquier edad y sexo. Se registran dos picos de presentación: una en la etapa adulta joven (15 a 34 años) y otra en ancianos (60-74 años), siendo rara en niños menores de un año. La incidencia en niños se estima entre 0.4 y 1.3 casos, por cada 100,000 niños menores de 14 años.

La forma clásica de SGB es la polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA), en la que se afecta la vaina de mielina, siendo la forma clínica de presentación más frecuente en Europa y Estados Unidos. Pero existen otras variantes

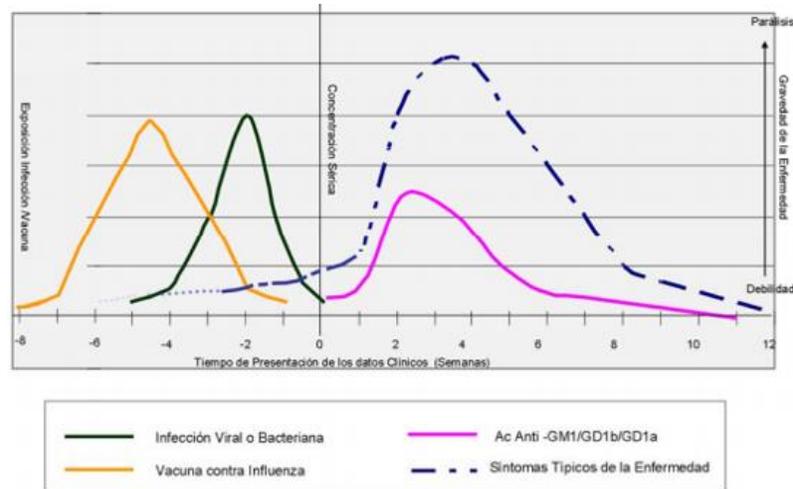
⁵⁴ Ramírez KA. Molina EA. Evolución de la conducción nerviosa y discapacidad en niños con síndrome de Guillain-Barré. 2013 [citado 22 abr 2017].

clínicas en las que se afecta fundamentalmente el axón, como son la neuropatía axonal motora aguda (NAMA) y la neuropatía axonal sensitiva y motora aguda (NASMA), siendo la primera de ellas la forma clínica más frecuente de presentación en China y Sudamérica. También se describe otra variante caracterizada por oftalmoplejía, ataxia y arreflexia, que se denomina Síndrome de Miller-Fisher (SMF), en el cual la debilidad muscular es escasa o está ausente.⁵⁵

La patogénesis de la forma desmielinizante (PDIA) se basa en la unión de anticuerpos específicos a la célula de Schwann, que activan el sistema de complemento y lesionan la vaina de mielina a través de los macrófagos, produciendo una degeneración vesicular de la vaina. En las formas de NAMA y NASMA, el mecanismo etiopatogénico es diferente: anticuerpos tipo inmunoglobulina G (IgG) dirigidos contra los gangliósidos GM1 y GD1A del axón, producen una activación del sistema de complemento y se unen a las fibras motoras del axón a nivel de los nódulos de Ranvier, desencadenando la formación de un complejo de ataque de la membrana que desemboca en una degeneración axonal. En las dos terceras partes de los pacientes diagnosticados con SGB, existen antecedentes de una infección respiratoria o intestinal de dos a seis semanas previas al inicio de los síntomas (figura 3).

⁵⁵ Rosen BA. Guillain-Barré syndrome. *Pediatr Rev* 2012; 33:164-71. n4.

Fig. 3 Comportamiento clínico de Síndrome de Guillain-Barré



Diversos virus y bacterias han sido implicados, pero ha sido el *Campylobacter jejuni* la bacteria que más se ha asociado, llegando a pensar que es la causa etiológica en el 25% de los casos de SGB en Europa y Estados Unidos, y un alto porcentaje de NAMA en China y Sudamérica. También se han implicado algunas vacunas como desencadenantes de SGB, sin llegar a determinar de forma definitiva una relación causa-efecto. El SGB también se ha considerado un síndrome paraneoplásico en determinados linfomas en fase adulta o una manifestación de enfermedades sistémicas, como el lupus eritematoso sistémico.⁵⁶

Cuadro clínico

Los síntomas iniciales consisten en sensación de “adormecimiento” y “alfilerazos” en los dedos de los pies y en las manos, en ocasiones por dolor en la región lumbar baja o en las piernas, seguido de debilidad muscular que suele iniciarse en los miembros inferiores para después afectar otros territorios. Esta debilidad es a veces progresiva y puede afectar sucesivamente piernas, brazos, músculos respiratorios y pares craneales, todo lo cual configura el cuadro clínico de parálisis ascendente de Landry. La afectación de pares craneales ocurre en el 25% de los casos, siendo la paresia facial bilateral la más característica, aunque también puede ocurrir debilidad en los músculos de la deglución, fonación y masticación.

⁵⁶ Ortiz CG, Díaz AC. Síndrome de Guillain-Barré en la infancia. Fundación Hospital de Nens de Barcelona. Barcelona. España [Internet]: 2013 [citado 25 dic 2016]. f

La enfermedad evoluciona en tres fases, denominadas: de progresión, estabilización y regresión (cuadro 2).

Cuadro 2. Fases del desarrollo de la enfermedad	
Fase de progresión de trastorno neurológico	<ul style="list-style-type: none"> • Es la etapa comprendida entre el inicio de las manifestaciones clínicas y su acmé. • Dura algunas horas hasta aproximadamente cuatro semanas; ocho días como promedio.
Fase de estabilización	<ul style="list-style-type: none"> • Es la etapa comprendida entre el final de la progresión y el inicio de la recuperación clínica. Dura aproximadamente 10 días. Esta etapa puede estar ausente o ser muy breve.
Fase de recuperación/regresión	<ul style="list-style-type: none"> • Es la etapa comprendida entre el inicio de la recuperación y su final. A partir de entonces, los efectos neurológicos que persistan pueden considerarse secuelas. Tiene duración aproximada de un mes, pero este tiempo varía de un individuo a otro, dependiendo de la gravedad y extensión del daño neurológico.⁵⁷

Diagnóstico

El diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré se basa principalmente en:

Datos clínicos
<p>Progresión de unos días a 4 semanas.</p> <p>Relativa simetría.</p> <p>Alteración sensorial leve.</p> <p>Compromiso de pares craneales incluyendo el facial.</p> <p>Recuperación que comienza 2 a 4 semanas después de detenerse la progresión.</p> <p>Disfunción autonómica.</p> <p>Ausencia de fiebre una vez instalado el síndrome.</p>

⁵⁷ Cajina J. Síndrome Guillain-Barré. OPS [Internet]. 2016 [citado 9 mar 2017]; 2-3.

Electroneuromiografía

Es un estudio complementario, su realización ayuda a la clasificación de los subtipos de síndrome de Guillain-Barré.

Los hallazgos neurográficos y electromiográficos durante la primera semana de la enfermedad pueden ser normales. Se describen los criterios neurofisiológicos según los diferentes subtipos:

PDIA	<ul style="list-style-type: none">• Velocidad de conducción motora inferior al 90% del límite inferior de la normalidad.• Latencia distal motora mayor al 110% del límite superior de lo normal.• Cociente entre amplitud del potencial de acción motor después de estimulación proximal/amplitud del potencial de acción motor después de estimulación distal: menor del 0.5%. Amplitud del potencial de acción motor después de estimulación distal, mayor al 20% del límite inferior de la normalidad.• Respuesta de latencia F, mayor al 120% del límite superior de la normalidad.
NASMA	<ul style="list-style-type: none">• Amplitud del potencial de acción motor después de estimulación distal < 10% del límite inferior de la normalidad. Amplitud de los potenciales de acción sensoriales por debajo del límite inferior de la normalidad.
NAMA	<ul style="list-style-type: none">• Similar a la anterior, pero sin afectación sensitiva en los estudios electrofisiológicos.

Estudio de LCR

Se produce un incremento característico en la concentración de proteínas, además de un recuento celular inferior a 10 células. Generalmente, esta disociación albúmino-citológica se observa a final de la primera semana del inicio de los síntomas y puede persistir hasta la tercera semana. Si el recuento de leucocitos es superior a 50 células/ μ l, el diagnóstico de SGB resulta dudoso. En el LCR se pueden estudiar también los autoanticuerpos antigangliósidos GM1, GD1a, GT1a y GQ1b (cuadro 3).

Generalmente, el resultado de los antigangliósidos se obtiene posterior a la etapa aguda de la enfermedad.

Parámetro	Valores de referencia		
	Niño (> de un mes de edad)	Adulto	SGB
Glucosa (mg/dl)	32 a 121	50-80 ó 60-80% del valor sérico	50-80 ó 60-80% del valor sérico
Relación glucosa sangre/ glucosa líquido cefalorraquídeo	0.44 a 1.28	0.44 a 1.28	0.44 a 1.28
Proteínas (mg/dl)	20 a 170	5 a 45	>50
Leucocitos (células/ml)	menor o igual a 30	Menor o igual a 5	<50
Polimorfonucleares (%)	2 a 3%	1 a 3%	<5%

Después de la vacunación masiva en 2009, la Organización Mundial de la Salud en conjunto con el Grupo de Colaboración Internacional de Brighton, establecieron nuevos criterios para el diagnóstico (cuadro 4), y debe de cumplir con tres o más criterios para la confirmación del síndrome de Guillain-Barré.

Criterios diagnósticos	Nivel de certeza diagnóstica			
	1	2	3	4
Debilidad bilateral y flacidez de las extremidades.	+	+	+	+/-
Reflejos tendinosos profundos disminuidos o ausentes.	+	+	+	+/-
Curso monofásico y el tiempo entre la aparición del nadir de 12 h a 28 días.	+	+	+	+/-
Células de LCR < 50.	+	+	-	+/-
Proteínas en LCR aumentado.	+	+	-	+/-
Estudios de conducción nerviosa alterados y con un subtipo de SGB.	+	+/-	-	+/-
Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad.	+	+	+	+

Fuente: Modificado de Fokker 2014

Tratamiento

Tratamiento específico	
Inmunoglobulina	Neutraliza los anticuerpos patógenos e inhibe la activación del complemento mediada por anticuerpos, lo cual produce una lesión del nervio y una más rápida mejoría clínica, así como total recuperación. El tratamiento específico en niños con SGB, es la inmunoglobulina humana intravenosa en dosis total de 2 g/Kg.
Plasmaféresis	Extrae los anticuerpos y el complemento de forma inespecífica y parece que está asociada con la reducción del daño del nervio y una más rápida mejoría clínica.

Tratamiento de soporte	
Control del dolor	<p>El dolor puede ser de moderado a grave.</p> <p>Se han establecido tres causas de dolor neuropático: desmielinización y degeneración de los nervios sensitivos; inflamación autoinmune en el sistema nervioso periférico, dado por la activación de los linfocitos T, células presentadoras de antígenos y macrófagos que liberan citosina proinflamatorias; y aumento en el número y activación de la microglia en el sistema nervioso central.</p> <p>Los AINES son el tratamiento de primera elección, requieren, posteriormente, analgésicos opioides para lograr el control del dolor.</p>
Ventilación	<p>La función neuromuscular respiratoria se ve comprometida. La neuropatía puede avanzar rápidamente y se requerirá intubación y ventilación mecánica en las primeras 24 horas del inicio de los síntomas.</p> <p>Se recomienda realizar intubación endotraqueal y ventilación mecánica bajo sedación y analgesia temprana y programada en pacientes que presente factores predictivos de falla ventilatoria:</p> <ul style="list-style-type: none">• Incapacidad para toser.

	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para levantar la cabeza. • Su capacidad vital forzada <20ml/kg. • Reducción de más del 30% en la capacidad vital.
Profilaxis de trombosis	<p>La inmovilización debida al síndrome de Guillian-Barré es un factor de riesgo para el desarrollo de trombosis venosa profunda tanto en niñas/os, como en personas adultas.</p> <p>El uso profiláctico de enoxaparina (0.5 mg/kg/día) reduce la incidencia de trombosis venosa profunda.</p>
Neurorrehabilitación	<p>Es fundamental para lograr la recuperación total de los afectados. Debe iniciarse en etapas tempranas de la enfermedad, incluye movilización en el lecho estabilización motora, prótesis, férulas, kinesioterapia respiratoria y motora. Es de gran importancia, sobre todo para los pacientes ventilados mecánicamente, limitar las secuelas provocadas por la parálisis prolongada. La recuperación psicológica con la utilización de terapia ocupacional.</p>

58

⁵⁸ González DV, Aguilera OP, Ruiz FM, op. cit, pp. 618-619.

XI. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Ficha de identificación

Nombre: R. R. J. J.

Edad: 16 años

Fecha de nacimiento: 29-07-2000

Lugar de nacimiento: Chilpancingo de los Bravos, Guerrero.

Lugar de procedencia: Petaquillas, Guerrero.

Diagnóstico médico: Guillain-Barré como complicación de virus del Zika.

Motivos de ingreso

Adolescente masculino de 16 años de edad quien es trasladado en helicóptero al Instituto Nacional de Pediatría, con apoyo ventilatorio en fase III. Diagnóstico de ingreso: probable parálisis facial aguda con síndrome de Guillain-Barré/fiebre sin foco, caso probable de infección de Zika.

Factores básicos condicionantes

Edad	Guillain-Barré es una polirradiculopatía aguda que afecta a todos los grupos etarios, es infrecuente en la infancia, pero presenta dos picos: uno de ellos en la edad de 15-34 años. ⁵⁹ Condicionante
Sexo	Es una de las pocas enfermedades autoinmunes que afectan más al sexo masculino. ⁶⁰ Condicionante
Estado de desarrollo	Paciente previamente sano. No condicionante

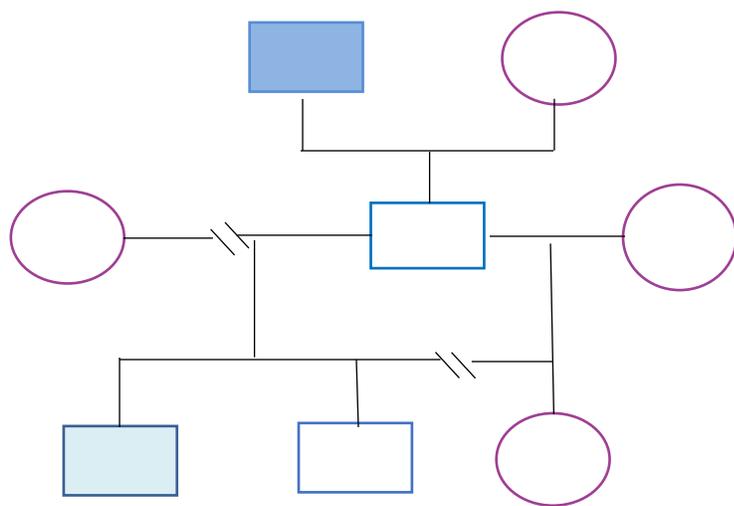
⁵⁹ Cea G, Jara P, Quevedo F. Características epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré en población chilena: estudio hospitalario en un período de 7 años. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 [citado 23 nov 2016]; 143(2): 183-189.

⁶⁰ OMS. Síndrome de Guillain-Barré. 2016 [citado 20 oct 2016].

Estado de salud	Actualmente cursa con síndrome de Guillain-Barré secundario de haber padecido virus de Zika causando inmovilidad física total. Condicionante
Orientación sociocultural	El padre sufrió de alcoholismo crónico. Desde hace varios años está en remisión y rehabilitación, actualmente está aparentemente sano, trabaja en el campo, profesa la religión católica y niega toxicomanías. Su madre biológica se encuentra fuera del núcleo familiar. No condicionante
Factores del sistema de cuidado de salud	No requería de atención médica previa. No condicionante
Factores del sistema familiar	Forma parte de una familia reconstituida y dentro de su árbol genealógico no hay antecedentes de la patología en la que ahora cursa. No condicionante
Patrón de vida	Asistía a la escuela cursando el bachillerato con un promedio regular, practica futbol, niega toxicomanías. Refiere baño y cambio de ropa interior y exterior diario, cepillado de dientes dos veces al día. No condicionante
Factores ambientales	Originario de Petaquillas, Guerrero, donde la situación epidemiológica por el virus de Zika tiene alta prevalencia. ⁶¹ Condicionante
Disponibilidad y adecuación de los recursos	Habita en casa propia de cemento, cuenta con agua, luz, drenaje y baño en zona rural. El padre es albañil con un ingreso de \$4,800.00, de los cuales dispone de \$800.00 para otro tipo de gastos. No condicionante

⁶¹ American Health Organization, op. cit, p. 1.

Familiograma



■ Cáncer de páncreas

■ Guillain-Barré

XII. VALORACIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA

Exploración física por aparatos y sistemas

Sistemas	Descripción
Neurológico	Se encuentra consciente, sus ojos son simétricos, paralelos y están centrados en la cara, dirige la mirada cuando se le solicita, pupilas isocóricas y reactivas de 2 mm, se valora reflejos corneales presentes.
Respiratorio	Nariz ancha situada en línea media de la cara, con orificios nasales simétricos y permeables bilaterales. Tegumentos con palidez generalizada y mucosas orales ligeramente secas. Apoyo ventilatorio en fase III se visualizan abundantes secreciones blanquecinas, con adecuados movimientos de amplexión y amplexación.
Cardiovascular	Se auscultan focos cardíacos rítmicos sin soplos y/o ruidos anormales. Pulsos periféricos con buena intensidad y ritmo.
Digestivo	Labios rosados, simétricos y desarrollados por completo, cavidad oral con piezas dentales completas. Sonda transpilórica cerrada, parálisis de los músculos faciales, abdomen blando con disminución de la peristalsis.
Genitourinario	No tiene control de esfínteres, cuenta con un dispositivo de eliminación urinaria disfuncional.
Locomotor	Parálisis generalizada, fuerza muscular ausente. Con reposo prolongado.

VALORACIÓN GENERALIZADA DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE
AUTOCUIDADO

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DEL AIRE, 12 DE OCTUBRE
2016

Signos Vitales						
FECHA	T	FC	FR	TA	SAT O ²	PVC
121016	38 °C	126 lpm	32 rpm	107/68 mg/dl	90%	0
131016	37.9 °C	104 lpm	20 rpm	118/84 mg/dl	100%	3
141016	37.8 °C	128 lpm	30 rpm	117/67 mg/dl	98%	0

Adolescente que presenta palidez generalizada, a la valoración del estado de conciencia se encuentra con los ojos abiertos, rastreo y parpadeo, reflejo pupilar y corneal presente, su respiración es sobre la frecuencia del ventilador se da un puntaje en la escala de Four de 12/16 (ver anexo 1), tiene parálisis de los músculos respiratorios por lo que requiere de apoyo ventilatorio en fase III, con cánula orotraqueal No.8 que se encuentra fijada en 22 cm, ventilador manejado por volumen en modo asisto controlado, respiración sobre la frecuencia del ventilador, con adecuada ventilación manteniendo una saturación de 90%, un llenado capilar de 2 segundos, presenta acumulación de abundantes secreciones blanquecinas en la orofaringe, las cuales no puede expectorar por sí mismo, causándole taquicardia, diaforesis y ansiedad. A la valoración del patrón respiratorio se auscultan murmullo inspiratorio desigual en los campos pulmonares por la presencia de estertores de tipo crepitantes en ambos apicales y basales, no se observa tiraje intercostal y cianosis, con un Score Wood-Downes de 4/14 (ver anexo 2).

Requiriendo los siguientes parámetros en el ventilador:

FECHA	FR	PI	PEEP	REL I/E	FIO2	VOLUMEN CIRCULANTE
121016	18	-	4	1:2.0	40%	470
131016	18	-	4	1:2.6	40%	470
141016	15	-	4	1:2.8	100%	440

Gasometría arterial						
FECHA	pH	pO2	pCO2	HCO3	CO2T	SAT %
12-10-16	7.45	75	30	23	24	95%
13-10-16	7.46	70	32	22	23	97%
14-10-16	7.46	74	34	24	25	73%
Valores de referencia de gasometría arterial	7.35-7.45	70-100	35-45	19-25	19-29	90-95%

De acuerdo con los valores de la gasometría se mantiene en alcalosis respiratoria compensada sin presentar datos de confusión, tetania, náuseas, vómitos o temblores de manos.

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA, 12 DE OCTUBRE 2016

Signos Vitales			
FECHA	TA	TAM	PVC
121016	107/68 mg/dl	81	0
131016	118/84 mg/dl	88	2
141016	147/85	106	10

Requerimiento hídrico en 24 horas	2700 ml
Total de ingresos en 24 horas	2658 ml
Total de egresos en 24 horas	1980 ml
Balance hídrico	678 ml

Adolescente que se observa con tegumentos turgentes con signo de pliegue negativo/negativo (ver anexo 3), presencia de lágrimas durante el llanto, mucosas orales semihidratadas, al presionar extremidades no hay depresión ni distorsión visible del entorno en la escala de Godet con 0/4 (ver anexo 4). Se palpan pulsos periféricos rítmicos con buena intensidad.

Es incapaz de llevar a cabo ingesta hídrica por sí mismo, cuenta con aporte hídrico a través de acceso venoso central subclavio derecho con soluciones calculadas:

Aporte hídrico parenteral	
•	Glucosa 5% 720 ml + cloruro de sodio 17.7% 13 ml + cloruro de potasio 12 mEq + fosfato de potasio 4 mEq. Pasando 93 ml /h
•	Solución fisiológica 0.9% 250 ml + 250 ui de heparina pasando 2 ml/h, para mantenimiento de línea arterial.
•	Morfina 40 mg aforados a 24 ml de fisiológica 0.9% pasando 1 ml/h
•	Solución por medicamentos 354 ml.

Electrolitos séricos						
	NA	K	CL	CA	P	MG
	141	3.3	112	8.9	2.7 mg/dl	2.5 mg/dl
	mEq/l	mEq/l	mEq/l	mg/dl		
Valores de referencia	136 – 144 mEq/l	3.5 – 5.2 mEq/l	98 – 107 mEq/l	8.4 – 10.2 mg/dl	3.7 – 7.2 mg/dl	1.6 – 2.3 mg/dl

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS, 12 DE
OCTUBRE 2016

Antropometría		
Peso: 75 KG	Talla: 168 cm	IMC: 26
Percentil Peso: 90	Percentil talla: 25	Puntuación Z: -0.7

(ver anexo 5)

Requerimiento energético en 24 horas	1963.5 Kcal/d
Aporte energético	65 cal/kg/d
Glucosa sérica	106 mg/dl

Composición de la dieta polimérica	
Energía	350 Kcal
Kcal/ml	1.5
Carbohidratos (56.3%)	49.26g
Fibra	<1g
Proteínas (14.7)	12.86g
Nitrógeno	2.5g
Lípidos (29.0%)	11.28g
Agua	78ml
Sodio	170mg
Potasio	328.6 mg
Osmolaridad	517mOsm/l
Presentación	236ml

Se encuentra en ayuno desde su ingreso el día 7-10-2016, se inspecciona la piel y se valora suave al tacto, regresa a su forma original tras pellizcarla. Su cabello está con implantación adecuada, abundante, lacio con buena pigmentación, presenta ligera caída de cabello. Tiene nula ingesta enteral secundaria a la parálisis de los músculos faciales, cavidad oral con tubo orotraqueal, dentición permanente, no se

visualizan caries, la lengua blanca con papilas irritadas y presencia de ligera placa blanca, inicia estímulo enteral a través de sonda transpilórica pasando 5 ml de dieta polimérica en infusión continua, a la valoración del abdomen se palpa blando depresible, se ausculta ruidos peristálticos disminuidos mantiene un perímetro abdominal de 80 cm.

**PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE
ELIMINACIÓN Y EXCRETAS, 12 DE OCTUBRE 2016**

Genitales con Tanner 5/5 (ver anexo 6), el adolescente no tiene control de esfínteres, esto secundario a la parálisis de los músculos genitourinarios, requiere el uso de un dispositivo de eliminación urinaria que se encuentra disfuncional, se palpa presencia de globo vesical, causando ansiedad y dolor que se visualiza en su expresión facial en la escala de Wong-Baker con un puntaje de 6/10 (ver anexo 7). Orina con características de color amarillo claro con escaso sedimento, el gasto urinario se encuentra en 1.1 ml/h.

Uresis en 24 horas	
121016	1980 ml
131016	2190 ml
141016	1927 ml

Abdomen con movimientos respiratorios visibles, cicatriz umbilical, se palpa blando, no dolorosos, depresible y se auscultan ruidos intestinales disminuidos, encontrándose percuten sonidos de tipo timpánicos, hay ausencia de evacuaciones. Valores de su examen general de orina:

Examen General de Orina													
Color	DU	pH	Leucos	Nit	Prot	Gluc	Cet	Urobi	Bilis	Sangre	Bac	Cilind	Levaduras
Amarillo	1015	7	-	-	-	-	50	8.4	1	-	-	-	-

Valores de Referencia del Examen General de Orina													
Color	DU	pH	Leucos	Nit	Prot	Gluc	Cet	Urobi	Bilis	Sangre	Bac	Cilind	Levaduras
Amarillo	1003	4.6	1-3/il	+	-	-	-	-	-	-	--	-	-
	-	- 8											
	1030												

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO, 12 DE OCTUBRE 2016

Adolescente que durante su estancia en terapia intensiva se mantiene en reposo prolongado con inactividad musculo-esquelética por la parálisis generalizada, incapacidad de moverse por sí mismo, en la escala de Oxford con un puntaje de 0/5 (ver Anexo 8), al valorar la fuerza muscular, hay ausencia de contractibilidad muscular Daniels de 0/5 (ver anexo 9) , con reflejos osteotendinosos ausentes en la escala de Seidel grado 0/4+ (ver anexo10). A la movilización en bloque muestra dolor intenso expresado por facies de dolor y llanto en la escala de Wong-Baker 10/10 (ver anexo 7).

Requiere el uso de férulas en extremidades inferiores, que tolera por breves periodos. Presenta lesión lateral en cara de miembro inferior izquierdo, con una hidratación seca, eczema seco, eritema rojo, bordes lisos y presencia de costra, valorando la lesión en la escala de Fedpalla con 20/25 puntos (ver anexo 11).

Su periodo de sueño es interrumpido constantemente por las diferentes medidas terapéuticas que hay que llevar a cabo como son: registro de signos vitales, aspiración de secreciones y cambios de posición, dentro de la unidad hay sonidos de las alarma del monitor y el ventilador, luces exteriores del servicio, en ocasiones tiene incapacidad para conciliar el sueño, se observa cansado, ojeroso e irritable.

Tratamiento farmacológico

- Morfina (0.02 mg/kg/hr) 40 mg aforados a 24 ml de Sol. Fisiológica p/1ml/h.
- Rescates de morfina (0.04 mg/kg/dosis) 3 mg IV previa valoración.
- Clonazepam (0.25 mg/kg/ dosis) 2 gotas sublingual c/12 h.

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL, 12 DE OCTUBRE 2016

Orientado en sus tres esferas (tiempo, lugar y espacio). Presenta caída de cabello en moderada cantidad. Sin dificultad visual, con problemas de comunicación verbal por el uso de dispositivo ventilatorio, se comunica a través del parpadeo. Se observa fatiga, miedo a la incertidumbre, insomnio constante, rigidez muscular, boca seca e

indica cefálea. Se valora Halmiton de 9/56 (ver anexo 12). Se encuentra hospitalizado en la unidad de terapia intensiva bajo aislamiento, ante la visita del familiar se encuentra animado y posterior a ésta se muestra optimista, refiere el padre comentario negativo y agresivo sobre las secuelas que puede presentar el adolescente en un futuro, por parte de médico tratante, lo cual ha afectado su estado de ánimo a través de una expresión facial triste.

Tratamiento farmacológico

- Sertralina (50 mg/dosis) 50 mg por la noche via oral c/24h

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO HUMANO Y EL BIENESTAR HUMANO, 12 DE OCTUBRE 2016

Adolescente cursando su cuarto día de hospitalización en la terapia intensiva, con diagnóstico médico de SGB, agudo axonal motor y sensitivo forma desmielinizante, se observa taquicardico, diaforético y con expresión facial de dolor escala de Wong-Baker 6/10 (ver anexo 7). Presenta hipertermia de 38 °C, a la valoración del riesgo de caídas se observa que hay limitación física, se encuentra tratamiento farmacológico con opioides, antidepresivos y benzodiazepinas en la escala de Dowton 3/5 (ver anexo 13).

Su percepción sensorial está limitada, en reposo prolongado completamente inmóvil, la fricción y deslizamiento es un problema ya que sus tegumentos están ocasionalmente húmedos, su nutrición es muy pobre, se valora escala de Braden con 8/23 puntos (ver anexo 14). Se valora el autocuidado con la escala de Barthel 0/100 (ver anexo 15). Requiere de apoyo ventilatorio a través de un tubo orotraqueal conectado a ventilador, administración de fluidoterapia a través de catéter venoso central subclavio derecho, el cual se reporta infectado con Staphylococcus epidermidis. Monitorización cardiaca continua invasiva y no invasiva.

Sonda vesical a derivación con dispositivo urinario disfuncional y se palpa globo vesical, hay ausencia en el control de esfínteres. En las extremidades sus uñas están bien implantadas, pálidas; su fuerza muscular se observa disminuida, presenta lesión lateral en cara de miembro inferior izquierdo.

Biometría Hemática		Valor de referencia
Serie Blanca		
Leucocitos	14.400	4-11
Neutrófilos	85%	35-57
Linfocitos	7%	0.0-0.0
Monocitos	7.8%	25-45
Serie Roja		
Hemoglobina	13.8	12-18
Hematocrito	41	37-47
Plaquetas		
Plaquetas	251	145-450
Observaciones:		

Química Sanguínea		Valor de Referencia
Nitrógeno Ureico	8.6	2-23
Creatinina en suero	0.5	0.4-1.5
Glucosa	121 mg/dl	74-106
Sodio	137	130-147
Potasio	3.8	3.5-5.1
Cloro	106	96-107

Serología
IgM negativo para Zika
IgG positivo para Zika

Tratamiento farmacológico
<ul style="list-style-type: none"> • Vancomicina (25 mg/kg/día) 500 mg iv c/6 horas. • Ceftriaxona (100 mg/kg/día) 1 gr c/12 horas.

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 (NORMALIDAD), 12 DE OCTUBRE 2016

Adolescente con nivel educativo de bachillerato sabe leer y escribir, por la condición de su estado de salud tiene incapacidad para acceder a información sobre su enfermedad, ya que por el momento se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, sólo conoce la información que el médico y su familiar le brindan. Es cooperador con el tratamiento, su padre le anima e incita a seguir el tratamiento, muestra mejor entusiasmo después de la visita familiar. Cuenta con red de apoyo familiar.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

Por su edad se realiza la valoración del desarrollo con la exploración de los pares craneales.

Valoración de los pares craneales:

PAR CRANEAL	DESCRIPCIÓN
I Olfatorio	El adolescente es capaz de percibir diferentes olores con facilidad.
II Óptico	Hay seguimiento visual, pero se limita la visión periférica por la posición en la que se mantiene.
III Motor ocular, IV Troclear y VI Motor ocular externo	Pupilas isocóricas normoreflexicas, movimientos oculares simétricos.
V Trigémino	Hay presencia de sensibilidad facial y movimientos mandibulares disminuidos en fuerza.
VII Facial	Simetría facial, realiza diferentes expresiones faciales.
VIII Vestibulococlear	Adecuada audición, hay respuesta ante sonidos tanto fuertes como disminuidos.
IX Glossofaríngeo	No valorable.

X Vago	Con presencia de apoyo ventilatorio con tubo orotraqueal, reflejo nauseoso presente.
XI Espinal	No valorable.
XII Hipogloso	Hay movimiento limitado de la lengua, pero puede moverla dentro y fuera, de arriba hacia abajo.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD

Adolescente previamente sano que inicia su padecimiento actual el domingo 25-09-2016 con presencia de eritema conjuntival, mialgias y artralgias, edema palpebral, en manos y pies ; los síntomas remiten espontáneamente a los 4 días, sintiendo mejoría.

- Busca asistencia médica

El domingo 02-10-2016 comienza con odinofagia, náuseas, tos productiva, mialgias y artralgias, acude con médico particular quien le indica paracetamol y naproxeno sin presentar mejoría. Comienza con debilidad en extremidades inferiores el día lunes 03-10-2016 y aumenta la debilidad distal; el martes 04-10-2016 presenta inmovilización de extremidades inferiores, por lo cual es llevado el día miércoles 05-10-2016 a hospital privado de Anáhuac, donde encuentran serología de Zika el mismo 05-10-2016: IgM negativo, IgG positivo.

- Está consciente de los efectos y resultados en el estado patológico

Lo diagnostican con síndrome de Guillain-Barré y por la dificultad respiratoria es referido al hospital general de Chilpancingo, donde ingresa con cianosis, saturando 50%, por lo que realizan intubación orotraqueal. El día 07-10-2016 le instalan catéter venoso central.

- Realiza medidas terapéuticas prescritas

Es trasladado en helicóptero el día 7-10-2016 del Hospital General de Chilpancingo al Instituto Nacional de Pediatría con apoyo ventilatorio en fase III.

- Está consciente de los efectos de las medidas prescritas.

El diagnóstico de ingreso: probable parálisis facial aguda con síndrome de Guillain-Barré/fiebre sin foco, caso probable de infección por virus de Zika. Requiere ingreso a la unidad de cuidados intensivo ya que su condición es grave.

JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

Requisito de autocuidado	Fecha de valoración	Fecha de resolución
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	12 de octubre 2016	26 de octubre 2016
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.	12 de octubre 2016	5 de noviembre 2016
Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excretas.	12 de octubre 2016	5 de noviembre 2016
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	12 de octubre 2016	28 de octubre 2016
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.	12 de octubre 2016	1 de noviembre 2016
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	12 de octubre 2016	1 de noviembre 2016
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.	12 de octubre 2016	1 de noviembre 2016

XIII. DIAGNÓSTICOS Y PLANES DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

RELACIÓN DÉFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO				
RECEPTOR DEL CUIDADO: R. R. J. J			ETAPA DEL DESARROLLO: Adolescente	
AGENTE DEL CUIDADO TERAPÉUTICO: LEO Espinoza Islas Anabel			SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.	
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
<p>Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad. ▪ Sexo. ▪ Estado de salud. ▪ Factores ambientales. 	<p>Acumulación de secreciones secundario a parálisis de músculos respiratorios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Polipnea. ▪ Taquicardia. ▪ Hipoxia. ▪ Diaforesis. ▪ Expresión facial de desesperación. ▪ Estertores de tipo crepitantes apicales y basales a la auscultación. ▪ Ventilación disminuida. <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">Escala de Score 4 puntos.</p>	<p>Requiere atención de agente del cuidado terapéutico.</p>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA				
<p>Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con acumulación de secreciones manifestado por polipnea, taquicardia, hipoxia, diaforesis, estertores de tipo crepitantes apicales y basales audibles a la auscultación.</p>				

DIAGNÓSTICO:	
Patrón respiratorio ineficaz relacionado con acumulación de secreciones manifestado por polipnea, taquicardia, hipoxia, diaforesis, estertores de tipo crepitante apicales y basales audible a la auscultación.	
OBJETIVO: El paciente mantendrá una ventilación adecuada a través de una vía aérea libre de secreciones.	
INDICADORES DE EVALUACIÓN:	RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia cardiaca y respiratoria. ▪ Saturación de oxígeno. ▪ Ruidos respiratorios. ▪ Score respiratorio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener la frecuencia cardiaca menor a 100 latidos por minuto y la frecuencia respiratoria de 12-16 respiraciones por minuto que son los valores normales para la edad. ▪ Que la saturación de oxígeno se encuentre 90-95%. ▪ Vía aérea permeable sin sonidos adventicios. ▪ Disminuir la escala de SCORE respiratorio de 4 a 2 (valor normal 0).
SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.	
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención: Auscultación de campos pulmonares.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración de sonidos respiratorios patológicos. <p>Intervención: Drenaje postural y palmo percusión.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar en posición semifowler alternando con posición supino c/4 horas por 20 minutos. ▪ Realizar vibración y/o percusión en ambos hemisferios torácicos; durante 1 a 4 min. c/4 horas. 	<p>La auscultación del movimiento de aire es determinante. Hay que escuchar la intensidad de los ruidos respiratorios y la calidad del movimiento de aire, sobre todo en los campos pulmonares distales. Hay que prestar atención a ruidos respiratorios y de la vía aérea. Estos ruidos pueden ser estridores, quejido, estertores gruesos transmitidos, sibilancias y estertores.⁶²</p> <p>El paciente con intubación endotraqueal y apoyo mecánico ventilatorio debe colocarse en posición semisentada entre 30° a 45°; de preferencia en una cama cinética que brinde cambios de posición, con elevación de la cabeza para prevenir la aspiración, el acúmulo de secreciones y el desarrollo de neumonía asociada a ventilación mecánica. En esta posición se drenan los lóbulos superiores de ambos pulmones.⁶³</p> <p>La fisioterapia respiratoria hace referencia al conjunto de técnicas físicas encaminadas a eliminar las secreciones de la vía aérea y mejorar la ventilación pulmonar, y tiene como principal objetivo mantener la permeabilidad de la vía aérea, facilitar la movilización y eliminación de secreciones bronquiales y prevenir complicaciones respiratorias agudas.⁶⁴</p>

⁶² AHA. Soporte vital avanzado. Estados Unidos: Libro del proveedor de soporte vital avanzado pediátrico; 2012.

⁶³ Guía de práctica clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. México. SS [Internet]. 2013 [citado 22 mar 2017].

⁶⁴ Saldías PF, Díaz PO. Eficacia y seguridad de la fisioterapia respiratoria en pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad. Rev chil. enferm. respir. [Internet]. 2012 [Citado 27 ago 2017]; 28 (3), 189-198.

<p>Intervención: Aspiración de secreciones.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A través del uso de circuito cerrado con técnica aséptica. <p>Intervención: Limpieza de cavidad oral.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con Gluconato de clorhexidina al 0.12% c/12 horas a través del uso del cepillo con aspirador. <p>Intervención: Control de oximetría de pulso.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elegir el sensor adecuado por peso y tipo del paciente. ▪ Rotar cada 2 ó 3 horas para evitar lesiones. ▪ Proteger el sensor de la luz con una gasa para evitar falsas mediciones, ya que es muy sensible a luces externas. 	<p>La aspiración endotraqueal tiene como objetivo reducir los problemas secundarios a la acumulación de secreciones y obstrucción de la sonda endotraqueal que incluye la hipoxemia, bradicardia, taquicardia atelectasia, neumonía, lesión localizada en las vías aéreas, obstrucción y expulsión de sonda. El uso de sistemas cerrados se recomienda en pacientes que tienen gran cantidad de secreciones traqueales ya que existe un incremento significativo de la colonización de pacientes que utilizan el sistema de aspiración abierto (49% de mayor riesgo, comparado con pacientes con sistema de aspiración cerrado). La colonización de la orofaringe y las superficies dentales actúan como un reservorio de microorganismos (más frecuentes bacterias) que pueden llegar fácilmente al tracto respiratorio en pacientes sometidos a ventilación mecánica y desarrollar neumonía asociada a ventilación mecánica. El uso de Gluconato de Clorhexidina al 0.12% en enjuague bucal, disminuye la tasa de infecciones respiratorias.⁶⁵</p> <p>La pulsioximetría es una técnica de monitoreo no invasivo que determina de manera continua y relativamente confiable la saturación arterial de oxígeno. La medición transcutánea depende de la cantidad de pulsaciones en el lecho arterial, de la longitud, de la onda de luz emitida y de la saturación de la hemoglobina. Hay que tener en cuenta el tamaño del paciente para la elección del lugar; normalmente se usan los dedos de las manos o de los pies, de tal forma que queden alineados.⁶⁶</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>El adolescente mantiene la frecuencia cardíaca y respiratoria dentro de rangos normales para la edad, su saturación de oxígeno se encuentra por arriba de 90%, a la auscultación pulmonar se escucha murmullo vesicular sin presencia de polipnea y taquicardia, en la escala de Score de 4 a 0 puntos.</p>	

⁶⁵ Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a la ventilación mecánica., op. cit, p.16.

⁶⁶ Barresi M. Revisando Técnicas: Técnicas de oximetría de pulso. Rev. Enf. [Internet]. [citado 4 ene 2017]; (18).

RELACIÓN DÉFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO				
RECEPTOR DEL CUIDADO: R. R. J. J			ETAPA DEL DESARROLLO: Adolescente	
AGENTE DEL CUIDADO TERAPÉUTICO: LEO Espinoza Islas Anabel			SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.	
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOPCUIDADO
Prevenición de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. Peligro para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad. ▪ Sexo. ▪ Estado de salud. ▪ Factores ambientales. 	Dolor secundario a desmielinización.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taquicardia. ▪ Diaforesis. ▪ Expresión facial de dolor. Escala de Wong-Baker 6 puntos.	Requiere atención de agente del cuidado terapéutico. Es atendido en un hospital de tercer nivel.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA				
Peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano relacionado con dolor manifestado por taquicardia, diaforesis y expresión facial de dolor.				

DIAGNÓSTICO:	
Peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano relacionado con dolor manifestado por taquicardia, diaforesis y expresión facial de dolor.	
OBJETIVO: El adolescente mantendrá un nivel óptimo de bienestar a través de la disminución del dolor.	
INDICADORES DE EVALUACIÓN:	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Wong-Baker. ▪ Escala de Daniels. ▪ Frecuencia cardiaca y respiratoria. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminuir en la escala de Wong-Baker el dolor de 6 a 4 puntos (valor normal 0). ▪ Aumentar la fuerza muscular de grado 0 a 1 en la escala de Daniels (valor normal 5). ▪ Mantener frecuencia cardiaca por debajo de 100 latidos por minuto y frecuencia respiratoria entre 12 y 16 respiraciones.
SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio	
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención: Control del dolor.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado de conciencia e intensidad. • Monitorización de signos vitales. • Revaluación del dolor cada 20 minutos a través de escala de valoración. • Identificar la intensidad, factor causal y localización. <p>Intervención: Administración de medicamentos.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de los 10 correctos en la administración de medicamentos. • Morfina a 0.02 mg/kg/hr. • Vigilar datos de depresión respiratoria. 	<p>Existen diferentes métodos para valoración del dolor: fisiológicos (miden las respuestas del organismo ante el dolor: cambios de frecuencia cardiaca, presión arterial, hormonas de estrés, acidosis láctica), conductuales (valoran cómo se comporta el niño ante el dolor) y autovalorativos (también llamados subjetivos o psicológicos) lo que se considera el gold standard.⁶⁷</p> <p>En la práctica la forma más común de medir el dolor clínico es pedir al paciente indique la intensidad del mismo y cuantificarlo a través del uso de escalas analógicas, así como completar la medición con otros instrumentos que tengan en cuenta los criterios que influyen en la aparición del dolor. Alguna de las características que deben cumplir este tipo de escalas sería la de estar validadas, ser específicas, sensibles, económicas y con una mínima variabilidad interpersonal.⁶⁸</p> <p>Para la administración segura de fármacos, por las diferentes vías, se debe utilizar la regla de oro, mediante la verificación de pasos, llamados los correctos: fármaco correcto, paciente correcto, dosis correcta, vía correcta y horario correcto.⁶⁹</p> <p>De acuerdo con ensayos clínicos sobre morfina, oxicodona o metadona con seguimiento a mediano plazo, en pacientes con dolor neuropático demuestra una mejoría estadísticamente significativa ante el placebo.⁷⁰</p>

⁶⁷ Bárcena FE. Manejo del dolor pediátrico en el centro de salud. Rev pediatr aten primaria [Internet]. 2014 [citado 27 ago 2017]; 16(23).

⁶⁸ Camacho BL, Pesado CJ, Rumbo JM. Opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica, en la valoración del dolor agudo como 5ª constante vital [Internet]. 2016 [citado 28 ago 2017]; 10(1).

⁶⁹ Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería para la seguridad en la administración de electrolitos concentrados e insulinas en pacientes pediátricos. México: SS [Internet]. 2015 [citado 28 ago 2017].

⁷⁰ Guerra HJ, Reyes SA. Tratamiento del dolor con opioides en la situación terminal. Conse de sal [Internet]. 2012 [citado 28 ago 2017].

<ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina 2 g/kg/dosis. • Monitorización de signos vitales cada 15 minutos durante la primera hora. • Vigilar datos de hipertermia o hipertensión. • Administrar por vía intravenosa exclusiva. • Evitar la agitación del medicamento durante su administración. 	<p>La inmunoglobulina es efectiva como terapéutica, posiblemente interfiriendo en la síntesis de anticuerpos antineuronales, modulando la inflamación mediada por el sistema inmune y estimulando la remielinización. Se recomiendan dosis altas (1 g/kg/d) en 2 días consecutivos. La inmunoglobulina es tan efectiva como la plasmaféresis en la terapéutica del SGB.⁷¹</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Disminuye el dolor en el adolescente, de 6 a 2 puntos en la escala de Wong-Baker, se mantiene con frecuencia cardíaca y respiratoria dentro de parámetros normales, inicia el movimiento de los dedos de la mano que se valora en la escala de Daniels de 0 a 1 punto.</p>	

⁷¹ Lázaro AN, Lázaro AV, Rodríguez BR. Aplicaciones terapéuticas de las inmunoglobulinas humanas en Pediatría. Hosp Ped Eliseo [Internet]. 2013 [citado 23 de jun 2017]; 85(2): 1-13.

RELACIÓN DÉFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO				
RECEPTOR DEL CUIDADO: R. R. J. J			ETAPA DEL DESARROLLO: Adolescente.	
AGENTE DEL CUIDADO TERAPÉUTICO: LEO Espinoza Islas Anabel			SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.	
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos. Alteración en la eliminación urinaria.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad. ▪ Sexo. ▪ Estado de salud. ▪ Factores ambientales. 	Dispositivo urinario disfuncional.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presencia de globo vesical. ▪ Dolor. ▪ Ansiedad. <p>Escala de Wong-Baker 6 puntos.</p>	Requiere atención de agente del cuidado terapéutico.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA				
Alteración en la eliminación urinaria relacionada con disfunción de dispositivo urinario manifestado por presencia de globo vesical, dolor y ansiedad.				

DIAGNÓSTICO:	
Alteración en la eliminación urinaria, relacionada con disfunción de dispositivo urinario manifestado por presencia de globo vesical, dolor y ansiedad.	
OBJETIVO: El adolescente mantendrá libre el flujo urinario para el vaciamiento vesical a través del uso de un dispositivo urinario.	
INDICADORES DE EVALUACIÓN:	RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presencia/ausencia de globo vesical. ▪ Escala de Wong-Baker. ▪ Gasto urinario. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia de globo vesical. ▪ Disminuir el puntaje de dolor en la escala de Wong-Baker de 6 a 2 puntos (valor normal 0) ▪ Mantener el gasto urinario de 0.5 a 1 cc/kg/h.
	SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención: Cuidados de sonda vesical durante la instalación.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de sonda de número 16 Fr y material adecuado. ▪ Realizar una inserción estéril mediante una técnica aséptica. ▪ Fijar la sonda vesical tras su inserción para prevenir movimientos y tracción uretral. <p>Intervención: Manejo de la eliminación urinaria.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar el reflujo vesicouretral. ▪ Mantener la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga en todo momento. No apoyar la bolsa colectora en el suelo. ▪ Observar la permeabilidad de la sonda. 	<p>Salvo ciertas indicaciones clínicas, considerar el uso de catéteres con el menor diámetro posible, vigilando su adecuado drenaje, con el objetivo de minimizar el trauma del cuello vesical y la uretra. La elección del calibre va a depender de la persona, su necesidad y su condición. Para un cateterismo uretral son 14 y 16, con globo de 5 a 30 cc.</p> <p>Se recomienda limpieza del meato con solución salina estéril o agua estéril antes de la inserción de la sonda uretral. Se recomienda la utilización de un lubricante estéril para reducir el dolor, el trauma uretral y el riesgo de infección.</p> <p>El uso de la fijación disminuye la erosión y la irritación de la uretra, en los hombres debe ser en la cara superior del muslo y se debe revisar que la fijación permita la movilidad del paciente, que ésta no obstruya la permeabilidad de la sonda y que no haya tracción de la misma.⁷²</p> <p>El reflujo vesicouretral provoca que la orina regrese a la vejiga favoreciendo su colonización. Con el fin de evitar el reflujo de la orina, se vigilará que el tubo y la bolsa colectora no sobrepasen el nivel de la vejiga.</p>

⁷² Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería en instalación de sonda vesical en el paciente adulto en segundo y tercer nivel de atención. ISSSTE [Internet]. 2016 [citado 28 de ago 2017]: 10-20.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usar sistemas de drenaje cerrado. Si se rompe la técnica aséptica, se desconecta el sistema o presenta alguna fuga, se debe sustituir la sonda y el sistema colector usando técnica aséptica y un equipo estéril. ▪ Evitar que se formen acodadura. ▪ Vaciar la bolsa colectora de forma regular usando un recipiente limpio para cada paciente. Evitar salpicaduras y el contacto del grifo de drenaje con el recipiente no estéril. ▪ Realizar higiene de genitales por lo menos cada 24 horas. 	<p>Lavar la sonda cuando sea preciso mantiene la permeabilidad de ésta, siempre que se sospecha de obstrucción por coágulos, moco, fibrina o restos quirúrgicos.</p> <p>La bolsa deberá mantenerse por debajo de la vejiga, procurando que el tubo de drenaje no caiga por debajo de la bolsa, minimizando la contaminación intraluminal retrógrada de la vejiga.</p> <p>La bolsa debe vaciarse regularmente, cuando esté llena menos de 2/3 para evitar la tracción por el peso acumulado, así como para evitar que la orina rebose y regrese hacia la vejiga.⁷³</p> <p>Para la limpieza diaria, diversos estudios concluyen que el suero fisiológico, en comparación con agua potable de grifo, no tiene ningún beneficio; se debe hacer hincapié en la zona genital, sin olvidar la parte del catéter que asoma al exterior, manteniéndolo limpio del resto de otros fluidos.⁷⁴</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>El dispositivo vesical se encuentra funcional lo que permite una eliminación urinaria continua, disminuyendo la ansiedad, se valora el dolor en la escala de Wong-Baker con un puntaje de 6 a 0 puntos.</p>	

⁷³ Flore JG, Bustinza AA. Guía Clínica para la prevención de la infección de orina asociada a sonda vesical. 2012 [citado 14 dic. 2016].

⁷⁴ Méndez GL, González SG. Cuidados del catéter urinario basados en la evidencia científica en atención primaria. Enfer. Comun [Internet]. 2015 [citado 29 mar 2017]; 4(1).

RELACIÓN DÉFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO				
RECEPTOR DEL CUIDADO: R. R. J. J			ETAPA DEL DESARROLLO: Adolescente	
AGENTE DEL CUIDADO TERAPÉUTICO: LEO. Espinoza Islas Anabel			SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.	
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos. Estreñimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad. ▪ Sexo. ▪ Estado de salud. ▪ Factores ambientales. 	Reposo prolongado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia de evacuaciones. ▪ Disminución de perístasis. Escala de Bristol con 0 puntos.	Requiere atención de agente del cuidado terapéutico.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA				
Estreñimiento relacionado con el reposo prolongado, manifestado por ausencia de evacuaciones y disminución de ruidos peristálticos.				

DIAGNÓSTICO:	
Estreñimiento relacionado con el reposo prolongado, manifestado por ausencia de evacuaciones y disminución de ruidos peristálticos.	
OBJETIVO: Que el adolescente aumente la motilidad intestinal para permitir la eliminación intestinal.	
INDICADORES DE EVALUACIÓN:	RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Movimientos intestinales. ▪ Escala de Bristol. ▪ Patrón de eliminación intestinal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A la auscultación de la motilidad intestinal valorar ruidos intestinales aumentados (valor normal 5 ruidos por minuto). ▪ Escala de Bristol de 0 a tipo1 (valor normal tipo 3 y 4).
	SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención: Valoración Intestinal.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar las posibles causas del estreñimiento. ▪ Auscultar la presencia de ruidos intestinales por lo menos una vez por turno. ▪ Vigilar signos y síntomas de bolos fecales. ▪ Estimular la movilidad pasiva aplicando masaje circular sobre el lado derecho del abdomen a la altura del colon ascendente. 	<p>El estreñimiento ocurre con mayor frecuencia que la diarrea en pacientes críticos tratados con nutrición enteral. Es generalmente atribuido al empleo de dietas pobres en residuos, al uso de fármacos que disminuyen la motilidad intestinal, al reposo prolongado en posición supina o a diferentes alteraciones hidroelectrolíticas.⁷⁵</p> <p>La auscultación abdominal diferencia el íleon paralítico (peristalsis disminuida o silencio abdominal) del íleon mecánico (perístasis incrementada), una motilidad intestinal normal se valora con 5 ruidos por minuto, fuertes de tono medio o alto.⁷⁶</p> <p>Las heces retenidas se deshidratan y endurecen, aumentando progresivamente su volumen. Cuando el proceso retentivo se vence, el bolo fecal produce en su salida fisuras, sangrado y dolor. Este dolor origina un bloqueo voluntario de la defecación, y el conocido círculo del dolor.⁷⁷</p> <p>La actividad pasiva estimula el peristaltismo, mientras que la inmovilización lo deprime. Un incremento de la actividad es recomendable dado que produce mejoría en los síntomas asociados al estreñimiento (distensión abdominal).⁷⁸</p>
EVALUACIÓN	
Los ruidos intestinales se auscultan aun disminuidos y no hay presencia de evacuaciones.	

⁷⁵ Catalán GM, Montejo GJ. Nuevos sistemas de implementación del soporte nutricional en pacientes de UCI. Nutri Hosp [Internet]. 2013 [citado 1 mar 2017]; 6(1): 65.

⁷⁶ Mazzi GE. Dolor abdominal en niños. Rev. Bol. Ped. [Internet]. 2013 [citado 2 abr 2017]; 52(1) :50-57.

⁷⁷ Bautista AC, Castillejos GV, Cenarro MG. Guía de estreñimiento en el niño. Madrid [Internet]. 2015 [citado 25 nov 2016].

⁷⁸ Fundación Española. Guía práctica de actuación diagnóstico-terapéutica en estreñimiento crónico [Internet]. 2013 [citado 25 nov 2016].

RELACIÓN DÉFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO				
RECEPTOR DEL CUIDADO: R. R. J. J			ETAPA DEL DESARROLLO: Adolescente	
AGENTE DEL CUIDADO TERAPÉUTICO: LEO Espinoza Islas Anabel			SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.	
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento. Alteración del patrón de alimentación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad. ▪ Sexo. ▪ Estado de salud. ▪ Factores ambientales. 	Nula ingesta enteral secundaria a la parálisis de los músculos faciales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacidad de deglutir alimentos. 	Requiere atención de agente del cuidado terapéutico.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA				
Alteración del patrón de alimentación relacionado con la nula ingesta enteral manifestada por la incapacidad de deglutir.				

DIAGNÓSTICO:	
Alteración del patrón de alimentación relacionado con la nula ingesta enteral manifestada por incapacidad de deglutir.	
OBJETIVO: El paciente se mantendrá con sus requerimientos nutricionales diarios a través de un aporte de nutrimentos adecuado.	
INDICADORES DE EVALUACIÓN:	RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de dieta. ▪ Perímetro abdominal. ▪ Peso. ▪ Presencia/ausencia de ruidos intestinales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aportar un incremento en la dieta. ▪ No presentará distensión abdominal. ▪ Mantener el peso dentro del percentil 90 en la escala de la CDC. ▪ Auscultación de ruidos peristálticos audibles de 2 a 5 ruidos por minuto.
SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.	
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención: Valoración de la antropometría.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración de la antropometría a través de la toma de peso corporal, medición de perímetro abdominal y de ser posible la talla. ▪ Controlar los alimentos, los líquidos ingeridos y verificar el aporte nutricional que corresponda a los requerimientos calóricos, en un adolescente se requiere una dieta de 1800 Kcal. <p>Intervención: Terapia nutricional.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instalación de sonda transpilórica de 12 French. ▪ Solicitar una placa de rayos X en conjunto con el médico. ▪ Iniciar la nutrición a una infusión y velocidad adecuada. Se inicia a una velocidad de 1 ml/kg/h 	<p>La antropometría es un indicador objetivo y tiene como propósito cuantificar la variación en las dimensiones físicas y la composición del cuerpo humano, con distintos grados de nutrición.⁸¹</p> <p>La selección de una fórmula depende de: características físicas y nutriológicas del paciente, alteraciones metabólicas, función gastrointestinal, patología de base y evolución con el tratamiento. Las mezclas poliméricas de sistema cerrado, están indicadas para el manejo dietético, específico de una enfermedad o condición con diferentes requerimientos nutricionales basados en conocimientos científicos reconocidos y establecidos por medio de una evaluación médica.</p> <p>El tener afección del IX nervio craneal, implica que la persona no puede deglutir ningún tipo de alimento y/o líquido; por esta razón, la primera acción que se realiza es la colocación de sonda transpilórica. La selección de acceso enteral prepilórico o postpilórico debe decidirse por el riesgo de broncoaspiración o intolerancia a la alimentación gástrica, caracterizada por altos volúmenes gástricos residuales, en este caso se debe buscar la seguridad de un acceso postpilórico. La colocación equivocada de la sonda no siempre puede predecirse por los signos clínicos o por auscultación, pero sí puede detectarse con una radiografía de tórax. La colocación accidental en tráquea y bronquios se produce con una incidencia aproximada del 2%.⁸²</p>

⁸¹ Montesinos, op. cit, p. 159.

⁸² Fuentes MD, Montes AL. Colocación accidental en la vía aérea de una sonda transpilórica. Rev Mex Pediatr [Internet]. 2014 [citado 1 abr 2017]; 81(5): 181.f

<p>hasta alcanzar los requerimientos totales en 24-48 h.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infundir fórmula a temperatura ambiente controlada de 15 a 30 °C. ▪ Infundir en 4 horas las fórmulas o mezclas de nutrición enteral que no son estériles o se han reconstituido y manipulado para adicionar alguna sustancia. ▪ Vigilar complicaciones gastrointestinales como distensión abdominal o presencia de vómito. <p>Intervención: Cuidados de sonda transpilórica.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si se requiere administrar medicamento: suspender la alimentación y lavar la sonda con agua, después de la administración lavar una vez más la sonda tomando en cuenta los requerimientos hídricos del adolescente, se debe evitar comprimidos triturados o jarabes espesos, ya que pueden obstruir la sonda.⁸⁰ ▪ Revisar la piel en busca de zonas de irritación o úlceras para la prevención de lesiones por la constante fricción. 	<p>El inicio temprano de la nutrición enteral, disminuye el trofismo intestinal, evita la translocación bacteriana, la desnutrición y sus consecuencias. La infusión continua se administra vía contenedor o bolsa de alimentación con bomba de infusión enteral a lo largo de 24 horas. La infusión continua condiciona poco residuo gástrico y es apta en pacientes con mayor riesgo de broncoaspiración.</p> <p>Infundir fórmula a temperatura ambiente controlada (de 15° a 30 °C) desde la preparación hasta el término de la infusión.</p> <p>Las fórmulas no deberán estar expuestas a la temperatura del clima cálido por más de 4 horas, después de las cuales deberán ser desechadas.</p> <p>La seguridad en nutrición enteral requiere de una vigilancia estrecha de las complicaciones gastrointestinales como el dolor abdominal, distensión abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, así como alteraciones metabólicas y deterioro clínico.⁸³</p> <p>Utilice agua purificada o agua estéril para irrigación y dilución de la fórmula, mezcla o medicamento. El agua purificada se utiliza para irrigar la sonda por la que se infunde la nutrición enteral en pacientes con riesgo de infección. Las interacciones medicamentosas pueden ser por compatibilidad o inestabilidad. Estas interacciones provocan oclusión de las sondas, alteraciones del efecto medicamentoso o de biodisponibilidad y alteraciones de la función del tracto intestinal.</p> <p>El uso de sondas, catéteres y los medios utilizados para su fijación pueden producir fricción en la piel adyacente por lo que se debe realizar el cambio diario de la cinta adhesiva y rotar los sitios de fijación para que no ejerza presión constante en un área de la nariz.</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Adolescente que tolera el inicio del estímulo enteral, lo que permite el incremento de la infusión, mantiene un adecuado estado nutricional.</p>	

⁸⁰ Nutrición enteral: Fórmulas, Métodos de Infusión e Interacción Fármaco Nutriente. México: SS [Internet]. 2012 [citado 10 dic 2016].

⁸³ Guía de práctica clínica seguridad en terapia nutricional especializada. México. IMSS [Internet]. 2012 [citado 22 mar 2017].

RELACIÓN DÉFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO				
RECEPTOR DEL CUIDADO: R. R. J. J			ETAPA DEL DESARROLLO: Adolescente	
AGENTE DEL CUIDADO TERAPÉUTICO: LEO. Espinoza Islas Anabel			SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.	
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo. Alteración del patrón de sueño.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad. ▪ Sexo. ▪ Estado de salud. ▪ Factores ambientales. 	Medidas terapéuticas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cansancio. ▪ Ojeras. ▪ Irritabilidad. 	Requiere atención de agente del cuidado terapéutico.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA				
Alteración del patrón de sueño relacionado con medidas terapéuticas, manifestado por cansancio, ojeras e irritabilidad.				

DIAGNÓSTICO:	
Alteración del patrón de sueño relacionado con medidas terapéuticas, manifestado por cansancio, ojeras e irritabilidad.	
OBJETIVO: El adolescente mejorará la capacidad para conciliar el sueño.	
INDICADORES DE EVALUACIÓN:	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado de ánimo. ▪ Horas de sueño. ▪ Calidad de sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminuir la irritabilidad. ▪ Mantener un periodo de sueño continuo. ▪ Que el sueño le proporcione descanso.
SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.	
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención: Proporción de confort.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener al adolescente lo más cómodo posible, su unidad debe estar confortable. <p>Intervención: Modificación del medio ambiente.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar la necesidad de sueño acorde a las necesidades de desarrollo. ▪ Evitar ruidos fuertes y el empleo de luz directa durante el sueño nocturno, ofrecer un entorno tranquilo y minimizar las interrupciones, realizando sólo las consideradas como necesarias. ▪ Musicoterapia. <p>Intervención: Prevención y control del dolor.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar los 10 correctos en la administración de medicamentos. 	<p>Los cuidados realizados con la necesidad de higiene se realizan con el fin de favorecer la comodidad y el bienestar, es fundamental ir más allá de la descripción de la técnica o el procedimiento. Se define la comodidad como “la satisfacción (activa, pasiva o cooperativa) de las necesidades básicas humanas de alivio, tranquilidad o trascendencia que surgen de las situaciones del cuidado de la salud que son estresantes.⁹⁰</p> <p>En la adolescencia se observa un incremento del sueño y una tendencia fisiológica a retrasar el episodio nocturno del sueño. El adulto joven suele dormir unas 8 horas al día.</p> <p>Mantener un período tranquilo y relajante, reduce aquellos factores que puedan ser estresantes para el paciente.⁹¹</p> <p>La música disminuyó el estrés medio-ambiental, tiene efectos positivos en la inmunidad, elevando los niveles séricos de inmunoglobulinas, específicamente la IgA, así mismo eleva los niveles séricos de interleucinas y produce una disminución en el cortisol sérico.⁹²</p> <p>La analgesia es parte integral en el manejo de los pacientes, su objetivo es proporcionar un nivel óptimo de comodidad con seguridad, reduciendo la ansiedad y facilitando el sueño.</p> <p>Estudios realizados sobre opioides y sueño, demuestran que la administración episódica de este tipo de analgésicos, produce una disminución de la fase REM del sueño y aumento de los</p>

⁹⁰ Carvajal CG, Montenegro RJ. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Rev elec trimes enfer [Internet]. 2015 [citado 28 ago 2017]; 40.

⁹¹ Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastornos del sueño en la infancia y adolescencia en atención primaria. Plan de calidad para el sistema nacional de salud del ministerio de sanidad, política social e igualdad. Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias en la agencia de Lain Entralgo.

⁹² Martínez EB, Gutiérrez JA, Petersen U, García HH, Ávalos LM, Gutiérrez GH, et al. Musicoterapia en una unidad de cuidados intensivos neonatales: experiencia benéfica para el binomio [Internet]. Perina. 2015 [citado 28 ago 2017]; 29(3):95-98.

- Verificar que la infusión analgésica se encuentra pasando adecuadamente.
- Morfina a 0.02 mg/kg/h.
- Vigilar datos de depresión respiratoria.

despertares nocturnos. Por ello, recomiendan la administración de formulaciones retardadas para evitar picos de dosificación, observándose un aumento del número de horas de sueño, menos problemas para conciliarlo y reducción del consumo de hipnóticos.⁹³

EVALUACIÓN

El adolescente mantiene un periodo de sueño prolongado, observándose disminución de la irritabilidad.

⁹³ Mencías HA, Rodríguez HJ. Trastornos del sueño en el paciente con dolor crónico. Rev. Soc. Esp. [Internet]. 2012 [citado 28 de ago 2017]; 19(6): 332-334.

RELACIÓN DÉFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO				
RECEPTOR DEL CUIDADO: R. R. J. J		ETAPA DEL DESARROLLO: Adolescente		
AGENTE DEL CUIDADO TERAPÉUTICO: LEO Espinoza Islas Anabel		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.		
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo. Déficit de la movilidad física.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Sexo. • Estado de salud. • Factores ambientales. 	Reposo prolongado secundario a la parálisis muscular generalizada.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor a la movilización. ▪ Fuerza muscular ausente. ▪ Lesión con pérdida de la epidermis, eritema en los bordes de extensión 4 cm en cara posterior de miembro inferior izquierdo. ▪ Llanto. <p>Escala de Daniel 0 puntos. Escala de Wong-Baker 9 puntos durante la movilización.</p>	<p>Requiere atención de agente del cuidado terapéutico.</p> <p>Es atendido en un hospital de tercer nivel.</p>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA				
Déficit de la movilidad física relacionado con reposo prolongado, manifestado por dolor a la movilización, fuerza muscular ausente, llanto y lesión en miembro inferior izquierdo con pérdida de la epidermis.				

DIAGNÓSTICO:	
Déficit de la movilidad física relacionado con reposo prolongado, manifestado por dolor a la movilización, fuerza muscular ausente, llanto y lesión en miembro inferior izquierdo con pérdida de la epidermis.	
OBJETIVO: Evitar la atrofia muscular mediante la movilización.	
INDICADORES DE EVALUACIÓN:	RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Wong-Baker. ▪ Frecuencia cardiaca. ▪ Escala de Fedpalla. ▪ Escala de Daniels. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar el dolor durante la movilización en la escala de Wong-Baker de 9 puntos a 5 puntos (valor normal de 0). ▪ Mantener la frecuencia cardiaca por debajo de 100 latidos por minuto. ▪ Valorar la reepitelización de la lesión en la escala de Fedpalla de 20 a 25 puntos (valor normal de 21-25). ▪ Escala Daniels de 0 a 1 punto (valor normal de 5).
SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.	
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención: Control del dolor.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revalorar la intensidad del dolor cada 15 minutos. ▪ Monitorización de signos vitales. ▪ Administración de morfina 0.04mg/kg dosis rescate. <p>Intervención: Terapia física.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercicios pasivos de una a dos veces por turno durante 20 minutos. ▪ Uso de férulas en posición neutra para tobillos. 	<p>La sedación no profunda en el paciente intubado puede permitir la comunicación a través de movimientos, y usar por tanto la escala visual análoga o escala visual numérica.⁹⁴</p> <p>La no sedación con el uso asociado de analgésicos opioides podía ser considerada como una variedad de sedación consciente. Se puede administrar durante diferentes procedimientos terapéuticos, diagnósticos o quirúrgicos, durante el acoplamiento de la ventilación mecánica no invasiva, para la adaptación a las modalidades espontáneas.⁹⁵</p> <p>Los ejercicios pasivos son un conjunto de técnicas que se aplican sobre las estructuras afectadas, sin que el paciente realice ningún movimiento voluntario de la zona que hay que tratar. El paciente no interviene en lo absoluto, no representa ayuda, ni resistencia en la realización de los ejercicios.</p> <p>Mediante la realización de movilizaciones adecuadas de las articulaciones, conseguiremos un mantenimiento del rango de movilidad. Al realizar cambios posturales constantemente, se favorece la liberación de prominencias óseas con lo cual mejora el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos, evitando así hipoxia y por ende posible necrosis⁹⁶.</p>

⁹⁴ Clarett M. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. Inst Arg de dx y tx[Internet]. 2012 [citado 2 mar 2017]; 7.

⁹⁵ Rodríguez EC, Birchenall C, Arellano GC, Hernández A, Ceraso D, Díaz CJ, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. Elsevier [Internet]. 2013 [citado 29 agos 2017]; 37(8): 519-574.f

⁹⁶ Semino SG. Medicina de Rehabilitación. Informed [Internet].2017 [citado 3 abr 2017].

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios de posición alternando la posición en decúbito lateral y decúbito dorsal cada 2 horas. <p>Intervención: Cuidados de la piel.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración integral de la piel. ▪ Realizar curación de la lesión con solución fisiológica, previa a colocación de apósito hidrocoloide. <p>Intervención: Profilaxis de trombosis venosa.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación de anticoagulante: enoxaparina 0.5 mg/kg/ día. ▪ Uso de medias elásticas de compresión hasta la deambulaci3n voluntaria. 	<p>Valorar el exudado para la aplicaci3n correcta del apósito. Se recomienda crear un ambiente 3ptimo utilizando los apósitos modernos (hidrocoloide, poliuretano, hidrogeles, etc.), elegir seg3n la disponibilidad de recursos, el estado y morfolog3a de la 3lcera.</p> <p>La incidencia de trombosis venosa profunda en pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos var3a entre el 25 y el 32%. Con frecuencia, estos pacientes son sometidos a procedimientos invasivos y suelen presentar alteraciones cl3nicas que predisponen a3n m3s al sangrado. Se sugiere el uso de trombo profilaxias farmacol3gica con heparina de bajo peso molecular. En paciente hospitalizado con s3ndrome de Guillain-Barr3 que no deambula, se recomienda el uso de enoxaparina subcut3nea profil3ctica (40 mg diarios) hasta que sea capaz de caminar de manera independiente.⁹⁷</p> <p>Deben utilizarse medias de compres3n graduada que generen una presi3n de 15 a 20 mmHg a nivel distal y de 8 mmHg a nivel proximal. Se recomienda iniciar su utilizaci3n tanto de d3a como de noche hasta que el paciente recupere la movilidad de manera significativa. Si el paciente presenta reducci3n de movilidad significativa, deterioro de la integridad de la barrera cut3nea o d3ficit sensorial, se sugiere inspeccionar la piel 2 3 veces por d3a, particularmente en la regi3n distal a las rodillas y en las prominencias 3seas.⁹⁸</p>
<p>EVALUACI3N</p> <p>Durante la movilizaci3n muestra disminuci3n del dolor en la escala de Wong-Baker de 9 a 4 puntos, la frecuencia cardiaca se mantiene dentro de rangos normales reinicia el proceso de reepitelizaci3n de la herida que se valora con un Fedpalla de 20 a 24.</p>	

⁹⁷ Gu3a de pr3ctica cl3nica. Diagn3stico y tratamiento s3ndrome de Guillain-Barr3 segundo y tercer nivel de atenci3n. SS [Internet]. 2016 [citado 4 abr 2017]. f

⁹⁸ V3zquez Fernando J, Watman R, Vilaseca A Rodriguez V., Cruciani A, et al . Gu3a de recomendaciones para la profilaxis de la enfermedad tromboemb3lica venosa en adultos en la Argentina. Medicina B. Air [Internet]. 2013 [citado 3 abr 2017]; 73(2): 1-26.

RELACIÓN DÉFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO				
RECEPTOR DEL CUIDADO: R. R. J. J			ETAPA DEL DESARROLLO: Adolescencia	
AGENTE DEL CUIDADO TERAPÉUTICO: LEO Espinoza Islas Anabel			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 soledad y la interacción social. Riesgo de depresión.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado de salud. ▪ Edad. ▪ Medio ambiente. 	Comentarios negativos por parte del personal médico.		Cuenta con una red de apoyo por parte del familiar y el personal de enfermería.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA				
Riesgo de depresión relacionado con comentarios negativos por parte del personal médico.				

DIAGNÓSTICO:	
Riesgo de depresión relacionado con comentarios negativos por parte del personal médico.	
OBJETIVO: El adolescente mantendrá un estado de autoestima óptimo.	
INDICADORES DE EVALUACIÓN:	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado de ánimo. ▪ Grado de participación en el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente se mostrará cooperador durante el tratamiento terapéutico.
	SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención: Potencialización de la autoestima.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente. ▪ Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente. ▪ Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar la situación. ▪ Estimular el progreso del paciente en la consecución de objetivos. ▪ Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. <p>Intervención: Aumentar el afrontamiento.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar la comprensión del paciente sobre la enfermedad. ▪ Desarrollar técnicas para solucionar el problema de adaptación. <p>Intervención: Aplicación de principios bioéticos</p> <p>Acciones:</p>	<p>La autoestima es un juicio valorativo que realiza la persona sobre sí misma, el cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación sobre dos componentes básicos: merecimiento y competencia.</p> <p>Cuando se analiza el efecto de las contingencias de reforzamiento en la autoestima, se encuentra que ésta fluctúa en respuesta a aquellos acontecimientos que a lo largo del desarrollo del individuo han ido adquiriendo un valor de contingencia para su percepción de autovalía.</p> <p>El paciente en la unidad de cuidados intensivos presenta amenaza de muerte, pérdida de autonomía, separación de la familia y del entorno, no comprende el lenguaje, ni entiende la razón de los equipos y monitores, pierde contacto con su vida real. Por lo que resulta vital que las enfermeras usen estrategias especiales para comunicarse.</p> <p>La importancia de propiciar empatía durante la práctica del cuidado favorece la confianza y el establecimiento de vínculos significativos, que contribuyen en la calidad de la atención⁹⁹.</p> <p>Resulta eficaz para mejorar la autoestima o autoconcepto incrementar aquellas conductas o logros que persiguen propósitos válidos para un desarrollo adaptativo del adolescente.</p> <p>La retroalimentación mejora la autoestima en el adolescente y la perjudica cuando se basa en un control psicológico o emocional.¹⁰⁰</p>

⁹⁹ Ramírez P, Müggenburn. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm. univ* [Internet]. 2015 [citado 24 jul 2017]; 12(3): 139.

¹⁰⁰ Rodríguez NC, Caño GA. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* [Internet]. 2012 [citado 2016 Dic 28].

- Comentar la situación del paciente con el personal médico sobre la forma de abordar el informe médico.

La ética médica juzga los actos médicos con base en cuatro principios fundamentales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. El principio de justicia obliga a tratar a cada paciente como le corresponde.¹⁰¹

EVALUACIÓN

El adolescente se muestra activo y coopera durante el tratamiento terapéutico.

¹⁰¹ Ávila JF. Aspectos éticos en la atención médica. INCMNSZ [Internet]. 2013 [citado 24 de jul 2017].l

RELACIÓN DÉFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO				
RECEPTOR DEL CUIDADO: R. R. J. J			ETAPA DEL DESARROLLO: Adolescente	
AGENTE DEL CUIDADO TERAPÉUTICO: LEO Espinoza Islas Anabel			SISTEMA DE ENFERMERÍA: Parcialmente compensatorio.	
AGENTE DEL CUIDADO DEPENDIENTE: C. R. A. (Papá)				
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social. Deterioro de la comunicación verbal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad. ▪ Sexo. ▪ Estado de salud. ▪ Factores ambientales. 	Vía aérea artificial.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacidad para emitir lenguaje verbal. 	El paciente se muestra con capacidad de comunicación con el personal que lo asiste y familiar. El padre apoya la comunicación efectiva entre el paciente y el personal.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA				
Deterioro de la comunicación verbal relacionada con vía aérea artificial, manifestada por la incapacidad de emitir lenguaje verbal.				

DIAGNÓSTICO:	
Deterioro de la comunicación verbal relacionada con vía aérea artificial, manifestada por la incapacidad de emitir lenguaje verbal.	
OBJETIVO: El adolescente mantendrá comunicación no verbal con el personal de salud para la satisfacción de sus requisitos de autocuidado.	
INDICADORES DE EVALUACIÓN:	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lograr una recepción e interpretación de mensajes no verbales, para la satisfacción de sus requisitos.
SISTEMA DE ENFERMERÍA: Parcialmente compensatorio.	
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención: Interpretar la información no verbal adecuadamente.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar la comunicación a través de la interacción continua, permitir la visita familiar y solicitar su ayuda en la comprensión del lenguaje del paciente. ▪ Utilizar frases simples y frases cortas. ▪ Estar de pie delante del paciente al hablar. ▪ Elogiar la mejoría de su comunicación. 	<p>El apoyo de la familia es indispensable para crear un mejor vínculo de comunicación entre la persona y la enfermera.</p> <p>Las órdenes simples favorecen un mejor entendimiento para mejorar la comunicación entre las personas. Ayudando a procesar de manera más adecuada la información del emisor y ayuda aceptar y aprender métodos alternativos para trabajar con el trastorno del habla.¹⁰²</p> <p>Minimiza la aprensión, el miedo, anticipación o malestar relacionados con un peligro anticipado, explicando previamente el procedimiento a realizar.</p> <p>El uso del humor favorece los lazos de confianza entre la enfermera y el paciente, con lo cual se generan actitudes auténticas entre ambos. El logro de la comunicación enfermera-paciente se lleva a cabo a través de la identificación y adaptación a las necesidades específicas de cada persona.¹⁰³</p>
EVALUACIÓN	
La comunicación se tornó más efectiva para la atención de la satisfacción de sus requisitos.	

¹⁰² Cancino, op. cit.

¹⁰³ Ramírez PM, op. cit.134-143.

XIV. PRIMERA VALORACIÓN FOCALIZADA, DIAGNÓSTICOS Y PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS, 26 DE OCTUBRE 2016

Signos vitales		
Fecha	T	FC
261016	38.3 °C	126 lpm

Uresis en 24 horas
2100 ml

Adolescente que posterior al retiro de dispositivo urinario presenta micción espontánea de orina turbia, se reporta urocultivo con crecimiento de 30,000 UFC de *Cándida spp*, refiere disuria y dolor que verbaliza con un puntaje de 6/10 en la escala de EVA (ver anexo 16), el cual se irradia hacia los flancos.

Abdomen que se auscultan movimientos peristálticos, a la palpación se encuentra blando depresible no doloroso, presenta evacuaciones en la escala de Bristol de tipo 2 (ver anexo 17).

Tratamiento farmacológico
Cefepime (150 mg/kg/día) 1 g IV cada 8 horas
Vancomicina (15 mg/kg/dosis) 500 mg cada 6 horas
Fluconazol (6 mg/kg/día) 400 mg cada 24 horas

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO HUMANO,
Y EL BIENESTAR HUMANO, 26 DE OCTUBRE 2016

Adolescente cursando su día 18 de hospitalización en terapia intensiva, con diagnóstico médico de síndrome de Guillain-Barré.

Signos Vitales						
FECHA	T	FC	FR	TA	SAT O ²	PVC
261016	38.3 °C	126 lpm	32 rpm	107/68 mg/dl	90%	0

Edad aparente a la cronológica, en región occipital presenta lesión con pérdida parcial del grosor de la piel afectando la epidermis, con eritema, bordes lisos, en la escala de Fedpalla 20 puntos (ver anexo11), le causa dolor que se valora con la escala de EVA con 4/10 puntos (ver anexo 16).

A la valoración del estado de conciencia se encuentra con apertura ocular espontánea, hay respuesta motriz cuando se le solicita, responde a preguntas cortas orientadamente en la escala de Glasgow 15/15 (ver anexo 18). Tegumentos con adecuada hidratación ligeramente pálidos. Se lleva acabo extubación programada, quedando con oxígeno suplementario con nebulizador, manteniendo saturación por arriba de 90%, no presenta complicaciones, reflejo tusígeno presente, con abundantes secreciones blanquecinas que son expectoradas por el paciente. Campos pulmonares ventilados, se ausculta murmullo vesicular, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y sin agregados acústicos, con monitorización cardiaca continua con tendencia a la taquicardia sinusal, con sensor de oximetría de pulso, un llenado capilar en 2 segundos, acceso venoso periférico en miembro superior derecho y en miembro superior izquierdo presenta línea arterial, abdomen con peristalsis presente blando depresible, genitales íntegros.

Gasometría arterial						
FECHA	pH	pO ₂	pCO ₂	HCO ₃	CO ₂ T	SAT %
261016	7.40	63.3	34.8	21.3	22.3	95%

Valores de referencia de gasometría arterial	7.35-7.45	70-100	35-45	19-25	19-29	90-95%
--	-----------	--------	-------	-------	-------	--------

Su gasometría se valora con equilibrio ácido-base.

RELACIÓN DÉFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO				
RECEPTOR DEL CUIDADO: R. R. J. J		ETAPA DEL DESARROLLO: Adolescente		
AGENTE DEL CUIDADO TERAPÉUTICO: LEO Espinoza Islas Anabel		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.		
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excretas. Alteración en el proceso de eliminación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad. ▪ Sexo. ▪ Estado de salud. ▪ Factores ambientales. 	Infección del tracto urinario secundario al uso de dispositivo vesical.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertermia. ▪ Disuria. ▪ Dolor que se irradia hacia los flancos iliacos. <p>Escala de EVA 6 puntos.</p>	Requiere atención de agente del cuidado terapéutico.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA				
Alteración en el proceso de eliminación, relacionado con infección del tracto urinario, manifestado por hipertermia, disuria y dolor que se irradia hacia los flancos iliacos.				

DIAGNÓSTICO:	
Alteración en el proceso de eliminación, relacionado con infección del tracto urinario, manifestado por hipertermia, disuria y dolor que se irradia hacia los flancos iliacos.	
OBJETIVO: Que el adolescente restablezca su requisito de eliminación urinaria	
INDICADORES DE EVALUACIÓN:	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signos vitales. ▪ Escala de EVA. ▪ Urocultivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener la temperatura corporal entre 36-37.5 °C. ▪ Mantener la frecuencia cardiaca por debajo de 100 lpm. ▪ Disminuir el dolor, valorándolo en la escala de EVA de 6 a 2 puntos (valor normal 0).
SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatoria.	
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención: Monitorización de signos vitales.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura corporal. ▪ <p>Intervención: Administración de medicamentos.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación de los 10 correctos durante la administración de medicamentos. ▪ Fluconazol (400 mg/día) 400 mg IV c/24 horas. ▪ Paracetamol (13 mg/kg/dosis) 1 g/dosis. <p>Intervención: Control de la hipertermia.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar los baños de esponja con agua tibia. 	<p>Los signos vitales son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Los signos vitales son la cuantificación de acciones fisiológicas, como frecuencia y ritmo cardiaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal, presión arterial y la oximetría, indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico. Cualquier alteración de los valores normales, orienta hacia un mal funcionamiento orgánico y por eso se debe sospechar de un estado mórbido.¹⁰⁴</p> <p>El esquema para candidiasis de acuerdo con las recomendaciones, administración de Fluconazol 200 mg/d durante 14 días. Para disminuir las fallas en el tratamiento, no sólo de la infección urinaria aguda no complicada sino de la adquirida en el hospital, es necesario de un sistema de vigilancia de la resistencia antimicrobiana institucional que permita la selección de los fármacos específicos en dosis, intervalo y duración.¹⁰⁵</p>

¹⁰⁴ Villegas GJ, Villegas AO, Villegas GV. Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. Arch med [Internet]. 2012 [citado 30 ago 2017]; 12(2): 221-240.

¹⁰⁵ López MB, Calderón JE, Olivares LV, Parra OI, Alcázar LV, et al. Susceptibilidad antimicrobiana de microorganismos causantes de infección urinarias bajas en un hospital pediátrico. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex [Internet]. 2014 [citado 10 jun 2017]; 71(6): 339-345.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar sobrearropar o desvestir totalmente al adolescente. <p>Intervención: Valoración de urocultivos</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar las características de la orina como son: color, olor y la presencia de sedimentos en la misma. ▪ Extraer las muestras de orina para análisis y urocultivos usando una técnica estéril. <p>Intervención: Manejo hídrico.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar la ingesta adecuada de líquidos. ▪ Valorar el ingreso y el egreso de líquidos y electrolitos. ▪ Se debe evitar retardar el vaciamiento vesical. 	<p>Los baños de esponja con agua tibia no están recomendados para el tratamiento de fiebre, los medios físicos pueden causar temblor si el enfriamiento es muy rápido o profundo, favoreciendo vasoconstricción e incremento de temperatura y del metabolismo.¹⁰⁶</p> <p>La valoración de las características de la orina permite detectar la presencia de bacterias. La orina se vuelve turbia por el crecimiento de las bacterias.</p> <p>La candidiasis es la infección más común por hongos, son más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos, con hospitalización prolongada o bajo tratamiento de antibióticos de amplio espectro. La presencia de 10 UFC de cándida sugiere infección. Con respecto al método de recolección de orina, es importante minimizar los riesgos de contaminación en la toma de muestra, por lo tanto, previamente debe realizarse un lavado de genitales con agua y jabón. La muestra debe ser tomada y sembrada inmediatamente (orina fresca), si esto no es posible, se mantendrá refrigerada a 4 °C por un tiempo máximo de 24 horas. El urocultivo requiere mínimo 18 horas de incubación para poder informar si hay crecimiento bacteriano.¹⁰⁷</p> <p>La ingesta de abundantes líquidos ayuda a barrer las bacterias que ascienden por las vías urinarias y disminuye la disuria.</p>
--	--

EVALUACIÓN

La temperatura corporal se logra descender 1 °C, disminuye la disuria que se valora en la escala de EVA con un puntaje de 6 a 2.

¹⁰⁶ Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la fiebre sin signos de focalización en los niños de 3 meses a 5 años de edad. SS [Internet]. 2013 [citado 10 jun 2017].

¹⁰⁷ Salas CP, Barrera BP, González CC. Actualización en el diagnóstico y manejo de la Infección Urinaria en pediatría. Rev. Chil Pediatr [Internet]. 2012 [citado 9 jun 2017]; 83(3): 269 – 278.

RELACIÓN DÉFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO				
RECEPTOR DEL CUIDADO: R. R. J. J		ETAPA DEL DESARROLLO: Adolescente		
AGENTE DEL CUIDADO TERAPÉUTICO: LEO Espinoza Islas Anabel		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.		
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
Prevenición de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. Alteración del bienestar humano.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad. ▪ Sexo. ▪ Estado de salud. ▪ Factores ambientales. 	Lesión cutánea en región occipital.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida parcial del grosor de la epidermis. ▪ Eritema. ▪ Dolor. Escala de EVA 4 puntos. Fedpalla de 20 puntos.	Requiere atención de agente del cuidado terapéutico.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA				
Alteración del bienestar humano relacionado con lesión cutánea en occipital, manifestado por pérdida parcial del grosor de la epidermis, eritema y dolor.				

DIAGNÓSTICO:	
Alteración del bienestar humano relacionado con lesión cutánea en occipital, manifestado por pérdida parcial del grosor de la epidermis, eritema y dolor.	
OBJETIVO: Mantener la integridad cutánea.	
INDICADORES DE EVALUACIÓN:	RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de EVA. ▪ Escala de Fedpalla. ▪ Escala de Braden Q. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar el dolor en la escala de EVA de 4 a 0 puntos (valor normal 0). ▪ Valorar las características de cicatrización en la escala de Fedpalla de 20 a 25 puntos (valor normal 21-25). ▪ Disminuir el riesgo en la escala de Braden de alto a moderado (valor normal < 16 puntos).
SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio.	
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervencion: Vigilancia de la piel.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar las condiciones de la herida. ▪ Cuidados de la herida a través de realizar la asepsia con solución salina, por lo menos una vez cada 8 horas. ▪ Vigilancia de cicatrización, a través de un instrumento para la monitorización de la evolución de la úlcera por presión a través de la escala de Fedpalla. ▪ Brindar cuidados de la piel. <p>Intervencion: Cuidados de sitio de presión</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar los factores de riesgo para úlceras por presión, tanto intrínsecos como extrínsecos, a través de herramientas como la escala de Braden Q. 	<p>En las úlceras en categoría II, los cuidados deben incluir el alivio de la presión de la zona afectada, uso de medidas locales que disminuyan la presión, que reduzcan el cizallamiento y que permitan la visualización de la zona dañada sin lesionarla, la aplicación de un protector terapéutico que prevenga la infección bacteriana, así como mantener la humedad en el lecho ulcerado a temperatura corporal. Se debe emplear solución salina para la limpieza de las úlceras por presión no infectadas, ya que no impiden el proceso de cicatrización, no provocan daño tisular, alergias ni altera la flora normal de la piel.¹⁰⁸</p> <p>La escala Fedpalla de valoración del estado de la piel, principalmente para casos donde nos encontramos con deterioro de la integridad cutánea o tisular, nos servirá para determinar en qué nivel de gravedad nos encontramos a la hora de restablecer este deterioro cutáneo y si la epitelización será progresivamente positiva, hasta la completa cicatrización de las lesiones, a la vez nos sirve para orientación de los tratamientos y cuidados de esta piel según su puntuación.¹⁰⁹</p> <p>Para los cuidados generales de la piel, se recomienda inspeccionar la piel regularmente para detectar signos de enrojecimiento, calor, edema, induración, dolor o molestia en los individuos identificados con riesgo de padecer úlceras por presión, utilizar jabones no irritantes y con un pH neutro; además, hay que evitar el uso de soluciones que contengan alcohol.</p> <p>Al ingresar, y siempre que cambien las condiciones físicas, valorar los factores de riesgo que pueden provocar daños cutáneos. Se deberá utilizar una herramienta de evaluación del riesgo de úlceras por</p>

¹⁰⁸Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y manejo de las úlceras por presión en el adulto. SS [Internet]. 2015 [citado 15 ene 2017].

¹⁰⁹ Palomar Lantas F, Bergoña Formes P, Tornero P. Escala de valoración Fedpalla de la piel perilesional. Enf Derma [Internet]. 2017 [citado 30 abr 2017].

- Colocar superficies reductoras de presión entre el paciente y la fuente de presión.

presión, como la escala de Braden en combinación con el examen frecuente del estado de la piel y la evolución clínica del paciente. La escala de Braden se puede utilizar para identificar factores de riesgo específicos, y así realizar intervenciones focalizadas de acuerdo con el problema detectado. Para la selección de la superficie, debe tenerse en cuenta: incremento del área de apoyo, baja retención de humedad, acumulación de calor reducida, reducción de la fricción y reducción de la presión.

EVALUACIÓN

En el adolescente se mejora la integridad cutánea a través del inicio de proceso de cicatrización, disminuye la irritabilidad y verbaliza disminución de dolor en la escala de EVA con un puntaje de 4 a 1.

XV. SEGUNDA VALORACIÓN FOCALIZADA, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN FOCALIZADA PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS, 1 DE NOVIEMBRE 2016

Adolescente que tiene control sobre los esfínteres, presenta micción espontánea, no refiere molestia al orinar, su orina se observa amarilla sin presencia de sedimento, presenta gasto urinario en 24 horas de 0.9 ml/h. Con perímetro abdominal de 86 cm, el abdomen se observa con distensión, se auscultan sonidos abdominales hipoactivos, a la palpación se encuentra duro, refiere dolor que se valora en la escala de EVA de 5 (ver anexo 16), se observa irritable y con facies de dolor, se percuten sonido de tipo mate, refiere ausencia de evacuaciones por 48 horas.

Tratamiento farmacológico

Contumax (17g/dosis) 17 gr VO c/8 h.

Enema con solución jabonosa + 200ml de agua.

RELACIÓN DÉFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO				
RECEPTOR DEL CUIDADO: R. R. J. J		ETAPA DEL DESARROLLO: Adolescente		
AGENTE DEL CUIDADO TERAPÉUTICO: LEO Espinoza Islas Anabel		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Parcialmente compensatorio.		
AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: C. R. A. (Papá)				
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excretas. Alteración en la eliminación intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad. ▪ Sexo. ▪ Estado de salud. ▪ Factores ambientales 	Uso prolongado de analgésicos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor abdominal. ▪ Distensión abdominal. ▪ Abdomen duro. ▪ Ausencia de evacuaciones por 48 horas. <p>Escala de EVA 5 puntos.</p>	Requiere atención de agente del cuidado terapéutico.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA				
Alteración en la eliminación intestinal relacionado con el uso prolongado de analgésicos manifestado por abdomen duro, ausencia de evacuaciones por 48 horas, dolor y distensión abdominal.				

DIAGNÓSTICO:	
Alteración en la eliminación intestinal relacionado con el uso prolongado de analgésicos manifestado por abdomen duro, ausencia de evacuaciones por 48 horas, dolor y distensión abdominal.	
OBJETIVO: El adolescente mejorará la actividad gastrointestinal para una eliminación intestinal óptima.	
INDICADORES DE EVALUACIÓN:	RESULTADOS ESPERADOS:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de EVA. ▪ Escala de Bristol. ▪ Presencia/ausencia de ruidos intestinales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución del dolor en la escala de EVA de 5 a 1 punto (valor normal 0). ▪ Valorar la escala de Bristol de 0 a 3 (valor normal tipo 3-4). ▪ Favorecer una adecuada motilidad intestinal para el movimiento del bolo fecal.
SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatoria.	
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención: Manejo del estreñimiento.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar signos y síntomas de estreñimiento. ▪ Administrar enema o irrigación con solución jabonosa 100 ml + 200 ml de agua. ▪ Valorar peristaltismo. <p>Intervención: Manejo de la nutrición.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ofrecer una dieta que ayude a la eliminación intestinal de tipo laxante. ▪ Favorecer el consumo de líquidos (agua, sopa, jugos). Al menos 2 litros de agua al día. Evitar bebidas gaseosas. ▪ Favorecer el consumo de fibra. <p>Intervención: Fomentar la actividad.</p> <p>Acciones:</p>	<p>El estreñimiento se define como la presencia de movimientos intestinales infrecuentes asociados con la coexistencia de síntomas como materia fecal dura y en bultos, esfuerzo defecatorio, sensación de evacuación incompleta y distensión abdominal.</p> <p>La escala de Bristol es útil porque permite visualizar diferentes tipos de heces y ayudan al paciente a definirlos, las de tipo 1 y 2 suelen corresponder a tránsito intestinal lento.</p> <p>La solución salina del enema ablanda las heces y estimula a los músculos rectales a contraerse y hacer presión para evacuarlas.</p> <p>El inicio del tratamiento para el estreñimiento consiste en el cambio tanto en la alimentación como en el hábito defecatorio, varios estudios observacionales han demostrado una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de presentación de estreñimiento de acuerdo con la cantidad de fibra en la misma, por lo que se ha recomendado el consumo de 25-30 g/día en el manejo de los pacientes con estreñimiento crónico, y específicamente en aquellos con estreñimiento del subtipo de tránsito normal.¹¹⁰</p>

¹¹⁰ Rincón RA, Grillo CF, Rodríguez AV, Concha AM, Costa BV, Álvaro AG, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del estreñimiento crónico funcional en la población adulta. Asoc. Col. Gastro [Internet]. 2015 [citado 30 ago 2017].

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir al paciente a ejercicios. ▪ Aplicar masaje abdominal, se realiza un suave masaje en el sentido del vaciamiento del colon, es decir empezando por la parte derecha del abdomen, luego pasando por la parte superior del ombligo, descendiendo posteriormente en el flanco izquierdo. <p>Intervención: Administración de medicamentos.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contumax (1 o 2 sobres /día en presentación de 10 g) 17 gr VO 	<p>Existen estudios con una mayor frecuencia de estreñimiento crónico en pacientes sedentarios comparados con aquellos que realizan una actividad física de al menos 150 minutos por semana. Se ha observado un aumento de la motilidad, de la secreción de péptidos y hormonas, así como del flujo sanguíneo en relación con el ejercicio.</p> <p>El uso de laxantes estimulantes que fomentan la secreción de agua y cloro por inhibición de la bomba Na/K/ATPasa en el lumen colónico, y estimulan la motilidad intestinal actuando directamente en el plexo mientérico.¹¹¹El contumax es un polímero lineal que retiene moléculas de agua por medio de enlaces de hidrógeno. Cuando se administra por vía oral, produce un aumento de los líquidos intestinales. El volumen de líquido intestinal no absorbido es el responsable de las propiedades laxantes de la solución.¹¹²</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Presenta evacuación de 530 gr en la escala de Bristol tipo 2, disminuye la distensión abdominal y el dolor se valora con un puntaje de 5 a 1 en la escala de EVA.</p>	

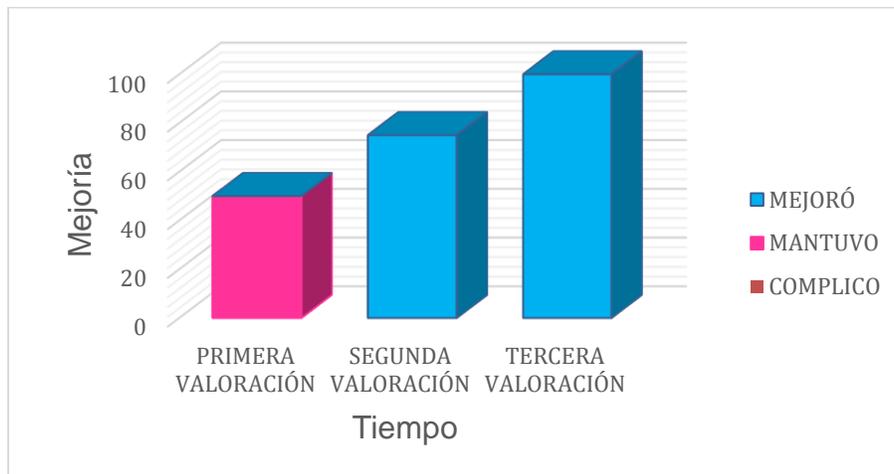
¹¹¹ Ávila CL, Sibila M, Trochon J, García M, Loewenberg T, et al. Ensayo clínico controlado y aleatorizado. Constipación en pacientes con enfermedades neurológicas. Act Gastro Lat [Internet]. 2016 [citado 1 sep 2017]; 46.

¹¹²Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum [Internet]. 2015 [citado 11 jun 2017].

XVI. RESULTADOS DE INTERVENCIONES

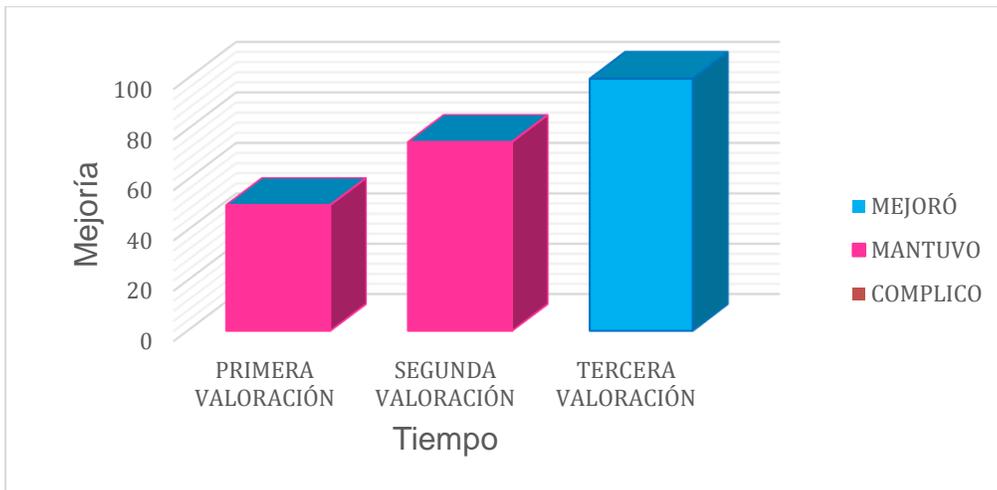
Como parte del análisis de los resultados obtenidos, se presentan las gráficas de los tres requisitos que más alterados se observaron en las diferentes etapas de la valoración:

1. **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.** Luego de la ejecución de los cuidados especializados de enfermería (del 12 al 26 de octubre), podemos notar que el paciente mejoró en este requisito, razón por la cual se logró la extubación programada del adolescente sin requerir de una reintubación posterior.

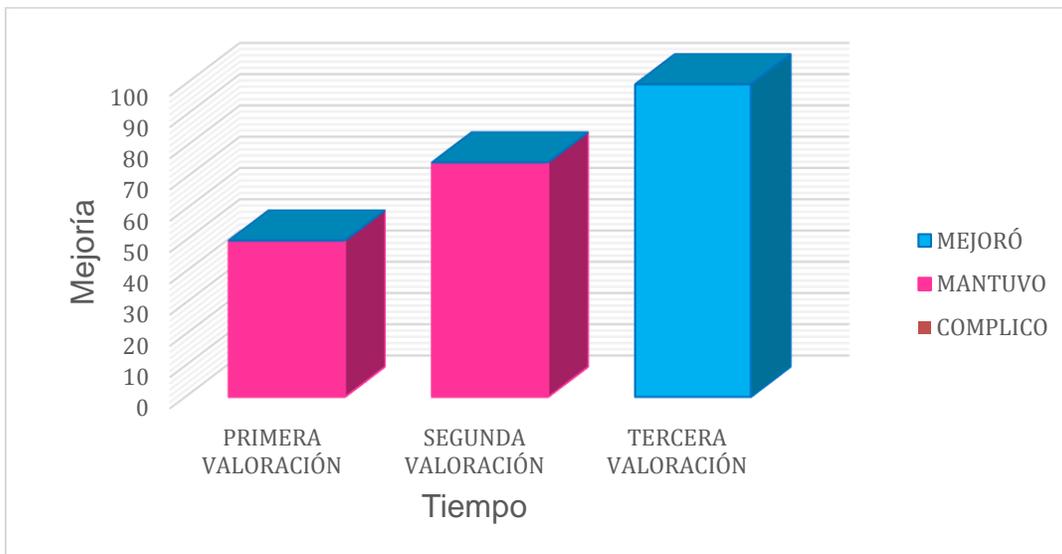


2. **Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excretas.**

Los resultados en la gráfica muestran la resolución de este requisito, que se llevó a cabo del 12 de octubre al 5 de noviembre. Aunque no se consiguió la mejoría en un 100%, se observa un progreso del 90% entre la primera valoración y la tercera.



4. **Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.** Para este requisito es evidente que hubo una resolución del déficit identificado, dicha resolución se llevó a cabo en un periodo del 12 de octubre al 5 de noviembre en un 100%, ya que posterior a su egreso no presentó ningún problema.



XVII. PLAN DE ALTA

<p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ESPECIALIDAD: ENFERMERÍA INFANTIL SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA</p>	
<p>NOMBRE: J. J. R. R</p>	<p>EDAD: 16 años 3 meses SERVICIO: Neurología</p>
<p>DIAGNÓSTICO: Síndrome de Guillain-Barré, agudo axonal motor y sensitivo forma desmielinizante.</p>	
<p>DIETA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la higiene de manos durante la preparación de los alimentos. • Realizar una dieta rica en fibra: consumir cereales integrales; frutas como pera, manzana, naranja, fresas y plátanos; vegetales como brócoli, coliflor, zanahoria, calabazas y aguacate. • Beber abundante agua hervida o embotellada, al menos 2 litros al día. • No eliminar el aceite de la dieta.
<p>MEDICAMENTOS </p>	<ul style="list-style-type: none"> • No administrar vacuna de influenza.
<p>HIGIENE</p> 	<p>Tu cuerpo comienza a tener nuevos procesos hormonales, y estos provocan mayor sudoración y la aparición de nuevos olores. Presta atención a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar el cuero cabelludo con champú. • Cara y cuello. Lavarlos con agua y jabón, además de mantenerlos limpios previene las espinillas. • Boca. Usar el cepillo de dientes tras cada comida ayuda a combatir las caries y el mal aliento. • Genitales. Se deben lavar bien, es preferible no usar jabón a menos que sea específico para genitales, es importante secar muy bien para combatir la aparición de infecciones. • Pies. Es importante el cambio de calcetines todos los días y mantener los zapatos limpios. • Usar bloqueador solar y repelente de insectos.

<p>ACTIVIDADES</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda caminar y mantenerse activo para estimular el movimiento de los intestinos. • Movilización de todas las articulaciones, primero con ejercicios pasivos, activos asistidos, luego activos y finalmente activos con resistencia. • Trabajar cambio de posición de sentado a de pie, luego carga de peso corporal empezando con poco peso y reeducación de la marcha. • Reeducación de afinamiento de gestos y reincorporación a las actividades de la vida diaria. • No llevar a cabo actividades que requieran de un gran esfuerzo.
<p>DATOS DE ALARMA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para respirar. • Adormecimiento de alguna parte del cuerpo. • Temperatura por arriba de 38 °C. • Incapacidad o dolor al evacuar.
<p>PRÓXIMA CITA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Cita al servicio de neurología el 9 de diciembre 2016. • Rehabilitación física en su lugar de origen.

Elaboró:

LEO Anabel Espinoza Islas



TRÍPTICO

EJERCICIOS RESPIRATORIOS

Debes inhalar y exhalar profundamente, reteniendo la respiración por unos segundos.



Al final de los ejercicios debes hacer burbujas.



CENTRO DE AYUDA
Centro de Rehabilitación
Integral Guerrero

Dirección: Av. René Juárez Cisneros S/N,
Ciudad de los Servicios 39095
Chilpancingo de los Bravos, Gro.
Teléfono: 01 747 471 8490
Horario: lunes-viernes 7-15
Sábado y Domingo cerrado
Elaboró: LEO Anabel Espinoza Islas

TERAPIA FÍSICA



LOS CAMPEONES SIGUEN
INTENTÁNDOLO HASTA
QUE LO HACEN MEJOR



CONTROL DE POSTURA

Evita: Posiciones de tu cuerpo que sean incómodas o que ejerzan fuerza, y mantenerte en reposo por mucho tiempo.

Puedes realizar movimientos lentos de las articulaciones.

Pueden brindarte un masaje descontracturante, estos te ayudarán a disminuir el dolor y a mejorar el retorno venoso.



EJERCICIOS QUE PUEDES HACER EN EL AGUA

Abre y cierra la mano tratando de dejar agua dentro de ella.

Sentado, apoya los brazos hacia atrás, flexiona y extiende las piernas.

Cruza una pierna sobre otra y alterna.

Mueve los dedos de los pies.

Con ayuda de alguien dentro del agua, haz movimientos libres de brazos y piernas.

Realiza marcha de corta distancia y trata de hacer semisentadillas.



XVIII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El haber realizado este estudio de caso, permite identificar la importancia de conocer y atender de manera inmediata las nuevas emergencias epidemiológicas. El papel del profesional de enfermería ante el virus del Zika, deberá girar en torno a la promoción para la disminución del vector, las medidas para la prevención de la picadura del mosquito Aedes y el poder identificar las complicaciones que pueda presentar.

Es vital que el Especialista en Enfermería Infantil realice una adecuada valoración desde el ingreso del paciente a una unidad de cuidados críticos, para la detección de los requisitos alterados, esto con la finalidad de brindar un cuidado individualizado.

Trabajar con el proceso enfermero favorece el desarrollo científico de la profesión, permite dar solución a la problemática detectada y proporcionar una atención eficaz, oportuna y de calidad mediante la implementación de cuidados especializados. Lo anterior con el fin de promover un mayor bienestar, a través de la implementación de un plan de alta por parte del profesional de enfermería.

La realización de este estudio de caso bajo la Teoría General de Autocuidado, consiguió visualizar al adolescente de forma integral, aplicar prácticas para lograr determinar su déficit de autocuidado y fortalecer conductas generadoras de salud. También permitió que las actividades del profesional de enfermería se vieran reflejadas a través del alcance de los objetivos establecidos en cada plan de cuidados que, afortunadamente, cambiaron de un sistema totalmente compensatorio a uno de apoyo educativo, obteniendo como resultado la recuperación de las funciones del adolescente sin presentar secuelas.

Sugerencias:

Que de forma preventiva se valore constantemente el dolor, ya que es uno de los síntomas que más prevalece en este tipo de patología.

Es responsabilidad del profesional de enfermería conocer la tasa de mortalidad que afecta a la población, ya que esto le permite identificar las nuevas emergencias epidemiológicas que están afectando más a la población pediátrica.

Que cuando se ejecuten los cuidados asistenciales se trabaje bajo las consideraciones éticas, respetando los derechos de los niños, niñas y adolescentes, así como los derechos de los niños hospitalizados, ya que es un compromiso de todo profesional de la salud.

Que el Especialista en Enfermería Infantil ejecute los cuidados guiados por la enfermería, basados siempre en evidencia individualizada.

XIX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. AHA. Soporte vital avanzado. Estados Unidos: Libro del proveedor de soporte vital avanzado pediátrico; 2012.
2. Aguayo AF, Mella MR. Significado práctico del concepto de gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud. *Ciencia y Enfermería [Internet]*. 2015; 21(3):73-85.
3. Aguilera OP, González DV, Ruiz FJ. Síndrome de Guillain-Barré en la infancia. *Medisan [Internet]*. 2014.
4. Almeida JA, Castro RY, Guzmán SM, Mena RM, Sarzona HG. Manual de la enfermería. España: Cultural, S.A; 2013.
5. Audrey BJ, Shirlee S. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica. Vol 1.9th ed. Madrid España: Parson; 2013.
6. Ávila CL, Sibila M, Trochon J, García M, Loewenberg T, et al. Ensayo clínico controlado y aleatorizado. Constipación en pacientes con enfermedades neurológicas. *Act Gastro Lat [Internet]*. 2016; 46.
7. Ávila JF. Aspectos éticos en la atención médica. INCMNSZ [Internet]. 2013.
8. Balam C, Franco M. Teorías y Modelos de Enfermería Bases Teóricas para el Cuidado Especializado. México: Herrera Martínez Rafael, Ed 2. 2011.
9. Bárcena FE. Manejo del dolor pediátrico en el centro de salud. *Rev pediatr aten primaria [Internet]*. 2014; 16 (23).
10. Barresi M. Revisando Técnicas: Técnicas de oximetría de pulso. *Rev. Enf. [Internet]*. (18).
11. Bautista AC, Castillejos GV, Cenarro MG. Guía de estreñimiento en el niño. Madrid [Internet]. 2015.
12. Betancur OI, Milena BA, Cardona AJ. Relación entre síndrome de Guillain-Barre e Infección por el virus de Zika: Revisión sistemática de la literatura. *Arch Med. [Internet]*. 2016; 12 (39); 1-8.
13. Boris JP, Gulfo RD. Asentamiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano. *Rev Col de Bio [Internet]*. 2013.

14. Cabrera EB. Descripción del tipo Tratamiento y tiempo de hospitalización en paciente con Síndrome de Guillain-Barré. UNAM; 2016.
15. Cacino MK, Balcázar MV. Intervención de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN. Enf. Uni [Internet]. 2013; 10 (1): 27-32.
16. Cajina J. Síndrome Guillain-Barré. OPS [Internet]. 2016; 2-3.
17. Camacho BL, Pesado CJ, Rumbo JM. Opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica, en la valoración del dolor agudo como 5ª constante vital [Internet]. 2016; 10(1).
18. Carnevalli MA, Rodríguez RZ, Bitencourt AB. Los paradigmas de la modernidad y posmodernidad y el proceso de cuidar en enfermería. Enfer Global [Internet] 2015; 14 (1).
19. Carvajal CG, Montenegro RJ. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Rev elec trimes enfer [Internet]. 2015; 40.
20. Catalán GM, Montejo GJ. Nuevos sistemas de implementación del soporte nutricional en pacientes de UCI. Nutri Hosp [Internet]. 2013; 6 (1): 65.
21. Cea G. Jara P. Quevedo F. Características epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré en población chilena: estudio hospitalario en un período de 7 años. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015; 143(2): 183-189.
22. Clarett M. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. Inst Arg de dx y tx[Internet]. 2012: 7.
23. Colegio de educación profesional Técnica del estado de Chiapas. Congreso Historia Enfermería [Internet]. 2015.
24. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum [Internet]. 2015.
25. Comisión Nacional de derechos humanos. Ley general de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. 2016.
26. CONAVE. Infección por virus de Zika, síndrome neurológico y anomalías congénitas. 2015.
27. CONBIOÉTICA. Consentimiento informado. Comisión Nacional de Bioética [Internet]. 2015: 60.

28. Díaz AR, Amador MR, Alonso UR, Campo GA, Mederos DM, Oria SM. Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería: Estudiantes de licenciatura de Enfermería. Facultad "Lidia Doce". 2013. *Enferm. univ* [Internet]. 2015; 12 (1): 36-40.
29. Dirección de Red Médica. Carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros [Internet].
30. Flore JG, Bustinza AA. Guía Clínica para la prevención de la infección de orina asociada a sonda vesical. 2012.
31. Franco MP. Déficit de autocuidado Dorothea Elizabeth Orem. *Medical Archives* [Internet]. 2013.
32. Fuentes MD, Montes AL. Colocación accidental en la vía aérea de una sonda transpilórica. *Rev Mex Pediatr* [Internet]. 2014; 81 (5): 181.
33. Fundación Española [Internet] Guía práctica de actuación diagnóstico-terapéutica en estreñimiento crónico, 2013.
34. Galván HS, Cabrera GD. Manifestaciones clínicas del virus de Zika. *Rev Med IMSS* [Internet]. 2016: 54.
35. Galvis LM. Teorías y Modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Rev Cuid* [Internet]. 2015; 6 (2): 1108-1115.
36. García ML, Pellicer GB, Arrazola AO. La ética del cuidado, sustento de la bioética enfermera. *Rev Lat bio* [Internet]. 2015; 16(1):72-79.
37. González DV, Aguilera OP, Ruiz FM. Síndrome de Guillain -Barré en la infancia [Internet]. MEDISAN.2014.
38. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastornos del sueño en la infancia y adolescencia en atención primaria. Plan de calidad para el sistema nacional de salud del ministerio de sanidad, política social e igualdad. Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias en la agencia de Lain Entralgo.
39. Guerra HJ, Reyes SA. Tratamiento del dolor con opioides en la situación terminal. *Conse de sal* [Internet]. 2012. [
40. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la fiebre sin signos de focalización en los niños de 3 meses a 5 años de edad. *SS* [Internet]. 2013.

41. Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería en instalación de sonda vesical en el paciente adulto en segundo y tercer nivel de atención. ISSSTE [Internet]. 2016.
42. Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería para la seguridad en la administración de electrolitos concentrados e insulinas en pacientes pediátricos. México: SS [Internet]. 2015.
43. Guía de práctica clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. México. SS [Internet]. 2013
44. Guía de práctica clínica seguridad en terapia nutricional especializada. México. IMSS [Internet]. 2012.
45. Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y manejo de las úlceras por presión en el adulto SS [Internet]. 2015
46. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Guillain Barré en el Segundo y Tercer nivel de Atención. Ciudad de México: IMSS [Internet]; 2016
47. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento síndrome de Guillain-Barré segundo y tercer nivel de atención. SS [Internet]. 2016.
48. Herrera OG, Silva TJ. Cuidado al paciente cardiorrespiratorio. Sublínea Adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos [Tesis en Internet]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2014: 6.
49. HIMFG. Certificación 2015. Ixtlilton [Internet]. 2015;(4).
50. HIMFG. Derechos de la enfermera. 2012.
51. Joan AC, Domínguez A, Rodríguez VE. La infección por virus de Zika: una nueva emergencia de salud pública con gran impacto mediático. BVS [Internet]. 2016 ; 30 (6): 468-471
52. Landiuno JJ, Méndez MY, Pachetti MA, Quiroz AE, Solórzano RI, Nique TF. Cuidado de enfermería y teoría de Dorothea Orem. Ciencias de la salud [Internet]. 2015; 2 (2): 510-514.
53. Lázaro AN, Lázaro AV, Rodríguez BR. Aplicaciones terapéuticas de las inmunoglobulinas humanas en Pediatría. Hosp Ped Eliseo [Internet]. 2013; 85 (2): 1-13.

54. López MB, Calderón JE, Olivares LV, Parra OI, Alcázar LV, et al. Susceptibilidad antimicrobiana de microorganismos causantes de infección urinarias bajas en un hospital pediátrico. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex [Internet]. 2014; 71 (6): 339-345.
55. Martínez EB, Gutierrez JA, Petersen U, García HH, Ávalos LM, Gutiérrez GH. et al. Musicoterapia en una unidad de cuidados intensivos neonatales: experiencia benéfica para el binomio [Internet]. Perina. 2015; 29(3):95-98.
56. Mazzi González de Parda E. Dolor abdominal en niños. Rev. Bol. Ped. [Internet]. 2013; 52 (1):50-57.
57. Mencías HA, Rodríguez HJ. Trastornos del sueño en el paciente con dolor crónico. Rev. Soc. Esp. [Internet]. 2012; 19 (6): 332-334.
58. Méndez GL, González SG. cuidados del catéter urinario basados en la evidencia científica en atención primaria. Enfer. Comun [Internet]. 2015; 4(1).
59. Medicina de Rehabilitación. [Internet].
60. Medina BS, Vargas MD, Rodríguez LI, Orozco NA, Hernández RH. Descripción clínica y relación con la estancia hospitalaria de pacientes con síndrome de Guillain-Barre en un comunitario México. Rev Mex Neu [Internet]. 2015; 16 (2): 4-6.
61. Nutrición enteral: Fórmulas, Métodos de Infusión e Interacción Fármaco Nutriente. México: SS [Internet]. 2012.
62. Olivé FC. Cuidado humanístico y transpersonal: esencial de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. Salud [Internet]. 2015; 19 (3): 20-26.
63. OMS. Alerta epidemiológica infección por virus de Zika. 2015.
64. OMS. Síndrome de Guillain-Barré. 2016.
65. OMS. Zika Actualización Epidemiológica Regional de la OPS (Américas).2016.
66. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica. OPS [Internet]. 2016.
67. Orozco RO, Nuñez OS, Figueroa OO, Ochoa MJ. Factores asociados a la profesionalización de enfermería en México. Rev CONAMED [Internet]. 2015; 20 (4).

68. Ortiz CG, Díaz AC. Síndrome de Guillain-Barré en la infancia. Fundación Hospital de Nens de Barcelona. Barcelona. España [Internet]: 2013.
69. Palomar Lantás F, Bergoña Formes P, Tornero Pla. Escala de valoración Fedpalla de la piel perilesional. *Enf Derma* [Internet]. 2017.
70. Pan American Health Organization. Zika. Epidemiological report Mexico [Internet]. 2017.
71. Prado SL, González RM, Paz GN, Romero BK. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron.* [Internet]. 2014; 36(6): 835-845.
72. Ramírez KA, Molina EA. Evolución de la conducción nerviosa y discapacidad en niños con síndrome de Guillain-Barré. 2013.
73. Ramírez PM. Relaciones personales entre enfermera y el paciente. *Enferm. univ* [Internet]. 2015; 12(3): 134-143.
74. Rincón RA, Grillo CF, Rodríguez AV, Concha AM, Costa BV, Álvaro AG, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del estreñimiento crónico funcional en la población adulta. *Aso. Col. Gastro* [Internet]. 2015
75. Rodríguez EC, Birchenall C, Arellano GC, Hernández A, Ceraso D, Díaz CJ, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. Elsevier [Internet]. 2013; 37(8): 519-574.
76. Rodríguez NC, Caño GA. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* [Internet]. 2012
77. Rosen BA. Guillain-Barré syndrome. *Pediatr Rev* 2012; 33(4):164-71.
78. Ruymón BP, Aguirre A. El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera. España: Elsevier [Internet]; 2014: 7-10.
79. Salas del CP, Barrera BP, González CC. Actualización en el diagnóstico y manejo de la Infección Urinaria en pediatría. *Rev. Chil Pediatr* [Internet]. 2012; 83 (3): 269 – 278.

80. Saldías PF, Díaz PO. Eficacia y seguridad de la fisioterapia respiratoria en pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad. Rev chil. enferm. respir. [Internet]. 2012; 28 (3), 189-198.
81. Sánchez GM. La bioética en la práctica clínica [Internet]. Rev. IMSS [Internet]. 2015; 53(1): 66-73.
82. Sánchez GJ, Ramos RC, Jácome SB. Virus Zika en México. Rev. Lat [Internet]. 2016 feb; 63 (1): 4-12
83. Secretaria de salud. Infección por virus de Zika en México. 2016
84. Thomas DL, Sharp TM, Torres J. et al. Local Transmisión of Zika Virus-Puerto Rico, noviembre 23 2015. Informe semestral de morbilidad y mortalidad [Internet]. 2016.
85. Vázquez Fernando J, Watman R, Vilaseca A Rodríguez V., Cruciani A, et al. Guía de recomendaciones para la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en adultos en la Argentina. Medicina B. Aires [Internet]. 2013 Oct; 73(2): 1-26.
86. Vele BS, Veletaga LD. aplicación del proceso de atención enfermería de las enfermeras/os, que laboran en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso [Tesis en Internet]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2015: 45-48.
87. Vial CP, Araos BR. Virus Zika en un nuevo mundo. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2016; 87(2): 79-81.
88. Villanueva SC. Adolescente femenino con Déficit de los Requisitos Universales de Autocuidado secundario a osteosarcoma [Tesis en Internet]. México: UNAM; 2016: 11.
89. Villegas GJ, Villegas AO, Villegas GV. Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. Arch med [Internet]. 2012; 12(2): 221-240.

XX. ANEXOS

ANEXO 1 ESCALA DE FOUR ANEXO 2 ESCALA DE SCORE DE WOOD-DONES

Escala FOUR para Pacientes Comatosos

Respuesta ocular

- 4 = ojos abiertos, rastreo o parpadeo a la orden
- 3 = ojos abiertos pero no rastreo
- 2 = ojos cerrados pero abiertos a la voz alta
- 1 = ojos cerrados pero abiertos al dolor
- 0 = los ojos permanecen cerrados con dolor

Respuesta motora

- 4 = pulgar hacia arriba, signo de la paz
- 3 = localiza el dolor
- 2 = respuesta flexora al dolor
- 1 = respuesta en extensión al dolor
- 0 = sin respuesta al dolor, estado de mioclónico generalizado

Reflejos del tronco cerebral

- 4 = reflejo pupilar y corneal presente
- 3 = una pupila dilatada y fija
- 2 = reflejo pupilar o corneal ausente
- 1 = reflejo pupilar y corneal ausente
- 0 = reflejo pupilar, corneal y tusígeno ausente

Respiración

- 4 = no intubado, patrón respiratorio
- 3 = no intubado, patrón respiratorio de Cheyne-Stokes
- 2 = no intubado, respiración irregular
- 1 = respiración sobre la frecuencia del ventilador
- 0 = respiración a la frecuencia del ventilador o apnea

Parámetros	0	1	2	3
Sibilancias	No	Final de espiración	Toda la espiración	Inspiración mas espiración
Tiraje	No	T. Subcostal/Intercostal inferior	(+) Supraclavicular aleteo nasal	(+) Intercostal superior Supraesternal
FR	<30	31-45	46-60	>60
FC	<120	>120		
Entrada de aire	Buena	Regular, simétrica	Muy disminuida Simétrica	Tórax silente Ausencia
Cianosis	No	Si		

Crisis leve: 1-3 puntos; **crisis moderada:** 4-7 puntos; **crisis grave:** 8-10 puntos

ANEXO 3 TABLA DE DESHIDRATACIÓN

Escala Clínica de Deshidratación

Característica	0	1	2
Apariencia general	Normal	Sediento Inquieto Letárgico Irritable	Somnoliento No deambula Diaforético comatoso +/-
Ojos	Normal	Ligeramente hundidos	Muy hundidos
Membranas	Hidratadas	Pegajosa	Seca
Lagrimas	Lagrimas	Disminuidas	Ausentes

Sin deshidratación 0

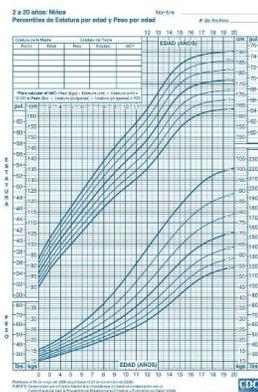
Algo deshidratado 1-4

Deshidratación moderada a grave 5-8

ANEXO 4 ESCALA DE GODET



ANEXO 5 TABLA DE PERCENTIL DE LA CDC



ANEXO 6 ESCALA DE TANNER



ANEXO 8 ESCALA DE OXFORD

Oxford		
Grado	Descripción	Interpretación
0	Ausencia de Mov y Contracción	Parálisis Total
1	Débil contracción en zona tendinosa, Sin Movimiento	Parálisis Parcial
2	Movimiento en todo el ROM Sin Gravedad	Déficit de
3	Movimiento en todo el ROM Con Gravedad	Movimiento
4	Movimiento en todo el Rom Con Gravedad + Resistencia Moderada	Voluntario
5	Movimiento en todo el ROM con Gravedad + Resistencia Máxima	Músculo Normal

ANEXO 10 ESCALA DE SEIDEL

GRADO	TIPOS DE RESPUESTA
0	Sin respuesta (arreflexia)
+	Respuesta lenta o disminuida (hiporeflexia)
++	Respuesta normal
+++	Incremento ligero de la respuesta (hiperreflexia)
++++	Respuesta con clono intermitente o momentáneo (hiperreflexia)

ANEXO 12 ESCALA DE HALMINTON

Escala de actividad de Halminton		Puntos				
Definición operativa de los ítems		0	1	2	3	4
1. Músculo ansioso (inquietud, espere de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)		0	1	2	3	4
2. Femenil (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)		0	1	2	3	4
3. Miedo a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)		0	1	2	3	4
4. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con consumo de alcohol, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)		0	1	2	3	4
5. Funciones intestinales (dificultad de concentración, mala memoria)		0	1	2	3	4
6. Humor deprimido (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despegar papeles, variaciones del humor a lo largo del día)		0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (músculos) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, secuelas clónicas, reticencia de dormir, voz grave firme o insegura)		0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) (parálisis de órbita, visión borrosa, sofoco o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)		0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extraístoles)		0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)		0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, melancolias, diarrea, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, presión, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, náuseas abdominales, hipoacidez, diarrea, estreñimiento)		0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios (incontinencia, micción frecuente, urgencia de la micción, desarrollo de hematuria, excreción excesiva, impotencia)		0	1	2	3	4
13. Síntomas de sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, empobrecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, caídas de tensión, piloerectonía)		0	1	2	3	4
14. Comportamiento durante la entrevista		0	1	2	3	4
General: el sujeto se muestra tímido, incómodo, con agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad postural, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, pausas furtivas. Psicológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 rep./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales.						

Cometa de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Interdependiente. La puntuación total se obtiene sumando los puntos obtenidos en cada ítem. Ausente = 0, leve = 1, moderado = 2, grave = 3, muy grave = 4.

ANEXO 7 ESCALA DE WONG- BEKER



ANEXO 9 ESCALA DE DANIELS

Daniels	
Grado	Descripción
0	Ninguna Respuesta muscular
1	Músculo realiza contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el mov Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el mov Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad+Resistencia Mod
5	Músculo soporta resistencia manual máxima, Mov completo, Contra gravedad

ANEXO 11 ESCALA DE FEDPALLA

* Escala:
TABLA I. ESCALA VALORACION DE LA PIEL PERILESIONAL (FEDPALLA)

HIDRATACION	DERMATITIS	VASCULARIZACION (color de la piel)	BORDES	DEPOSITOS	SUMATORIO
5 Piel normal	5 Piel normal	5 Eritema rojo	5 Litos	5 Escamas	
4 1cm macerada	4 Eczema seco	4 Eritema violáceo	4 Inflamados y mameleños	4 Costras	
3 > 1cm macerada	3 Eczema exudativo	3 Negro-azulado-marrón	3 Roncos o excavados	3 Hiperqueratosis	
2 Seca	2 Eczema vesiculoso	2 Eritema >3 con vesículas y calor (celulitis)	2 Esclerosados	2 Pústulas oospurulentas	
1 Seca y con esclerosis	1 Eczema con erosión o liginificado	1 Negro (trombosado)	1 Necrosado	1 Edema, infedema	

TABLA II. GRADOS Y PRONOSTICO EPITELIZACION

PUNTOS	GRADO	EPITELIZACION
5 - 10	IV	Muy malo
11 - 15	III	Malo
16 - 20	II	Bueno
21 - 25	I	Muy bueno

ANEXO 13 ESCALA DE DOWNTON

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
	Ninguno	0
MEDICAMENTOS	Tranquilizantes - sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
DEFICITS SENSORIALES	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
ESTADO MENTAL	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	0
	Alteraciones auditivas	0
DEAMBULACION	Extremidades (ictus...)	1
	Orientado	0
	Confuso	0
ESTADO MENTAL	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
DEAMBULACION	Imposible	1

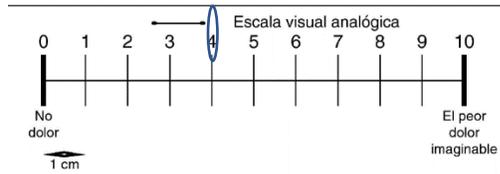
ANEXO 14 ESCALA DE BRADEN Q

ESCALA BRADEN		PUNTOS				
		1	2	3	4	
ESCALA BRADEN	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos visuales ni táctiles.</i>	Muy limitada <i>Responde a estímulos a estímulos visuales.</i>	Levemente limitada <i>Responde a estímulos visuales.</i>	No alterada <i>Responde a estímulos visuales, táctiles, auditivos.</i>	
	Humedad	Completamente humeda <i>Las partes expuestas al cuerpo del paciente por lo menos están húmedas por lo menos una vez al día.</i>	Muy húmeda <i>Las partes expuestas al cuerpo del paciente por lo menos están húmedas cada 12 h.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Las partes expuestas al cuerpo del paciente por lo menos están húmedas cada 24 h.</i>	Raramente húmeda <i>Las partes expuestas al cuerpo del paciente por lo menos están húmedas cada 48 h.</i>	
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia	
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>El paciente no puede cambiar de posición.</i>	Muy limitada <i>Se mueve (cambia posición) de forma ocasional.</i>	Levemente limitada <i>Se mueve (cambia posición) de forma frecuente.</i>	Sin limitaciones <i>Se mueve (cambia de forma autónoma).</i>	
	Nutrición	Muy pobre <i>El paciente no come más de un día.</i>	Probablemente inadecuada <i>El paciente no come más de 2 días.</i>	Adecuada <i>El paciente come como usual.</i>	Excelente <i>El paciente come como usual.</i>	
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movimiento en la zona de contacto al paciente.</i>	Es un problema potencial <i>Movimiento a poca frecuencia.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve adecuadamente.</i>		
	NIVELES DE RIESGO		RIESGO MODERADO 14-16	RIESGO BAJO 17-18		

ANEXO 15 ESCALA DE BARTHEL

	Incapaz de hacerlo	Intenta pero inseguro	Cierta ayuda necesaria	Mínima ayuda necesaria	Totalmente independiente
Aseo personal	0	1	3	4	5
Bañarse	0	1	3	4	5
Comer	0	2	5	8	10
Usar el retrete	0	2	5	8	10
Subir escaleras	0	2	5	8	10
Vestirse	0	2	5	8	10
Control de heces	0	2	5	8	10
Control de orina	0	2	5	8	10
Desplazarse	0	3	8	12	15
Silla de ruedas	0	1	3	4	5
Traslado a/cama	0	3	8	12	15

ANEXO 16 ESCALA DE EVA



ANEXO 17 ESCALA DE BRISTOL



ANEXO 18 ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Puntuación	>1 año
Respuesta apertura ocular	Espontánea
4	A la orden verbal
3	Al dolor
2	Ninguna
1	
Respuesta Motriz	Obedece órdenes
6	Localiza el dolor
5	Defensa al dolor
4	Flexión anormal
3	Extensión anormal
2	Ninguna
1	
Respuesta verbal	Se orienta – conversa
5	Conversa confusa
4	Palabras inadecuada
3	Sonidos raros
2	Ninguna
1	



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Por medio de la presente yo *Sr. Cruz Rico Antaño* otorgo mi consentimiento para que la Licenciada en Enfermería y Obstetricia *Anabel Espinoza Islas* estudiante del posgrado de Enfermería Infantil de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, realice seguimiento y participación activa en el cuidado integral de mi hijo *Jairo Jesús Rico Rodríguez*, como parte de sus actividades académicas y profesionales, asegurando de haber recibido la información necesaria sobre las intervenciones a realizar durante el tiempo que dure esta.

Autorizo difundir los resultados para uso de fines académicos.

AUTORIZO

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: CRUZ RICO ANTAÑO

FIRMA: 

RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO

ESTUDIANTE DE POSGRAGRO: Anabel Espinoza Islas

FIRMA: 



HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA
ADOLESCENTE (11 a 18 años)

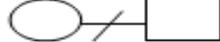


FECHA:		FECHA DE INGRESO:				
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
EXPLORACIÓN FÍSICA						
Edad		Sexo		Grupo Sanguíneo y Rh		
Peso		Talla		Fecha de Nacimiento		
FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES						
Domicilio						
Diagnóstico Médico						
Servicio		No. Cama		Registro		
Alergias						
Cuidador primario				Parentesco		Edad
Signo Vitales				Céfalo Podal (ver anexo)		
FC		FR		Aparatos y Sistemas (ver anexo)		
Temperatura		Presión Arterial				
EDAD	¿Condiciona?	SÍ	NO	SEXO	¿Condiciona?	SÍ NO
ESTADO DE DESARROLLO					¿Condiciona?	SI NO
Edad de la madre durante la gestación				Tipo de Sangre y Rh de la Madre		Gesta
Abortos de la madre				Total de partos de la madre		
Enfermedades de la madre durante la gestación (SI) (NO) Especificar						
Enfermedades del producto durante la gestación (SI) (NO) Especificar						
Enfermedades crónico degenerativas durante o después de la gestación (SI) (NO) Especificar						

Accidentes durante la gestación (SI) (NO) Especificar				
Adicciones durante la gestación (SI) (NO) Especificar				
Vacunas durante la gestación (SI) (NO) Especificar				
Medicamentos durante la gestación (SI) (NO) Especificar				
Control prenatal completo durante la gestación (SI) (NO) Especificar				
Datos relevantes durante la gestación. Especificar				
Nacimiento	Prematuro (SI) (NO)	pre término (SI) (NO)	término(SI) (NO)	pos término (SI) (NO)
Tipo de parto	Eutócico (SI) (NO)	Distócico (SI) (NO)	Especificar complicación	
Peso al nacer	talla al nacer		Tamiz: Auditivo (SI) (NO) Neonatal (SI) (NO)	
Presentación al nacer	APGAR 1 Minuto		5 minutos	10 minutos
Problemas congénitos o malformaciones al nacimiento (SI) (NO) Especificar				
Datos relevantes del nacimiento. Especificar				

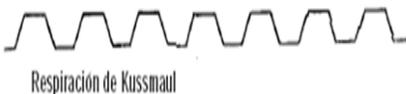
ESTADO DE SALUD		¿Condiciona?	SI NO
Tiene antecedentes de enfermedades crónico degenerativas en la familia (SI) (NO) Especificar			
Tiene antecedentes de enfermedades hereditarias en la familia (SI) (NO) Especificar			
Alergias (SI) (NO) Especificar			
Imunizaciones (SI) (NO)	Presenta cartilla de vacunación (SI) (NO)	Esquema de vacunación completo (SI) (NO)	
Esquema de vacunación:			
Incompleto. Especificar razón			
¿Presentó alguna reacción a la vacuna? (SI) (NO) Especificar			
¿Presenta continuamente diarreas? (SI) (NO) Especificar			
¿Presenta continuamente enfermedades respiratorias? (SI) (NO) Especificar			
¿Presenta continuamente problemas gastrointestinales? (SI) (NO) Especificar			
Inicio de Vida Sexual (SI) (NO)	Vida Sexual Activa (SI) (NO)	Uso de método anticonceptivo(SI) (NO)	
ITS (SI) (NO)	Embarazos (SI) (NO)	Abortos (SI) (NO)	
¿Ha estado hospitalizado previamente? (SI) (NO) Especificar			
¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas? (SI) (NO) Especificar			
¿Padece alguna enfermedad? (SI) (NO) Especificar			
Diagnóstico actual. Especificar			
Fecha en que se diagnosticó			
Datos relevantes del estado de salud. Especificar			

FACTORES SOCIO CULTURAL						¿Condiciona?	SI NO
Religión		Habla y/o comprende otro idioma (SI) (NO) Especificar					
Escolaridad			Trabaja (SI) (NO) Especificar				
PADRES	Idioma	Edad	Grado de estudios	Ocupación	Lugar de procedencia		
Padre							
Madre							
Percepción de los padres y el adolescente respecto a la salud							
Percepción de los padres y el adolescente respecto a la enfermedad							
¿Los padres y el adolescente pertenecen a algún grupo social? (SI) (NO) Especificar							
¿Los padres y el adolescente pertenecen a algún grupo cultural? (SI) (NO) Especificar							
Datos de Probable Violencia (SI) (NO) Especificar							
Ingreso económico aproximado							
Datos relevantes de los factores socio culturales. Especificar							
FACTORES DEL SISTEMA DE CUIDADO DE SALUD						¿Condiciona?	SI NO
¿Cuenta con atención de profesionales de salud cercano a su domicilio? (SI) (NO)							
Tipo de unidad de salud				Distancia y/o tiempo en llegar			
Acude a revisiones médicas (SI) (NO) Frecuencia							
Acude al dentista (SI) (NO) Frecuencia				Desparasitación Familiar (SI) (NO) Frecuencia			
Recibe visitas de profesionales de la salud " Promoción a la Salud" a su domicilio (SI) (NO) Frecuencia							
Los profesionales de salud han resuelto dudas que usted les presenta (SI) (NO) (ALGUNAS VECES)							
¿Cómo considera la atención médica cercana a su domicilio? (MALA) (REGULAR) (BUENA) (EXCELENTE)							
Datos relevantes del Sistema de Cuidado de Salud							

FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR		¿Condiciona?	SI NO
Tipo de Familia	(nuclear) (extensa) (mono parental) (de padres separados)		(funcional)) (disfuncional)
No. De integrantes			
Persona que toma las decisiones en la Familia			
Elaboración de un genograma Hombre  Mujer  Adoptado  Paciente  Fallecido  Divorciado o separado  Aborto  Viven juntos  Vivo y sano V y S  Varón nacido muerto		Genograma	
Observaciones			
Datos relevantes del Sistema Familiar			
PATRÓN DE VIDA		¿Condiciona?	SI NO
Hábitos de sueño del adolescente			
Hábitos higiénicos del adolescente			
Hábitos alimenticios del adolescente			
Sedentarismo (SI) (NO)	Practica alguna disciplina y/o deporte (SI) (NO) Especificar		

Datos relevantes del Patrón de Vida		
FACTORES AMBIENTALES		¿Condiciona? SI NO
Vivienda propia (SI) (NO) Especificar	Tipo de construcción. Especificar	
Tipo de suelo. Especificar	No. De habitaciones	
Ventanas (SI) (NO) Especificar número	Mascotas (SI) (NO) Especificar	
Mascotas dentro de la casa (SI) (NO)		
Usa algún combustible para cocinar (SI) (NO) Especificar		
Baño y cocina separadas (SI) (NO)	Tipo de baño. Especificar	
Área geográfica (URBANO) (SUB URBANO) (RURAL) (MARGINADA) Otra. Especificar		
Calles pavimentadas (SI) (NO)	Transporte público al alcance (SI) (NO) Especificar	
Fábricas y/o Industrias cerca del domicilio (SI) (NO) Especificar		
Canales de aguas negras cerca del domicilio (SI) (NO) Especificar		
Cultivos y/o campos de sembrado cerca del domicilio (SI) (NO) Especificar		
Basurero cerca del domicilio (SI) (NO) Especificar		
Datos relevantes de Factores Ambientales		
DISPONIBILIDAD Y ADECUACIÓN DE RECURSOS		¿Condiciona? SI NO
Ingresos económicos mensuales aproximados		
Servicio de agua (SI) (NO)	Servicio de luz (SI) (NO)	Recolección de basura (SI) (NO) Frecuencia
Internet (SI) (NO)	Tv privada (SI) (NO)	Medio de transporte (SI) (NO) Especificar
Datos relevantes de la Disponibilidad y Adecuación de Recursos		

REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE						Déficit (si)(no)		
Perímetro Torácico		Reflejo de Tos (SI)(NO) Especificar						
Presenta actualmente alguna infección y/o enfermedad respiratoria (SI)(NO) Especificar								
Presenta alguna malformación y/o en la vía aérea (SI)(NO) Especificar								
Signos Vitales	T/A derecha	T/A izquierda	FC	FR	Temp			
Coloración Tegumental	Rosada () Pálida () Cianosis () Marmórea () Otra:							
Llenado capilar (SI) (NO) Tiempo		Score (ver anexo)		Leve() Moderada() Grave()				
Tipo de respiración  Respiración de Cheyne-Stokes ()		 Respiración de Kussmaul ()		 Respiración de Biot ()				
Otro tipo de respiración, especifique:								
Ruidos respiratorios adventicios (SI)(NO) Frecuencia Intensidad								
Sibilancias () Estertores () Crepitantes () Roncus () Estridor() Frotos pleurales () Otro:								
Apoyo de oxigenoterapia (SI)(NO) Dosis indicada. Especificar								
Puntas nasales () Máscara facial () Máscara c/reservorio() Púritan () Púritan + nebulizador ()								
SaO2 con oxígeno		SaO2 sin oxígeno						
Gasometría Arterial () Gasometría Venosa()								
PaCo2	PaO2	pH	HCO3	PO2	SaO2			
1ra								
2da								
3ra								
Apoyo ventilatorio (SI)(NO) Especificar Fase 1() Fase 2() Fase 3()								
Modo ventilatorio CPAP() AC() SIMV() Otro:								
Parámetros	FR	Volumen	FiO2	Flujo	PIP	PEEP	I/E	Vt
Cánula Endotraqueal (SI)(NO) Especificar			Número		Fijación			
Traqueostomía (SI)(NO) Especificar				Otro Especificar				
Secreciones (SI)(NO)		Características		Cantidad		Ubicación		

Acidosis respiratoria () Alcalosis respiratoria() Acidosis Metabólica() Alcalosis Metabólica()						
Dispositivo que pongan en riesgo el Aparato respiratorio (SI)(NO) Especificar						
Consciencia Glasgow (Ver anexo)		TCE Leve() TEC Moderado() TCE Grave()				
Sedación (SI)(NO) Especificar Dosis						
Medicamentos actuales relacionados						
Datos relevantes que alteren el requisito						
MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA Déficit (si)(no)						
Requerimientos Hídricos correspondientes					Ayuno (SI)(NO) Especificar motivo	
Aporte de terapia intravenosa (SI)(NO) Especificar						
Hidratación (ver anexo)						
Hidratado()		Algo deshidratado()		Deshidratación grave()		
Vómito (SI)(NO) Características		Cantidad		Frecuencia		
Pérdidas Insensibles Respiración()		Temperatura()		Quemadura()		
Electrolitos séricos	Na	K	Ca	Mg	Cl	HCO3
Edema (SI)(NO) Localización		Godet (ver anexo) Sin edema() Inflamado() Edema Intenso()				
Anasarca (SI)(NO)	PVC	Balance hídrico 24 horas: 1er turno 2do turno 3er turno				
Hemorragia (SI)(NO) Localización		Cantidad		Características		
Presión Intra-abdominal (PIA) Valor:		Grado I()		Grado II()		Grado III() Grado IV()
Medicamentos actuales relacionados						
Datos relevantes que alteren el requisito						

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS						Déficit (si)(no)	
Requerimiento calórico correspondiente					Perímetro Abdominal		
Peso percentila		Talla percentila			IMC percentila		
Alteraciones en la estructura y/o mecánica de la deglución (SI)(NO) Especificar							
Enfermedades que comprometan al Aparato digestivo (SI)(NO) Especificar							
Ayuno (SI)(NO) Especificar motivo							
Nausea y/o vómito (SI)(NO) Especificar Frecuencia							
Dieta especial (SI)(NO) Especificar Tipo					Aporte calórico indicado		
Tipo de Nutrición	Enteral (SI)(NO)				Parenteral (SI)(NO)		
SNG() Gastrostomía() NPT()		Número		Fecha de Instalación			
Características especiales de los dispositivos de alimentación Describir							
PA Pre		PA post		Distensión abdominal (SI)(NO)		Glicemia	
Medicamentos actuales relacionados							
Datos relevantes que alteren el requisito							
PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRECIÓN						Déficit (si)(no)	
Alteraciones en la estructura y/o mecánica de la Eliminación (SI)(NO) Especificar							
Enfermedades que comprometan la eliminación y/o excreción (SI)(NO) Especificar							
Micción espontanea (SI)(NO)		Olor		Color		Globo vesical (SI)(NO)	
Características de la micción							
Labstix en orina	Densidad		pH	Proteínas		Sangre	Otro
Diuresis por hora				Gasto urinario			
Sonda Vesical (SI)(NO)		Tipo		Tamaño		Fecha de instalación	
Pinzamientos de sonda vesical (SI)(NO) Describir							
Otros dispositivos de eliminación urinaria (SI)(NO) Especificar							
Frecuencia de evacuación				Diarrea(SI)(NO)		Estreñimiento(SI)(NO)	Malabsorción(SI)(NO)
Ruidos Intestinales			Gasto fecal				
Bristol (ver anexo)	Tipo 1() Tipo 2() Tipo 3() Tipo 4() Tipo 5() Tipo 6() Tipo 7()						

Labstix en heces. Describir			
Enemas(SI)(NO) Especificar Tipo		Cantidad	Frecuencia
Estomas (SI)(NO) Especificar			
Medicamentos actuales relacionados			
Datos relevantes que alteren el requisito			
MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO			Déficit (si)(no)
Horas de sueño por siesta		Sin interrupción() Interrumpido()	Horas totales en 24 horas
Alteración músculo esquelética (SI)(NO) Especificar			
Enfermedad y/o cirugía que afecte la actividad y/o reposo (SI)(NO) Especificar			
Posición Estricta (SI)(NO) Describa			
Cambios de posición (SI)(NO) Describa			
Deambulación (SI)(NO) Especifique limitación			
Aditamentos para la deambulación (SI)(NO) Especifique tipo			
Tono Ashworth (ver anexo)		0() 1() 2() 3() 4() 5()	Fuerza Daniels (ver anexo)
			1() 2() 3() 4() 5()
Dolor EVA (ver anexo)		No() Moderado() Moderado a grave() Intenso() El peor dolor()	
Sedación (SI)(NO)		Analgesia (SI)(NO)	Relajación (SI)(NO) Otro Especifique
Especifique Dosis			
Consciencia Glasgow (ver anexo)		TCE Leve() TEC Moderado() TCE Grave()	
RAMSAY (ver anexo)		1() 2() 3() 4() 5() 6()	
Braden (ver anexo)		Bajo riesgo() Moderado riesgo() Alto riesgo()	
Fisioterapia de Rehabilitación (SI)(NO) Especifique			
Medicamentos actuales relacionados			
Datos relevantes que alteren el requisito			

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL			Déficit (si)(no)
Aislamiento hospitalario (SI)(NO) Especifique tipo			
Responde al tacto(SI)(NO)	Responde al sonido(SI)(NO)	Recibe visitas (SI)(NO)	
La visita interactúa independientemente de que lactante no responda (SI)(NO)			
Datos visibles al estímulo verbal (SI)(NO) Especifique			
Expresión facial () Ligeros movimientos corporales() Señales de querer expresarse y/o comunicarse()			
Otros:			
Ansiedad Hamilton (ver anexo)		No ansiedad() Ansiedad menor() Ansiedad mayor() Ansiedad clínica()	
Intento de suicidio (SI)(NO) Especifique No. de intento			
Depresión Birleson (ver anexo)		Depresión en cierto grado () Normal ()	
Medicamentos actuales relacionados			
Datos relevantes que alteren el requisito			
PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO			Déficit (si)(no)
Enfermedad actual Especificar			Perímetro cefálico
Lesiones cutáneas (SI)(NO) Localización			
Piel perilesionada FEDPALLA (ver anexo)		Muy bueno() Bueno() Malo() Muy malo()	
Dolor EVA (ver anexo)		No() Moderado() Moderado a grave() Intenso() El peor dolor()	
Úlceras Braden (ver anexo)		Bajo riesgo() Moderado riesgo() Alto riesgo()	
RAMSAY (ver anexo)		1() 2() 3() 4() 5() 6()	
Venoclisis (SI)(NO)	Catéter Venoso Central (SI)(NO)	Arterioclisis (SI)(NO)	Monitorización Invasiva(SI)(NO)
Onfaloclisis(SI)(NO)	Ventilación mecánica (SI)(NO)	Sondas urinarias (SI)(NO)	Otros:
Características de dispositivos invasivos			
fecha	Últimos Laboratorios	Última Gasometría	Últimos Signos Vitales
1ra valoración			

2da valoración			
3ra valoración			
Infusión de alto riesgo (SI)(NO) Especificar			
Medicamentos de alto riesgo (SI)(NO) Especificar			
Ansiedad Hamilton (ver anexo)	No ansiedad() Ansiedad menor() Ansiedad mayor() Ansiedad clínica()		
Depresión Birleson (ver anexo)	Depresión en cierto grado () Normal ()		
¿Existe algún otro dato relevante que ponga en peligro su vida?			
Transfusiones sanguíneas:			
Datos relevantes que alteren el requisito			
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 (NORMALIDAD)			
			Déficit (si)(no)
Estado anímico del adolescente			
Limitaciones del adolescente			

Capacidades del adolescente
Actitud del adolescente
Datos relevantes que alteren el requisito
Valoración de los pares craneales:
Perfil social:
Perfil espiritual:
Perfil sexual:
Perfil
Perfil

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Desviación actual:
Comprensión actual del estado de salud del adolescente:
Sentimientos sobre el actual estado de salud del adolescente:
Preocupaciones para poder afrontar el padecimiento:
Mecanismos para afrontar la situación:
Actividades que realiza para afrontar la situación:
Efectos de la desviación en los estilos de vida
Psicológicos:
Fisiológicos:
Económicos:
Conclusiones: