



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

**DÉFICIT DE AUTOCUIDADO A UN PACIENTE EN EDAD ESCOLAR CON
OSTEOSARCOMA Y EL MANEJO DEL DUELO ANTICIPADO CON LA FAMILIA.
UN ENFOQUE PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el Grado de Especialista en Enfermería en Rehabilitación

PRESENTA:

L.E.O. GUTIÉRREZ SÁNCHEZ ANNA VICTORIA

Con asesoría de:

E.E.R. NOHEMI RAMIREZ GUTIERREZ

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2018



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.



TITULO:

**ESTUDIO DE CASO DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO A UN PACIENTE EN
EDAD ESCOLAR CON OSTEOSARCOMA Y EL MANEJO DE DUELO
ANTICIPADO CON LA FAMILIA. UN ENFOQUE PARA EL CUIDADO DE
ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN**

PRESENTA:

L.E.O. GUTIÉRREZ SÁNCHEZ ANNA VICTORIA

RECONOCIMIENTOS

“Persistir sin dejar de lado tus sueños, cumplir metas y realizar proyectos, tiempo al tiempo le llaman los sabios”

A mi mamá, quien siempre está pendiente de todo lo que realizo, quien me ha apoyado en los momentos más difíciles, cuando a veces no veo claro mi camino, ella siempre alienta la situación para hacerla más llevadera. Nunca es fácil aceptar los errores cometidos, pero con estos logros sé que aprecias mi agradecimiento por todas las cosas que me has ayudado y motivado a realizar.

A mi hermano, sabes que eres el que siempre me motiva a ser mejor persona en lo profesional, gracias porque me diste las herramientas necesarias para saber completar los proyectos que tenía.

Quiero que veas siempre más allá para que seas mejor que yo en todos los aspectos.

A la Maestra Dulce quien, a pesar de ser una gran profesionalista, supo guiar mi estudio de caso, enfocándose en las necesidades de mi paciente, aun cuando parecía que en este caso las intervenciones del Especialista en Rehabilitación no eran necesarias.

A la Maestra Nohemí, quien me dio la oportunidad de ingresar a una gran especialidad, donde durante el proceso de enseñanza me guio y me dio las herramientas necesarias para desarrollarme como Enfermera Especialista dentro de mi campo de trabajo.

Alejandro, tengo que agradecerte el apoyo incondicional y que día a día estas ahí perseverante de realizar metas juntos, hemos crecido en el camino y ahora éstas grandes experiencias nos enriquecen como profesionales, complementando los conocimientos para ambos.

Al paciente ADMG (q.e.p.d), quien me enseñó el valor de la vida, apreciar los detalles pequeños que la vida nos da, ya que en nuestra rutina del día a día, perdemos nuestro sentir de la vida, aprendí a ver grandes logros donde no se apreciaban con claridad.

Gracias por darme la oportunidad de trabajar en conjunto con tu familia y por regalarme ese mensaje de despedida y saber que estas en un buen lugar.

INDICE

RECONOCIMIENTOS	3
INDICE	4
I. INTRODUCCIÓN	6
II. OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO DE CASO	13
III. FUNDAMENTACIÓN	14
3.1 Antecedentes.	14
IV. MARCO CONCEPTUAL	18
4.1 Conceptualización de enfermería.	18
4.2 Paradigmas.	20
4.3 Teoría de enfermería.	21
4.3.1 Requisitos del autocuidado universal.	24
4.4 Proceso de Enfermería.	27
V. METODOLOGÍA	38
5.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso.	38
5.2 Selección del caso y fuentes de información.	41
5.3 Consideraciones éticas.	47
VI. PRESENTACION DEL CASO	50
6.1 Descripción del caso.	50
6.2 Antecedentes generales de la persona.	50
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	53
7.1 Valoración.	53
7.1.1 Valoración focalizada.	63
7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete.	69
7.1.3 Jerarquización de problemas.	69
7.2 Diagnósticos de Enfermería	72
7.3 Problemas interdependientes.	73
7.4 Planeación de los cuidados.	74
7.4.1 Objetivo de la persona	74
7.4.2. Objetivo De enfermería	74
7.5 Ejecución.	93

7.5.1. Registro de las intervenciones	93
7.6 Evaluación.	102
7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona	102
7.6.2 Evaluación del proceso.	112
VIII. PLAN DE ALTA	113
IX. CONCLUSIONES	115
X. SUGERENCIAS	116
BIBLIOGRAFÍA	118
ANEXOS	123
1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	124
2. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA- DOROTHEA OREM	125
3. ESCALA DE VALORACIÓN: INDICE DE BARTHEL	150
4. ESCALA DE VALORACIÓN DE BRISTOL	155
5. ESCALA DE VALORACIÓN DE EVA	156
6. ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS MODIFICADA.	157
7. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON	158
8. ESCALA DE VALORACIÓN CRICHTON	160
9. ESCALA DE VALORACION BRADEN Y/O NORTON	161
10. ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT (CAREGIVER BURDEN INTERVIEW)	164
11. ESCALA DE CAMPELL	167
12. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA ACTUALIZADA	168
13. CALENDARIO DE ACTIVIDADES ESTUDIO DE CASO Y VISITAS DOMICILIARIAS (FEB-JUN)	172
14. CALENDARIO DE ACTIVIDADES ESTUDIO DE CASO Y VISITAS DOMICILIARIAS (OCT-ENE)	173
15. HOJAS DE REGISTRO VISITAS DOMICILIARIAS	174
16. TRÍPTICOS	184
17. LECTURA DEL LIBRO DÉJALOS IR CON AMOR. NANCY O’CONNOR. “La muerte de los hijos”.	193

I. INTRODUCCIÓN

El presente Estudio de Caso se llevó a cabo durante las prácticas de la Especialidad de Enfermería en Rehabilitación, en la rotación por el Servicio de Agudos del Centro Nacional de Investigación y Atención al Quemado (CENIAQ) del Instituto Nacional de Rehabilitación, en un periodo comprendido de noviembre del 2014 al 22 de mayo del 2015, con el niño ADMG y su familia durante su atención hospitalaria, con la finalidad de elaborar un plan de intervenciones especializado a través de la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

Para la elaboración del plan de intervenciones no solo se valoraron las necesidades del paciente, ya que durante el proceso de intervención se pudo integrar a todos los miembros de la familia a colaborar en los cuidados para el paciente y después del fallecimiento del mismo se integraron las necesidades de los familiares afectados a través de una segunda valoración.

El objetivo principal del estudio de caso, es conocer cómo los seres humanos sometidos a limitaciones físicas a causa de su salud o relacionada a ella, pueden ocuparse de su autocuidado o de la atención a sus necesidades básicas. Y aún después de establecer un plan de atención al paciente, reconocer como ocuparnos de la salud mental de los cuidadores primarios y describir la vivencia con el paciente durante todo el proceso de su padecimiento.

Para llevar a cabo el cumplimiento del objetivo principal del estudio de caso, la información del paciente se recolectó mediante una entrevista no estructurada a su cuidador primario y directamente con el paciente, complementándola con el Instrumento de valoración establecido por el comité de la Especialidad de Enfermería en Rehabilitación con base en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

Una vez obtenida e integrada la información del paciente se llevó a cabo la planeación de las intervenciones especializadas necesarias para el paciente ADMG, con el diagnóstico clínico de Osteosarcoma (OS), en conjunto con la participación de su familia, se pudo dar seguimiento a su tratamiento e implementar las intervenciones de Enfermería Especializadas, mismas que el Profesional de Enfermería en Rehabilitación podrá llevar a cabo en pacientes con situaciones similares durante su cuidado.

Para dar inicio al seguimiento de las intervenciones de enfermería se profundizó en la patología del Osteosarcoma, a través de una revisión bibliográfica electrónica con estrategias de búsqueda en la base de datos de PubMed.

Obteniendo como dato principal del Osteosarcoma (OS), que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su clasificación histológica de tumores, define el OS o sarcoma osteogénico como una neoplasia maligna de alto grado, más común del esqueleto apendicular (huesos largos del brazo o pierna) se origina en las células óseas y se asienta sobre la metáfisis de los huesos largos y de crecimiento más rápido, en especial el extremo distal del fémur, el extremo proximal de la tibia y el extremo proximal del húmero, el OS tiene como característica principal la producción de material osteoide. Aproximadamente, del 50 al 80% se origina en el área alrededor de la rodilla, y menos del 10% se presenta en la pelvis.¹

El término osteosarcoma no solo comprende una familia de tumores del tejido conjuntivo con distintos grados de potencial maligno, sino la capacidad de resiliencia que debe tener el paciente y la familia ante el diagnóstico establecido. Parte de la investigación realizada fue comprender que durante todo el proceso por el cual cursó el paciente A.D.M.G, los familiares decidieron solicitar el alta por máximo beneficio de su hijo, ya que las opciones de tratamiento serían limitadas a un diagnóstico quirúrgico como lo es la “desarticulación total de la extremidad pélvica”.

Una frase significativa durante la entrevista con la madre del paciente fue *“...a mi hijo lo traje completo y completo me lo quiero llevar a mi casa”*

Tomando en cuenta que el Osteosarcoma constituye aproximadamente el 20% de todos los tumores malignos primarios de hueso, fue trascendental la intervención del profesional de Enfermería en Rehabilitación para orientar a la madre del niño en el conocimiento de las alternativas de cuidados en casa, que el niño debía llevar una vez egresado del hospital.

En niños esta neoplasia se presenta frecuentemente en la segunda década de la vida, entre los 10 y 15 años, aunque afecta también a menores de cinco años. En el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) en los últimos años se han atendido a niños con diagnóstico de OS, cuyas edades fluctuaron entre el año (7/12) y los dos años (8/12) de edad. La enfermedad es casi dos veces más común en los hombres que en las mujeres y es más común en la raza negra que en la blanca.²

Los tumores óseos ocupan el sexto lugar entre las neoplasias malignas en niños, y es la tercera causa de cáncer en adolescentes y adultos jóvenes, afectando más frecuentemente a hombres en relación a las mujeres.³ Las estadísticas reportan que el OS osteogénico es el tumor óseo más frecuente en pediatría y ocupa el séptimo lugar de incidencias entre todas las neoplasias óseas malignas infantiles, abarcando en las diferentes estadísticas del 50% al 60% del total de sarcomas.⁴

Durante el seguimiento del Estudio de caso se identificó en la bibliografía que el Osteosarcoma no posee una etiología conocida y se considera tanto idiopático como primario, los estudios han identificado factores relacionados con el desarrollo de osteosarcoma. Sin embargo, en estudios de causalidad del OS no han establecido una etiología precisa. Se han identificado algunos factores de riesgo asociados al desarrollo del OS. Las radiaciones ionizantes se proponen como un mecanismo inductor de OS, así como la participación de virus en el desarrollo de cáncer óseo.

Algunas características establecidas para el desarrollo del OS se relacionan con el crecimiento óseo acelerado, como:

- Pico de crecimiento de la adolescencia.
- Individuos con talla alta.
- Metáfisis óseas y en huesos largos.

Actualmente se desconoce con precisión si los antecedentes de traumatismo óseo directo, reemplazo articular y uso de implantes metálicos son factores que contribuyan a la presencia de OS.⁵

El diagnóstico temprano permite mejorar la supervivencia y es una estrategia para países como el nuestro donde aproximadamente uno de cada dos niños diagnosticados de cáncer fallecerá a causa de esta enfermedad.

Aunque los signos y los síntomas dependen del tipo de cáncer y de su localización, al menos un 85% del cáncer infantil se asocia con signos frecuentes de alarma: cefalea, fiebre prolongada, alteraciones hematológicas (bicitopenia o pancitopenia, leucocitosis, diátesis hemorrágica), linfadenopatías, masas (mediastínicas, abdominales, de partes blandas y cutáneas), sintomatología musculoesquelética y alteraciones oculares u óticas.⁶

Los signos y síntomas inespecíficos más frecuentes en el cáncer infantil son: anemia, púrpura y fiebre, aumento del tamaño de los ganglios, dolor de cabeza y vómitos, otras manifestaciones de tumores cerebrales, masa tumoral en el mediastino, masa tumoral en el abdomen, protrusión ocular, dolor óseo localizado, dolor óseo generalizado, leucocoria (mancha blanca en la región pupilar) y estrabismo.⁷

Muchos pacientes con OS en las extremidades presentan dolor por afectación del periostio mucho antes del crecimiento del tumor y también neoformación en tejido blando que erróneamente puede ser atribuido a un traumatismo reciente, a un golpe o a dolores del crecimiento. El dolor es al comienzo de la enfermedad intermitente, aumenta con la actividad y empeora durante el sueño nocturno; sin embargo, con la evolución generalmente acelerada se vuelve continua y la presión que produce provoca o exacerba el dolor. El 15% de los pacientes pediátricos presentan fracturas patológicas.

El segundo síntoma más común es la inflamación, la cual está relacionada con el crecimiento del tejido blando. Aunque son poco frecuentes, se pueden presentar síntomas sistémicos como pérdida de peso, palidez, fiebre y anorexia.⁸

El tratamiento para el osteosarcoma consta de la participación de un equipo multidisciplinario que incorpora la cirugía y la quimioterapia sistémica. La quimioterapia, ya sea adyuvante o neoadyuvante al incluirse como parte del tratamiento, ha mejorado el pronóstico de los pacientes con OS debido a que no es suficiente la quimioterapia o la cirugía por sí solas en casos donde el tumor es de alto grado.⁹

Por lo antes mencionado, en pacientes con OS, los cuidados paliativos no deben reservarse únicamente para las últimas etapas de la vida, deben aplicarse de manera conjunta al tratamiento curativo el cual intenta modificar los síntomas de la enfermedad, mientras la enfermedad progresa, el cuidado paliativo se incrementa cuando el paciente se acerca al final de la vida, integrando a los miembros de su núcleo familiar. Cabe mencionar que, es indispensable tomar en cuenta que los cuidados paliativos deben ser extensivos a la familia aún después del fallecimiento del paciente.

Los cuidados paliativos en niños representan un campo esencial en la investigación clínica. La OMS definió los cuidados paliativos apropiados para niños y su familia como los cuidados activos y totales para el cuerpo, la mente y el espíritu, también incluye dar soporte a la familia.¹⁰

En una publicación en línea en España titulada “Cuidados al niño oncológico”, se menciona que la atención de enfermería al niño oncológico supone un reto por el riesgo vital de la enfermedad en sí, el largo proceso evolutivo de la misma, la terapia intensiva y específica que requiere, sus efectos secundarios y la repercusión psico-emocional y social que supone para el niño y su familia. Durante el desarrollo de la publicación mencionan que el principal objetivo de enfermería será elaborar un plan de cuidados integrales e individualizados en función de las necesidades que aparezcan a corto, mediano y largo plazo del niño y de su familia, para conseguir un grado de recuperación óptimo.

Una vez obtenida la información sobre la patología y los cuidados paliativos del paciente, se dio seguimiento al Estudio de Caso, de acuerdo a las actividades establecidas por el programa de la especialidad de Enfermería en Rehabilitación.

A través de la autorización y firma del CONSENTIMIENTO INFORMADO, por la madre del niño ADMG, se estableció el seguimiento y valoración a realizar con el paciente y los familiares del mismo. Para la realización del Estudio de caso, las intervenciones fueron apoyadas a través de lecturas y trípticos elaborados por los Alumnos de la Especialidad, acordando con la familia dar un seguimiento continuo en su domicilio, con un intervalo de quince días y en caso de que surgiera alguna duda durante el proceso en el seguimiento domiciliario, las indicaciones de cada intervención serían reforzadas en la siguiente visita, manteniendo informados a los familiares sobre las actividades a realizar en cada visita subsecuente a realizar por la alumna de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación.

Durante las visitas domiciliarias, se realizó una valoración focalizada a través del Instrumento de Valoración de Enfermería de Dorothea Orem, donde se exploró cada patrón funcional del niño ADMG de acuerdo a la Guía de Valoración de Enfermería proporcionada por la Coordinación del Posgrado.

Una vez realizada la valoración, se ordenó e integró complementándola con datos proporcionados a través de la entrevista directa con la mamá y el mismo paciente, quienes amablemente brindaron la información necesaria, así como el uso de algunos datos del expediente electrónico proporcionado por el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Al integrar toda la información, se fueron describiendo paso a paso los requerimientos que conlleva la elaboración del Estudio de Caso, tales como el planteamiento del problema, estableciendo los objetivos principales del presente trabajo para llevarlos a cabo durante las visitas domiciliarias. Con respecto a la valoración, se define qué patrones funcionales se encuentran mayormente alterados, ordenándolos jerárquicamente, esto dará la pauta para conocer las actividades donde el Profesional de Enfermería puede desempeñarse ante este caso.

Durante el seguimiento del paciente, se llevó a cabo la investigación exhaustiva en medios bibliográficos para la determinación de las posibles intervenciones de enfermería en un paciente con osteosarcoma, así como la profundización de los aspectos clínicos del mismo padecimiento en el paciente pediátrico.

Analizando las características y complicaciones de la patología del paciente, y en base al interrogatorio directo de la madre, la cual funge como cuidador primario, se requirió integrar y abordar el tema denominado “Síndrome de cuidador primario”, el cual se asocia principalmente a pacientes geriátricos como bien se menciona en el artículo “Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel”⁷, sin embargo como el presente estudio de caso se realizó en un paciente pediátrico, se puede rescatar la definición del síndrome de cuidador primario, a partir de que posterior al desencadenamiento de la incapacidad de autocuidado del paciente, es necesaria la integración de un miembro del núcleo familiar que pueda apoyarlo en las funciones básicas o ayudarlo a complementar sus necesidades de autocuidado, así como brindar el apoyo emocional que el paciente requiera.

Lo anterior como bien lo menciona el artículo, se traduce para los integrantes de cada familia, en la designación de un cuidador para la persona dependiente. De ahí surge el concepto de cuidador y con ello el de sobrecarga. Podemos citar que se define como cuidador “a la persona que asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales; algunos autores lo describen como “cuidador principal”.

Los cuidadores principales, también llamados primarios, asumen la total responsabilidad en el cuidado con base en ayuda formal o informal que reciban. El concepto de carga al cuidar un paciente es tomado del inglés “burden”, que se traduce como “estar quemado”; originalmente lo describió Freudenberguer en 1974 e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado.

La sobrecarga se concibe como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado influye en diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica. Además, también puede definirse como el conjunto de situaciones estresantes que resultan de cuidar a alguien.

Las mujeres históricamente han internalizado como una de sus funciones de rol femenino el cuidado de la salud de la familia y a pesar de los cambios en su nivel educativo y su participación en roles laborales fuera del hogar, permanece naturalizada la responsabilidad por ese cuidado.

Los cuidadores constituyen un recurso valioso; sin embargo, debido al gran número de horas usadas, éstos se consideran vulnerables, ya que para ellos el cuidado implica importantes costes materiales, económicos, sociales y de salud.⁷

Debido a que los familiares dejan de lado actividades domésticas o laborales para brindar los cuidados necesarios para la recuperación del paciente, como lo es en el presente estudio de caso, la madre del paciente deja de lado su actividad como ama de casa para permanecer al cuidado de su hijo desde el hospital hasta los cuidados en casa. A pesar de ser una familia de 5 integrantes, el padre acude a su trabajo para proveer el 100% de los ingresos económicos y por otro lado las hijas aún continúan en su formación académica, por lo tanto, la responsabilidad del cuidado recae sobre la madre del niño.

Es importante mencionar que, durante la conclusión del seguimiento del estudio de caso, surge la noticia del fallecimiento del niño ADMG, dadas las circunstancias se llevó a cabo la continuidad del caso, para realizar una segunda valoración focalizada, en la que se realizaron intervenciones con la madre del niño y con la familia durante el proceso de duelo que conlleva dicho deceso.

II. OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO DE CASO

Proporcionar un nuevo enfoque en las intervenciones de Enfermería en Rehabilitación para ayudar al paciente a mantener o recuperar el nivel de desarrollo físico y psicológico, alcanzando un nivel óptimo en el autocuidado, tanto del paciente como de su familia, y enfocarlo a un cuidado especializado, guiándolos durante el proceso de duelo anticipado.

- Realizar una valoración focalizada al paciente ADMG, en conjunto con su familia, evaluando los requisitos de autocuidado mayormente alterados debido a su patología.
- Analizar las alteraciones de los requisitos de autocuidado del paciente y su familia especializado a la persona en edad escolar con osteosarcoma.
- Diseñar un plan de autocuidado enfocado al paciente ADMG y a su cuidador primario, con actividades para encaminarlos y orientarlos al proceso de duelo anticipado, de acuerdo con la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.
- Proporcionar y desarrollar actividades de Enfermería en Rehabilitación que brinde las intervenciones necesarias y oportunas para su tratamiento paliativo.
- Facilitar la información necesaria para su tratamiento durante su estancia hospitalaria.
- Llevar a cabo las intervenciones propuestas en el plan de autocuidado, durante las visitas domiciliarias, con un calendario establecido, resolviendo oportunamente las dudas de los familiares.
- Llevar a cabo una evaluación cualitativa de las intervenciones implementadas, con la finalidad de identificar si se cumplieron los objetivos planteados durante las actividades de enfermería.
- Dar un seguimiento a la familia sobre la elaboración del duelo anticipado que están llevando tras el diagnóstico terminal que les han dado.

III. FUNDAMENTACIÓN

3.1 Antecedentes.

Para la elaboración del estudio de caso se hizo una búsqueda de publicaciones de Práctica de Enfermería Basada en Evidencia (PEBE) en diversas bases de datos, destacando datos relevantes de los siguientes artículos.

En el artículo titulado “Cuidados del niño con Cáncer”¹, mencionan que el surgimiento de una enfermedad en un miembro de la familia tiene por consecuencia numerosas alteraciones en la estructura familiar. Cuando la enfermedad es el cáncer, la situación se agrava, por ser una enfermedad que estigmatiza y es temida por la población, en virtud del sufrimiento que causa al paciente y a la familia. El diagnóstico de cáncer afecta al individuo, personas significativas para él y a los familiares que con él conviven, principalmente cuando numerosos cuidados son necesarios durante su tratamiento. En general, el individuo enfermo es el foco de atención de los diversos profesionales, en cuanto el familiar y/o cuidador es visto como aquel que ayuda en el proceso de cuidar, sin ser reconocido como una persona que está pasando por un proceso doloroso y que necesita de auxilio y apoyo.²

Es por ello que debemos ser capaces de colaborar durante las pruebas diagnósticas y los procedimientos invasivos que requieran controlar los síntomas de la enfermedad, así como conocer la especificidad de los tratamientos médicos utilizados. Durante todo el proceso, será fundamental hacer partícipe al niño y a sus padres en los cuidados, ofreciéndoles la orientación necesaria para involucrarlos en el proceso de la enfermedad.

Por otro lado, Martínez menciona en su artículo sobre “Cuidados de enfermería del niño oncológico y su familia”³, que el niño experimenta una serie de sucesos en su entorno, inclusive dentro de él mismo, cambiando radicalmente su estilo de vida, dejándolo en la frustración al ver limitadas sus actividades como escolar en desarrollo, ya que menciona que para el niño supone un cambio radical en su vida y actividades de la vida diaria (jugar,

¹ Aparecida E, Munhoz M, Martínez E, Barbosa D. Cuidando del niño con cáncer: evaluación de la sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores. Rev Latino-Am Enfermagem. [Internet]. 2011. [citado 2018 Feb 27]; 19 (3):1-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_10.pdf

² Ídem

³ Marínez I. Cuidados de enfermería del niño oncológico y su familia. Rev. Onc. Bar.[Internet]. 2014. [revisado 2014 nov 3; citado 2015 abr 29]; 1-19. Disponible en: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%207/oncol7.htm>

estudiar, relacionarse con compañeros o amigos etc.). Físicamente debe soportar el malestar tanto por la enfermedad como por las pruebas diagnósticas y tratamientos. Refiere que psíquicamente sufre la ansiedad ante el nuevo medio que le rodea y problemas de imagen corporal (caída del pelo, aumento o disminución de peso, amputaciones o cirugía deformante).

Para comprender un poco el impacto que se produce en un niño diagnosticado de cáncer, ante su primer ingreso basta leer un trozo de un diario escrito por uno de ellos durante su investigación: *La monotonía... estoy parado, no puedo moverme, estoy atado a un gotero. Tengo miedo hasta de respirar, no sea que se salga... ¡Duele tanto al ponerlo! Anduvieron buscándome la vena. Yo no me había dado cuenta de que tenía venas hasta este momento. Además, las hay buenas y malas, porque la enfermera ha dicho: ¡" Tiene unas venas malísimas..."! Me paso el día durmiendo. A veces me hago el dormido para que no me toquen... Tengo miedo...*⁴

En este caso el paciente ADMG menciona algo muy trascendental durante su valoración expresando lo siguiente: *"... es que tu no comprendes el dolor", "...mamá ya quiero que me quiten el dolor, quiero correr y extraño los chinos de mi cabello"*

A su vez Martínez menciona en dicho artículo, la experiencia que implica para los padres, ya que para ellos menciona que supone un fuerte choque emocional con sentimientos de negación de la realidad, de culpabilidad, y muy frecuentemente sentimientos de duelo anticipado. La necesidad de acompañar a su hijo enfermo les ocasiona problemas con el cuidado de sus otros hijos y ausencias prolongadas de su trabajo.⁵

La familia del paciente ADMG es integrada por sus padres, y dos hermanas más que contribuyeron a su cuidado integral, como refiere Martínez en su texto, los hermanos perciben un cambio brusco del clima emocional de la familia, y aparecen diversos sentimientos mezclados, altamente perturbadores, entre los que están: el temor, culpabilidad, miedo a enfermar, celos por la falta de atención, etc.

⁴ Marínez I. Cuidados de enfermería del niño oncológico y su familia. Rev. Onc. Bar.[Internet]. 2014. [revisado 2014 nov 3; citado 2015 abr 29]; 1-19. Disponible en: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%207/oncol7.htm>

⁵ Ídem

Ante dicha problemática sobre los cuidados y orientación brindada a los padres de los efectos adversos en pacientes con osteosarcoma, De la Maza y colaboradores en su estudio titulado “*Impacto de un programa educativo a los padres de niños con cáncer en el aumento del conocimiento de la enfermedad de sus hijos y la disminución de la ansiedad*”⁶, propone determinar el impacto de un programa de educación entregado por la enfermera a los padres de niños con cáncer en el aumento del conocimiento de la enfermedad de sus hijos y los efectos en la disminución de la ansiedad. El estudio mostró que la realización de un programa educativo aumentó el conocimiento de estos en mayor grado que aquellos que no la recibieron. Sin embargo, no hubo efectos en los grados de ansiedad de dichos padres en el período evaluado.

Esta es una intervención factible que se podría implementar en los hospitales con atención a pacientes oncológicos infantiles del país.

La necesidad y los efectos positivos de la entrega de información a los pacientes y su familia en forma programada ha sido demostrada en algunos estudios, sin embargo, en relación con el efecto de la educación brindada a los padres de niños con cáncer la literatura disponible es escasa y los estudios que se encuentran son en su mayoría retrospectivos y realizados en países con una realidad distinta a la local.⁷

Por último, en una investigación realizada en la Tesis titulada “*Impacto psicológico de cáncer en madres de niños oncológicos*”⁸, detallan la importancia del vínculo que emerge entre las madres y los hijos ante una situación oncológica.

El tratamiento en cáncer infantil, supone grandes exigencias para los niños y sus familias, durante un tiempo más o menos prolongado deben armar su rutina familiar en función del hospital, de los horarios y de los cuidados que requiere el niño enfermo. Los papás deben aprender una gran cantidad de información, aprender los códigos de la institución en la que su hijo se trate, lidiar con todo el entorno hospitalario que los envuelve, explicarle a

⁶ De la Maza V, Fernández M, Concha L. Impacto de un programa educativo a los padres de niños con cáncer en el aumento del conocimiento de la enfermedad de sus hijos y la disminución de la ansiedad. Revista Chilena Pediatría. [Internet]. 2015 [citado 2018 Feb 27]; 86 (5):351-356. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0370410615000418/1-s2.0-S0370410615000418-main.pdf?_tid=spdf-500aec85-4288-43cf-aae5-a01ee5250403&acdnat=1519756994_a2a057499a9364949da82d4063f563c

⁷ Ídem

⁸ Guirotane I, Gómez R, Delgado M. Impacto psicológico del diagnóstico de cáncer en madres de niños oncológicos [tesis]. Santa Fe (Arg): Universidad Abierta Interamericana; 2012 [citado 2018 Feb 27]. 1-130. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112555.pdf>

familiares y amigos la evolución del niño, cuidar de los hermanos sanos en el caso de que los hubiera, resolver su situación laboral y seguir funcionando como soporte de su hijo, etc.

En toda esta situación la madre es identificada como la principal fuente de soporte y la que generalmente asume el cuidado del niño en la situación de enfermedad, así como también es considerada el eje de la estructura familiar, y es bajo su control que están la crianza y educación de los hijos, el cuidado de la casa y de la salud de los miembros de la familia.

El papel de cuidadora es una expectativa que se tiene de ella y que ella misma tiene de sí.⁹

Por lo anterior surge un reto importante para el área de la Enfermería, en el desarrollo de sus cuidados y apoyo psicológico, quien tiene un vínculo directo en el tratamiento del paciente y los familiares del mismo.

⁹ Guirotane I, Gómez R, Delgado M. Impacto psicológico del diagnóstico de cáncer en madres de niños oncológicos [tesis]. Santa Fe (Arg): Universidad Abierta Interamericana; 2012 [citado 2018 Feb 27]. 1-130. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112555.pdf>.

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de enfermería.

De acuerdo con la OMS, la enfermería abarca una atención autónoma y en colaboración, dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Así mismo comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención proporcionada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.¹⁰

En la conceptualización de Enfermería es importante establecer las bases por las cuales se reconoce ésta como una disciplina profesional.

Se afirma que la acción fundamental de Enfermería es cuidar la salud del individuo o comunidad a la que dirige sus intervenciones, pero nos preguntamos entonces, ¿cuál es el concepto de cuidado que tenemos?, ¿qué nos caracteriza y da identidad en la acción profesional?

El cuidado de Enfermería como concepto aún tiene varias concepciones teóricas, pero se le reconocen algunos elementos comunes como:

- a. Las acciones con sus fines de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación o rehabilitación.
- b. La aplicación de un proceso sistemático que implica valoración, planeación, análisis, ejecución y evaluación
- c. La permanencia, la continuidad y la interacción con otras disciplinas para lograr el fin del equilibrio del hombre, dentro del proceso salud-enfermedad.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermería [Internet] 2018. [Consultado 29 agosto 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

En el marco de este desarrollo conceptual, se asume **Enfermería** como el ejercicio de un arte y de una disciplina. **Arte**, porque requiere de la sutileza para comprender al otro holísticamente, a partir de su trayectoria socio-antropológica, biológica, psicológica y espiritual; es decir, demuestra un interés particular por reconocer la individualidad del sujeto de cuidado. **Disciplina**, porque como se ha planteado, tiene un conocimiento propio, un desarrollo histórico y un ejercicio profesional definido.¹¹

Las enfermeras(os) poseen un compromiso con su desarrollo científico y disciplinar, cada vez más se hace necesario el asumir los modelos de cuidado de enfermería que ayuden a precisar la naturaleza de la atención que se ofrece como paso fundamental para delimitar el área de competencia profesional.

La formación especializada en la enfermería, implica la profundización teórica, metodológica y de la disciplina, como de los grupos en quienes recaen los cuidados (anciano, niño, adulto, grupos, familia y otros), por tal motivo adentrarse en el conocimiento del cuidado especializado obliga a la revisión del cuerpo de conocimientos que los sustentan.¹²

¹¹ Cabal V, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. Research Gate [Internet]. 2014 [citado 2018 Feb 27]; 6 (6): 73-81. Disponible en: file:///C:/Users/Oscar/Downloads/enfermeria_disc.pdf

¹² Balan C, Franco M. Teorías y Modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. 2ª Ed. México: Ciudad Universitaria; 2011. 35-41.

4.2 Paradigmas.

El Paradigma es una corriente de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influyen en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las disciplinas.

a) Paradigma de la categorización:

Concibe los fenómenos como divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. El paradigma de la categorización ha inspirado dos orientaciones en la profesión enfermera, una centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica

b) Paradigma de la integración:

Es una prolongación del paradigma anterior, reconoce los elementos y las manifestaciones de un fenómeno y lo integra al contexto específico en que se sitúa el fenómeno. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Esta orientación se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica.

c) Paradigma de la transformación:

Presenta un cambio de mentalidad, según este paradigma un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un patrón único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado nuevas concepciones de la disciplina enfermera.¹³

La Teoría General del Déficit de Autocuidado (TGDA) está constituida por tres subteorías: La teoría de sistemas de enfermería, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado.¹⁴

¹³ Luiris T, Otero M, Urbina O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Super. 2002; 16(4), 12-17.

¹⁴ Ostiguín R, Velázquez S. Teoría general del déficit de autocuidado. México: Manual Moderno; 2001. 27-31.

4.3 Teoría de enfermería.

Una teoría de Enfermería es una respuesta efectiva, pero general, a preguntas como: ¿a qué prestan atención las enfermeras?, y ¿de qué se ocupan cuando brindan cuidados? La formulación y expresión de la misma, surge como una síntesis creativa de la conceptualización de las características dominantes que se repiten en las situaciones prácticas de la enfermería y de su interrelación.¹⁵

La persona inicia una acción de manera voluntaria, deliberadamente, con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad. Esta acción emana de una exigencia, ya sea sentida por la persona, u observada por otra, siendo necesario su compromiso. La aptitud de la persona para comprometerse en el autocuidado depende de sus capacidades intelectuales, sus intereses y sus motivaciones. La imposibilidad de ejercer los autocuidados está unida a la incapacidad de decidir, emprender o efectuar una acción personal. En consecuencia, la incapacidad de la persona para satisfacer su necesidad de autocuidado puede engendrar un estado de dependencia social.¹⁶

Es por ello que en base al modelo del déficit de autocuidado de Dorothea Orem se llevará a cabo el seguimiento del paciente ADMG.

Para el presente estudio de caso, la atención de enfermería al niño oncológico supone un reto por el riesgo vital de la enfermedad en sí, el largo proceso evolutivo de la misma, la terapia intensiva y específica que requiere, sus efectos secundarios y la repercusión psico-emocional y social que supone para el niño y su familia.¹⁷

¹⁵ Ostiguín R, Velázquez S. Teoría general del déficit de autocuidado. México: Manual Moderno; 2001. 27-31.

¹⁶ Ídem

¹⁷ Marínez I. Cuidados de enfermería del niño oncológico y su familia. Rev. Onc. Bar.[Internet]. 2014.

[revisado 2014 nov 3; citado 2015 abr 29]; 1-19. Disponible en:

<https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%207/oncol7.htm>

Según Orem, los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. Los cuidados enfermeros tienen por objeto ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado. Además, la enfermera completa el déficit del autocuidado causado por la diferencia existente entre las exigencias de autocuidado y las actividades realizadas por la persona. El rol de la enfermera consiste entonces en ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados, utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para esto, la enfermera escoge un sistema de intervención totalmente compensatoria, parcialmente compensatoria o de asistencia- enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona.¹⁸

Un ejemplo es la TGDA de Dorothea Orem, misma que se constituye en los últimos años en un referente importante para el desarrollo de la enfermería. Esta teoría tiene como origen la finalidad propia de la enfermería, a saber: “Los seres humanos están sometidos a limitaciones a causas de su salud y la enfermera se relaciona con ello para que la persona se ocupe de su cuidado”.

El objetivo de la TGDA, es exponer posibles relaciones desde la perspectiva de la enfermera para proporcionar cuidados, consecuentemente se constituye en un marco de trabajo para la disciplina ya que identifica variables sobre las relaciones de la persona, el ambiente y la enfermería a partir de la salud. Por lo anterior, se considera una teoría de tipo descriptivo-explicativo.

Orem desarrolló su teoría a partir de los cuatro elementos paradigmáticos de la enfermería: persona, salud, enfermería y entorno.

¹⁸ Balan C, Franco M. Teorías y Modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. 2ª Ed. México: Ciudad Universitaria; 2011. 35-41.

Se define **persona** como la unidad sustancial cuyas partes están formadas para la perfección y tiende a diferenciarse de otros durante todo su proceso de desarrollo.

La **salud** es el estado de integridad y bienestar de la persona durante su crecimiento y desarrollo.

Por su parte, **entorno** implica las condiciones ambientales (psicológicas y físicas) que motivan a la persona a reorientar su conducta hacia las prácticas de salud. En este sentido, la enfermería se establece como un servicio humano de cuidado, cuya acción se traduce en beneficios para la persona.¹⁹

¹⁹ Pereda M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enfermería Neurológica. [Internet]. 2011 [citado 2018 Mar 22]; 10 (3): 163-167. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>

4.3.1 Requisitos del autocuidado universal.

Son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas de su ciclo vital y atienden aspectos de edad, sexo, estado de desarrollo, factores ambientales, etc.

En total son ocho, siendo los siguientes:

1. **Mantenimiento de un aporte de aire suficiente.**
2. **Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.**
3. **Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.**
4. **Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.**
5. **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.**
6. **Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.**
7. **Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.**
8. **Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.²⁰**

a) Teoría del autocuidado

El autocuidado es una acción propia de las personas maduras o no en proceso de maduración, misma que han desarrollado a partir de las capacidades para cuidar de sí mismos en sus condiciones ambientales. Tiene como propósito que dicha acción se realice de manera efectiva y eficaz por la propia persona en favor de sí mismo, permitiendo con ello el desarrollo y funcionamiento humano.

A partir de este supuesto se sustenta la Teoría de autocuidado, misma que incluye conceptos como el de agente de autocuidado que se refiere a cualquier persona que se provee de autocuidado. El proveedor de cuidados dependientes, es decir, la persona externa que proporciona el cuidado a otro, mismo que en este caso no es terapéutico es denominado agente de autocuidado dependiente, entendiendo agente como persona que lleva a cabo la acción.

²⁰ Ostiguín R, Velázquez S. Teoría general del déficit de autocuidado. México: Manual Moderno; 2001. 27-31.

La demanda de autocuidado terapéutico es una entidad construida objetivamente sobre la información que describe a un individuo en cuanto a sus aspectos funcionales, estructurales y de desarrollo; inicia al determinar el requisito de autocuidado comprometido para prescribir la acción del mismo a través de la agencia de autocuidado terapéutico; para el caso, la persona es un profesional de la enfermería.²¹

b) Teoría del déficit de autocuidado

Es el elemento crítico de la teoría, tiene su origen en la finalidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente.

Todas las limitaciones de las personas para desempeñar conductas prácticas dentro de su dominio y límites están asociadas con las limitaciones de acción relacionadas con la salud. Éstas los hacen completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes de cuidado para manejar de alguna manera los factores reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo, así como de las personas que dependen de ellos.²²

El término déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en quienes las capacidades de autocuidado, debido a sus limitaciones, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico. Los déficits de autocuidado se identifican como completos o parciales, en donde el primero implica la falta de capacidad para satisfacer esta demanda de autocuidado terapéutico, y en el segundo se hace referencia a la incapacidad de satisfacer alguna(s) condiciones subyacentes a una demanda de autocuidado terapéutico.²³

²¹ Íbidem pagina 24

²² Ostiguín R, Velázquez S. Teoría general del déficit de autocuidado. México: Manual Moderno; 2001. 27-31.

²³ Ídem.

c) Teoría de sistemas

En la teoría de sistemas se marcan las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que “refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de autocuidado”. Esta teoría se subdivide en tres sistemas: de apoyo educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio.²⁴

APOYO EDUCATIVO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	TOTALMENTE COMPENSATORIO
<ul style="list-style-type: none"> • Realiza el cuidado terapéutico del paciente. • Compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado • Apoya y protege al paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente. • Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado • Ayuda al paciente en lo que necesite 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza el autocuidado • Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.
Deja hacer al otro	Hacer con el otro	Hacer por el otro

Tabla 1. Sistemas de Autocuidado. (Modificado por LIC. Gutiérrez Sánchez Anna Victoria)

²⁴ Pereda M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enfermería Neurológica. [Internet]. 2011 [citado 2018 Mar 22]; 10 (3): 163-167. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>

4.4 Proceso de Enfermería.

El Proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. Es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

El Proceso de Enfermería tiene seis propiedades: es intencionado, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y tiene una base teórica.

El Proceso de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.²⁵

VALORACIÓN: Proceso organizado y sistematizado, sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente/familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico céfalo-caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud/enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas.

Partiendo de esta recolección de hechos se da una interacción enfermera-paciente, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona, que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de resultados y objetivos concretos.

Sobre la información obtenida, se establecerán las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad.

²⁵ Kozier B, Erb G, McKay P. Fundamentos de Enfermería. México: Interamericana Mc Graw Hill; 1994. Vol 2. 1200-1210.

1. **RECOGIDA DE DATOS.** Se obtienen valorando las 14 necesidades básicas teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados. Nos orientarán en cuanto al grado de autonomía y si los comportamientos y acciones del individuo son adecuados y suficientes para cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas. La obtención de los datos se realizará: Directamente del paciente (entrevista, observación, exploración física...) Indirectamente de familiares, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados, de la historia clínica, etc. Los métodos para la recogida de datos son la entrevista, la observación, y la exploración física. El tipo de datos, la fuente y el método de recogida de los mismos deben estar reflejados en el registro de enfermería.

2. **VALIDACIÓN O VERIFICACIÓN DE LOS DATOS.** Comprobando que sean exactos, veraces suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos aquellos datos que sean prioritarios o claves para el establecimiento del diagnóstico, así como aquellos que resulten anómalos o incongruentes.

3. **ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.** Agrupando por necesidades aquellos que parezcan ser relevantes o estar relacionados entre sí. Esta organización sistemática facilita la detección de problemas y permite identificar los problemas, manifestaciones de independencia y de dependencia sobre los que planificar los cuidados individualizados.

4. **AGRUPACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA VALORACIÓN POR NECESIDADES** Se considera para una adecuada organización de los datos: Conductas (datos objetivos) o Indicadores de conducta (datos subjetivos), y que repercuten en la satisfacción de las necesidades. Manifestaciones de Independencia, satisfacción de la necesidad evaluada mediante la realización de las acciones adecuadas por la persona misma o por otros, en función de la edad, etapa de desarrollo y situación de salud en la que la persona se encuentre.

Manifestaciones de Dependencia, insatisfacción de la necesidad evaluada como consecuencia de acciones inadecuadas o insuficientes realizadas por la propia persona u otros en función de su edad, etapa del desarrollo y situación de salud.²⁶

DIAGNÓSTICO: Se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de enfermería, que se ejecuta y se evalúa. Los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente. Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales.

Pretende establecer las demandas de autocuidado y determinar las capacidades de autocuidado presentes y futuras.

DEMANDA DE AUTOCUIDADO	DEMANDA DE LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO.
<ul style="list-style-type: none"> - Explorar cada requisito de autocuidado. - Establecer interacción entre los requisitos. - Precisar factores que podrían influir en la satisfacción de un requisito. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y describir capacidades de autocuidado. - Determinar conocimientos del paciente, aptitudes y deseos para satisfacer demandas de autocuidado. - Evaluar lo que el paciente debe hacer para satisfacer demandas de autocuidado.

Tabla 2. Demanda de autocuidado y capacidades de autocuidado. (Modificado por LIC. Gutiérrez Sánchez Anna Victoria)

²⁶ Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. España. 2010.

El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

A partir del análisis de los datos recogidos, se llegará a la Identificación del problema o problemas a resolver con el Plan de Cuidados.

1. **ANÁLISIS DE DATOS.** Tras organizar los datos se determinan las conexiones existentes entre las claves y se interpretan, dando lugar a la detección de problemas de colaboración (reales o potenciales) que requieren de un abordaje interdisciplinar, y/o Diagnósticos de Enfermería (reales o potenciales) que se tratan de forma independiente.²⁷

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS.

- **Problema de Colaboración.** Complicaciones reales o potenciales derivadas de la enfermedad o el tratamiento, en las que la persona requiere que la enfermera haga por él las actividades necesarias para la detección, tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico.
- **Diagnóstico de Enfermería.** Juicio emitido sobre situaciones que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente con pleno control y autoridad sobre la situación y con total responsabilidad sobre el resultado final.

La función de la enfermera es la de ayudar al paciente a recuperar su autonomía en la satisfacción de sus necesidades básicas.

- **Problema de Autonomía.** Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades básicas debido a que no ha adquirido tal capacidad, la ha perdido temporal o definitivamente, por lo que no se resuelve trabajando sobre la fuerza, voluntad o conocimiento. En ellos, la función de la enfermera es la de suplir al individuo o capacitar a un Agente de Autonomía Asistida para que realice las intervenciones necesarias.²⁸

²⁷ Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. España. 2010.

²⁸ Ibidem.

Los Diagnósticos Enfermeros (DE) detectados pueden ser Reales o Potenciales/de Riesgo, se enuncian utilizando la taxonomía NANDA.

- **DE Real:** Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Su identificación se basa en la existencia de características definitorias (manifestaciones del problema) en el momento de la valoración.
- **DE De Riesgo:** Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración. La NANDA lo define como “juicios clínicos que la enfermera realiza sobre un individuo, una familia o una comunidad que están más predispuestos a desarrollar el problema que otros en una situación igual o parecida.
- **DE De Bienestar o Salud:** Son diagnósticos de enfermería que describen situaciones en las que existe un funcionamiento eficaz, pero existe un deseo de mejorar el nivel de salud y/o bienestar mejorando dicho funcionamiento.

La NANDA los define como un “juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Estos diagnósticos no describen ningún problema, ni presente ni potencial, motivo por el cual en su enunciado no puede existir ni factores etiológicos ni manifestaciones, por tanto, solo tiene un apartado.

Esta relevancia de la fase diagnóstica en el éxito del proceso de cuidados, es la que justifica que en el enunciado de un diagnóstico enfermero se refleje no exclusivamente el problema o la situación de riesgo (etiqueta diagnóstica), sino que también se incluya el resto de información relevante en la toma de decisiones, es decir, la causa del problema o situación de riesgo (los factores de riesgo o etiológicos) y los signos y síntomas que lo expresan (las manifestaciones del problema).²⁹

²⁹ Arribas A, López M, Amezcua A, Santamaría J, Blasco T, Gómez J. Diagnósticos estandarizados de enfermería. Clasificación de los factores etiológicos [Internet]. 2011 [citado 2018 Mar 22]. Disponible en: http://ome.fuden.es/media/docs/27.Factores_etiologicos_2011.pdf

Todo lo anterior (la triple tipología), que compone el enunciado diagnóstico se estructura en sendos apartados que aportan cada uno de ellos un valor fundamental al mismo:

- **Problema (etiqueta diagnóstica):** es el nodo o eje del enunciado diagnóstico, en él se realiza una descripción clara y concreta del problema o situación de riesgo. A este apartado se le denomina “etiqueta diagnóstica”.
- **Etiología (agentes etiológicos):** en este apartado se reflejan los agentes o factores causales del problema o situación de riesgo de la persona descrito en la “etiqueta diagnóstica”. En este apartado se agrupan una serie de tipos de factores según el tipo de situación identificada; esta tipología se clasifica en factores relacionados, factores etiológicos o factores de riesgo.
- **Signos y síntomas:** en este apartado se expresan las distintas manifestaciones que aparecen en la persona como consecuencia de la etiqueta diagnóstica causada por la etiología identificada.

Los tres apartados anteriores, componen el enunciado diagnóstico, se deben presentar ordenados y enlazados siguiendo este formato:³⁰

Problema + Etiología + Signos y síntomas = formato P.E.S

PLANIFICACIÓN: Se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. Consta de varias etapas:

- δ Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
 - Problemas que amenacen la vida del individuo.
 - Problemas percibidos por el individuo o familia como prioritarios.
 - Problemas que contribuyen a la permanencia o aparición de otros problemas y cuya resolución los minimiza o soluciona.
 - Problemas a resolver por enfermería.
 - Problemas a resolver desde un enfoque multidisciplinar.
- δ Fijar resultados (objetivos) con el paciente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.
 - De forma clara de tal manera que orienten y guíen la actuación enfermera, formulados en términos de conducta observable del individuo.
 - ¿Cómo se beneficiará el paciente? ¿Qué podrá hacer? ¿Cuándo?

³⁰ Ídem página 31.

Los objetivos se establecen utilizando la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

Selección de Intervenciones y Actividades:

- En los Diagnósticos Reales se dirigirán a actuar sobre las causas o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.
- En los Diagnósticos de Riesgo se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema, así como a la detección temprana en caso de producirse éste.
- Registro del Plan de Cuidados, elemento clave para la planificación de los Cuidados y la continuidad de éstos, facilitando la comunicación entre los profesionales de la salud. El registro dirige los cuidados y es la base para la evaluación de los progresos, además de ser herramienta para la investigación en materia de cuidados y requisito legal (derecho establecido por ley para el usuario de los Servicios de Salud que genera una obligación en el profesional).
- Escribir las actualizaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos. Registro de los diagnósticos de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.³¹

EJECUCION: Es el inicio y determinación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. El plan de cuidados se utiliza como guía. Incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

Puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los Objetivos establecidos en el plan de cuidados, con tres pasos definidos.

³¹ Arribas A, López M, Amezcua A, Santamaría J, Blasco T, Gómez J. Diagnósticos estandarizados de enfermería. Clasificación de los factores etiológicos [Internet]. 2011 [citado 2018 Mar 22]. Disponible en: http://ome.fuden.es/media/docs/27.Factores_etiologicos_2011.pdf

Preparación revisando las intervenciones propuestas para:

- Determinar la adecuación del plan de cuidados a la situación actual del individuo antes de la puesta en práctica (¿algún problema nuevo?, ¿algún dato que oriente a la necesidad de introducir algún cambio en el Plan?).
- Valorar si el individuo cuenta con conocimientos y habilidades necesarios para realizarlas.
- Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
- Preparar el entorno para la realización de las actividades en condiciones adecuadas y seguras.

Realización de las actividades:

Con la ejecución de las actividades prescritas y la valoración continua de la respuesta del individuo que detecte la pertinencia de continuar con el plan o modificarlo en base a la evaluación de nuevos datos. Enfermería realiza las intervenciones o delega en otros profesionales cualificados a los que designa y supervisa en su actividad. Registro de las Intervenciones y respuesta del individuo.³²

EVALUACIÓN: se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.³³

³² Ídem página 34

³³ Kozier B, Erb G, McKay P. Fundamentos de Enfermería. México: Interamericana Mc Graw Hill; 1994. Vol 2. 1200-1210.

La evaluación está presente en cada una de las etapas descritas, de forma continuada, y en cada una de ellas se evalúa.

- **Valoración:** La obtención de datos suficientes y correctos para la emisión del Diagnóstico de Enfermería.
- **Diagnóstico:** El Diagnóstico de Enfermería es exacto y adecuado.
- **Planificación:** Los objetivos e intervenciones son realistas y alcanzables, lo que puede provocar la revisión de los planteamientos del plan de cuidados.
- **Ejecución:** Las respuestas del individuo, y en base a ellas puede hacerse necesario el mantenimiento, la modificación, la revisión o suspensión del plan de cuidados.³⁴

En esta última etapa del proceso enfermero, el profesional evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras, es decir, la enfermera evalúa la consecución de los Objetivos establecidos para el individuo, determina en qué grado se ha cumplido y decide si es necesario introducir algún cambio en el Plan de Cuidados.

El proceso de enfermería implica el uso de técnicas de recolección y valoración.

La esencia de los datos reunidos y su interpretación variará dependiendo de la perspectiva filosófica y teórica que se desarrolle.

En lo relacionado con el Proceso de Atención Enfermería, **la perspectiva de la Teórica Orem**, señala que es un método en el cual se requieren dos tipos de operaciones:

a) Interpersonales

b) Tecnológico-profesionales.

- Interpersonales: Condiciones del ambiente y comunicación con paciente y familia (entrevista).
- Operaciones tecnológico-profesionales: Considera 4 etapas (diagnóstico, operaciones prescriptivas, reguladoras o de tratamiento, cuidados reguladores).³⁵

³⁴ Ídem pagina 34.

³⁵ Ostiguín R, Velázquez S. Teoría general del déficit de autocuidado. México: Manual Moderno; 2001. 27-31.

- **OPERACIONES PRESCRIPTIVAS (Planificación):** En este apartado se incluye el Rol de enfermera-paciente-agente dependiente que tiene en la en la regulación del ejercicio de la agencia de autocuidado, en la satisfacción de las demandas de autocuidado.

Los medios usados para satisfacer los requisitos de autocuidado y la totalidad de medidas de cuidados para satisfacer las demandas de autocuidado.

Todo lo anterior se resume en juicios prácticos que permiten abordar problemas de lo que puede hacer un individuo dadas sus circunstancias.

- **OPERACIONES REGULADORAS O DE TRATAMIENTO (Intervención de enfermería):**

Las operaciones reguladoras o de tratamiento se refieren a los sistemas de enfermería. El sistema de enfermería se desarrolla a partir de los acontecimientos y suele ser anunciado en tres niveles (sistema totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo).

a. Sistema totalmente compensatorio.

El paciente es incapaz de ocuparse de cualquier acción intencionada de autocuidado, de ocuparse de sí mismo y de su salud o de tomar decisiones, por lo que la enfermera compensa las incapacidades que pueda tener el paciente para el autocuidado, apoya y protege al paciente mientras proporciona un entorno apropiado a través de juicios y acciones.

b. Sistema parcialmente compensatorio.

El paciente tiene una limitación de la movilidad o de las habilidades de manipulación, así como un déficit de conocimiento, habilidades o ambas, para satisfacer demandas de autocuidado e indisposición psicológica para realizar o aprender conductas de autocuidado de manera que la enfermera guía, apoya y favorece el desarrollo de capacidades enseñando el procedimiento o la actividad que deba realizar el paciente para su autocuidado.³⁶

³⁶ Ídem página 35.

c. Sistema de apoyo educativo.

Es capaz de realizar acciones necesarias para su autocuidado y puede aprender a adaptarse en este caso, la enfermera solo auxilia en la toma de decisiones comunicando conocimientos y habilidades, ejerce consultoría y regula la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado.

- CUIDADOS REGULADORES (Evaluación):

Esta etapa corresponde a la evaluación y requiere de cuestionamientos por parte de la enfermera y el paciente.

En el caso de la enfermera, se cuestiona sobre qué actividades o tareas de autocuidado hay que ayudarle a efectuar al paciente, jerarquizando cuales le competen a la familia y que parte del entorno no apoya la realización de las actividades para el autocuidado.

De manera conjunta con el paciente, la enfermera indica la dirección de qué actividades o decisiones son necesarias para el autocuidado, en qué intervenciones se requiere estimular el interés del autocuidado y que actividades requieren guía por parte de enfermería o de otros elementos del equipo multidisciplinario.³⁷

³⁷ Ostiguín R, Velázquez S. Teoría general del déficit de autocuidado. México: Manual Moderno; 2001. 27-31.

V. METODOLOGÍA

5.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso.

Los casos de investigación adoptan, en general, una perspectiva integradora. Un estudio de caso es, según la definición de Yin en el artículo titulado “El estudio de caso como metodología de investigación”, “Una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes. Una investigación de estudio de caso trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación; y, también como resultado, se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos.”

El caso de investigación difiere del caso de aprendizaje, aunque ambos comparten la conveniencia de ver a la empresa como una totalidad. Si bien los resultados de un caso de investigación se pueden utilizar como caso de estudio para el aula, el primero tiene otros objetivos, como la descripción de una situación, la explicación de un resultado a partir de una teoría, la identificación de mecanismos causales, o la validación de teorías.³⁸

El caso de investigación, en esta concepción, intenta realizar inferencias válidas a partir del estudio detallado de acontecimientos que no se desarrollan en un laboratorio, sino en el contexto de la vida social e institucional. Aun así, se espera que brinde un “conocimiento científico”.

La metodología cualitativa se define según Taylor y Bodgan como “aquella que produce datos descriptivos en las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”, dicha metodología pertenece al paradigma de la investigación naturalista, la cual menciona que la realidad no es una entidad fija y se va construyendo de acuerdo a los diferentes individuos que participan en la investigación. Ésta se caracteriza por definir sus conceptos en base a las experiencias vividas por los sujetos estudiados en

³⁸ Yacuzzi E. El estudio de caso como metodología de investigación. Teoría, mecanismos casuales, validación [Internet]. 2010 [citado 2017 Ago 29] Disponible en: http://www.carmaster.com.mx/MYRNA_estudiosdecaso.pdf

el campo, mediante procedimientos flexibles y en continua evolución, así como la obtención de palabras y relatos en respuestas a preguntas ¿qué? y ¿por qué?, ya que la perspectiva del significado y el sentido que tienen los fenómenos para las personas, junto con la interpretación que de ellos hacen en su particular entorno sociocultural.³⁹

El enfoque de la investigación cualitativa se basa en una visión del mundo que parte de los siguientes posicionamientos: a) no existe una realidad única, b) la realidad se basa en percepciones, es diferente para cada persona y cambia con el tiempo, c) aquello que conocemos tiene significado solamente en una situación o contexto dado.⁴⁰

El Estudio de caso de la especialidad de enfermería en rehabilitación se realizó a través de un estudio cualitativo exploratorio enfocado a resolver problemas de la práctica.

Un estudio de caso tiene en general los siguientes pasos:

1. **Diseño del estudio.** Se establecen los objetivos del estudio, se realiza el diseño propiamente dicho, y se elabora la estructura de la investigación. Es importante determinar si la investigación tiene por objetivo la predicción, o la generación de teorías, o la interpretación de significados, o una guía para la acción.
2. **Realización del estudio.** Se prepara la actividad de recolección de datos y se recoge la evidencia, en todas las fuentes del caso.
3. **Análisis y conclusiones.** Se analiza la evidencia. La forma de vincular los datos con las proposiciones, es variada y los criterios para interpretar los hallazgos de un estudio no son únicos.

³⁹ Peláez B, Burgos R. La aproximación cualitativa en salud: Una alternativa de investigación clínica de las enfermedades reumáticas. Reumatol Clin. México: 2005; 3ª ed. (1).

⁴⁰ Ibidem

Cuando se trabaja en explicaciones causales, la dinámica operativa lleva a buscar la coincidencia de patrones, que relaciona diversos tipos de información del mismo caso con alguna proposición teórica. Un ejemplo de esta coincidencia es la existencia de una relación sistemática entre variables. Es posible que la coincidencia de patrones sea causal o simplemente relacional, y es el investigador quien debe responder a este tema, con los criterios adecuados.

Es de esperar que los diferentes resultados sean lo “suficientemente” impactantes como para priorizar una proposición.

Para finalizar con la tercera etapa, se prepara el informe del trabajo y se difunden sus resultados.⁴¹

El estudio de caso viene de la teoría y va hacia ella. Antes de iniciar el trabajo de campo, el estudio debe ser precedido por el desarrollo de una teoría que permita la observación. La observación está siempre acompañada de una teoría, aunque sea incipiente. El desarrollo de los primeros esbozos teóricos clarifica y profundiza los componentes del caso.

Todo buen diseño incorpora una teoría, que sirve como plano general de la investigación, de la búsqueda de datos, y de su interpretación. A medida que el caso se desarrolla, emerge una teoría más madura, que se va cristalizando (aunque no necesariamente con perfección) hasta que el caso concluye.⁴²

⁴¹ Yacuzzi E. El estudio de caso como metodología de investigación. Teoría, mecanismos casuales, validación [Internet]. 2010 [citado 2017 Ago 29]:1-37. Disponible en: http://files.casilic.webnode.es/200000018-b251ab34be/estudios%20de%20caso_teoría.pdf

⁴² Ibídem.

5.2 Selección del caso y fuentes de información.

El presente estudio de caso se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en la torre de CENIAQ, que otorga servicio a población abierta que no cuenta con una afiliación de seguridad social, con diferente nivel socioeconómico, provenientes del D.F, área metropolitana y diferentes estados de la República Mexicana.

Cuenta con el servicio de Subagudos, donde se brindan cuidados a pacientes críticos o grandes quemados, el cual dentro de sus actividades atiende a pacientes como el presentado en este estudio de (ADMG) que requieran una valoración específica por parte del servicio de Infectología.

Para fines de la elaboración del estudio de caso, se invitó a la Madre de ADMG, bajo las especificaciones del consentimiento informado, a llevar el seguimiento del niño escolar, con la finalidad de elaborar un plan de cuidados especializado para su hijo con el diagnóstico de osteosarcoma.

a) Magnitud

El Osteosarcoma es la causa más frecuente de cáncer primario de hueso con incidencia de 2-3/1000,000/ año, esta incidencia es mayor en la adolescencia registrándose 8-11/1000,000/ año entre los 15 y los 19 años, esto representa un 10% de todos los tumores sólidos. Se reporta una mortalidad de 0.15/100,000/año para el osteosarcoma.

En niños residentes de la Ciudad de México, el Osteosarcoma representó un 4.5% del total de las neoplasias correspondiendo a un 74% de los tumores óseos, lo que es consistente con lo reportado con otras partes del mundo con un comportamiento similar.

El osteosarcoma ocupa el 2do lugar de frecuencia en las neoplasias óseas malignas en niños, adolescentes y adultos jóvenes.⁴³

⁴³ CENETEC. Diagnóstico Oportuno de Osteosarcoma en niños y adolescentes en primer y segundo nivel de atención médica. Guía de práctica clínica Secretaría de Salud [Internet]. 2013 [citado 2018 Mar 22]; 1-11. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_197_13_osteosarcomaninosyadolescentes/imss_197_13_osteosarcomaninosyadolescentesgr.pdf

Característicamente su rango de edad es entre los 10 y 25 años de edad, con una mediana para la edad diagnóstica de 16 años.

Presenta un segundo pico de incidencia al final de la edad adulta, básicamente asociado a la enfermedad de Paget. Es infrecuente su presentación en < de 6 años y > de 60 años.

El osteosarcoma puede iniciar en cualquier hueso, sin embargo, ocurre principalmente en las regiones yuxta-epifisarias de crecimiento rápido de huesos largos.

Aproximadamente el 80% de la presentación inicial del osteosarcoma es localizada. La oncología infantil representa un desafío para el equipo de salud. El desarrollo de enfermeras especializadas en la atención de estos pacientes ha permitido un gran avance en los resultados de supervivencia. La atención de enfermería en rehabilitación es fundamental para el manejo de las frecuentes complicaciones que se presentan como consecuencia de los tratamientos. Se detalla la atención del paciente oncológico, desde la preparación de la quimioterapia hasta los cuidados de piel y mucosas y el acompañamiento en etapas avanzadas de la enfermedad oncológica.⁴⁴

b) Factibilidad

El paciente presentó una disposición favorable para dar continuidad a su tratamiento y seguimiento, así como los padres del niño, ya que estuvieron en la mejor disposición de ser orientados en las consecuencias y cuidados que conllevan de la misma patología, aprobando el seguimiento por parte de la Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación. No se presentó problema alguno en la distribución de horarios y la ubicación del paciente, ya que la madre del niño facilitó la información sobre cómo llegar a su domicilio, las visitas fueron programadas en jueves o viernes durante los meses de noviembre a mayo del 2014, cada 15 días por las tardes. La madre del niño autorizó oficialmente el día 3 de noviembre a través del consentimiento informado, dar inicio al seguimiento y visitas domiciliadas al caso de su hijo.

Los resultados esperados por parte del área médica fueron, brindarle al paciente calidad de vida dentro de su núcleo familiar, con manejo de morfina en casa para mitigar el dolor, por parte del área de Enfermería en Rehabilitación, brindarle apoyo y orientación sobre el duelo anticipado a la familia, manejo emocional para el niño en el dolor que presenta a

⁴⁴ Palma C, Sepúlveda F. Atención de enfermería en el niño con cáncer. [En línea]. 2005. [Citado 2018 Mar 22]; 2: 37-43. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2005/vol2num2/8.html>.

través de un ambiente de bienestar y en conjunto con actividades lúdicas para su equilibrio emocional.

De igual forma proporcionar información a la familia ya que pueden llegar a experimentar el síndrome del cuidador primario y manejo del duelo, al ser partícipes del cuidado integral que requiera el niño en el tiempo que lo disponga la evolución de la misma patología.

Nota: Cabe mencionar que el paciente se encontraba con un estado de salud reservado ya que el diagnóstico clínico durante su alta hospitalaria, fue ubicado como fase terminal con una sobrevida estimada de 5 meses.

c) Trascendencia

Estudios realizados demuestran que la intervención de enfermería en dicho padecimiento es importante ya que consiste en ofrecer un soporte emocional, con sensibilidad y respeto hacia las emociones y miedos que se presentan en el entorno del paciente y la familia del mismo, debido al largo proceso por el que ambas partes tienen que pasar, el cual va evolucionando y haciéndose más complejo para el mismo paciente que lo presenta.

Por lo tanto, es importante brindar un seguimiento en cada proceso del paciente, proporcionar los cuidados que ayuden a disminuir los síntomas que se presentan, de igual forma no siempre se logra el éxito en mitigar cada síntoma en especial el dolor como en el caso del osteosarcoma, sin embargo, se puede contribuir a que se tolere y sea menos traumático para el paciente.

El cuidado de niños con enfermedades terminales y el consuelo de sus familiares es una de las situaciones más difíciles en la práctica de la enfermería, que no se ha sabido integrar adecuadamente dentro de nuestros cuidados a lo largo del tiempo.⁴⁵

⁴⁵ Marínez I. Cuidados de enfermería del niño oncológico y su familia. [Internet]. 2011. [citado 2015 abr 29]. Disponible en: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%207/oncol7.htm>

Hoy en día, el personal de salud, suele estar más preparado para atender dichos padecimientos en relación a pacientes oncológicos, realizar diagnósticos oportunos y dar el tratamiento requerido. No obstante, el profesional de enfermería dentro de sus cuidados especializados, debe considerar la compañía y ayuda necesaria al niño terminal y a su familia, de este modo ellos podrán superar el estrés, ansiedad, y soledad que surge durante el inicio del final de una vida.⁴⁶

Actualmente la muerte sigue siendo un tema tabú, en nuestra sociedad tenemos miedo al hablar de ella, cuando de alguna forma se hace patente su presencia, nuestra respuesta o actitud ante ella acostumbra a ser de rechazo, temor, disimulo y aislamiento.

Menospreciamos la importancia que para el niño tiene el sujetar su mano, el tocar su hombro, el colocar bien su almohada, el secar su frente o el simplemente estar acompañándolo. Durante el seguimiento del estudio de caso, fue imprescindible la presencia física del profesional de Enfermería especializado en Rehabilitación, junto al niño y su familia hasta el momento del fallecimiento, ya que no solo intervenimos para la prevención, ni la recuperación, sino también somos parte de esa culminación de la vida, al colaborar en la búsqueda de equilibrio que tuvieron los familiares más cercanos a este suceso.

⁴⁶ Marínez I. Cuidados de enfermería del niño oncológico y su familia. [Internet]. 2011. [citado 2015 abr 29]. Disponible en: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%207/oncol7.htm>

La etapa final en una enfermedad terminal, viene marcada por un deterioro muy importante del estado general, siendo una característica fundamental el gran impacto emocional que provoca sobre la familia y el equipo terapéutico. A menudo, es la primera vez que la familia del paciente se enfrenta a la muerte. Sin embargo, en estos momentos es especialmente importante redefinir los objetivos terapéuticos, empleando menos medios técnicos y prestando más apoyo psicológico al niño y su familia:

- Por lo tanto, el profesional de enfermería especializado en rehabilitación, deberá establecer una serie de cuidados generales de cómo atender al niño encamado, haciendo hincapié en los cambios posturales, la ropa de la cama y los cuidados de la boca y piel.
- Reforzar el hecho de que la falta de ingesta de alimentos o líquidos, no es una causa sino una consecuencia de la situación.
- Realizar una adecuación del tratamiento farmacológico, prescindiendo de aquellos fármacos que no tengan una utilidad inmediata en esta situación.
- Colaborar en conjunto con la familia para iniciar el proceso de duelo anticipado, integrándolos en las actividades que se realizan con su hijo.
- No olvidar que el niño, aunque parezca obnubilado, somnoliento o desorientado en todo momento tiene percepciones y se mantiene alerta ante cualquier comentario o acontecimiento que lo rodee.
- Es importante que el profesional de enfermería en rehabilitación en conjunto con su familia, procure cuidar mucho la comunicación no verbal. Debemos instruir a la familia para que eviten comentarios inapropiados en su presencia.⁴⁷

⁴⁷ Ídem página 44.

d) Fuentes de información

- **PRIMARIAS:** Son todas aquellas valoraciones de enfermería realizadas de forma exhaustiva y focalizada al paciente ADMG durante su estancia hospitalaria, así como la exploración física del paciente en el servicio de Agudos del CENIAQ y durante su estancia en el servicio de Pediatría, mediante los registros clínicos del Personal de Enfermería, a través del interrogatorio directo al paciente y por medio de las diferentes técnicas de valoración (inspección general, auscultación de campos pulmonares y abdomen, palpación de extremidades y percusión en abdomen).
- **SECUNDARIAS:** Se obtuvieron a través de la información directa proporcionada por la madre con la previa autorización a través del consentimiento informado, también se obtuvo información del expediente clínico electrónico proporcionado por personal del Instituto Nacional de Rehabilitación, al egreso del paciente a domicilio, se realizó el interrogatorio directo a los miembros de su familia (hermana, papa, y abuelita), se realizó la búsqueda exhaustiva de bibliografía sobre el Osteosarcoma a través de artículos de investigación, libros, tesis y revistas electrónicas.

5.3 Consideraciones éticas.

El presente estudio de caso, se encuentra guiado dentro de los Principios éticos formulados para la investigación dentro de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO).

Los principios o guías éticas generales de acción comprenden los siguientes principios: de autonomía, de no maleficencia, de beneficencia y de justicia que se describen a continuación:

- **El principio de autonomía:** Establece que en el ámbito de la investigación la prioridad es la toma de decisiones de los valores, criterios y preferencias de los sujetos de estudio. Su aplicación es en el Consentimiento informado donde se le ofrece al paciente la información suficiente para tomar una decisión razonada acerca de los posibles beneficios y costos de su participación sin ningún tipo de abuso.
- **El principio de no maleficencia:** Obliga a no dañar a los otros anteponiendo el beneficio, aun considerando las respuestas terapéuticas que implica el cuidado a la salud.
- **El principio de beneficencia:** Se refiere al bien obtenido derivado de su participación y a los riesgos que se somete en relación con el beneficio social, potencial de la investigación. La mediación de los valores contenidos en los principios de autonomía y de justicia es necesaria para tomar decisiones menos discutibles.
- **El principio de justicia exige:** El derecho a un trato de equidad, a la privacidad, anonimato y confidencialidad. Igual se refiere a la distribución de los bienes sociales, que la investigación genere.⁴⁸

⁴⁸ ENEO. Principios éticos para la investigación en la ENEO. Universidad Nacional Autónoma de México. [Internet] 2013 [Citado 2015 Dic 12] :1-25. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/investigacion/documentos/ENEO-UNAMprincipioseticosinvestigacion.pdf>

Se han considerado los aspectos a revisar antes de iniciar el estudio de caso, para reducir los riesgos en el paciente, teniendo siempre presente llevar una relación entre el Profesional de Enfermería en Rehabilitación, el paciente y su familia dentro del margen del respeto a la dignidad humana, a través de un esquema holístico, su máxima defensa es el bienestar social, implícito en el fomento y preservación de la salud a través de acciones tendientes a satisfacer las exigencias sanitarias y sociales de la comunidad que nos ocupe, por tanto debemos atender lo siguiente:

- Consentimiento informado.
- Confidencialidad.
- Protección de datos.
- Derecho a retirarse.
- Beneficios potenciales.
- Riesgos potenciales.

Antes que el paciente y su familia sean parte del estudio de caso, deben ser informados sobre los objetivos del mismo, sus beneficios y potenciales riesgos, dando su consentimiento voluntariamente.⁴⁹

a) 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.

⁴⁹ ENEO. Principios éticos para la investigación en la ENEO. Universidad Nacional Autónoma de México. [Internet] 2013 [Citado 2015 Dic 12] :1-25. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/investigacion/documentos/ENEO-UNAMprincipioseticosinvestigacion.pdf>

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas, garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas. **(VER ANEXO 1)**⁵⁰

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 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.

- 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.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico.⁵¹

⁵⁰ Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Consentimiento informado. Secretaría de Salud. [Internet] 2010 [Citado 2015 Ene 4]: 60. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html

⁵¹ Ibidem.

VI. PRESENTACION DEL CASO

6.1 Descripción del caso.

ADMG paciente pediátrico escolar de 9 años de edad masculino, con fecha de nacimiento del 25 de septiembre del 2005, nacido en la Ciudad de México, de religión católica, con escolaridad de primaria trunca, dentro de su núcleo familiar se encuentran sus padres y dos hermanas, la madre MDGT se encuentra como cuidador primario durante la valoración.

Habita en el área conurbada de la zona metropolitana, en el municipio de Chimalhuacán Estado de México, quien era atendido en el Instituto Nacional de Rehabilitación, cuenta con Seguro Popular y Gratuidad, asignado por medio de un estudio socioeconómico previamente valorado.

Acude a dicha institución por sus propios medios para dar el seguimiento de su padecimiento actual (Osteosarcoma), es valorado en el servicio de Agudos del CENIAQ, por presentar cuadros de infección asociado al padecimiento actual, en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

REGISTRO: N-293143/2014

6.2 Antecedentes generales de la persona.

a) ESTADO DE SALUD Y FACTORES DEL SISTEMA DE CUIDADOS DE SALUD.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: Al interrogatorio, el padre de ADMG refiere desconocer la causa del padecimiento de su hijo, ya que en su familia no hay antecedentes de Cáncer tanto por el lado paterno como materno.

Madre con antecedentes de Hipertensión arterial sistémica de padres y abuelos paternos con Diabetes tipo II en tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Al interrogatorio, refiere ser alérgico a la Penicilina. No presenta caídas previas, la madre refiere que, a la edad de un año, ADMG fue intervenido quirúrgicamente por presentar un tumor en el Bazo, con tratamiento de quimioterapia de 1 año y vigilancia continua de 5 años, es dado de alta del Centro Médico la Raza por mejoría.

ADMG Inicia su padecimiento durante la etapa preescolar (5 años), ya que refería dolor en ambas piernas al grado de llegar al uso de silla de ruedas y ausentarse de las actividades académicas en forma ocasional.

En octubre del 2013, presenta dolor incapacitante en ambas piernas, la madre refiere haber acudido a una clínica particular para su valoración, donde le indican paracetamol para manejo analgésico, posteriormente decide llevarlo a otra clínica particular aledaña a su comunidad, donde le realizan estudios de gabinete de ambas piernas, a la interpretación se le informa sobre la presencia de un posible tumor.

Una vez canalizado al servicio correspondiente, acuden al Hospital Centro Médico la Raza, donde es ingresado al área de Especialidades de pediatría, donde le realizaron la valoración correspondiente y se le inició tratamiento antineoplásico.

En diciembre del 2013, la madre refiere que se le realizó una biopsia en la pierna izquierda en el Hospital Magdalena de las Salinas y en enero del 2014 le realizaron de nuevo una biopsia en la pierna derecha en la misma institución.

Con base en el resultado de las muestras patológicas, inicia quimioterapia durante febrero del 2014 hasta agosto del mismo año.

Es reingresado al Hospital Magdalena de las Salinas para una revaloración posterior al tratamiento de quimioterapia, se les notifica a los padres que a pesar del tratamiento las células del cáncer incrementaron, por lo que les sugieren una intervención quirúrgica, la cual refiere la madre “le realizarían amputación de la pierna izquierda para “eliminar” el tumor”.

Una vez dado el diagnóstico final de osteosarcoma, los padres del niño deciden llevarlo al Estado de Querétaro donde se informan sobre un tratamiento alternativo para “encapsular el cáncer” según refieren, acudieron dos meses continuos al tratamiento con aparente respuesta positiva al tratamiento por parte del niño sin embargo la madre refiere que continuó la sintomatología (dolor severo con EVA 7/10), agravándose el padecimiento y exacerbándose hacia la pierna derecha con una prominencia a nivel anterior de la tibia con un contenido encapsulado de 5 quistes; por otra parte en la pierna izquierda se presenta una inflamación de la misma, con la “apariencia” de una probable trombosis venosa, presentando un EVA 9/10 con dolor al mínimo rose de la palpación.

Durante la entrevista la madre refiere que, de dos meses a la fecha, el niño inició con la inflamación de la pierna por lo que decide acudir de última instancia al Instituto Nacional de Rehabilitación, en agosto del 2014 es ingresado al Instituto, donde inician la valoración del

niño, indicándole tratamiento analgésico por referir dolor incapacitante, es confirmado de nuevo el diagnóstico de osteosarcoma con metástasis a nivel Pulmonar.

Es ingresado al Servicio de Sub Agudos de la torre del CENIAQ donde es valorado por el área de infectología posteriormente se traslada a Hospitalización, 4° piso de Ortopedia, del mismo instituto, donde finalmente se queda a cargo del servicio de Clínica del Dolor.

La madre refiere que solicitan el alta de su hijo, al darle resultados de los análisis y valoraciones médicas con una esperanza de vida de 5 meses.

Durante las visitas hospitalarias se tuvo el conocimiento del diagnóstico del niño por lo que durante las intervenciones, se manejó con terapia lúdica, mostrando una respuesta favorable al estado de ánimo, auxiliando en los eventos de dolor que presentaba el niño cuando fuera necesario.

El 7 de noviembre del 2014 es dado de alta del Instituto Nacional de Rehabilitación, sin embargo, se obtuvo el consentimiento informado por parte de la madre, para dar continuidad en su domicilio durante el tiempo que sea permitido, así como acceder a la valoración y seguimiento del estudio de caso.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: Habita en casa propia de ladrillos, en área conurbada a la Ciudad de México, en una zona urbana con datos de pavimentación, cuenta con todos los servicios de urbanización, agua, luz, gas, televisión por cable, internet y teléfono, la casa consta de dos pisos, en la parte superior se distribuyen 3 habitaciones como dormitorios y cuenta con baño independiente.

En la planta baja se ubica la sala y cocina en una estancia amplia, se ubica una escalera de 14 escalones, la puerta principal tiene un acceso sin barreras arquitectónicas, así como la puerta para ingresar a la planta baja, no presenta desniveles al interior de la casa, adecuada accesibilidad para el traslado de la cocina a la sala, sin embargo, no es necesario para el traslado al dormitorio ya que el padre carga al niño ADMG para realizar las transferencias en el interior de la casa.

En la sala se realizaron adaptaciones colocando las cosas más elementales para comodidad del niño tales como el sillón donde duerme, colocando almohadas confortables, al frente cuenta con la televisión, reproductor DVD, detrás del sillón se encuentra una ventana que brinda una mayor ventilación de la habitación.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 Valoración.

La valoración realizada al niño ADMG fue de tipo exhaustiva con una exploración física generalizada, el día 13 de noviembre del 2014 a las 17:00hrs, en su domicilio. Durante la entrevista se realizó la aplicación del Instrumento de Valoración con una duración de aproximadamente 1 hora con 30 minutos en presencia de la madre. (VER ANEXO 2)

1.- FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO:

1.1 Factores descriptivos del individuo.

ADMG masculino de 9 años en edad escolar, nació el 25 de septiembre del 2005 de estado civil soltero, de religión católica, habita en el Estado de México, con escolaridad de primaria trunca.

Al interrogatorio, refiere sentirse insatisfecho por encontrarse en dependencia total de sus padres, incluidas las actividades básicas de la vida diaria, a la valoración de las actividades de la vida diaria del Índice de Barthel se obtienen 15 puntos.

(VER ANEXO 3)

En cuanto al concepto de sí mismo, refiere que se ha modificado de tal forma que anhela poder disfrutar las actividades que comúnmente solía hacer anteriormente, tales como practicar fútbol.

A la exploración física en el hospital, se encuentra en decúbito supino con semifowler, se registran signos vitales con una tensión arterial de 117/66 mmHg con una PAM de 86, Temperatura de 36.9°C que asciende al intensificarse el dolor, controlando el incremento de temperatura por medios físicos (toallas húmedas a temperatura ambiente), SaO₂ del 90% sin apoyo de oxígeno suplementario, portador de catéter venoso central subclavio derecho tipo Arrow de 3 lúmenes, palidez generalizada, peso de 35 kg, con una estatura de 143 cm, a la exploración en el abdomen se observa una cicatriz en forma de “u” invertida a nivel de cicatriz umbilical, se difiere exploración de genitales, pierna derecha con una prominencia a nivel anterior de la tibia con un contenido encapsulado de 5 quistes;

en la pierna izquierda se presenta edema (++) en escala de Godete, red venosa marcada e hipertérmica a la palpación.

1.2 Factores que relacionan a los individuos con su familia.

Orientación sociocultural: Dentro de sus hábitos y costumbres, ADMG presenta a su familia como parte fundamental en su vida personal, una familia de costumbres tradicionalistas, católicos con una unión familiar peculiar, ya que todos los integrantes colaboran en el cuidado del niño.

2.- FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR: COMPOSICIÓN FAMILIAR:

Su núcleo familiar es integrado por 6 personas, en una familia nuclear.

El padre de 45 años de edad, concluyó una carrera técnica y actualmente se desarrolla de forma independiente como vendedor, es el proveedor principal de los gastos al aportar el 100% del ingreso económico en casa.

La madre de 38 años con secundaria trunca, realiza labores en casa, actualmente no trabaja y se encuentra como cuidador primario en el padecimiento de ADMG.

Dos hermanas, de 15 y 19 años, cursando la secundaria y el nivel medio superior respectivamente, su hermana de 15 años realiza una aportación del 20% a su casa con pequeños artículos de belleza que vende en su escuela.

Por último, se encuentran su tía y su abuela, de las que no se obtiene suficiente información ya que viven en otro anexo de la casa.

Su tía es ama de casa con primaria completa al igual que su abuela, quien es jubilada y ambas aportan alimentos y apoyo en los cuidados del niño.

- a) **Estructura de rol:** Dentro de las expectativas que tiene sobre la respuesta de su familia ante su enfermedad, considera haber recibido mucho apoyo por parte de ellos, ya que siempre están al pendiente de sus cuidados en especial su mamá. Su padre asume el rol de jefe de familia y cuando requieren afrontar problemas familiares, refiere que ambos lo realizan en forma conjunta.

- b) **Sistema de valores:** Las normas que rigen el cumplimiento de las obligaciones en su familia, se basan en llegar a un acuerdo sobre las obligaciones que debe asumir cada integrante de la familia, así como las labores del hogar en las que deben cooperar todos los integrantes debido a que su madre se encuentra en el hospital al cuidado de ADMG. Los valores que rigen a su familia se basan en el respeto, apoyo, amor y unión.
- c) **Patrón de comunicación:** Su madre refiere que todos los integrantes tienen el derecho a expresarse libremente en casa, sin embargo, actualmente la expresión libre de ideas, opiniones y sentimientos es reservada debido a la situación en la que se encuentra ADMG ya que expresan poco el sufrimiento ante el debido a que les provoca tristeza verlo en cama con dolor, evitando demostrarlo frente a él, por lo que platican en conjunto sobre su sentir fuera del hospital.

3.- FACTORES QUE LOCALIZAN A LOS INDIVIDUOS EN SU ENTORNO:

- a) **Patrón de vida:** Habitualmente ADMG acudía a la escuela primaria, actualmente se encuentra en casa, tras ser egresado del INR, luego de evaluar su egreso por máximo beneficio, con una dependencia total para las actividades básicas, instrumentadas y avanzadas de la vida diaria.
- b) **Factores ambientales:** Descripción de la vivienda previamente mencionada en el apartado de Antecedentes no patológicos.
 Su colonia no cuenta con seguridad pública, dentro de los medios de transporte, el más utilizado es combi o camión ya que no cuentan con automóvil propio, las calles se encuentran pavimentadas y con banquetas.
 Dentro de los factores nocivos para su salud el dato más relevante es la ubicación de su casa, se encuentra en los alrededores del tiradero del Bordo de Xochiaca.
- c) **Disponibilidad y adecuación de los recursos:** La familia de ADMG cuenta con el servicio de IMSS por parte del padre, sin embargo, acuden con el apoyo del seguro popular al INR. La colonia cuenta con mercados, farmacias, centros de

salud, centros escolares y religiosos. Con aportación económica básica para satisfacer sus necesidades de comida vestido, vivienda y servicios de salud.

4.- REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO:

- 1. MANTENIMIENTO DEL APOORTE SUFICIENTE DE AIRE:** Al interrogatorio del paciente, la madre de ADMG cocina sus alimentos en estufa de gas, ningún integrante de la familia es fumador.

No presenta datos de dificultad respiratoria, a la flexión cervical, refiere dificultad para respirar ya que se encuentra en semifowler, realiza ejercicios de respiración de forma lenta y disminuida, lo cual mejora la ventilación pulmonar.

Después de haber sido dado de alta, la madre refiere que la mayor parte del tiempo ADMG permanece en el sillón de la sala en decúbito supino debido a la incapacidad para caminar, bajo el confort de algunos cojines.

A la exploración física en casa, presenta palidez generalizada de tegumentos, mucosas orales semihidratadas, catéter venoso central retirado al egreso hospitalario.

- 2. MANTENIMIENTO DEL APOORTE SUFICIENTE DE AGUA:** Dentro del aporte suficiente de agua y alimentos, ADMG refiere consumir leche y agua ocasionalmente durante el día, aproximadamente 500ml diarios ya que refiere dificultad a la deglución con presencia de dolor al paso de alimentos y agua, dentro de los líquidos que consume habitualmente se encuentra el agua simple potable o de sabor, lácteos y jugos enlatados o elaborados por su mamá.

No consume refresco, el consumo de bebidas alcohólicas no aplican para el paciente y el tipo de valoración.

- 3. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTO:** En la higiene y lavado de manos, refiere que utiliza agua y jabón o gel alcohol para desinfectarse las manos antes y después de comer.

Realiza de 2 a 3 comidas aproximadamente fraccionadas durante el día dado que presenta intolerancia a los alimentos, refiriendo náuseas durante la masticación, la madre refiere que se le presentan alimentos de su agrado y de mayor tolerancia sin embargo no es tolerante a ningún tipo de comida de manera constante.

La madre refiere una duración de 30 minutos para la ingesta de los alimentos, realizado de manera dependiente, ya que su mamá le brinda los alimentos directamente a la boca.

Los alimentos de mayor desagrado son pescados y algunas verduras como el brócoli y la calabaza.

Refiere que no consume alimentos enlatados ya que elaboran los alimentos naturales debido al requerimiento calórico que presenta el niño.

ADMG refiere no sentirse satisfecho después de consumir sus alimentos, asociado a la intolerancia que presenta en la totalidad de los alimentos y menciona quedar con hambre, considerando que cuenta con un aporte regular de alimentos, se encuentra con un peso de 35 kg y un IMC de 17.1 lo cual indica un IMC por edad en el percentil 66 de niños de 9 años, por lo que tiene un peso saludable y dentro de los límites normales.

4. PROVISIÓN DE CUIDADOS RELACIONADOS A LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS ESCREMENTOS:

Los hábitos de eliminación que presenta el niño son vigilados y atendidos por su mamá diariamente, quien le proporciona el cómodo cuando lo requiere, presentando evacuaciones intestinales difíciles de excretar de tipo 1 (color café, olor fétido, espesas y formadas aproximadamente 300gr durante el día) de acuerdo a la escala de heces de Bristol (**VER ANEXO 4**), refiere dolor durante la colocación del cómodo, realizándolo 2 o 3 veces al día, debido a la patología que presenta, para la eliminación urinaria, se le proporciona un pato o envase adaptado, presentando ardor ocasional y dolor, mejorando al realizarlo de manera lenta, con características de color amarillo obscuro, olor a amoníaco aproximadamente 500 ml diarios y no presenta problemas para orinar. Sólo ha presentado infección de vías urinarias, una vez en el año con tratamiento no mencionado.

Para higiene y aseo personal, refiere no poder realizarlo de forma independiente, es auxiliado por su madre, quien refiere se coloca una tina de baño en el patio y se traslada a la misma, debido a la incapacidad que presenta, realizándolo cada tercer día, utilizan agua a temperatura ambiente, disolviendo un 1 kg de sal, ya que refiere se lo indicaron para mitigar un poco la sintomatología.

La madre refiere que no le realizan cambio de ropa por lo que se ha mantenido con la bata que fue proporcionada durante su estancia hospitalaria, sin hacer cambio continuo de la misma, al referir mayor confort con la misma e incapacidad para realizarlo sin causarle dolor.

ADMG refiere que realiza el cepillado de sus dientes una vez al día ayudado por su madre, con dificultad por presentar náuseas a la pasta dental, realizando el cepillado con la técnica habitual recomendada por los especialistas.

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO: Durante la valoración del equilibrio entre la actividad y reposo, se encuentra encamado con dependencia al 100% en las actividades de la vida diaria, el niño refiere dificultad para conciliar el sueño por las noches, por lo que se ministran medicamentos ocasionalmente para dormir, refiere que el sueño se ve alterado por el incremento de dolor que presenta en sus piernas y cuando logra conciliar el sueño, refiere que lo hace aproximadamente por 2 a 3 horas fraccionadas en el día y la noche y a pesar de ello despierta constantemente. En el día se encuentra molesto por la falta de sueño refiere la madre.

La valoración de la postura se encuentra limitada debido a las complicaciones asociadas a la patología de base, modificando los arcos de movilidad en las extremidades pélvicas, con incapacidad para caminar.

A la valoración de las extremidades superiores se encuentran arcos de movilidad completos bilateral, con presencia de dolor músculo-esquelético a la movilización EVA (5/10) punzante de origen neuropático. **(VER ANEXO 5)**

En la exploración física, se observa equimosis bilateral en extremidades torácicas, asociado a múltiples punciones por tratamiento de trombosis profiláctica, con disminución del tono muscular con hipotonía leve activo en escala de Campbell. **(VER ANEXO 11)**

En extremidades inferiores, presenta dolor severo en ambas piernas.

En la extremidad pélvico derecha, presenta aumento de volumen del muslo con un perímetro de 55 cm, incremento en la visibilidad de venas superficiales, hipertermia local y aumento de la sensibilidad al tacto. Dolor valorado con escala de EVA (8/10) nociceptivo somático superficial. **(VER ANEXO 5)**

A la valoración de los arcos de movilidad, presenta disminución completa por dolor referido durante la flexión de cadera, con un ángulo de 40°, incapacidad para realizar aducción, abducción con movilización pasiva, se coloca al niño sobre un cojín para confort y mantenimiento de la estabilidad. En la medición de arcos de movilidad de ambos pies, se encuentran incompletos con limitación y presencia de dolor a la movilidad para la dorsiflexión, dorso extensión, eversión e inversión del pie afectando y limitando las actividades de la vida diaria al 100%.

En la extremidad pélvica derecha se encuentra en extensión con disminución del arco de movilidad para la flexión de la pierna, a nivel distal de tibia y peroné, presenta una prominencia esférica que de acuerdo a la valoración médica, contiene 5 tumores de dos centímetros de diámetro cada uno aproximadamente, obteniéndose una medición del esférico de 12 cm de diámetro, manifestando dolor crónico con características punzantes y opresivo, de origen nociceptivo somático superficial, la madre refiere que se le colocan parches de Morfina alrededor del esférico (**VER ANEXO 6**), sin embargo la madre refiere no presentar mejora del dolor antes descrito.

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD/INTERACCIÓN SOCIAL: A la valoración, ADMG habita en casa en compañía de sus padres, 2 hermanas, su abuela y su tía dentro de la misma construcción.

Refiere no pasar menos de una hora solo, ya que se encuentra al cuidado constante de los miembros de su familia.

La madre refiere que ha dejado de realizar algunas actividades cotidianas debido a la limitación que presenta durante la movilización, la comunicación refiere no verse alterada.

A la valoración de la socialización, se encuentra limitada, el niño refiere desagrado al recibir visitas, por malestar generalizado por presentar dolor constante. Se observa que adquiere seguridad posterior a la conversación con el paciente.

ADMG refiere sentirse incomprendido por sus familiares ya que menciona no sentir comprensión por lo que necesita, en la forma de cómo satisfacer su dolor, por lo que es valorado mediante la escala de Hamilton para la ansiedad con un total de 29pts. (**VER ANEXO 7**)

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

Durante el interrogatorio, el niño se encuentra orientado en tiempo y espacio, comunicándose adecuadamente en forma verbal, en decúbito supino sobre un sillón largo, rodeado de almohadas que le ayudan para su confort y protegido por dos sillas para evitar que se pueda caer desde la altura del sillón.

Se encuentra en una vivienda propia de concreto de dos pisos, con 3 cuartos en la parte superior, y en la parte inferior se encuentra la estancia, baño y cocina, con todos los servicios de urbanización. El piso de la vivienda es de concreto, cuenta con una escalera independiente que cuenta con pasamanos.

Cuenta con accesibilidad para desplazamiento dentro de la misma estancia.

En casa se encuentra con el acceso a una silla de ruedas y tanque de oxígeno en caso de ser necesarios para su traslado.

A la exploración física, dentro de la valoración sensoperceptiva, no presenta alteraciones visuales ni auditivas, se observa en continuo estado de alerta ante cualquier cosa que le pueda afectar o causar dolor.

Su olfato le permite percibir olores que le pudieran indicar peligro para su salud.

El sentido del gusto le permite detectar alimentos ocasionalmente ya que debido a los medicamentos se ha visto alterado dicho sentido y esto le causa distorsión de los sabores, ya que presenta laceración en mucosa oral.

En las extremidades inferiores, presenta alteración en la percepción de texturas, temperatura, movimiento o estabilidad de un objeto, debido a la patología presenta aumento de calor en la zona y aumento de la sensibilidad con el mínimo roce.

La madre refiere que no ha presentado caídas previas, a la valoración con la escala de Crichton, obtiene un alto riesgo de caídas (**VER ANEXO 8**), y un elevado riesgo de presentar úlceras por presión, en la escala de Norton para la prevención y manejo de úlceras por presión al estar encamado. (**VER ANEXO 9**)

8. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, EL CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES HUMANAS Y EL DESEO DE SER NORMAL:

Al interrogatorio, ADMG refiere no sentirse aceptado como es, ya que quisiera no haber padecido el problema que presenta.

De religión católica por parte de los padres, a la entrevista no refiere que sus creencias limiten su tratamiento médico, sin embargo, la madre refiere que ha buscado apoyo espiritual, por lo que se mantiene en equilibrio y bienestar para proporcionarle los cuidados adecuados que su hijo requiere.

La madre refiere que el estado emocional de su hijo se ve afectado por el dolor intermitente que presenta, manteniéndolo ocasionalmente con enojo, llegando a la irritabilidad del mismo.

Dentro de la valoración de la resiliencia de su enfermedad, se ubica con duelo en la fase del enojo e ira, al referir sentirse enojado por no haberle practicado la cirugía que, en un principio, prometía ser parte de su alivio para el dolor.

Durante su estancia hospitalaria se le explica los motivos por los que se le brinda el alta, en conjunto con sus padres, por lo que comprende la razón por la que no se le realizó la cirugía de amputación de ambas extremidades pélvicas.

Para la actividad y entretenimiento, la madre refiere que se le dedica gran parte del tiempo a él, a través de la convivencia, programas de televisión, con servicio de programación por cable.

Ocasionalmente le proporcionan terapia lúdica, con una duración de 30-45 min aproximadamente, la madre refiere que no cuentan con el hábito de dicha terapia por lo que es difícil continuar con las actividades lúdicas sugeridas tales como (dominó, lotería, lotería en tablas de multiplicar, colorear y rompecabezas).

5. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

El paciente se ubica en edad escolar, con el padecimiento de Osteosarcoma, que le impide el desarrollo biológico normal, lo cual le produjo un cambio súbito en sus condiciones de vida.

6. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD.

El niño ADMG, conocía su estado de salud por la información brindada por parte del área médica del INR, debido a la patología crónica que presentaba y los tratamientos a los que había sido sometido.

Durante todo el tratamiento de quimioterapias, citas médicas y atención hospitalaria, contó con el apoyo de sus padres y hermanas, teniendo el conocimiento necesario sobre el padecimiento que presentaba el niño.

Se le dio seguimiento ininterrumpido en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) desde su internamiento hasta su egreso a domicilio, recibió el alta hospitalaria debido al padecimiento crónico que presentaba, consultas telefónicas por parte del servicio de Clínica del Dolor del Instituto. Previo a su alta en el Instituto se le realizó una transfusión sanguínea debido a la disminución de plaquetas, sin presentar eventualidades importantes. Tanto los familiares como el paciente presentaron siempre un interés en el aprendizaje para mejorar la situación clínica que presentaba él mismo al limitarle la movilización.

Durante la valoración, se observó que la familia de ADMG, no contaba con redes de apoyo cercanas a su domicilio, sin embargo, en el INR se les brindó la orientación sobre las redes de apoyo psicológicas con las que cuenta el instituto, así como el apoyo de las damas voluntarias durante su hospitalización, y en caso de ser necesario se le informó sobre la cita abierta a urgencias en el Instituto para cualquier eventualidad.

7.1.1 Valoración focalizada.

Se realizó una exploración física céfalo-podálica, se encuentra con un parámetro de medición cefálica normal para su edad. Talla y peso se obtienen del expediente clínico, con los datos de 35 kg y 130 cm respectivamente. Con una Tensión Arterial de 100/60 mmHg, Frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, presentando febrícula de 38° Centígrados, que mejora por medios físicos y uso de antipiréticos.

De edad concordante con la relación cronológica de edad escolar. Estado de conciencia alerta. En tiempo, espacio y persona ubicados perfectamente.

Ojos simétricos, pupilas normorreflécticas. Cuenta con su dentadura completa, y en desarrollo, aparentemente limpia ya que no se realiza un aseo bucal continuo. Se observa lengua limpia hidratada, laceraciones en mucosa oral. Su piel se encuentra con palidez generalizada, semihidratada, con equimosis en extremidades torácicas. Uñas normales, sin mantenimiento de las mismas.

Amplitud de tórax normal, sin presencia de dolor, ruidos respiratorios aumentados, patrón respiratorio diafragmático.

A la valoración en abdomen, se observa globoso con palidez generalizada, presenta cicatriz umbilical, ruidos intestinales presentes y disminuidos, con presencia de dolor en escala de EVA 8/10 de tipo visceral nociceptivo.

La valoración de la columna se encuentra limitada por la posición en la que se encuentra el paciente, cifosis y lordosis normales

Extremidades superiores con limitación a la movilidad por presencia de dolor somático con escala de EVA en 5/10 tolerable a la movilidad

Arco de movilidad del hombro derecho disminuida en la flexión con un ángulo de 40°, y a la extensión con dolor tolerable valorado con escala de EVA (5/10), con un ángulo de 50°, abducción de 170° y aducción de 40° sin presentar molestias al realizarlo.

Arco de movilidad del hombro izquierdo disminuida en la flexión, proporcional al hombro derecho, con un ángulo de 50°, y a la extensión con dolor punzante valorado con escala de EVA (6/10), con un ángulo de 50°, abducción de 170° y aducción de 40° sin presentar molestias al realizarlo.

Flexión del codo izquierdo disminuida en un ángulo de 145°, con una extensión de 20°, pronación y supinación de 90° respectivamente.

Flexión del codo derecho disminuida con dolor a la palpación 145°, con una extensión de 20°, pronación y supinación de 90° respectivamente.

Manos integra con dolor a la palpación. Con los ángulos medidos dentro de los parámetros normales de 90° en flexión, extensión de 60°, desviación radial de 20° y desviación cubital de 35°, con circunducción de 360° en ambas muñecas.

En las mediciones de cadera izquierda, se encuentra en flexión de 30° sin movilización activa ni pasiva, sin datos para valorar la extensión ya que presenta incapacidad para la movilidad, abducción y aducción no valorables. La extremidad inferior izquierda presenta aumento de volumen del muslo con un perímetro de 55 cm, con aumento de la visibilidad de venas superficiales, calor local, aumento de la sensibilidad al tacto. Dolor valorado con escala de EVA de (8/10) de nociceptivo somático superficial. Arcos de movilidad del pie incompletos con limitación para la dorsiflexión, dorso-extensión, eversión e inversión del pie izquierdo.

En cadera derecha con una flexión de 90° con dolor nociceptivo a la movilización valorado con escala de EVA de (8/10), extensión de 10°, abducción y aducción no valorables. Extremidad inferior derecha presenta disminución completa de los arcos de movilidad por el dolor referido, se encuentra en flexión de la misma con un ángulo de 90° en abducción, incapacidad para realizar aducción.

La extremidad derecha se encuentra colocada sobre un cojín para brindar confort y mantenimiento de la estabilidad. Arcos de movilidad del pie incompletos con limitación para la dorsiflexión, dorso extensión eversión e inversión del pie, presenta a nivel distal de tibia y peroné, una prominencia esférica que contiene 5 tumores de dos centímetros de diámetro cada uno aproximadamente, obteniéndose una medición del esférico de 12 cm de diámetro, manifestando un dolor crónico con características punzantes y opresivo, de origen nociceptivo somático superficial, se le colocan parches de Morfina alrededor del esférico que contiene los tumores, sin mejoría del dolor antes descrito. Se encuentra en extensión con disminución del arco de movilidad para la flexión de la pierna.

Segunda valoración de enfermería focalizada del déficit de autocuidado de Dorothea Orem

El día 13 de abril se realizó una segunda valoración focalizada en el domicilio del paciente ADMG, el cual modificó la estructura del estudio de caso, debido al fallecimiento del niño, por lo que se realizó la valoración al cuidador primario, que en este caso era la madre del niño, MDGT de 38 años de edad, de sexo femenino, con número de expediente: N-2931431-2014. (VER ANEXO 11)

1. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

Se intervino a la madre porque durante la valoración anterior, se identificó la presencia del síndrome de cuidador primario identificado a través de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (VER ANEXO 10), la cual presenta un estado de salud actual bueno, con un esquema de inmunizaciones completo.

Refiere que asiste ocasionalmente al médico, cuando lo requiere, atendiéndose en una unidad pública cercana a su domicilio.

2. FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR: Sin cambios.

3. FACTORES AMBIENTALES: Sin cambios.

4. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS: Sin cambios.

5. PATRÓN DE VIDA, ACTIVIDADES EN LAS QUE SE OCUPA REGULARMENTE:

La Sra. MDGT, al interrogatorio se muestra afligida por el fallecimiento de su hijo, sin embargo, accede continuar con la entrevista de valoración.

Refiere que actualmente no realiza ejercicio con regularidad, no acude a centros recreativos, sin embargo, si acude a la iglesia mensualmente, dada la relevancia del fallecimiento de su hijo y de su mamá en fechas cercanas, por lo que refiere le ofician misa cada mes a ambos.

Aún continúa participando en actividades dentro de su comunidad que requieren aportaciones vecinales, con los que mantiene una buena relación.

6. REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO:

1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE:

A la valoración refiere que no consume tabaco y dentro de su familia no hay fumadores activos. No presenta dificultad para respirar y no cuentan con animales dentro de su casa, niega alergias y no refiere antecedentes de hipertensión o problemas cardíacos.

2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA:

Durante la valoración, refiere el consumo de café por las mañanas y por la noche, no consume alcohol, solo en reuniones. Refiere que, durante la comida, se consume agua simple en la familia, o bien elaboran agua de frutas y de sabor.

Dentro de su consumo diario, acostumbra tomar aproximadamente 2 litros diarios, refiere que según la actividad que tenga, y ocasionalmente se expone al calor del medio ambiente, ya que por lo regular se encuentra en su casa.

3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTO:

Referente al consumo de alimentos, la Sra. MDGT, refiere que realiza 3 comidas al día, dentro de las cuales el desayuno es el principal alimento de su dieta, la cual incluye huevo, leche, pan, frijoles, cereales, verduras y frutas, en proporciones adecuadas para cada integrante de la familia.

Acostumbra comer en su casa con sus hijas, ya que refiere que su esposo llega tarde de su trabajo. Refiere que posterior al fallecimiento de su hijo, su estado de ánimo ha influido en su alimentación, expresa sentimiento de desánimo por la elaboración de alimentos, por lo que solicita ocasionalmente comida ya preparada por una vecina de su casa.

Es alérgica a los pepinos, no presenta problemas para la masticación y no realiza algún tipo de dieta especial. Actualmente refiere que ha subido de peso desde el deceso de su hijo.

4. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS, INCLUIDOS LOS EXCREMENTOS:

Dentro de los procesos de eliminación de desechos dentro de su casa acostumbran a separar la basura, y en la comunidad pasan los camiones de basura 3 veces por semana y refiere que ha dejado de barrer constantemente su casa y la calle de su casa, por la misma inactividad que ha tenido.

Eliminación:

Dentro de los procesos de eliminación intestinal, la Sra. DMG, realiza 3 evacuaciones al día, sin esfuerzo al evacuar, y no presenta alteraciones del tránsito intestinal, presentando evacuaciones normales.

Para el proceso de eliminación urinaria, refiere que puede orinar adecuadamente, no presenta alteraciones urinarias, y las características de su orina se encuentran dentro de los parámetros normales.

5. MANTENIMIENTO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO:

A la valoración sobre el descanso, refiere presentar siestas durante el día, cuando no se encuentran sus hijas, refiriendo sentirse más cansada cuando se levanta.

Refiere dormir de 3 a 4 horas por la noche, debido a que presenta sueños de noche que le obligan a levantarse con llanto, ya que refiere recuerdos de su hijo, y tiene dificultad para conciliar el sueño profundo e insomnios ocasionales.

La habitación cuenta con fotografías de su hijo fallecido, por lo que refiere le es difícil estar en el mismo lugar donde su hijo falleció, sin embargo, refiere que las fotografías en ocasiones le ayudan a conciliar el sueño por las noches.

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL:

Dentro de la convivencia en su casa, la mayor parte del tiempo la pasa sola, ya que sus hijas acuden a la escuela y su esposo a trabajar, sin embargo, refiere que en diciembre que ocurrió el fallecimiento de su hijo, sus hijas y su esposo se encontraban de vacaciones en sus actividades por lo que estuvieron a su lado el tiempo necesario para sobrellevar la situación que acontecía.

A pesar de considerarse una persona socialmente aceptada, refiere que actualmente solo acude a eventos familiares, dentro de los cuales menciona no estar el 100% del convivio, ya que prefiere regresar a su casa.

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

Refiere que se mantiene alerta de condiciones que ponen en peligro su vida y que, a pesar del fallecimiento de su hijo, ella continua con sus actividades cotidianas, en su domicilio cuenta con una cama para su descanso.

8. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES:

En lo que respecta a la situación emocional de la Sra. DMG, reconoce la fortaleza que le brinda su familia, y las limitaciones que tiene como persona, sin embargo, no tiene la facilidad para adaptarse a situaciones nuevas como la que está experimentando actualmente, refiere tener aceptación de sus vecinos y grupos sociales.

Los familiares participan de manera significativa en los quehaceres del hogar.

En palabras del esposo de la Sra. DMGT, refiere una frase significativa:

“Sabemos que es un proceso normal y que así es el ciclo de la vida, pero el dolor por la muerte de un hijo nunca será sanado, por más fuertes que queramos ser”

7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete.

Los análisis de estudios de laboratorio y gabinete no se consideraron dentro del Estudio de Caso realizado ya que el Expediente Clínico del paciente dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación se encontraba en Electrónico por lo cual no se contó con dicho acceso para recabar mayor información sobre los datos clínicos del paciente.

7.1.3 Jerarquización de problemas.

Problemas detectados en la valoración del día 17 de noviembre del 2014

- Padece Osteosarcoma en miembros pélvicos
- Dolor en ambas piernas exacerbado a la movilización EVA 9/10
- Dificultad respiratoria a la movilización.
- Uso de parches de Morfina alrededor del esférico que contiene los tumores.
- En cadera derecha con una flexión de 90° con dolor nociceptivo a la movilización valorado con escala de EVA de (8/10), extensión de 10°, abducción y aducción no valorables.
- Extremidad inferior derecha presenta disminución completa de los arcos de movilidad por el dolor referido, se encuentra en flexión de la misma con un ángulo de 90° en abducción, incapacidad para realizar aducción.
- La extremidad derecha se encuentra colocada sobre un cojín para brindar confort y mantenimiento de la estabilidad. Arcos de movilidad del pie incompletos con limitación para la dorsiflexión, dorso extensión eversión e inversión del pie, presenta a nivel distal de tibia y peroné, una prominencia esférica que contiene 5 tumores de dos centímetros de diámetro cada uno aproximadamente, obteniéndose una medición del esférico de 12 cm de diámetro, manifestando un dolor crónico con características punzantes y opresivo, de origen nociceptivo somático superficial.
- Extremidad inferior izquierda presenta aumento de volumen del muslo con un perímetro de 55cm, con aumento de la visibilidad de venas superficiales, calor local, aumento de la sensibilidad al tacto. Dolor valorado con escala de EVA de (8/10) de nociceptivo somático superficial.

- La columna se encuentra limitada por la posición en la que se encuentra el paciente, sin embargo, se encuentra dentro de las curvaturas normales.
- Dificultad para la evacuación, heces fecales duras y dolor a la colocación del cómodo.
- En las mediciones de cadera izquierda, se encuentra en flexión de 30° sin movilización activa ni pasiva, sin datos para valorar la extensión ya que presenta incapacidad para la movilidad, abducción y aducción no valorables.
- Arcos de movilidad del pie incompletos con limitación para la dorsiflexión, dorso extensión eversión e inversión del pie.
- Extremidades superiores con limitación a la movilidad por presencia de dolor somático con escala de EVA en 5/10 tolerable a la movilidad.
- Arco de movilidad del hombro derecho disminuida en la flexión con un ángulo de 40°, y a la extensión con dolor tolerable valorado con escala de EVA (5/10), con un ángulo de 50°, abducción de 170° y aducción de 40° sin presentar molestias al realizarlo.
- Arco de movilidad del hombro izquierdo disminuida en la flexión, proporcional al hombro derecho, con un ángulo de 50°, y a la extensión con dolor punzante valorado con escala de EVA (6/10), con un ángulo de 50°, abducción de 170° y aducción de 40° sin presentar molestias al realizarlo.
- Flexión del codo izquierdo disminuida en un ángulo de 145°, con una extensión de 20°, pronación y supinación de 90° respectivamente.
- Flexión del codo derecho disminuida con dolor a la palpación 145°, con una extensión de 20°, pronación y supinación de 90° respectivamente.
- Manos integras con dolor a la palpación. Con los ángulos medidos dentro de los parámetros normales de 90° en flexión, extensión de 60°, desviación radial de 20° y desviación cubital de 35°, con circunducción de 360° en ambas muñecas.
- Antecedentes de cáncer de Bazo
- Peso de 35 kilogramos y talla de 130 centímetros
- Febrícula de 38° Centígrados.
- Laceraciones en mucosa oral.
- Palidez generalizada, equimosis en extremidades torácicas.
- Colocación de catéter venoso central durante la hospitalización
- Higiene con irregularidad por dolor exacerbado en piernas.
- Insatisfecho por su padecimiento actual.
- Madre es cuidador primario, ama de casa y madre de dos hijas más.

- Inadecuada adaptación de su entorno físico en casa para brindarle confort.
- Alimentación deficiente por falta de apetito y dificultad a la deglución.
- Cambio de roles dentro de la familia para optimizar el cuidado del niño
- Alérgico a la Penicilina
- Dependencia total de padres
- Adecuada preparación de alimentos
- Fallecimiento de la abuela
- Etapa de vida Escolar.
- Padre aporta ingresos al 100%
- Sólo convive con sus hermanas.
- Habita cerca del Bordo de Xochiaca.
- Familia de costumbres tradicionalistas.
- Uñas normales, sin mantenimiento de las mismas.

Problemas detectados en la valoración del día 13 de abril del 2015

- Fallecimiento del niño ADMG el día 16 de diciembre del 2014.
- Fallecimiento de la abuela del niño ADMG el día 7 de enero del 2015.
- Madre se muestra afligida por el fallecimiento de su hijo
- Madre del niño con sobrecarga del cuidador primario en etapa de duelo.
- Aislamiento social.
- Expresa sentimiento de desánimo por la elaboración de alimentos
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Uso de fotografías de su hijo para conciliar el sueño.
- Siestas por la tarde.
- Durante el día no convive con su familia.
- No tiene la facilidad para adaptarse a situaciones nuevas

7.2 Diagnósticos de Enfermería

DIAGNÓSTICOS DE LA PRIMERA VALORACIÓN

1. Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social (expresión y percepción negativa de su imagen corporal) r/c deterioro de la movilidad por efectos incapacitantes del osteosarcoma m/p llanto fácil, miedo a la desaprobación y al abandono.
2. Riesgo de déficit en la prevención de peligros para la vida funcionamiento y el bienestar humano r/c permanecer periodos prolongados en cama e inactividad total, dificultad para la colocación y retiro del cómodo.
3. Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de agua con dificultad para la deglución r/c proceso oncológico m/p disminución de la ingesta de líquidos y gasto urinario por debajo de los parámetros normales.
4. Limitación del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (dolor en articulaciones de las extremidades superiores, movimientos de flexión en cabeza, cuello y tronco) r/c limitación en la movilidad por proceso degenerativo m/p falta de movilización en articulaciones no afectadas, dolor de tipo somático con EVA de 6/10.
5. Déficit de la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano por sintomatología de la patología actual r/c con aumento de la temperatura local de la piel, venas superficiales se hacen visibles y enrojecimiento de la zona afectada m/p fiebre moderada de (38°C) de acuerdo a la escala de semiología de la fiebre.
6. Déficit del mantenimiento de un aporte de alimento suficiente con disminución de peso de 10 kilos y de masa muscular desde su egreso hospitalario r/c intolerancia de alimentos elaborados en casa m/p náuseas durante la masticación y duración de la ingesta menor a los 30 minutos.

7. Alteración en la provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación por estreñimiento r/c disminución de la motilidad intestinal m/p distensión abdominal de 10 cm posterior a la ingesta de alimentos, dolor a la evacuación y heces duras en escala de Bristol Tipo 1.

8. Alteración en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo con presencia de síndrome del cuidador primario r/c síndrome del cuidador primario m/p alteraciones del sueño, cansancio, cambios de humor.

DIAGNÓSTICOS DE LA SEGUNDA VALORACIÓN

1. Déficit en la promoción del funcionamiento del desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimientos de las limitaciones y deseo de ser normal r/c pérdida por el fallecimiento de su hijo m/p llanto fácil, negación y evasión de la realidad.
2. Promoción del mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción (duelo en la familia debido a 2 fallecimientos en corto tiempo) r/c elaboración del duelo familiar m/p contacto con la familia y promoción del manejo del duelo.

7.3 Problemas interdependientes.

Al egreso hospitalario de ADMG, en el Instituto Nacional de Rehabilitación, se establece con la familia la orientación sobre los cuidados en el hogar a fin de mantener interconsultas periódicas con los especialistas de Oncología, así como el apoyo a través de interconsultas vía telefónica con el servicio de Algología para dar el seguimiento y tratamiento con Morfina.

Como apoyo complementario, la madre del niño es canalizada al servicio de Psiquiatría, posterior al deceso de su hijo por ser haber tenido el vínculo principal a través de sus cuidados como el cuidador primario del mismo. Por lo anterior se realizó un periodo de espera para poder regresar con la familia y retomar las actividades correspondientes a realizar durante la elaboración del duelo en la familia.

7.4 Planeación de los cuidados.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	1. Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social (expresión y percepción negativa de su imagen corporal) r/c deterioro de la movilidad por efectos incapacitantes del osteosarcoma m/p llanto fácil, miedo a la desaprobación y al abandono.	
OBJETIVOS	<p>7.4.1 Objetivo de la persona: “Quiero correr como antes con mis piernas”.</p> <p>7.4.2. Objetivo De enfermería: Iniciar la aceptación con el paciente del proceso degenerativo causado por el osteosarcoma brindándole otras alternativas de recreación y entretenimiento.</p>	
INDICADOR: Evaluación de la ansiedad.	ESCALA DE HAMILTON ⁵² (VER ANEXO 7) - Ausente 0 - Ligera 1 - Moderada 2 - Severa 3 - Incapacitante 4 TOTAL: 29 puntos	5 de noviembre 2014
AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE	SISTEMA	Parcialmente compensatorio
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar al paciente un ambiente de intimidad, así como la seguridad dentro de su habitación, de tal forma que se sienta cómodo y seguro. Durante el baño en cama, cerrar la habitación, evitar corrientes de aire, proporcionar música de su agrado para relajarse. - Orientación al paciente cuando verbaliza aspectos negativos sobre sí mismo, resaltando los aspectos positivos de él, brindándole apoyo emocional y psicológico. Guiarlo y orientarlo sobre el 	<p>Los proveedores de atención médica luchan permanentemente por proteger a sus pacientes y “no hacer daño,” sin embargo la complejidad de las enfermedades y la fragilidad del comportamiento humano muchas veces se traducen en errores o eventos adversos.⁵³</p> <p>El equipo interdisciplinar debe trabajar con los principios de la filosofía de la rehabilitación que son la independencia, la integración, el</p>	

⁵² Purriños M. J. ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). [Internet] 2012 [Citado Nov 2014 22]: 1-4. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>

⁵³ Soule B. Seguridad del paciente. Conocimientos básicos del control de infecciones. [Internet] 2013 [Citado 2014 Nov 22]: 1-16. Disponible en: http://theific.org/wp-content/uploads/2014/08/Spanish_ch1_PRESS.pdf

apoyo que recibe de sus familiares, con la atención por parte del área de psicología del INR.

- Invitación al paciente a promover el contacto con otros niños, que presentan un problema de salud similar al de él, lo cual le proporcionará disminución de ansiedad ante la situación actual.
- Realizar terapia de juego con el paciente (dominó, lotería, escuchar música preferida del paciente), con la participación de todos los integrantes de su familia.
- Llevar una libreta donde se le invita al niño a redactar sus sentimientos y sus pensamientos.

sentido de justicia, igualdad y equidad, y la inclusión de las personas.⁵⁴

Parte de la atención de la persona también está en el presente, lo hace comprender que no hay peligro real y por lo tanto la presencia de una catarsis no sería extraña, esto le permite saber y tener confianza.⁵⁵



⁵⁴ Gonçalves N, Echevarría M, Loureiro F, y cols. Factores biopsicosociales que interfieren en la rehabilitación de víctimas de quemaduras: revisión integradora de la literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2011 [Citado 2018 Mar 22]; 19 (3): 1-9. Disponible en: file:///C:/Users/Oscar/Downloads/4383-6572-1-PB.pdf.

⁵⁵ Íbidem.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	2. Riesgo de déficit en la prevención de peligros para la vida funcionamiento y el bienestar humano r/c permanecer periodos prolongados en cama e inactividad total, dificultad para la colocación y retiro del cómodo.	
OBJETIVOS	De la persona: "Quiero mover mi pierna sin que me duela" De la enfermera: Será capaz de moverse y manifestará disminución de la percepción dolorosa a corto plazo.	
INDICADOR	- ESCALA DE EVA para medir el dolor que expresa el paciente: Dolor intenso 9/10 (VER ANEXO 5) - ESCALA DE BARTHEL para medir el grado de dependencia en las actividades de la vida diaria del paciente: Total: 15 puntos (VER ANEXO 3)	13 de noviembre 2014
AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE	SISTEMA	Totalmente compensatorio.
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	
<p>Valorar el dolor por su tipo y localización sobre los huesos largos con enrojecimiento y edema, por su comienzo, intensidad y duración.</p> <p>Una vez realizada la valoración del dolor, para minimizar la molestia que le ocasiona la posición en la que se encuentra, se le indica a la mamá del niño como apoyarse de una almohada de semillas para realizar un efecto de confort y así poder disminuir el dolor referido. (Nota la mamá ya cuenta con almohada de semillas).</p>  <p>Ilustración 1 Almohada elaborada por la madre de ADMG</p>	<p>Las personas con limitaciones para moverse en ocasiones pueden experimentar sensaciones de baja autoestima y la pérdida de la sensación de sentirse útiles y necesarios para otras personas.</p> <p>Cualquier alteración en alguno de estos sistemas, o deficiencia estructural o fisiológica, puede traer como consecuencia la pérdida o deterioro de esa función motriz y por tanto la aparición de una dependencia será variable entorno a la severidad de la lesión y/o de sus consecuencias.⁵⁶</p> <p>El dolor en el paciente oncológico es un problema que involucra a muchos protagonistas: el paciente y su familia, médicos, enfermeros, autoridades sanitarias y autoridades de la enseñanza médica, dado que en alguna medida todos lo sufren si no es tratado correctamente.</p>	

⁵⁶ Cortés R, Castañeda G, Tercero G. Guía de diagnóstico y tratamiento para pacientes pediátricos con osteosarcoma. Medigraphic [Internet] 2010 [Citado 2017 Mar 22]; 2(2): 60-66. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi102c.pdf>

Hospitalización:

Realizar movilización activa en cama durante su estancia hospitalaria con el apoyo de su mamá. Traslados a los estudios solicitados en el hospital con apoyo del área de camellería.

Realizar baño de esponja, dentro de su habitación, brindándole un ambiente de seguridad y confort.

Con apoyo del área de camellería y de su mamá, durante la estancia hospitalaria, realizar movilización en bloque para el cambio de ropa de la cama, dejándolo en confort y valorando el dolor que presenta en todo momento.

Cuidados en casa:

Iniciar el analgésico que se le indica previo a su egreso hospitalario
1 tableta de morfina dos veces al día.

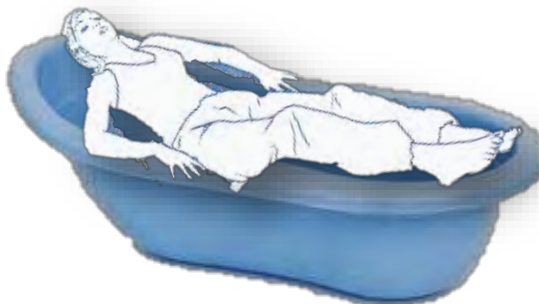
Realizar cambios de ropa cuidadosamente. En casa se realiza la misma técnica de baño que se proporcionó en el hospital, considerando las barreras arquitectónicas con las que cuenta su domicilio.

Dar orientación sobre los elementos importantes para realizar el baño de esponja, como. Temperatura del agua, aseo genital y bucal, así como el cambio de ropa indispensable para asegurar el aseo total del niño.

En su casa, cuenta con el apoyo de su papa para la movilización o los traslados dentro de la casa.

Colocar cojines o sábanas de confort para prevenir el incremento del dolor, y preguntarle si se encuentra en una posición cómoda y motivarlo a relajarse para disminuir el dolor.

El dolor no tratado es un determinante clave del deterioro de la calidad de vida ya que disminuye la actividad del enfermo, interfiere con el apetito, el sueño, el estado del ánimo y conlleva a la pérdida del autocontrol.⁵⁷



http://assets.archivhadas.es/system/images/attachments/37748/big_ba%C3%B1era%20plastico.jpg?1335395655



<http://anestesiario.org/2012/enfermeria-del-critico-manejo-del-paciente-intubado-%E2%80%93parte-1/>, Martínez Ó, Nin N, Esteban A. Evidencias de la posición en decúbito prono para el tratamiento del síndrome de distrés respiratorio agudo

⁵⁷ Araujo A.M., Gómez M., Pascual J., Castañeda M., Pezonaga L., Borque J.L.. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2004 [citado 2018 Mar 22]; 27(Suppl 3): 63-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000600007&lng=es.

Ya que se tiene al paciente en confort, se le proporciona lubricación de su piel con el uso de crema o aceite de almendras; realizando un masaje relajante y suave con las manos en dirección al sentido de las manecillas de reloj aproximadamente 5 minutos continuos, lo que proporciona alivio en la región de la extremidad que presenta dolor.

Brindar orientación al paciente y familiar sobre fisioterapia pulmonar, realizando ejercicios de respiración constantes en intervalos de 1 minuto, que le van a permitir disminuir la presencia de estrés emocional causado por el dolor y aumentar la ventilación pulmonar favoreciendo una mayor oxigenación en el niño.

Mantener el alineamiento de segmentos corporales, y una adecuada posición de la extremidad a través del soporte de cojines.



POSICIÓN DE REPOSO



INSPIRACIÓN (2 segundos)



ESPIRACIÓN (4 segundos)

Vivir sin ansiedad. <https://vivirsinansiedad.org/superar-ansiedad/respiracion-abdominal>. Sitio en línea. Revisado el 18 de octubre del 2017, citado el 18 de octubre del 2017.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	3. Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de agua con dificultad para la deglución r/c proceso oncológico m/p disminución de la ingesta de líquidos y gasto urinario por debajo de los parámetros normales.		
OBJETIVOS	De la persona: Tomar el aporte de agua requerido para no enfermarme de los riñones. De enfermería: Lograr en el paciente una ingesta de líquidos adecuada para mantener un equilibrio hídrico.		
INDICADOR: Gasto Urinario	-Gasto urinario: (ml de orina) / (horas)/(peso en kg)= gasto urinario. ⁵⁸ Requerimiento normal de líquidos en pediátricos: 20 ml/kg/día	13 de noviembre del 2014	
AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE		SISTEMA	Apoyo educativo
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA		FUNDAMENTACIÓN	
<p>-Realizar una valoración al paciente enfocado a cubrir los requisitos básicos, en este caso el de mantenimiento de un aporte de agua suficiente.</p> <p>-Integrar a la familia, para favorecer el hábito de ingesta de líquidos.</p> <p>-Reducir el consumo de bebidas gaseosas dentro de la familia, para evitar que el paciente se desmotive.</p> <p>-Modificar la ingesta de líquidos del niño, de un consumo diario de 500ml diarios a un litro diario, colaborando con la ingesta gradual de líquidos requerida, adaptado en botellas pequeñas de agua de 250ml, de fácil acceso para el paciente de la siguiente manera:</p>		<p>La hidratación deficiente, causa menor rendimiento físico y mental así como favorece la presencia de fatiga.</p> <p>Cuando el paciente se aproxima a la muerte, la ingesta de comida y fluidos generalmente disminuye. La opinión tradicional de los hospicios es que cuando el interés por la comida y los fluidos se hace mínimo, un paciente terminal no debería ser forzado a recibirlos.⁵⁹</p> <p>Sin embargo, el personal de los hospicios generalmente opina que la deshidratación puede ser beneficiosa, mientras que la hidratación puede ser incluso perjudicial. Se afirma, así, que con la deshidratación el volumen urinario disminuye, existiendo menos necesidad de orinar o cateterizar la vía urinaria y menos episodios de "cama mojada".</p>	

⁵⁸ SA. Líquidos y electrolitos en pediatría. [Internet]. 2015 [citado 2015 May 21]: 2-7 Disponible en: <http://www.telmeds.org/wp-content/uploads/2013/08/L%C3%ADquidos-y-electrolitos-en-pediatr%C3%ADa3.pdf>

⁵⁹ Twycross Robert. Medicina Paliativa: Filosofía y consideraciones éticas. Acta bioeth. [Internet]. 2000 Jun [citado 2018 Mar 22]; 6(1): 27-46. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100003>.

<p>250 ml } 250 ml } 500 ml por la mañana</p> <p>250 ml } 250 ml } 500 ml por la tarde</p>	<p>La reducción de las secreciones pulmonares disminuiría la tos, las sensaciones de asfixia y ahogo y la necesidad de aspiraciones de la vía aérea. Asimismo, la disminución de las secreciones gastrointestinales resulta en menos episodios de vómitos en pacientes con obstrucción intestinal. El dolor también puede disminuir a causa de una reducción del edema que rodea las masas tumorales.⁶⁰</p>
--	--

⁶⁰ Idem página 79.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	4. Limitación del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (dolor en articulaciones de las extremidades superiores, movimientos de flexión en cabeza, cuello y tronco) r/c limitación en la movilidad por proceso degenerativo m/p falta de movilización en articulaciones no afectadas, dolor de tipo somático con EVA de 6/10.	
OBJETIVOS	De la persona: “Me duelen mis brazos y antes no me dolían cuando los movía, quiero tomar las cosas sin que me duelan” De la enfermera: Movilizará las articulaciones de las extremidades superiores progresivamente sin incrementar el dolor, a través del ejercicio y masaje terapéutico.	
INDICADOR	- ESCALA DE EVA para el rango de dolor: Dolor intenso (VER ANEXO 5) -Valoración de rango de movilidad articular: Flexión en hombros 40/180° y Flexión de codos de 45°/145° con dolor referido durante la valoración (VER ANEXO 2)	17 de noviembre del 2014
AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE		SISTEMA Parcialmente compensatorio.
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	
<p>Valorar la inmovilidad, debilidad, atrofia o fuerza muscular, amplitud de movimientos en las articulaciones de las extremidades superiores, con una previa toma de signos vitales, para corroborar el estado de salud óptimo del paciente al realizar cualquier ejercicio.</p> <p>Controlar el dolor que presente el paciente a través de analgesia indicada, previo a la movilización que se realice en el paciente.</p> <p>Incrementar gradualmente la movilización de las articulaciones no afectadas por el padecimiento de osteosarcoma, iniciando con calentamiento de las articulaciones en brazos a través de la almohada de semillas, por 5 minutos. Una vez iniciado el calentamiento, se inicia realizando una ligera flexión y extensión de ambos brazos con repeticiones de 10 series hasta tolerar la movilización y sin que produzca dolor.</p>	<p>Los movimientos pasivos deben administrarse con mucho cuidado.</p> <p>El propósito de los ejercicios pasivos es evitar contracturas y formación de contracciones musculares.</p> <p>Los ejercicios pasivos se usan con frecuencia en la forma más suave posible en la movilización temprana de articulaciones inmóviles por tiempo prolongado.</p> <p>El dolor disminuye la fuerza y energía del paciente. El cambio a alguna otra actividad les proporciona descanso.</p> <p>El masaje es uno de los tratamientos más antiguos, útiles y fáciles de administrar para aliviar el dolor.⁶¹</p>	

⁶¹ Shestack, R., Rivera B., Hernández A. Manual de fisioterapia. 4ª ed. Manual Moderno; 2000.

Por intervalos de 30 minutos, dar un masaje suave y en una sola dirección, para que abarque la superficie total de la piel, con aceite de almendras o bien con la crema corporal después del baño, en extremidades superiores, con la finalidad de proporcionar relajación muscular y evitar el agotamiento a la movilización de las extremidades.

Practicar ejercicios isotónicos en brazos con movimientos pasivos, tales como abducción del hombro con el codo, flexión y extensión del codo, rotación interna del hombro, a través de movimientos tolerados por el paciente, motivándolo a que desarrolle sus ejercicios tres veces al día en 15 repeticiones cada uno, a tolerancia. **(VER ILUSTRACIÓN 2)**

Se debe hidratar con líquidos claros al paciente, que gusten de su agrado tales como gelatina, té, agua simple, agua de frutas, electrolitos bebibles y Pediasure después de las movilizaciones antes mencionadas, que se realicen durante el día.

Contribuir a la integración del niño en las Actividades de la Vida Diaria, para el autocuidado. Al comer, se le orienta al niño sobre la posición que debe adoptar para evitar atragantamiento, colocándole almohadas detrás de su cabeza, y elaborando la comida de su agrado. Para cepillarse los dientes, se le brinda el cepillo de dientes de su agrado, de forma que él pueda utilizarlo y realice el cepillado de dientes de manera independiente.

La presión ejercida del masaje debe ser muy suave para asegurar la obtención del efecto relajante y debe repetirse cada movimiento en la misma dirección.⁶²

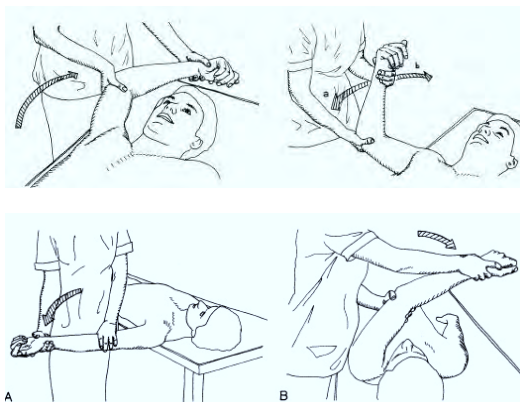


Ilustración 2. Ejercicios isotónicos

⁶² Ídem página 81.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	5. Déficit de la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano por sintomatología de la patología actual r/c con aumento de la temperatura local de la piel, venas superficiales se hacen visibles y enrojecimiento de la zona afectada m/p fiebre moderada de (38°C) de acuerdo a la escala de semiología de la fiebre.					
OBJETIVOS	De la persona: “Disminuir el frío y dolor que me da cuando me da la fiebre” De la enfermera: Determinar la cuantificación y el nivel de temperatura que presenta el paciente para llevar a cabo el manejo adecuado y oportuno de la fiebre que presenta el paciente durante el día.					
INDICADOR	<p>- ESCALA DE EVA: Dolor intenso (VER ANEXO 5) - SEMIOLOGÍA DE LA FIEBRE, para ubicar el nivel de temperatura que presenta el niño. <u>Por la magnitud:</u> Menos de 38°C - ----- febrícula De 38 a 39.5°C-- ----- fiebre moderada De 39.6 a 40.9°C-- ----- elevada o hiperpirexia Más de 41°C-- ----- hipertermia. <u>Por el tiempo de evolución:</u> Aguda ----- menos de dos semanas y generalmente se trata de un proceso infeccioso. Subaguda -- cuya duración es mayor de dos semanas y que denota una falla o resistencia al tratamiento. Crónica----- traduce un proceso de larga evolución.⁶³</p>	<p>3 de diciembre del 2014</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="185 1220 951 1314"> AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE </td> <td data-bbox="951 1220 1122 1314"> SISTEMA </td> <td data-bbox="1122 1220 1364 1314"> Totalmente compensatorio. </td> </tr> </table>	AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE	SISTEMA	Totalmente compensatorio.
AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE	SISTEMA			Totalmente compensatorio.		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN					
<p>- Realizar de forma horaria la valoración de signos vitales, principalmente para comprobar rangos de temperatura corporal, durante su estancia hospitalaria. - En casa solicitar a la madre tener un termómetro cerca, para medir oportunamente la temperatura de ADMG, así como el uso de un baumanómetro</p>	<p>Cuando ya se tiene el diagnóstico etiológico del proceso febril o bien si no se ha podido establecer, pero la fiebre causa mucha inconformidad al menor o éste presenta alguna complicación o factor de riesgo asociado, debe iniciarse el control de la fiebre ya sea por medios físicos o con antipiréticos.</p>					

⁶³ Cerón, M., Ruíz González, L., García Segur, F., Valle Cervantes, G., Elizondo Villarreal, J., Urbina Medina, H. Fiebre en pediatría. Medigraphic. [Internet] 2010 [Citado 2018 Mar 22]; 77(1): 53-58. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101b.pdf>

<p>digital para la toma y registro de los signos vitales del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar y registrar la presencia de signos y síntomas de hipertermia durante el día, como enrojecimiento de las extremidades, diaforesis y dolor punzante. - Se solicita a la mamá su participación para la continua valoración y registro de temperatura corporal del paciente, con previa orientación sobre el uso del termómetro digital y los rangos límite de la temperatura corporal (37.5°C) - Favorecer en el niño una ingesta nutricional y de líquidos adecuada durante el día. - Aplicar medios físicos en la zona de la frente, genitales y axilas como toallas húmedas, retirar la bata que usa el niño, para disminuir factores que contribuyan a elevar la temperatura corporal. Para la aplicación de medios físicos, se debe utilizar agua a temperatura ambiente o colocar una bolsa de hielo frío cubierta por una toalla en la región corporal antes mencionada, cuidando de no dañar la integridad cutánea de la piel del paciente. 	<p>El consumo de antipiréticos en la población pediátrica es muy amplio y con frecuencia no son recetados por el médico sino por automedicación, por lo que es importante hacer de esta práctica un uso racional.⁶⁴</p> <p>El tratamiento de la fiebre siempre debe iniciar con la aplicación de medios físicos por medio de los procedimientos comprobados por experiencia clínica para el descenso de la temperatura corporal como son: colocar al paciente en un ambiente fresco y ventilado, desnudar al paciente, inmersión en baño con agua templada o baños de esponja.⁶⁵</p> <p>En un paciente con cáncer, la fiebre puede ser un signo de una infección peligrosa o actividad tumoral. Una infección puede ser especialmente grave cuando su recuento de leucocitos es bajo o se espera que sea bajo. Esto es porque los leucocitos son las defensas normales del cuerpo contra la infección y cuando sus cantidades son bajas, la capacidad del cuerpo para combatir la infección se reduce.⁶⁶</p> <div data-bbox="873 1312 1295 1486" data-label="Image"> </div>
---	--

⁶⁴ Cerón, M., Ruíz González, L., García Segur, F., Valle Cervantes, G., Elizondo Villarreal, J., Urbina Medina, H. Fiebre en pediatría. Medigraphic. [Internet] 2010 [Citado 2018 Mar 22]; 77(1): 53-58. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101b.pdf>

⁶⁵ Ibidem

⁶⁶ Conexión cáncer. Fiebre/Infección. [Internet] 2013 [citado 2015 May 20] Disponible en: <http://conexioncancer.es/manejando-los-efectos-secundarios/tratamiento-y-prevencion-de-los-efectos-secundarios/fiebre-infeccion/>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	6. Déficit del mantenimiento de un aporte de alimento suficiente con disminución peso de 10 kilos y de masa muscular desde su egreso hospitalario r/c intolerancia de alimentos elaborados en casa m/p náuseas durante la masticación y duración de la ingesta menor a los 30 minutos.		
OBJETIVOS	De la persona: <i>“Espero no seguir bajando de peso, pero la comida me da asco y no la puedo pasar”</i> . De enfermería: Obtener un aporte de nutrientes adecuados al estado de salud del paciente.		
INDICADOR:	-Peso y altura del niño sano: 8 años 26kg 123cm 9 años 28kg 128cm 10 años 32kg 133cm ⁶⁷ Peso ideal para un niño de 9 años: 30kg El promedio de aumento de peso durante la edad escolar es 3.0 kg por año. Fórmula: peso= edad x 3 + 3 Peso = 30kg ⁶⁸		10 de diciembre del 2014
AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE		SISTEMA	Totalmente compensatorio.
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA		FUNDAMENTACIÓN	
Realizar valoración sobre la ingesta actual de alimentos que consume y peso actual vs peso ideal. Realizar medición del peso ideal del niño contra el peso real para la edad del niño, tomando en cuenta el peso de la pierna afectada por osteosarcoma (10kg)		La desnutrición en el paciente neoplásico produce una disminución de masa muscular que conlleva una pérdida de fuerza que tiene importantes consecuencias sobre el estado funcional del individuo, pues aumenta la dependencia de cuidados por terceros (familiares o cuidadores) y disminuye su calidad de vida. ⁶⁹	

⁶⁷ Con hijos.es. Peso y altura ideal en niños. [Internet] 2013 [citado 2014 Dic 10] Disponible en: <http://www.conhijos.es/familia/peso-y-altura-ideal-en-ninos/>.

⁶⁸ Blog. Medidas antropométricas del niño sano. [Internet] 2013 [citado 2014 Dic 10] Disponible en: <http://medidasantropometricas.blogspot.mx/>.

⁶⁹ García P., Parejo J., Pereira J. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. Nutrición Hospitalaria. [Internet] 2006 [Citado 2018 Mar 22]; 21 (3):10-16. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3728.pdf>

<p>Identificar el grupo de alimentos preferido por el niño, de ese modo realizar un plan alimenticio que contenga los nutrientes adecuados para el niño, de acuerdo al peso que presenta actualmente, modificando el número de comidas de 3 a 5 comidas al día en porciones pequeñas (en quintos) con horarios establecidos para su alimentación.</p> <p>DESAYUNO: -Leche (1/2 vaso) 34kcal -Quesadilla de queso c/jamón 900kcal Total: 934kcal</p> <p>COLACIÓN: -Melón (1 porción) 40kcal</p> <p>COMIDA: -Jamón con queso (2 porciones) 371kcal -Yogurt con fruta 100kcal Total: 471kca</p> <p>COLACIÓN: -Helado de limón 139 kcal</p> <p>CENA: -Cereal (1/2 tazón) 175kcal -Leche (1/2 vaso) 34kcal -Gelatina (1 vaso) 56kcal Total:265kcal</p>	<p>La mala nutrición energético-proteica en estos pacientes también afecta su inmunocompetencia, afectando principalmente la inmunidad celular y aumentando el riesgo de complicaciones infecciosas, que es una importante fuente de morbilidad en este grupo de pacientes.⁷⁰</p>
---	--

⁷⁰ Idem página 85.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	7. Alteración en la provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación por estreñimiento r/c disminución de la motilidad intestinal m/p distensión abdominal de 10 cm posterior a la ingesta de alimentos, dolor a la evacuación y heces duras en escala de Bristol Tipo 1.	
OBJETIVOS	De la persona: Que al usar el cómodo no me de dolor. De enfermería: Lograr la satisfacción de requisito asociado a los procesos de eliminación a través de actividades elementales para favorecer la actividad intestinal.	
INDICADOR: Heces	ESCALA DE HECES DE BRISTOL: Tipo 1 Pedazos duros separados, de difícil eliminación. (VER ANEXO 4)	3 de diciembre del 2014
AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE	SISTEMA	Parcialmente compensatorio.
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	
<p>-Realizar una valoración focalizada, sobre el uso del cómodo, número de evacuaciones que realiza al día, características y consistencia de las mismas.</p> <p>-Proporcionar un ambiente de intimidad al paciente cuando realice el uso del cómodo, logrando una adecuada satisfacción de la eliminación.</p> <p>-Orientar a los familiares sobre la enseñanza al paciente y al familiar del vaciamiento del intestino, a través de diferentes métodos:</p> <p>1.- Alimentación: Dieta alta en fibra y residuo, hiperproteica e hipocalórica con ingesta adecuada de líquidos 2000 ml en 24 horas. (previamente elaborado en el proceso de atención)</p>	<p>Las complicaciones gastrointestinales son habituales en los pacientes de cáncer:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estreñimiento. -Impacción fecal. -Obstrucción intestinal. -Diarrea. -Enteritis por radiación.⁷¹ <p>Un aspecto importante del tratamiento y la atención del cáncer es aliviar los efectos secundarios, lo que también se denomina control de los síntomas, cuidados paliativos o atención médica de apoyo. Son varios los factores que afectan la función intestinal normal de una persona, incluidos cuánta cantidad y qué tipo de alimentos ingiere, la salud del tubo digestivo y los medicamentos que toma la persona.⁷²</p>	

⁷¹ Instituto Nacional del Cáncer. Complicaciones gastrointestinales en el paciente con cáncer. [Internet] 2013 [Citado 2018 Mar 22] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/estreñimiento/complicaciones-gi-pdq>

⁷² Cancer.net. Estreñimiento. [Internet] 2016 [citado 2018 Mar 22] Disponible en: <http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/efectos-secundarios/estre%C3%B1imiento>

2.-**Medicamentos:** Empleados para el estreñimiento como los Senósidos y supositorios de glicerina.

3.-**La reeducación del intestino:** A través del masaje al marco cólico para mejorar el tránsito intestinal, mejor conocida como la técnica de masaje a marco cólico, la cual se realiza 20 minutos posterior a la ingesta de alimentos, se realiza el masaje con ambas manos utilizando principalmente las yemas de los dedos en sentido en sentido de las manecillas de reloj, con una duración aproximada de 10 minutos, de manera continua sin despegar las yemas de los dedos del abdomen realizar la presión en cada sección del intestino siguiendo el trayecto intestinal desde el colon ascendente, transverso y colon descendente, por lo menos de dos a tres veces al día. (**VER TÉCNICA DE MASAJE A MARCO COLICO**)



Ilustración 3. <http://www.wholebodyhealth-pt.com/wbhptblog/2014/11/3/massage-for-your-gut>

TÉCNICA DE MASAJE A MARCO CÓLICO

MATERIAL Y EQUIPO:

-Crema lubricante

ACTIVIDAD:

- Identifique al usuario con nombre completo y fecha de nacimiento
- Realizar higiene de manos
- Explique al usuario el procedimiento a realizar
- Coloque al usuario en posición supina
- Lubrique con crema la región abdominal
- Inicie el masaje colocando los dedos en el abdomen, realice movimientos rotatorios, en sentido del colon ascendente, transverso y descendente (**VER ILUSTRACIÓN 3**)
- Realice el masaje en sentido de las manecillas del reloj durante 10 minutos, 20 minutos después de los alimentos.
- Enseñe la técnica al familiar y usuario.
- Realizar higiene de manos posterior al contacto con el paciente.

TERMINA PROCEDIMIENTO⁷³

⁷³ Ídem página 87

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	8. Alteración en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo con presencia de síndrome del cuidador primario r/c síndrome del cuidador primario m/p alteraciones del sueño, cansancio, cambios de humor.		
OBJETIVOS	De la persona: Si quiero cuidar a mi hijo, pero también tengo que hacer actividades del hogar y no descuidar a mis hijas De enfermería: Lograr un equilibrio de actividades para la mamá, sin descuidar el cuidado del niño.		
INDICADOR:	- ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT (para medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores) (VER ANEXO 10) Total: 50 puntos		10 de diciembre
AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE		SISTEMA	Apoyo educativo
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA		FUNDAMENTACIÓN	
<p>-Se realiza una valoración de la carga del cuidador primario que es la madre de ADMG, de acuerdo a la escala de Sobrecarga de cuidador de Zarit.</p> <p>-Se evalúan las actividades que requiere realizar la mamá durante el día, y se valora los cuidados que requiere el niño.</p> <p>-Se propone que durante el día, el niño tenga acceso al televisor, ya que cuenta con señal de cable para poder distraerse.</p> <p>-Con ayuda de libros para colorear, se le proporcionan colores para proporcionar un mejor entretenimiento por las tardes.</p> <p>-Se propone que durante la tarde sus hermanas estén al cuidado del niño, sin descuidar sus actividades escolares.</p> <p>-Durante la comida se propone que la familia se reúna a comer alrededor del niño, para evitar que la comida sea tediosa para él.</p>		<p>Los pacientes con enfermedades terminales frecuentemente necesitan más atención que aquellos cuya enfermedad es curable.⁷⁴</p> <p>El duelo anticipado, llega un momento en el que la familia renuncia a la ilusión de curación; empieza a aceptar lo inevitable de la muerte y a prepararse emocionalmente, entonces comienza el proceso que llamamos duelo anticipado. Implica un reconocimiento intelectual y emocional de la realidad, lo que permite movilizar mecanismos psicológicos para ir adaptándose a la pérdida. Al tiempo que la persona se apega al enfermo y desea retenerlo, va retirando la energía psicológica puesta en él, se distancia emocionalmente.</p> <p>La transición del cuidado curativo al paliativo les llena de culpa y pena y es habitual que los familiares culpabilicen a los médicos por haber fallado y se culpabilicen a sí mismos o a los otros por haber perdido la batalla.</p>	

⁷⁴ Pérez M. El Proceso de duelo y la familia. Centro Iluntze. [Internet] 2014 [citado 2018 Mar 22]: 1-18. Disponible en: <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/procesol-de-duelo-y-familia-PEREZ.pdf>

<p>-Se le indica a la madre que, durante la preparación del duelo anticipado con respecto a su hijo, dialogue con él a solas sobre sus temores, platiquen sobre sus experiencias como familia y los deseos del niño para la familia.</p>	<p>El duelo anticipado no elimina ni disminuye la dimensión del dolor, pero favorece la asimilación de la muerte cuando ésta llega y permite planear acciones prácticas que alivian la sensación de pérdida de control, facilita reparar aspectos dolorosos de la relación, hacer las paces y despedirse.⁷⁵</p>
--	--

⁷⁵ Idem página 89.

DIAGNÓSTICOS DE LA SEGUNDA VALORACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	1. Déficit en la promoción del funcionamiento del desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimientos de las limitaciones y deseo de ser normal con presencia de duelo r/c proceso de duelo familiar m/p llanto fácil, negación y evasión de la realidad.	
OBJETIVOS	De la persona: “Siento que no puedo vivir con esto.” De enfermería: Coadyuvar en el proceso de duelo que vive la madre.	
INDICADOR:	-Valoración de las etapas de duelo. -Negación. -Enojo. -Negociación. -Depresión. -Aceptación.	17 de abril del 2015
AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE		SISTEMA Apoyo Educativo
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA		FUNDAMENTACIÓN
<p>-Realizar una segunda valoración para dar seguimiento al estudio de caso, el día 13 de abril del 2015.</p> <p>-Se realiza ajuste en el seguimiento del estudio de caso debido al fallecimiento del paciente el día 16 de diciembre del 2014.</p> <p>-Evaluación del ambiente familiar a través de una charla con los padres del niño el día 17 de abril del 2015.</p> <p>-Lectura del texto “La muerte de los hijos” del libro déjalos ir con amor, para que la familia comprenda como vivir el proceso de duelo ante la pérdida de un hijo. (VER ANEXO 16).⁷⁶</p>		<p>La muerte de un niño suele ser especialmente dramática.</p> <p>Tras la muerte de un hijo, la relación conyugal se torna particularmente vulnerable, habiéndose comprobado índices de divorcio del 80%. El que el fallecido sea un niño dificulta la aceptación. Para los padres supone un vacío y la privación de los sueños y expectativas sobre el niño, los sueños proyectados se cortan, muere parte de nosotros.</p> <p>Suele ser diferente la elaboración del duelo para padres que han podido acompañar al niño que para padres que no han podido o no han sabido acompañarlo. En estos últimos son muy frecuentes intensos sentimientos de culpa e impotencia por no haber atendido</p>

⁷⁶ O' Connor N. Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo. Ed. Trillas. 2ª México. 2010.(6):77-89

	suficientemente. Atender al niño en tiempo y calidad durante el espacio de enfermedad ayuda a una elaboración posterior más sana. ⁷⁷
--	---

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	2. Promoción del mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción (duelo en la familia debido a 2 fallecimientos en corto tiempo) r/c elaboración del duelo familiar m/p contacto con la familia y promoción del manejo del duelo.	
OBJETIVOS	De la familia: La pérdida del niño en la familia, es significativa al ser el más pequeño de los integrantes, pero se hace más difícil al perder a dos familiares en un corto periodo de tiempo, al término y al inicio de año. Pero las cosas pasan por algo. De enfermería: Coadyuvar a la familia en el proceso de duelo que experimentan los familiares de ADMG.	
INDICADOR:	-Valoración de las etapas de duelo. -Negación. -Enojo. -Negociación. -Depresión. -Aceptación.	21 de mayo del 2015
AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE		SISTEMA Apoyo Educativo
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	
-Se da espacio a la familia MG de experimentar el duelo vivido, por un lapso de 3 meses posterior a la noticia del fallecimiento de ambos integrantes. -La familia realiza las costumbres habituales del ritual funerario de la familia. -Se propone un momento de despedida para ambos familiares a través de la elaboración de una carta por cada uno de los integrantes de la familia, para expresar sus mejores deseos en los que puedan expresar todos los sentimientos contenido (enojo, felicidad, o tristeza), y con la finalidad de elaborar una catarsis	En un trabajo de duelo con la familia ha de crearse un contexto para ayudar a que la persona y su familia construyan una nueva identidad que deje espacio para afirmar la pérdida y para crear un relato de su historia compartida con el fallecido. El relato ha de entrelazar serenamente los recuerdos que aportan significado a su vida personal y familiar para integrarlos en el momento presente y que formen parte de la trama de vivencias futuras. ¹	

⁷⁷ Pérez M. El Proceso de duelo y la familia. Centro Iluntze. [Internet] 2014 [citado 2018 Mar 22]: 1-18. Disponible en: <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/procesol-de-duelo-y-familia-PEREZ.pdf>

<p>en el proceso de duelo.</p> <p>-Se les proporciona el tríptico de Duelo de la familia (VER ANEXOS: TRÍPTICO DEL DUELO DE LA FAMILIA), en el cual se establece como van experimentando este proceso en familia y las etapas de duelo.</p>	
--	--

7.5 Ejecución.

La ejecución de las intervenciones planeadas se llevó a cabo mediante visitas domiciliarias desde el día 5 de noviembre hasta el día 10 de diciembre del 2014., mismas que se planearon y organizaron con el cuidador primario. Se realizaron un total de 10 visitas domiciliarias, por lo que a continuación se describe el orden de aplicación de las intervenciones. (**VER ANEXOS: VISITA DOMICILIARIA**).

7.5.1. Registro de las intervenciones

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</p>	<p>1. Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social (expresión y percepción negativa de su imagen corporal) r/c deterioro de la movilidad por efectos incapacitantes del osteosarcoma m/p llanto fácil, miedo a la desaprobación y al abandono.</p>
<p>EJECUCION</p>	
<p>Desde el día 13 de noviembre se realizaron actividades tales como escuchar la música de su agrado durante su baño, o bien durante la hora de la comida. Con la finalidad de realizar una integración enfermera-paciente previa al seguimiento del niño en el estudio de caso.</p> <p>Durante la valoración, el día 17 de noviembre del 2014, se le explicó a la mamá el proceso en el que se encontraba el paciente y la evolución que puede tener a corto plazo.</p> <p>Se llevaron a cabo actividades como jugar lotería, durante las visitas domiciliarias desde el día 17 de noviembre del 2014 hasta el día 10 de diciembre del 2014, a fin de lograr una distracción con el niño, brindarle mayor seguridad y un autocontrol de emociones.</p> <p>Al realizar las visitas domiciliarias, desde el día 17 de noviembre del 2014 hasta el día 10 de diciembre del 2014, se notó un claro apego del niño a un programa de televisión, en el cual el identifica a su familia como ejemplo del mismo, por lo que se le orientó a no relacionar a su familia con un programa ajeno a su vida actual, y fomentar actividades involucrando a su familia.</p> <p>Se analiza junto con su mamá, la libreta de expresión de sentimientos para clarificar los pensamientos que surgen en el niño del día 26 de noviembre del 2014.</p>	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	2. Riesgo de déficit en la prevención de peligros para la vida funcionamiento y el bienestar humano r/c permanecer periodos prolongados en cama e inactividad total, dificultad para la colocación y retiro del cómodo.
EJECUCION	
<p>Se llevaron a cabo las actividades durante su estancia en el hospital previo a su egreso hospitalario el día 13 de noviembre del 2014, sin embargo, surgieron dificultades ya que durante la movilización aun con dosis de infusión analgésica, se incrementa el dolor por el estrés que le genera al paciente la dificultad para la movilización.</p> <p>Durante las visitas posteriores a su domicilio del día 19 de noviembre del 2014, se le proporcionó el tríptico de movilización a la mamá del niño, para una mayor orientación sobre las medidas a tomar en cuenta para la movilización. (VER ANEXOS TRÍPTICO MOVILIZACION Y TRANFERENCIA DEL PACIENTE)</p> <p>La madre refiere haber llevado a cabo el masaje relajante para proporcionar alivio en las extremidades de su hijo, sin embargo, la madre refiere que el niño no tolera por mucho tiempo el tacto en la piel.</p> <p>Para mejorar la oxigenación, una vez que se quedaba en confort, se le pedía al paciente que inspirara y expirara profundamente para relajarse, favoreciendo la ventilación y una mejor oxigenación, el niño refirió que en ocasiones el dolor se comenzaba a disminuir o bien no se controlaba y se le aplicaba una dosis de rescate analgésico.</p> <p>El día 19 de noviembre del 2014, los padres mencionan, vía telefónica, el médico de clínica del dolor incrementó la dosis de morfina, lo cual disminuyó el dolor quedando únicamente con la sensación referida por el paciente como "solo siento comezón".</p> <p>Se continuó con la sugerencia hacia la madre sobre mantener la alineación de los segmentos corporales.</p>	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	3. Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de agua con dificultad para la deglución r/c proceso oncológico m/p disminución de la ingesta de líquidos y gasto urinario por debajo de los parámetros normales.
EJECUCION	
<p>Se realizó la cuantificación del gasto urinario que presentaba el paciente por día desde el 13 de noviembre que se iniciaron los cuidados del niño, de acuerdo con el indicador del gasto urinario, en el cual se encontró que debido a la afección que presenta el paciente por el osteosarcoma, su ingesta de líquidos disminuye paulatinamente.</p> <p>El día 19 de noviembre del 2014 se identificó el problema y se realizó la adaptación de la ingesta de líquidos con botellas pequeñas de 250 ml de agua, logrando una ingesta de agua de 700ml de agua de forma fraccionada, debido a la intolerancia del niño para ingerir líquidos o alimentos.</p> <p>El día 19 de noviembre se le dio orientación a la familia sobre las características que debe presentar la orina con características normales.</p> <p>Se colaboró durante las visitas domiciliarias para favorecer el uso del orinal y valorar cuánto orinaba el niño en 1 hora y cuantificarlo por día.</p>	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	4. Limitación del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (dolor en articulaciones de las extremidades superiores, movimientos de flexión en cabeza, cuello y tronco) r/c limitación en la movilidad por proceso degenerativo m/p falta de movilización en articulaciones no afectadas, dolor de tipo somático con EVA de 6/10.
EJECUCION	
<p>Se llevó a cabo la movilización periódica del paciente en las visitas domiciliarias realizadas desde el día 17 de noviembre del 2014, hasta el día 10 de diciembre del 2014, de acuerdo con la orientación que se le dio a la mamá a través del tríptico de movilización. (VER ANEXO- TRÍPTICO MOVILIZACION Y TRANSFERENCIA DEL PACIENTE).</p> <p>Se realizó la movilización gradual de las articulaciones en extremidades torácicas, con previa ministración de analgesia indicada, así como el uso de un cojín térmico elaborado por la madre del niño, con semillas. El cojín se refuerza con tela y se calienta por tres minutos, colocándolo en las extremidades a movilizar, a fin de evitar lastimarlo al inicio de los ejercicios isotónicos, durante los días de visita domiciliaria (VER ANEXO 13 CALENDARIO DE VISITAS DOMICILIARIAS).</p> <p>Para la técnica de masaje en las extremidades, se le instruyó a la mamá sobre cómo realizar el masaje, de manera que no se le ocasionara dolor al niño. Tuvo un dolor posterior al masaje de 4/10 con escala de EVA (VER ANEXO 5), que lo refirió el niño como tolerable durante la ejecución del mismo.</p>	

Una vez realizados las movilizaciones antes mencionadas, durante el día se hidrataba al niño con líquidos claros como agua simple, tal como se comentó en el diagnóstico sobre la ingesta de líquidos diarios, sin embargo, durante la ejecución se presentó dificultad durante la deglución, debido a la posición de decúbito supino en la que se encuentra continuamente, con un semifowler de 30°.

Para las actividades de la vida diaria, se le orientó a la mamá cómo integrarlo en cada momento, ya sea para comer, cepillarse los dientes, etc. Fomentando el uso de las extremidades superiores de forma independiente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	5. Déficit de la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano por sintomatología de la patología actual r/c con aumento de la temperatura local de la piel, venas superficiales se hacen visibles y enrojecimiento de la zona afectada m/p fiebre moderada de (38°C) de acuerdo a la escala de semiología de la fiebre.
EJECUCION	
<p>Durante su hospitalización se ingresó al área de Subagudos del CENIAQ, para una valoración por infectología debido a las constantes fiebres que presenta el paciente, sin embargo, se descartó la presencia de algún proceso infeccioso o infección intrahospitalaria. Controlando los picos febriles con la ministración de antipiréticos con horario establecido y por medios físicos colocando un paño húmedo en la cabeza, a nivel axilar e inguinal.</p> <p>En casa se llevó el registro de picos febriles, denotando que incrementaba posterior al baño y en eventos de crisis relacionados al incremento del dolor y estrés del paciente.</p> <p>Se le explica a la familia la importancia de llevar el registro del proceso febril que presenta el paciente debido a su padecimiento oncológico y evitar una temperatura corporal superior a los 38°C.</p> <p>Se le instruyó a la madre sobre el uso de un baumanómetro digital, el cual le proporciona los datos necesarios para valorar los signos vitales de su hijo continuamente con previa orientación sobre los valores normales de los mismos en el paciente pediátrico.</p>	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	6. Déficit del mantenimiento de un aporte de alimento suficiente con disminución peso de 10 kilos y de masa muscular desde su egreso hospitalario r/c intolerancia de alimentos elaborados en casa m/p náuseas durante la masticación y duración de la ingesta menor a los 30 minutos.
EJECUCION	
<p>El día 17 de noviembre, durante la valoración, se encuentra al niño ADMG, con un peso actual de 31kg, con referencia de la madre de una pérdida de 10 kilos desde que ingresó al hospital, por lo que se identifica que previo a su ingreso, tenía un peso de 41kg, sin embargo, al realizar la resta del peso de la pierna afectada (10kg), se identifica un peso real de 21kg en el niño.</p> <p>Para el día 10 de diciembre se lleva a cabo la propuesta de una dieta, con base a un consumo de 1800kcal para el niño ADMG, por lo que se incrementa el consumo de nutrientes con productos de origen animal, disminuyendo el consumo de grandes alimentos como verduras, ya que refiere no sentir agrado por este grupo de alimentos, sin embargo se le recomienda a la mamá que de acuerdo a la propuesta, identifique que alimentos puede mezclar, de tal forma que se llegue a 1800kcal y sean alimentos de preferencia fríos o que se conserven a temperatura ambiente.</p> <p>DESAYUNO: -Leche (1/2 vaso) 34kcal -Quesadilla de queso c/jamón 900kcal Total: 934kcal</p> <p>COLACIÓN: -Melón (1 porción) 40kcal</p> <p>COMIDA: -Jamón con queso (2 porciones) 371kcal -Yogurt con fruta 100kcal Total: 471kcal</p> <p>COLACIÓN: -Helado de limón 139 kcal</p> <p>CENA: -Cereal (1/2 tazón) 175kcal -Leche (1/2 vaso) 34kcal -Gelatina (1 vaso) 56kcal Total:265kcal</p>	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	7. Alteración en la provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación por estreñimiento r/c disminución de la motilidad intestinal m/p distensión abdominal de 10 cm posterior a la ingesta de alimentos, dolor a la evacuación y heces duras en escala de Bristol Tipo 1.
EJECUCION	
<p>-El 3 de diciembre se lleva a cabo la orientación a la madre sobre la técnica de masaje a marco cólico, en sentido de las manecillas de reloj, de manera continua.</p> <p>-El 10 de diciembre se realizó la valoración al paciente sobre el proceso de eliminación, donde se observaron las características de la evacuación, refiere que ha disminuido el esfuerzo para evacuar, posterior a la técnica del masaje a marco cólico.</p> <div data-bbox="574 695 912 947" data-label="Image"> </div> <p style="text-align: center;">http://www.osteopatiamadrid.net/masaje-contra-el-estreñimiento/</p> <p>-Durante la visita domiciliaria, se observa la técnica de masaje a marco cólico realizada por la madre del niño, corrigiendo la duración del masaje para realizarlo de forma correcta.</p> <p>La madre refiere que le realiza el masaje a marco cólico antes de los alimentos y aunado al incremento de la ingesta de líquidos, por lo que se le recomienda que lo realice 20 min después de los alimentos.</p>	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	8. Alteración en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo con presencia de síndrome del cuidador primario r/c síndrome del cuidador primario m/p alteraciones del sueño, cansancio, cambios de humor.
EJECUCION	
<p>El día 17 de noviembre durante la valoración, la madre refiere que, a pesar de tener una variedad de programas en televisión por cable, la demanda del niño para estar a su lado incrementa cuando ambos se encuentran solos, sin embargo, le explica que requiere realizar otras actividades, por lo que el niño entiende, aunque presenta momentos de enojo y en ocasiones llega a expresarlo en “berrinche”.</p> <p>-La madre refiere que es inevitable llorar, ante la preparación del duelo de su hijo, sin embargo, refiere no realizarlo cuando su hijo está despierto o frente a ella.</p> <p>-El día 10 de diciembre se identifica que, de acuerdo con las actividades propuestas, las tareas han sido equitativas con los integrantes de la familia, por lo que la demanda del cuidado de la madre ha disminuido.</p>	

DIAGNÓSTICOS DE LA SEGUNDA VALORACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	1. Déficit en la promoción del funcionamiento del desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimientos de las limitaciones y deseo de ser normal r/c pérdida por el fallecimiento de su hijo m/p llanto fácil, negación y evasión de la realidad.
EJECUCION	
<p>-El día 21 de mayo, se llevó a cabo una entrevista con los padres del niño ADG, la cual sirvió como desahogo para los mismos, ellos refieren presentar dudas sobre el actuar de ellos ahora que su hijo no está.</p> <p>-No obstante, a la muerte de su hijo, los padres refieren que al mes en que falleció su hijo, se presentó el fallecimiento de la abuelita del niño, el día 7 de enero del 2015, por lo que se les sugirió a los padres acudir a la institución adecuada para recibir un apoyo tanatológico que coadyuvara al duelo familiar.</p> <p>-Por parte de enfermería se llevó a cabo una integración familiar, donde se les proporcionó un tríptico a la familia (VER ANEXO- TRIPTICOS- DUELO EN LA FAMILLIA). La familia refiere haber recibido una mejor orientación para clarificar ideas sobre el proceso del duelo por el que están pasando.</p> <p>-Una de las intervenciones que se realizó, no estaba contemplada dentro de lo establecido, pero se llevó a cabo en presencia de todos los integrantes de la familia, al realizar una oración con toda la familia presente en nombre de ambos seres fallecidos.</p> <p>-La familia refiere que por costumbre realizan la petición de misas mensualmente hasta que los fallecidos cumplan un año de su muerte.</p>	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	2. Promoción del mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción (duelo en la familia debido a 2 fallecimientos en corto tiempo) r/c elaboración del duelo familiar m/p contacto con la familia y promoción del manejo del duelo.
EJECUCION	
<p>Como ya se mencionó, por costumbre de la familia, se llevan a cabo misas mensuales en memoria de los dos integrantes fallecidos en la familia MG.</p> <p>Se establece un proceso que consta de tres fases para iniciar el proceso de despedida de los fallecidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fase preparatoria: Se expresa la pérdida de forma desestructurada. Al preparar la despedida de cada uno de los fallecidos. – Fase de reorganización: Se siguen conductas propias del luto, y se escribe una “carta continua” al difunto según un ritual prescrito. Se elige algún material que perteneció a los integrantes fallecidos (juguete, prenda preferida, anillos, etc.) y que tiene un significado especial para la familia. – Fase de finalización: Comprende una “ceremonia de despedida” a modo de funeral, que se realiza una vez al mes, se puede acompañar de un “rito de purificación” (bañarse o ducharse) y un “rito de reunión” (por ej. una comida con amigos y familiares). 	

7.6 Evaluación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	1. Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social (expresión y percepción negativa de su imagen corporal) r/c deterioro de la movilidad por efectos incapacitantes del osteosarcoma m/p llanto fácil, miedo a la desaprobación y al abandono.		
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Que el paciente inicie la aceptación del proceso degenerativo causado por el osteosarcoma brindándole otras alternativas de entretenimiento.		
7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona			
	5/11/14	13/11/14	17/11/14
INDICADOR: Ansiedad			
HERRAMIENTA DE MEDICIÓN:			
ESCALA DE HAMILTON	Incapacitante	Incapacitante	Severa
	4	4	3
- Ausente 0			
- Ligera 1			
- Moderada 2			
- Severa 3			
- Incapacitante 4			
TOTAL: 29 puntos			
<p>En el proceso de integración y conocimiento del estudio de caso del niño realizado el día 13 de noviembre del 2014, se llevó a cabo una interacción efectiva con el paciente, que contribuyó a la realización de la valoración del mismo, y la apertura para iniciar las visitas domiciliarias.</p> <p>La evaluación se llevó a cabo el 17 de noviembre del 2014, con las actividades realizadas el día 13 de noviembre del 2014, previas a la aplicación del instrumento de valoración.</p> <p>Una vez que se dio de alta, la familia le realizó una bienvenida en casa con la finalidad de brindarle un apoyo emocional y seguro para el paciente.</p> <p>Durante las visitas domiciliarias (VER ANEXO CALENDARIO DE ACTIVIDADES ESTUDIO DE CASO Y VISITAS DOMICILIARIAS), se invitó al paciente a realizar la actividad que prefería (juego de dominó, lotería y sopa de letras, escuchar música) con la finalidad de otorgarle la satisfacción de seguridad y entendimiento emocional, realizando la evaluación el día 26 de noviembre del 2014.</p> <p>Se aplicó de nuevo la escala de Hamilton el día 26 de noviembre del 2014 (VER ANEXO 7) donde se identificó una mejoría de ansiedad de incapacitante a moderada, de acuerdo al estado actual del paciente, ya más tranquilo en cuanto a la relación familiar.</p> <p>No se obtuvieron resultados en cuanto a la promoción del contacto con otros niños, sin embargo, familiares cercanos lo visitaron constantemente en su casa.</p> <p>El 26 de noviembre del 2014, se analizó la libreta del niño, en el cual el expresaba deseos de estar bien y recuperarse y seguir viviendo con su familia, donde se orientó a la mamá a platicar con el niño sobre la situación de su estado de salud actual.</p>			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	2. Riesgo de déficit en la prevención de peligros para la vida funcionamiento y el bienestar humano r/c permanecer periodos prolongados en cama e inactividad total, dificultad para la colocación y retiro del cómodo.		
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	La persona será capaz de moverse y manifestará disminución de la percepción dolorosa a corto plazo.		
7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona			
	13/11/14	17/11/14	19/11/14
INDICADOR: Dolor y dependencia de las actividades de la vida diaria. HERRAMIENTA DE MEDICIÓN: - ESCALA DE EVA. - ESCALA DE BARTHEL.	EVA: 8/10 BARTHEL: 15pts	EVA:8/10 BARTHEL: 15pts	EVA:6/10 BARTHEL: 15pts
<p>Se llevó a cabo la revaloración del paciente el día 26 de noviembre del 2015 en cuanto a la efectividad de la movilización, debido a la incapacidad del paciente para tolerar el dolor y no conciliar el dolor principalmente en el uso del cómodo, por lo que se dio la apertura para que mantuviera su espacio, y la adaptación a su nuevo medicamento, manteniéndose en una escala EVA de 8/10, minimizando a 6/10 con modificando la dosis analgésica. El masaje y los ejercicios respiratorios fueron implementados continuamente por parte de la madre ya que se encontró un mayor confort. La modificación del analgésico a morfina, disminuyó el dolor quedando únicamente con la sensación referida por el paciente como “solo siento comezón”. Las transferencias y movilizaciones apoyadas por el tríptico proporcionado (VER ANEXO- TRIPTICOS- MOVILIZACIÓN Y TRANSFERENCIA), ayudaron a realizarlas de manera adecuada y sin lesionar al niño y al cuidador primario, en casa se realizaron a través del papá del niño, valoración realizada en todas las visitas domiciliarias desde el día 26 de noviembre hasta el día 10 de diciembre del 2014.</p>			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	3. Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de agua con dificultad para la deglución r/c proceso oncológico m/p disminución de la ingesta de líquidos y gasto urinario por debajo de los parámetros normales.	
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Que el paciente, logre una ingesta de líquidos adecuada para mantener un equilibrio hídrico.	
7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona		
	13/11/14	19/11/14
INDICADOR: Gasto Urinario HERRAMIENTA DE MEDICIÓN: -Gasto urinario: (ml de orina)/ (horas)/(peso en kg)= gasto urinario. Requerimiento normal de líquidos en pediátricos: 20ml/kg/día	Gasto Urinario: 15ml/kg/día	Gasto Urinario: 15ml/kg/día
<p>El día 26 de noviembre, se revaloró el gasto urinario, y se logró incrementar el consumo de agua de 500ml a 700ml al día, con un gasto urinario de 15ml/kg/día de acuerdo a la fórmula utilizada y el gasto urinario normal en el niño, así como identificar las características de la orina normal y uso del orinal.</p> <p>Se identificó que la familia modificó hábitos dietéticos, al observar que han evitado consumir bebidas gaseosas de manera cotidiana.</p> <p>La madre refiere que dentro de la propuesta sobre la adaptación de botellas fue buena ya que su hijo incrementó el consumo de líquidos y prefería utilizar las botellas debido a que las tenía cerca de su alcance y al ser una botella pequeña era fácil de manipular para el niño.</p>		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	4.Limitación del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (dolor en articulaciones de las extremidades superiores, movimientos de flexión en cabeza, cuello y tronco) r/c limitación en la movilidad por proceso degenerativo m/p falta de movilización en articulaciones no afectadas, dolor de tipo somático con EVA de 6/10.
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	El paciente movilizará las articulaciones de las extremidades superiores progresivamente si incrementar el dolor, a través del ejercicio y masaje terapéutico.

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

	17/11/14	19/11/14
INDICADOR: Dolor HERRAMIENTA DE MEDICIÓN: - ESCALA DE EVA: Para el rango de dolor: Dolor intenso -GONIOMETRÍA: Valoración de rango de movilidad articular: Flexión en hombros 40/180° y Flexión de codos de 45°/145° con dolor referido durante la valoración.	EVA: 4/10 Flexión en hombros 40/180° y Flexión de codos de 45°/145°	EVA:4/10 Flexión en hombros 90/180° y Flexión de codos de 95°/145° Extensión de codos 10°

El día 3 de diciembre, se identificó si las actividades de la vida diaria se realizaron con asistencia e independencia gradual del niño, logrando una cooperación de todos los integrantes de la familia, para contribuir a sus cuidados.

A pesar de lo establecido, el niño continuaba con dolores durante la movilización, por lo que se interrumpe la secuencia de ejercicios isotónicos propuestos para la movilización de extremidades, se le indica a la madre que realice el ejercicio a tolerancia o ante la presencia de dolor, reiterando la hidratación continua entre cada ejercicio.

Con el uso del goniómetro, se realizó una medición de los rangos de movilidad en hombro y codo, con un resultado de flexión en hombro de 90°, y una flexión de codos de 95°, y a la extensión en 10°.

Se logró integrar satisfactoriamente al niño en algunas actividades de la vida diaria tales como comer por sí sólo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	5. Déficit de la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano por sintomatología de la patología actual r/c con aumento de la temperatura local de la piel, venas superficiales se hacen visibles y enrojecimiento de la zona afectada m/p fiebre moderada de (38°C) de acuerdo a la escala de semiología de la fiebre.	
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Determinar la cuantificación y el nivel de temperatura que presenta el paciente para llevar a cabo el manejo adecuado y oportuno de la fiebre que presenta el paciente durante el día.	
7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona		
	3/12/14	19/11/14
INDICADOR: Dolor intenso		
HERRAMIENTA DE MEDICIÓN: - ESCALA DE EVA - SEMIOLOGÍA DE LA FIEBRE	Fiebre moderada De 38 a 39.5°C Crónica----traduce un proceso de larga evolución.	Fiebre moderada De 38 a 39.5°C Crónica---traduce un proceso de larga evolución.
Fiebre moderada----- De 38 a 39.5°C Crónica----- traduce un proceso de larga evolución.		
<p>Durante su hospitalización se ingresó al área de Subagudos del CENIAQ, para una valoración por infectología debido a las constantes fiebres que presenta el paciente, sin embargo, se descartó la presencia de algún proceso infeccioso o infección intrahospitalaria. Controlado con antipiréticos en horario establecido y medios físicos.</p> <p>En casa se valoró el registro de picos febriles, denotando que incrementaba posterior al baño y en eventos de crisis relacionado al aumento de dolor y estrés del paciente.</p> <p>Se le explica a la familia la importancia de estar valorando el proceso febril que presenta el paciente en su padecimiento oncológico.</p> <p>Se le instruyó a la madre sobre el uso de un baumanómetro digital, el cual le proporciono los datos necesarios para valorar a su hijo continuamente.</p> <p>Los picos febriles no cedieron durante todo el seguimiento, solo se mantuvieron controlados dentro del límite de los parámetros establecidos.</p>		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	6. Déficit del mantenimiento de un aporte de alimento suficiente con disminución peso de 10 kilos y de masa muscular desde su egreso hospitalario r/c intolerancia de alimentos elaborados en casa m/p náuseas durante la masticación y duración de la ingesta menor a los 30 minutos.	
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Obtener un aporte de nutrientes adecuados al estado de salud del paciente.	
7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona		
	17/11/14	19/11/14
INDICADOR: Fórmula: peso= edad x 3 + 3		
HERRAMIENTA DE MEDICIÓN: Peso y altura del niño sano	-Peso y altura del niño sano: Peso = 31kg	-Peso y altura del niño sano: Peso = 21kg⁷⁸
<p>El día 17 de noviembre, durante la valoración, se encuentra al niño ADMG, con un peso actual de 31kg, con referencia de la madre de una pérdida de 10 kilos desde que ingresó al hospital, por lo que se identifica que previo a su ingreso, tenía un peso de 41kg, sin embargo, al restar el peso de la pierna afectada (10kg), se identifica un peso real en el niño de 21kg.</p> <p>Para el día 10 de diciembre se lleva a cabo la propuesta de una dieta, con en base a un consumo de 1800kcal para el niño ADMG, por lo que se incrementa el consumo de nutrientes con productos de origen animal, disminuyendo el consumo de grandes alimentos como verduras, ya que refiere no sentir agrado por este grupo de alimentos, sin embargo se le recomienda a la mamá que de acuerdo a la propuesta, identifique que alimentos puede mezclar, de tal forma que se llegue a 1800kcal y sean alimentos de preferencia fríos o que se conserven a temperatura ambiente.</p> <p>Se le sugiere a la madre integrar a su dieta el uso de algún suplemento alimenticio para pacientes pediátricos, mismo que le va a proporcionar los nutrientes requeridos. La madre refiere que se le dieron 5 latitas de Pediasure® aceptándolas favorablemente.</p>		

⁷⁸ Blog. Medidas antropométricas del niño sano. [Internet] 2013 [citado 2014 Dic 10] Disponible en: <http://medidasantropometricas.blogspot.mx/>.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	7. Alteración en la provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación por estreñimiento r/c disminución de la motilidad intestinal m/p distensión abdominal de 10 cm posterior a la ingesta de alimentos, dolor a la evacuación y heces duras en escala de Bristol Tipo 1.	
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Obtener un aporte de nutrientes adecuados al estado de salud del paciente.	
7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona		
	17/11/14	19/11/14
INDICADOR: Aspecto, forma y textura de las heces		
HERRAMIENTA DE MEDICIÓN: Escala de Bristol	Bristol tipo 1	Bristol tipo 2
<p>-El 3 de diciembre se lleva a cabo la orientación a la madre sobre la técnica de masaje a marco cólico, en sentido de las manecillas de reloj, de manera continua.</p> <p>-El 10 de diciembre se realizó adecuadamente la valoración del paciente en el proceso de eliminación, donde se observaron las características de la evacuación, donde refiere que ha disminuido el esfuerzo para evacuar, posterior a la técnica del masaje a marco cólico.</p> <p>-Durante la visita domiciliaria, se observa la técnica de masaje a marco cólico realizada por la madre del niño, donde se corrigió la duración del masaje para realizarlo de forma correcta.</p> <p>La madre refiere que tuvo mejoría en el proceso de eliminación, pero disminuyó la realización del masaje a marco cólico debido a la molestia que le causaba al niño por los dolores que se presentaban asociados a la pierna.</p>		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	8. Alteración en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo con presencia de síndrome del cuidador primario r/c síndrome del cuidador primario m/p alteraciones del sueño, cansancio, cambios de humor.	
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Obtener un aporte de nutrientes adecuados al estado de salud del paciente.	
7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona		
	17/11/14	19/11/14
INDICADOR: HERRAMIENTA DE MEDICIÓN: Escala de sobre carga del cuidador primario de Zarit	Total: 50 puntos	Total: 50 puntos
<p>El día 17 de noviembre durante la valoración, la madre refiere que, a pesar de tener la señal de cable, la demanda del niño para estar a su lado incrementa cuando ambos se encuentran solos, sin embargo, le explica que requiere realizar otras actividades, por lo que el niño entiende, aunque presenta momentos de enojo y en ocasiones llega al berrinche.</p> <p>-Refiere que es inevitable presentar llanto por parte de ella, ante la preparación del duelo de su hijo, refiere no realizarlo cuando su hijo está despierto o frente a ella.</p> <p>-El día 10 de diciembre se identifica que, de acuerdo con las actividades propuestas, las tareas han sido equitativas con los integrantes de la familia, por lo que a demanda del cuidado de la madre ha disminuido.</p> <p>La demanda de atención que presenta el niño no disminuye ya que debido a la progresión de la enfermedad los cuidados incrementan y la familia lo comprende, por lo que no se vio un cambio en la disminución de sobre carga del cuidador. El padre refiere que le dan todo lo que pueden a su hijo porque no saben cuánto tiempo seguirá con ellos. Todos los integrantes de la familia le brindan su atención y apoyo al ADMG.</p>		

DIAGNÓSTICOS DE LA SEGUNDA VALORACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	1. Déficit en la promoción del funcionamiento del desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimientos de las limitaciones y deseo de ser normal r/c pérdida por el fallecimiento de su hijo m/p llanto fácil, negación y evasión de la realidad.	
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Coadyuvar en el proceso de duelo que vive la madre.	
7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona		
	17/04/15	21/05/15
INDICADOR: ETAPAS DE DUELO		
HERRAMIENTA DE MEDICIÓN: Valoración de las etapas de duelo.	<ul style="list-style-type: none"> -Negación. -Enojo. -Negociación. -Depresión. -Aceptación. 	<ul style="list-style-type: none"> Negación. -Enojo. -Negociación. -Depresión. -Aceptación.
<p>-El día 21 de mayo, se llevó a cabo una entrevista con los padres del niño ADG, la cual sirvió como desahogo para los mismos, sin embargo, ellos refieren presentar dudas sobre el actuar de ellos ahora que su hijo no está.</p> <p>-No obstante, la muerte de su hijo, los padres del niño ADMG refieren que al mes falleció la abuelita del niño, el día 7 de enero del 2015, por lo que se les sugirió a los padres un apoyo tanatológico que coadyuvara al duelo familiar.</p> <p>-Se llevó a cabo una integración familiar, se les proporcionó un tríptico para la familia (VER ANEXO- TRIPTICOS) En donde refirieron recibir una mejor orientación para clarificar ideas sobre la etapa de duelo.</p> <p>-La evaluación comprende el estado de salud de la madre quien fue su cuidador primario, actualmente está en terapias tanatológicas para llevar el proceso del duelo de su hijo y su madre, se realiza un plan de alta (VER ANEXO PLAN DE ALTA) para dar seguimiento y evitar mayores complicaciones en la salud de la madre.</p>		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	2.Promoción del mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción (duelo en la familia debido a 2 fallecimientos en corto tiempo) r/c elaboración del duelo familiar m/p contacto con la familia y promoción del manejo del duelo.	
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Coadyuvar a la familia en el proceso de duelo que experimentan los familiares de ADMG.	
7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona		
	07/01/15	21/05/15
INDICADOR: ETAPAS DE DUELO HERRAMIENTA DE MEDICIÓN: Valoración de las etapas de duelo.	-Negación. -Enojo. -Negociación. -Depresión. -Aceptación.	Negación. -Enojo. -Negociación. -Depresión. -Aceptación.
<p>-Una de las intervenciones que no estaban planeadas, fue realizar una oración con toda la familia en nombre de ambos seres fallecidos.</p> <p>-La familia realiza la petición de misas mensualmente hasta que los fallecidos cumplan un año de su muerte (VER ANEXO 13) en memoria de los dos integrantes de la familia MG.</p> <p>– Fase preparatoria: en la que se expresa la pérdida de forma desestructurada. Al preparar la despedida de cada uno de los fallecidos.</p> <p>– Fase de reorganización: en la que se siguen conductas propias del luto, y se escribe una “carta continua” al difunto según un ritual prescrito. Se elige algún material que perteneció a los integrantes fallecidos y que tiene un significado especial para la familia.</p> <p>– Fase de finalización: que comprende una “ceremonia de despedida” a modo de funeral, que se realiza una vez al mes, se puede acompañar de un “rito de purificación” (bañarse o ducharse) y un “rito de reunión” (por ej. una comida con amigos y familiares).</p>		

7.6.2 Evaluación del proceso.

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</p>	<p>2.Promoción del mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción (duelo en la familia debido a 2 fallecimientos en corto tiempo) r/c elaboración del duelo familiar m/p contacto con la familia y promoción del manejo del duelo.</p>
<p>OBJETIVO DE ENFERMERÍA</p>	<p>Coadyuvar a la familia en el proceso de duelo que experimentan los familiares de ADMG.</p>
<p>La evaluación final comprende el análisis de todos los diagnósticos establecidos, y saber cómo respondió la persona ante lo establecido, a pesar de todas las actividades propuestas no se esperaba una evolución favorable por parte del paciente, sin embargo se pudo notar que durante la implementación de cuidados, se favoreció no solo a la madre sino a la familia, ya que en diferentes ocasiones mencionaron que en el hospital si les brindaron orientación al momento del alta hospitalaria, pero los cuidados en casa son muy diferentes y es ahí donde realmente surgen las dudas acerca de cómo cuidar de su paciente.</p> <p>En este caso la evaluación de las respuestas de la persona, solo se enfoca a los padres del niño, quienes estuvieron muy agradecidos durante el seguimiento que se le dio a su hijo, ya que mencionan que previo al seguimiento desconocían totalmente que pudiera haber alguna persona que siguiera el tratamiento de su hijo aún después de estar en el hospital.</p> <p>Los familiares refieren que todo el apoyo brindado aun después del fallecimiento fue de gran utilidad llevar a cabo cada intervención establecida para el manejo del duelo, ya que como se mencionó, se llevaron a cabo los rituales establecidos por la familia, a fin de respetar sus costumbres y se agregó la despedida de cada uno por medio de una carta elaborada.</p> <p>La madre refiere que desconocía la lectura de la “La muerte de los hijos” y menciona que en el momento en el que se le sugirió, le tomo mucho esfuerzo llevar a cabo la aceptación de todo lo que estaba pasando a su alrededor, pero que se permitió leerla días posteriores al fallecimiento de su hijo y menciona que después de eso sintió como si alguien más estuviera acompañándola en su dolor. Lo cual para ella fue un gran alivio sentirse escuchada y comprendida ya que como menciona <i>“la muerte de un hijo es el dolor más fuerte que puede ser capaz de soportar el ser humano”</i></p>	

VIII. PLAN DE ALTA



**PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN**



Paciente: DMGT No. Afiliación: N-2931431-2014 Fecha de Ingreso: 3 de noviembre del 2014 Fecha de Egreso: 21 de mayo del 2015	Edad:38 años Diagnóstico: Síndrome del cuidador primario Fecha: 21 de mayo del 2015
---	---

CUIDADOS EN CASA

El plan de alta se propone en función de las actividades posibles a realizar en casa:

HIGIENE:

- Se sugiere realizar el baño diario a fin de realizar cambios de ropa continuos.
- Realizar lubricación corporal total.
- La higiene dental se debe realizar diario.

ACTIVIDAD Y REPOSO:

- Llevar a cabo las actividades cotidianas tales como (aseo en casa, acudir al mercado, actividades dentro de la familia).
- Llevar a cabo los ejercicios de mecánica corporal cuando sea necesario (cargar bolsas del mandado, mover objetos pesados).
- Mantener una higiene de columna adecuada durante el día.

ALIMENTACIÓN:

- Llevar una alimentación balanceada.
- Incluir en el plan de dieta los alimentos de preferencia, excluir el pepino de la dieta ya que no es del agrado para la paciente.
- Debe consumir menos grasas y evitar ayunos prolongados.
- Procurar realizar las comidas diarias en compañía de los integrantes de la familia.

ESPARCIMIENTO Y ACTIVIDAD SOCIAL:

- Se sugiere continuar con las actividades implementadas como manejo lúdico con (juegos de mesa) integrando a toda la familia.
- Realizar actividades avanzadas de la vida diaria tales como acudir a las actividades fuera de casa para una reintegración social.
- No permanecer horarios prolongados recordando imágenes asociadas a la pérdida de su hijo.

OXIGENOTERAPIA:

- Realizar ejercicios de relajación en grupo (yoga) donde se favorece la oxigenación y equilibrio espiritual.

OTRAS RECOMENDACIONES:

Se le indica a la paciente que en general su estado de salud es bueno, debe tomar en cuenta que por el tiempo dedicado al cuidado de su hijo, es importante acudir a una cita con el equipo de Tanatología, para llevar a cabo el proceso de duelo.

Se continúa con el manejo integral en la elaboración del duelo en familia sin tiempo establecido.

La conciliación del sueño será tratada a través de un especialista en caso de persistir con el insomnio.

IX. CONCLUSIONES

El estudio de caso dirigido a un paciente en edad escolar con osteosarcoma y el manejo de duelo anticipado con su familia, ha contribuido de manera significativa en el quehacer del Especialista de Enfermería en Rehabilitación (EER), al identificar y resaltar las áreas de competencia en las que se puede abordar a un paciente, no solo en actividades de apoyo compensatorio, sino en el abordaje psicológico del paciente.

La atención debe estar orientada a la readaptación integral del paciente con limitaciones físicas, mentales y sensoriales al dirigirlos hacia la autonomía, la independencia, la participación y la integración familiar y social. Debemos apoyarnos del núcleo familiar con el que se cuente, para lograr integrar una serie de actividades donde todos los miembros participen en el restablecimiento emocional del paciente, y del cuidador primario.

Durante el seguimiento se obtuvo una valoración generalizada del paciente, que nos permitió observar el panorama general del estado de salud del mismo, el entorno en el que se encontraba y las redes de apoyo con las que contaba la familia.

La elaboración del plan de cuidados, fue una parte compleja durante el seguimiento del estudio de caso, ya que dentro de las actividades del EER no se tiene mucha información documentada de cómo abordar e intervenir al paciente en fase terminal, lo cual permitió ampliar la perspectiva que dicha especialidad tiene dentro del campo tanatológico.

Un aspecto importante dentro de nuestra participación con la familia y el paciente, fue proporcionar la información necesaria para su tratamiento durante su estancia hospitalaria y al egreso de la misma, ya que en casa no contaban con las herramientas necesarias para dirigir el autocuidado que el niño requería.

El seguimiento brindado al paciente durante una serie de visitas domiciliarias permitió resolver las dudas de los familiares en cada intervención, sin embargo, en la práctica diaria del EER, realizar visitas domiciliarias generará un costo adicional a su atención al tener que trasladarse al lugar donde se encuentre el paciente en estudio.

Finalmente llevar a cabo una evaluación de las intervenciones implementadas, permitió identificar que los objetivos planteados fueron logrados o se mantuvieron igual durante la participación. Así mismo se logró el acompañamiento de la familia posterior al fallecimiento del paciente, brindando una nueva intervención dirigida al autocuidado de la madre quien fungió como cuidador primario del niño ADMG.

X. SUGERENCIAS

La elaboración de un estudio de caso nos brinda la oportunidad de llevar a cabo las intervenciones de actividades aprendidas durante el curso, dando así la oportunidad de dar un seguimiento continuo al paciente que elegimos, con base en lo anterior puedo decir hoy en día que las personas llegan a nuestra vida por una buena razón, y siempre existen momentos significativos que tenemos en nuestras experiencias al llevar a cabo nuestra práctica profesional.

Si bien el estudio de caso se estructura para darles seguimiento a los pacientes, a veces las circunstancias no permiten la apertura de hacer las actividades como se tienen planeadas, debido a que en ocasiones puede surgir algo diferente a lo previsto.

En lo personal, el estudio de caso fue una experiencia enriquecedora, ya que se puede observar el avance del paciente, ya sea para bien o para mal, teniendo en cuenta que, como profesionales de la salud, estamos ahí para guiar a la familia y al paciente en sus actividades.

Así mismo, tuve la oportunidad de colaborar con mis compañeros, compartiendo nuestras experiencias, que coadyuvaron para elaborar un plan de actividades proporcionando e intercambiando el material didáctico (trípticos) elaborados durante nuestra práctica clínica, y que fueron de utilidad en los cuidados proporcionados al paciente del estudio de caso.

Anterior al seguimiento del estudio de caso, no contaba con la preparación necesaria para brindarle a la familia, una orientación sobre la elaboración del duelo, sin embargo, en lo que me respecta, investigué un poco más sobre las actividades que podía realizar con la familia y encontré elementos fundamentales para proporcionarle las herramientas necesarias.

A veces podemos pensar que necesitamos estar 100% experimentados y tener grandes conocimientos, pero en ocasiones lo único que se requiere es paciencia y empatía para proporcionar las palabras necesarias a las personas, un gesto amable o un abrazo es lo único que nos piden, pero no debemos olvidar el humanismo de nuestra hermosa profesión.

Debemos recordar que la *“vida es una enfermedad hereditaria, de transmisión sexual e incurable, que termina irremediablemente con la muerte”*. Nuestros antepasados habían aprendido la lección de que muchas veces es imposible curar y hay que limitarse al consuelo y apoyo del enfermo; esa lección parece que se ha olvidado con la soberbia de nuestra civilización técnica.

Finalmente, cabe mencionar que es importante contar con un horario específico para poder realizar las visitas domiciliarias, sin que se empalmen con la práctica clínica, de esta forma se puede dar el seguimiento necesario a los pacientes sin verse apresurados por las actividades que se deben realizar para la práctica clínica y así tener un beneficio equitativo para el paciente durante la elaboración del plan de cuidados.

Una sugerencia para la tutoría, que a cada alumno se le facilite el tiempo necesario entre cada tutoría, para poder elaborar adecuadamente el estudio de caso, de esta se logrará tener una mayor claridad de las ideas para realizar el trabajo, sin embargo, se entiende que por el número de estudiantes el tiempo es limitado entre cada tutoría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Onostre GR. Diagnóstico temprano del cáncer en la infancia. Rev. Soc Bol Ped. [Internet]. 2014 [citado 2018 Feb 27] ; 53(3): 159-161. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752014000300008&lng=es.
2. Cortés R, Castañeda P, Tercero G. Guía de diagnóstico y tratamiento para pacientes pediátricos con osteosarcoma. Medigraphic Investigación materno infantil. [Internet]. 2010 [citado 2018 Feb 27]; 2 (2); 60-66. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi102c.pdf>
3. Uribe D, Carranza C, Ramos R. Aspectos biológicos y clínicos para comprender mejor al osteosarcoma. Medigraphic Investigación en discapacidad. [Internet]. 2014 [citado 2018 Feb 27]; 3 (1): 33-40. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invis/ir-2014/ir141e.pdf>
4. CENETEC. Diagnóstico Oportuno de Osteosarcoma en niños y adolescentes en primer y segundo nivel de atención médica. Guía de práctica clínica Secretaría de Salud [Internet]. 2013 [citado 2018 Feb 27]; 1-11. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_197_13_osteosarcomaninosyadolescentes/imss_197_13_osteosarcomaninosyadolescentesgr.pdf
5. CENETEC. Cuidados paliativos. Guía de práctica clínica Secretaria de Salud [Internet]. 2011 [citado 2018 Feb 27]; 1-104. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/445_GPC_Cuidados_paliativos/GER_Cuidados_Paliativosx1x.pdf
6. Palacio M, Molina F, Jimenez M. Cuidados al niño oncológico y su familia. Corporació Sanitària Parc Taulí [Internet]. 2014 [revisado 2014 nov 3; citado 2015 Abr 29]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo158/Capitulo158.htm>. ISSN: 1885-7124
7. Prieto S, Arias N, Villanueva E, Jiménez C. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. Rev Med Int Mex. [Internet]. 2015 [citado 2018 Feb 27]; 31; 660-668. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim156d.pdf>
8. Aparecida E, Munhoz M, Martínez E, Barbosa D. Cuidando del niño con cáncer: evaluación de la sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores. Rev Latino-Am Enfermagem. [Intenet]. 2011. [citado 2018 Feb 27]; 19 (3):1-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_10.pdf
9. Marínez I. Cuidados de enfermería del niño oncológico y su familia. Rev. Onc. Bar.[Internet]. 2014. [revisado 2014 nov 3; citado 2015 abr 29]; 1-19. Disponible en: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%207/oncol7.htm>

10. De la Maza V, Fernández M, Concha L. Impacto de un programa educativo a los padres de niños con cáncer en el aumento del conocimiento de la enfermedad de sus hijos y la disminución de la ansiedad. *Revista Chilena Pediatría*. [Internet]. 2015 [citado 2018 Feb 27]; 86 (5):351-356. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0370410615000418/1-s2.0-S0370410615000418-main.pdf?_tid=spdf-500aec85-4288-43cf-aae5-a01ee5250403&acdnat=1519756994_a2a057499a9364949da82d4063f563c
11. Guirotane I, Gómez R, Delgado M. Impacto psicológico del diagnóstico de cáncer en madres de niños oncológicos [tesis]. Santa Fe (Arg): Universidad Abierta Interamericana; 2012 [citado 2018 Feb 27]. 1-130. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112555.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermería [Internet] 2018. [Consultado 29 agosto 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
13. Cabal V, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. *Research Gate* [Internet]. 2014 [citado 2018 Feb 27]; 6 (6): 73-81. Disponible en: file:///C:/Users/Oscar/Downloads/enfermeria_disc.pdf
14. Balan C, Franco M. Teorías y Modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. 2ª Ed. México: Ciudad Universitaria; 2011. 35-41.
15. Luiris T, Otero M, Urbina O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. *Rev Cubana Educ Med Super*. 2002; 16(4), 12-17.
16. Ostiguín R, Velázquez S. Teoría general del déficit de autocuidado. México: Manual Moderno; 2001. 27-31.
17. Pereda M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enfermería Neurológica*. [Internet]. 2011 [citado 2018 Mar 22]; 10 (3): 163-167. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
18. Kozier B, Erb G, McKay P. Fundamentos de Enfermería. México: Interamericana Mc Graw Hill; 1994. Vol 2. 1200-1210.
19. Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. *Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén*. España. 2010.
20. Arribas A, López M, Amezcua A, Santamaría J, Blasco T, Gómez J. Diagnósticos estandarizados de enfermería. Clasificación de los factores etiológicos [Internet]. 2011 [citado 2018 Mar 22]. Disponible en: http://ome.fuden.es/media/docs/27.Factores_etiologicos_2011.pdf
21. Yacuzzi E. El estudio de caso como metodología de investigación. Teoría, mecanismos casuales, validación [Internet]. 2010 [citado 2017 Ago 29]:1-37. Disponible en:

http://files.casilic.webnode.es/200000018-b251ab34be/estudios%20de%20caso_teoría.pdf

22. Peláez B, Burgos R. La aproximación cualitativa en salud: Una alternativa de investigación clínica de las enfermedades reumáticas. *Reumatol Clin. México*: 2005; 3ª ed. (1).
23. Palma C, Sepúlveda F. Atención de enfermería en el niño con cáncer. [En línea]. 2005. [Citado 2018 Mar 22]; 2: 37-43. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2005/vol2num2/8.html>
24. Marínez I. Cuidados de enfermería del niño oncológico y su familia. [Internet]. 2011. [citado 2015 abr 29]. Disponible en: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%207/oncol7.htm>
25. ENEO. Principios éticos para la investigación en la ENEO. Universidad Nacional Autónoma de México. [Internet] 2013 [Citado 2015 Dic 12] :1-25. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/investigacion/documentos/ENEO-UNAMprincipiosEticosInvestigacion.pdf>
26. Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Consentimiento informado. Secretaría de Salud. [Internet] 2010 [Citado 2015 Ene 4]: 60. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html
27. Purriños M. J. ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). [En línea] 2012 [Citado Nov 2014 22]: 1-4. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>
28. Soule B. Seguridad del paciente. Conocimientos básicos del control de infecciones. [En línea] 2013 [Citado 2014 Nov 22]: 1-16. Disponible en: http://theifc.org/wp-content/uploads/2014/08/Spanish_ch1_PRESS.pdf
29. Gonçalves N, Echevarría M, Loureiro F, y cols. Factores biopsicosociales que interfieren en la rehabilitación de víctimas de quemaduras: revisión integradora de la literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet] 2011 [Citado 2018 Mar 22]; 19 (3): 1-9. Disponible en: <file:///C:/Users/Oscar/Downloads/4383-6572-1-PB.pdf>.
30. Cortés R, Castañeda G, Tercero G. Guía de diagnóstico y tratamiento para pacientes pediátricos con osteosarcoma. *Medigraphic* [Internet] 2010 [Citado 2017 Mar 22]; 2(2): 60-66. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi102c.pdf>
31. Araujo A.M., Gómez M., Pascual J., Castañeda M., Pezonaga L., Borque J.L.. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2004 [citado 2018 Mar 22] ; 27(Suppl 3): 63-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000600007&lng=es.

32. SA. Líquidos y electrolitos en pediatría. [Internet]. 2015 [citado 2015 May 21]: 2-7 Disponible en: <http://www.telmeds.org/wp-content/uploads/2013/08/L%C3%ADquidos-y-electrolitos-en-pediatr%C3%ADa3.pdf>
33. Twycross Robert. Medicina Paliativa: Filosofía y consideraciones éticas. Acta bioeth. [Internet]. 2000 Jun [citado 2018 Mar 22] ; 6(1): 27-46. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100003>.
34. Shestack, R., Rivera B., Hernández A. Manual de fisioterapia. 4ª ed. Manual Moderno; 2000.
35. Cerón, M., Ruíz González, L., García Segur, F., Valle Cervantes, G., Elizondo Villarreal, J., Urbina Medina, H. Fiebre en pediatría. Medigraphic. [Internet] 2010 [Citado 2018 Mar 22]; 77(1): 53-58. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101b.pdf>
36. Conexión cáncer. Fiebre/Infección. [Internet] 2013 [citado 2015 May 20] Disponible en: <http://conexioncancer.es/manejando-los-efectos-secundarios/tratamiento-y-prevencion-de-los-efectos-secundarios/fiebre-infeccion/>
37. Con hijos.es. Peso y altura ideal en niños. [Internet] 2013 [citado 2014 Dic 10] Disponible en: <http://www.conhijos.es/familia/peso-y-altura-ideal-en-ninos/>.
38. Blog. Medidas antropométricas del niño sano. [Internet] 2013 [citado 2014 Dic 10] Disponible en: <http://medidasantropometricas.blogspot.mx/>.
39. García P., Parejo J., Pereira J. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. Nutrición Hospitalaria. [Internet] 2006 [Citado 2018 Mar 22]; 21 (3):10-16. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3728.pdf>
40. Instituto Nacional del Cáncer. Complicaciones gastrointestinales en el paciente con cáncer. [Internet] 2013 [Citado 2018 Mar 22] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/estrenimiento/complicaciones-gi-pdq>
41. Cancer.net. Estreñimiento. [Internet] 2016 [citado 2018 Mar 22] Disponible en: <http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/efectos-secundarios/estre%C3%B1imiento>
42. Pérez M. El Proceso de duelo y la familia. Centro Iluntze. [Internet] 2014 [citado 2018 Mar 22]: 1-18. Disponible en: <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/procesol-de-duelo-y-familia-PEREZ.pdf>
43. O' Connor N. Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo. Ed. Trillas. 2ª México. 2010.(6):77-89

44. INDICE DE BARTHEL Escala de actividades básicas de la vida diaria [Internet][Citado el 2018 Mar 29] Disponible en: http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/039_INDICE_BARTHEL_Escala_actividades_basicas_vida_diaria.pdf
45. Traducción, adaptación cultural y validación de la "Bristol Stool Form Scale" [Internet][Citado el 2018 Mar 29] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a21v20n3.pdf
46. Pavlotsky V. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. [Internet] 2012 [Citado el 2018 Mar 29]:1-39. Disponible en: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>
47. M.J. Purriños ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [Internet] 2012 [Citado el 2018 Mar 29] Disponible en: <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>
48. Hernández, L.; Bermúdez, G.; Spence, S.; González, M.; Martínez, J.; Aguilar, J.; Gallegos, Julia. Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). Revista Latinoamericana de Psicología [Internet] 2010 [Citado el 2018 Mar 29]: 42(1): 13-24 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880002>
49. Barrientos J., Hernández A., Hernández M. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. [Internet]2013 [Citado el 2018 Mar 29]; 10(4):114-119. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n4/v10n4a2.pdf>
50. Blümel M Juan E, Tirado G Karina, Schiele M Claudia, Schönffeldt F Gabriela, Sarrá C Salvador. Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. Rev. méd. Chile [Internet] 2004 [Citado 2017 Sep 18]; 132(5): 595-600. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000500009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000500009>.
51. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Riesgo de úlceras por presión. Escala de Braden. [Internet] 2012 [Citado el 2018 Mar 29]:1-3 Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h15_1_escala_braden_preencion_.pdf
52. Álvarez Lourdes, González Ana María, Muñoz Pedro. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit: Cómo administrarlo e interpretarlo. Gac Sanit. [Internet]. 2008 [Citado 2017 Sep 18] ; 22(6): 618-619. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000600020&lng=es.

ANEXOS

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA EN REHABILITACION



CONSENTIMIENTO INFORMADO

México DF a 3 de noviembre 2015

Por medio de la presente yo Maura Dalila Guevara Torres ^{Doy} mi consentimiento para que la (el) Lic. Enf. Anna Victoria Gutiérrez, Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación de la Universidad Nacional Autónoma de México, realice seguimiento y participación activa en el cuidado integral de mi padecimiento como parte de sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser libre de retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

Autorizo:

yo autorizo dar seguimiento de mi hijo Alan David para sus actividades

Testigo:

Ami Eudín Fabiola Ocaña Díaz

Estudiante del Posgrado:

Anna Victoria Gutiérrez Sánchez

2. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA- DOROTHEA OREM



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN**

VALORACIÓN DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Número de registro: 11-293143-2014 Fecha: noviembre 2014

Servicio al que acude Penicilina - Agudos

1.- FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BÁSICO:

1.1. Factores descriptivos del individuo:

Nombre: ADMG Edad: 9 años

Sexo: Masculino

Etapas de desarrollo: Escolar. Fecha y Lugar de Nacimiento: 25-septiembre 2005

Edo. _____ Religión: Católica.

Civil: Soltero.

Teléfono: — Domicilio: Chimalhuacán Estado de México

Escolaridad: Primaria Ocupación: Estudiante

¿Se encuentra satisfecho con el rol asumido hasta el momento? No, ya que se encuentra en dependencia total de sus padres, incluidos las actividades básicas de la vida

¿Cómo se ha modificado el concepto de sí mismo a partir de la enfermedad? diaria

Se ha modificado de tal manera que anhela poder disfrutar de las actividades que comúnmente solía hacer.

1.2. Factores que relacionan a los individuos con su familia:

Orientación Sociocultural:

Costumbres, Creencias y Tradiciones adoptadas por la familia. Dentro de dos costumbres ADMG, presenta a su familia como su mayor importancia; una familia de costumbres tradicionalistas, católicas y con una unión familiar peculiar, ya que todos los integrantes colaboran con el cuidado de ADMG.

Factores del Sistema Familiar:

Composición Familiar

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	APORTE ECONOMICO
David	45a	Padre	Carrera técnica	Independiente	100%

(Secundaria)					
MAURA D.	38	Madre	ama de casa	ama de casa	—
Fanny.	15	HERMANA.	nivel medio superior	estudiante	20%
MARIANA.	19	HERMANA.	nivel superior	ESTUDIANTE.	—
S/D	S/D	TIA	PRIMARIA	ama de casa	—
S/D	S/D	abuelita.	PRIMARIA.	Jubilada	—

a) Estructura de rol:

¿Qué expectativas tiene sobre la respuesta de su familia ante su enfermedad? Considera que lo han apoyado mucho, ya que siempre lo cuidan; en especial su mamá

¿Quién asume el rol de Jefe de familia? su papá

¿Ha sido necesario sustituir el rol de Jefe de familia por otro miembro de la misma? NO

¿Por qué? N/A

¿Quién afronta los problemas familiares? ambos tanto el padre como su madre lo dialogan.

¿Quién se encarga de la disciplina de los hijos? la mamá y el papá.

b) Sistema de valores:

¿Cuáles son las normas para el cumplimiento de obligaciones escolares, laborales y del hogar existentes en la familia? Llegar a un acuerdo sobre las obligaciones que debe asumir cada integrante de la familia; así como las labores del hogar. en las que deben cooperar debido a que su mamá se encuentra en el hospital al cuidado de ADMG.

¿Cuáles son los valores que rigen en la familia? Respeto, apoyo, amor, unión; honestidad.

c) Patrón de comunicación:

¿Existen limitantes para la expresión libre de ideas, opiniones y sentimientos al interior de la familia? NO; a excepción del tema de ADMG.

¿Por qué? N/A; ya que no pueden expresar el sufrimiento frente a él.

¿Cómo se resuelven los conflictos en la familia? hablando en conjunto.

¿Cómo expresa la familia el amor, la alegría, la tristeza y el enojo? la tristeza que es principalmente la emoción más sobresaliente en la familia; la expresan estando en todo momento con ADMG.

3.-Factores que localizan a los individuos en su entorno

a) Estado de salud y Factores del sistema de cuidados de salud

Antecedentes heredo familiares: Al interrogatorio con el padre de ADMG, el refiere desconocer la causa del padecimiento de su hijo. ya que en su familia no hay antecedentes de hipertensión, cáncer, diabetes, etc. tanto en la familia paterna como en la materna; madre con antecedentes de HTA de padre y abuelo paterno con DMII. en tratamiento.

Antecedentes personales patológicos: Alergico a la Penicilina, antecedentes previos al año de inicio de un tumor en el bazo con quepimiento en el Hospital General de la Pasa Imss.

No cuenta con cuidados previos, solo refiere que durante la etapa preecelar. (caso), Refirió dolor en ambas piernas, con implemento de valla de Rueda.

Dx médico y modalidades de tratamiento:

b) Patrón de vida:

Actividades realizadas habitualmente: Habitualmente ADMG, acude a la escuela, hoy por hoy ADMG, se encuentra hospitalizado con dependencia en su totalidad para las actividades de la vida diaria.

d) Factores ambientales:

-Características del ambiente interno:

Tipo de construcción: con ladrillos; horizontal.

Propia sí Rentada — Prestada —

¿Cuántas habitaciones son ocupadas como dormitorios? 3 habitacional.

¿Tiene baño y cocina independientes? sí

Número de ventanas y focos por habitación uno de uno.

¿Cuáles son los servicios intradomiciliarios con los que cuenta la vivienda? agua, luz, gas.

Servicio de televisión por cable; internet y teléfono.

Barreras arquitectónicas:

Existencia de Escaleras y Número de escalones: sí para subir a los dormitorios; 4 escalones.

Tamaño de las puertas: dos metros. Tamaño de las habitaciones: amplio.

Presencia de desniveles: no. Accesibilidad para desplazamientos y traslados:

adecuada accesibilidad para trasladarse de la cocina a la sala.

Presencia de tapetes, pisos resbaladizos: no.

Accesibilidad para deambulación y transferencias: adecuada; el padre realiza las transferencias.

Altura de muebles de cocina: adecuado 1m 1/2.

Existencia de pasamanos y barandales dentro de la vivienda: sí en la escalera.

-Características del ambiente externo:

Su colonia cuenta con:

Seguridad pública no.

Medios de transporte sí; combis.

Calles pavimentadas sí

Banquetas sí.

¿Qué factores nocivos para la salud existen en su colonia? se ubica cerca del tiradero del Bordo de Xochiaca.

e) Disponibilidad y adecuación de los recursos:

¿A que servicio de salud es derechohabiente? al IMSS por parte de su papá, pero también cuenta con el cupo de Seguro Popular.

Su colonia cuenta con:

Mercados sí Farmacias sí

Centros de Salud sí Centros escolares sí

Centros religiosos sí

¿Cuenta la familia con los recursos económicos idóneos para satisfacer las necesidades de comida, vivienda, vestido, servicios de salud? sí, ya que el padre aporta el 700% del ingreso al trabajar de manera independiente.

II. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:

Habito de fumar no Edad de inicio n/a
 Número de cigarrillos al día n/a
 Tipo de frecuencia de enfermedades respiratorias n/a

¿Qué molestias y/o dificultades para respirar tiene? se presenta al momento de flexionar la cabeza
 ¿Qué factores lo desencadenan? flexión de cabeza-cuello
 ¿Qué factores lo disminuyen? posición
 ¿Qué hace para mantener y mejorar su respiración? decbito supino y realizar ejercicios de respiración de manera lenta y disminuida

2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:

TIPO DE LIQUIDO	CANTIDAD AL DIA
Agua simple o de sabor	250 ml
Lácteos	250 ml
Refresco	no
Jugos	250 ml
Bebidas alcohólicas	no
Thé o café	no

¿El agua que consume es potable y/o purificada? sí
 ¿Qué método de desinfección utiliza? se lava las manos con agua y jabón o gel alcohol
 ¿Qué limitaciones y/o dificultades existen para comunicar el deseo de ingerir agua?
dificultad ocasional para la deglución debido al dolor
 ¿Qué hace para resolverlo? tomar poco a poco el agua
 ¿Qué limitantes físicas existen para satisfacer los requerimientos necesarios de líquidos?
ninguna
 ¿Qué hace para resolverlo? n/a
 ¿Qué limitantes de acceso y disponibilidad existen para la provisión de agua? la madre o quien lo cuida al momento le brindan la disponibilidad de agua a su alcance
 ¿Qué hace para resolverlo? lo pide cuando lo requiere
 ¿Qué dificultades existen para abrir o cerrar la boca? ninguna
 Presenta problemas para:
 Mantener líquidos en la boca no Deglución ocasional
 ¿Qué aditamento especial utiliza para la ingesta de líquidos? ninguno
 ¿Su estado de ánimo influye la cantidad de líquidos que ingiere? ocasionalmente

3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento

¿Cuántas comidas realiza al día? 2 comidas al día fraccionada

Hora de ingesta:

Desayuno 9-10am. Comida 4-5pm. Cena 7pm.

Colaciones entre cada comida.

Duración de la ingesta de alimento 30 min.

¿Ingiere dieta específica por indicación médica? sí, por la tolerancia a los alimentos que debe llevar.

Consumo de alimentos:

Tipo	Cantidad	Frecuencia (día/semana)
Cereales	250gr.	por la mañana 7/7
Tubérculos	—	no
Lácteos	250 ml.	por la mañana y 7/7
Carne	100gr.	por la tarde 3/7.
Leguminosas	100gr.	por la tarde 5/7.
Verduras	300gr.	en la tarde 7/7.
Frutas	300gr.	en la mañana y tarde 7/7.
Productos chatarra	no	no.

¿Queda usted satisfecho (a) después de consumir sus alimentos? no.

¿Por qué? porque no tolera en su totalidad los alimentos y refiere quedar con hambre

¿Considera usted que tiene un buen aporte de alimentos? regular

¿Por qué? porque se encuentra bajo de peso

¿Qué alimentos son de su agrado y cuáles no? agradado todos a excepción del pescado, brocoli y calabaza.

¿Quién prepara los alimentos en su casa? su mamá o una vecina que vende comida

¿Qué limitación o dificultad existe para comunicar el deseo de la ingesta de alimento? ninguna solo la limitación de hacer por el dolor.

¿Existe alguna dificultad para preparar los alimentos (limitación física, accesibilidad o disponibilidad)?

sí; la edad e incapacidad para levantarse (encamado)

¿Qué hace para resolverlo? n/a.

¿Con quién come regularmente? en compañía de su mamá y hermano.

¿Dónde consume sus alimentos con mayor frecuencia? en el sillón o cama.

Ha presentado algún problema para:

Masticar sus alimentos no Deglutir sus alimentos sí.

Percibir los sabores de sus alimentos no.

4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

¿Cuántas veces evacua al día? 2 o 3 veces.

¿Qué molestias tiene para evacuar? dolor durante la colocación del cómodo

Características de las heces:

Color café Olor fetido Consistencia espesa Cantidad formadas 300grs p/día

¿Qué hace para resolverlo? adecuada alimentación.

¿Cuántas veces orina al día? 500ml p/día 2 o 3 veces al día.

¿Qué molestias tiene para orinar? ardor ocasional y dolor.

¿Qué hace para resolverlo? Orinar lentamente.

Características de la orina:

Color amarillo claro Olor a amoníaco Cantidad 500 ml / día

¿Qué aditamento utiliza para vaciar la vejiga? si plato o envase de plástico

¿Existe alguna dificultad para realizar la eliminación vesical e intestinal (limitación física, accesibilidad o disponibilidad)? no

¿Qué hace para resolverlo? n/a

¿Cuántas veces a la semana realiza el baño? 3 veces a la semana

¿Con que frecuencia realiza la lubricación de la piel? diario

¿Con que frecuencia realiza el cambio de ropa? no se cambia de ropa, sólo se queda con la bata que le brindó el hospital

¿Con que frecuencia realiza el lavado de manos? diario

¿Con que frecuencia realiza el corte de uñas? ocasional

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? 2 veces al día, ya que le da náuseas la pasta

¿Cómo realiza la técnica de cepillado? de arriba hacia abajo, de manera circular en los muelas y la lengua

Patrón de menstruación (duración del ciclo/duración de sangrado) n/a

¿Qué cambios en la menstruación se han presentado? n/a

¿Qué molestias durante el periodo de menstruación? n/a

¿Cuáles son las sensaciones y emociones experimentadas, asociados con la menstruación (limitación física, accesibilidad o disponibilidad)? n/a

¿Qué hace para resolverlo? n/a

¿Qué cuidados lleva a cabo durante este periodo? n/a

¿Qué cambios existen en la sudoración? n/a

¿En que circunstancias y condiciones específicas se presentan los cambios? n/a

5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

¿Qué limitación o dificultad tiene para realizar sus actividades? 100% se encuentra encamado; dependencia en la AVD.

¿Cuántos periodos de descanso le permiten sus actividades? cuando se encuentra alguno de sus familiares

¿De que manera interfiere su estado de ánimo para la realización de sus actividades? al 100% interfiere su estado de ánimo.

¿Qué indicaciones y/o dispositivos terapéuticos limitan su actividad? el dolor causado por su patología

¿Qué signos y síntomas limitan su actividad física? dolor en sus piernas y ser

paciente encamado.

¿Cuántas horas duerme regularmente? 2-3 horas durante el día y la noche.

¿Qué problemas presenta para conciliar el sueño? dificultad para conciliar el sueño.

¿Qué hace para resolverlo? tomar el medicamento ocasionalmente para dormir

¿Se siente descansado al despertar? no.

¿Qué elementos del ambiente interfieren en su periodo de sueño? dolor en las piernas

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA		Fecha de Valoración
INDICE DE BARTHEL		
NOMBRE: <u>ADMG</u> EDAD: <u>9 años</u>		
Instrucciones: Puntuar cada apartado con 15, 10, 5 ó 0 según corresponda a la capacidad del residente o su necesidad de ayuda No existen puntuaciones intermedias. A mayor independencia para las actividades básicas de la vida diaria.		
ALIMENTACIÓN		Fecha de Valoración
10	Independiente: Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc, por sí solo.	
5	Necesita ayuda: Por ejemplo para cortar, extender la mantequilla, etc.	
0	Dependiente: Necesita ser alimentado.	
BAÑO		13. nov. 2014
5	Independiente: Capaz de bañarse entero; usa ducha, la bañera o permanece de pie y aplica la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.	
0	Dependiente: Necesita alguna ayuda	
VESTIRSE Y DESVESTIRSE		13. nov. 2014.
10	Independiente: Capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca coloca el brassier si lo precisa.	
5	Necesita ayuda: Hace al menos la mitad en un tiempo razonable.	
0	Dependiente:	
ARREGLARSE		13. nov. 2014
5	Independiente: Realiza todas la tareas personales (lavarse las manos, peinarse, etc.) incluye afeitarse, lavarse los dientes y manejar enchufe si la máquina es eléctrica. No necesita ayuda	
0	Dependiente: Necesita alguna ayuda	
CONTROL DE HECES		13. nov. 2014
10	Continente: Ningún accidente: si se necesita enema o supositorio se arregla por sí solo.	
5	Accidente ocasional: Raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.	
0	Incontinente:	
CONTROL DE ORINA		13. nov. 2014
10	Continente: Ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (cateter). Si es necesario, es capaz de cambiar de bolsa.	
5	Accidente ocasional: Al menos una vez por día. Necesita ayuda con los instrumentos	
0	Incontinente:	
USO DEL RETRETE		13. nov. 2014
10	Independiente: Entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras para soportarse.	
5	Necesita ayuda: Necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.	
0	Dependiente: Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.	
TRASLADO ENTRE LA SILLA-CAMA		13. nov. 2014
15	Independiente: No necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.	
10	Mínima ayuda: Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.	
5	Gran ayuda: Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama	
0	Dependiente: Grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado	

DESPLAZARSE		13 NOV 2014
15	Independiente: Puede usar cualquier ayuda (profeta, bastones, etc.) excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o su equivalente en caso de ayuda o supervisión.	
10	Necesita ayuda: Supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos o otras ayudas para permitirle de pie. Deambula 50 m.	
5	Independiente en silla de ruedas: Propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas sola.	
0	Dependiente: Requiere ayuda mayor.	
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		13 NOV 2014
15	Independiente: Capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión usando algún báculo o instrumento de apoyo.	
10	Necesita ayuda: Supervisión física o verbal.	
0	Dependiente: Necesita alboramento (elevator) o no puede salvar escalones.	
TOTAL (15 puntos)		19 NOV 2014
ESCALA DE LANTON DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA		
NOMBRE: <u>ADRIEL</u> EDAD: <u>9 años</u>		
Instrucciones: Puntaje cada actividad con 1 o 0 según la capacidad de la persona. A mayor puntuación, mayor independencia para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria. La puntuación total oscila de 0 a 8 para mujeres y de 0 a 6 para hombres.		
CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL TELEFONO (Puntos hombre y mujeres)		Fecha de Valoración
1	Utiliza el teléfono por iniciativa propia.	
1	Capaz de marcar bien algunos números telefónicos.	
2	Capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.	13 NOV 2014
0	No utiliza el teléfono en absoluto.	
COMPRAS (Puntos hombres y mujeres)		Fecha de Valoración
1	Realiza independientemente todas las compras necesarias.	
0	Realiza independientemente pequeñas compras.	
0	Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	13 NOV 2014
0	Totalmente incapaz de comprar.	
PREPARACION DE LA COMIDA (Puntos mujeres)		Fecha de Valoración
1	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.	
0	Prepara adecuadamente comidas si se le proporcionan los ingredientes.	
0	Prepara, cubre y sirve comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	13 NOV 2014
0	Necesita que le preparen y sirvan la comida.	
CUIDADOS DE LA CASA (Puntos mujeres)		Fecha de Valoración
1	Mantiene la casa sola o con ayuda ocasional (ejemplo: ayuda doméstica para el trabajo pesado).	
1	Realiza tareas ligeras, tales como lavar platos o limpiar la casa.	
1	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un aceptable nivel de limpieza.	13 NOV 2014
1	Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	
0	No participa en ninguna labor de la casa.	
LAVADO DE LA ROPA (Puntos mujeres)		Fecha de Valoración
1	Lava por sí solo toda la ropa.	
1	Lava por sí solo pequeñas prendas.	
0	Todo el lavado de la ropa debe ser realizado.	13 NOV 2014
MEDIOS DE TRANSPORTE (Puntos hombre y mujeres)		Fecha de Valoración
1	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.	
1	Es capaz de abordar un taxi, pero no utiliza otro tipo de transporte público.	
0	Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona.	13 NOV 2014
0	Utiliza únicamente el taxi o el autobús con ayuda de otros.	
0	No viaja en absoluto.	

RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACION (Puntaje hombres y mujeres)		Fecha de Valoración
1 0 0	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta. Toma su medicación si la dosis no le ha sido preparada previamente. No es capaz de administrarse su medicación.	13 Nov 2014
CAPACIDAD PARA MANEJAR ASUNTOS ECONÓMICOS (Puntaje hombres y mujeres)		Fecha de Valoración
1 1 0	Capaz de encargarse de asuntos económicos por sí solo (presupuestos, estados chequeo, pagar la renta, ir al banco). Realiza compras de cada día, pero necesita ayuda en el banco, grandes compras, etc. Incapaz de manejar dinero.	13 Nov 2014
TOTAL 3 pts		13 Nov 2014

E- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

¿Qué aspectos de su carácter considera que interfieren en las relaciones humanas que establece?

se presenta malestar debido a la incapacidad para manejar
y el dolor que ocasiona.

¿Qué alteraciones o dificultades dificultan la comunicación? ninguna

¿Qué hace para resolverlas? n/a

Existe aislamiento de otras personas por:

Deseo personal: si Impuesto: n/a

¿Exista demanda por una de interacción con otras personas? si

¿Por qué? porque considera que no quien estar con él o que no se preocupan

¿Exista temor de estar con otros? (no) si

¿Por qué? porque teme que no vean lo que necesita

¿Qué personas disponibles existen que puedan ayudarlo si lo necesita? solo hermano

¿A qué situaciones se enfrenta que le ocasionen angustia, depresión, irritabilidad o apatía?

al dolor, que le causa irritabilidad y depresión

¿Cómo le afectan? de manera total

¿Pertenece a algún grupo social? no

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

¿Qué tipo de alteraciones visuales le impiden detectar un peligro en el hogar, vía pública o trabajo?

n/a ya embargo no presenta alteraciones visuales

¿Qué alteraciones en la audición existen que le impidan detectar algún peligro? ninguno

¿Su olfato le permite percibir olores que pudieran indicar peligro para su salud? si

¿Su sentido del gusto le permite detectar alimentos en mal estado? si, ocasionalmente

debido a que el efecto de los medicamentos puede distorsionarlo

¿Qué alteraciones en el tacto existen que le impidan detectar forma, textura, temperatura y movimiento o estabilidad de un objeto?

en sus extremidades inferiores debido a la falta de circulación y dolor
¿Qué hace para resolver las alteraciones en sus órganos de los sentidos?
n/a

¿Con qué frecuencia sufre caídas? no ha presentado caídas; pero tiene un riesgo
Alto de acuerdo a la escala de Grichton.

¿Qué tipo de accidentes a sufrido en su hogar? ninguno

¿Cuenta con una persona cercana a usted cuando se siente en peligro? si, su mamá

¿Cuántas veces al año se realiza controles de salud? constantemente.

¿Con qué regularidad controla su cuerpo para detectar algún problema de salud?
presenta un problema de salud.

¿Qué medidas de autocuidado conoce para prevenir enfermedades?
vacunar y chequeo regular.

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

¿Se acepta tal como es? no.

¿Por qué? quisiere no haber padecido dicho problema que presenta.

¿Cómo influye la religión en su manera de ser, en su vida cotidiana y durante la aparición de alguna enfermedad? es primordial ya que su familia es creyente.

¿Qué creencias tiene acerca de la vida y la muerte? es un tema presente en su vida debido a su padecimiento actual.

¿Recibe algún tratamiento psicológico? si, en el hospital

II.- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO:

Etapas de desarrollo: Escolar.

Condiciones en las que se encuentra el individuo que promueven o impiden el desarrollo normal biológico:
padecimiento actual.

¿Qué cambios súbitos en sus condiciones de vida se han presentado?
la detección del adenocarcinoma.

III.- REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE SALUD:

1.- Desviación Actual

a) Percepción de la desviación actual

¿Qué es lo que conoce de su enfermedad? todo, lo que implica y su evolución así como los signos y síntomas

¿Qué medidas terapéuticas conoce de su enfermedad?

analgesia y confort

2.- Mecanismos utilizados para afrontar su enfermedad

b) Desviación en los estilos de vida

¿Qué medidas indicadas lleva a cabo?

de su familia

permanecer en casa bajo el cuidado

¿Qué beneficios considera obtendrá al aplicarlas?

disminución y control del dolor para su bienestar

INSTRUMENTO DE EXPLORACIÓN FÍSICA

DATOS GENERALES ANTROPOBIOMÉTRICOS

Peso actual: 35 Kg.	Índice cintura: /
Estatura: 130 cm.	Índice cadera: /
Segmento torácico derecho: 1 metro.	Segmento torácico izquierdo: 1 metro.
Segmento pélvico derecho: 90 cm.	Segmento pélvico izquierdo: 90 cm.

SIGNOS VITALES

Pulso: 90x'	Temperatura: 38°C.
Respiraciones: 18x'	T/A: 100/60 mmHg

INSPECCIÓN GENERAL

EDAD APARENTE CON RELACION A LA CRONOLÓGICA

Concordante Sí no ¿Por qué? Edad escolar

ESTADO DE CONCIENCIA (ALERTA)

Alerta Somnoliento Estupor Coma Muerte Cerebral

ORIENTACIÓN POR ESFERAS

Tiempo Espacio Persona

ACTITUD SOMÁTICA

Libre Forzada (¿Por qué?)

MARCHA

Fases	Normal	Deficiente	No realiza
De soporte			X
a) Contacto inicial			X
b) Respuesta a la carga			X
c) Soporte medio			X
d) Soporte terminal			X
e) Prebalanceo			X
De balanceo:			
a) Balanceo inicial			X
b) Balanceo medio			X
c) Balanceo terminal			X
Ciclo de la Marcha			
Puntas			X

Talones				X
Claudicación	No Si	por:	Dolor	Acortamiento Debilidad X no real
Marcha:	Independiente		Dependiente	X no realica.
Apoyo para la marcha:	(No)		Si	
Utilización adecuada:	(No)		Si	

COLORACIÓN DE LA PIEL

Palidez X	Cianótica	Ictérica	Rubicunda
Generalizada X	Circunscrita	Transitoria	Permanente
Observaciones: en piebna presenta edema y estupor.			

FACIE		
Dolorosa X	Ansiosa	Depresiva X
Otra:		

BIOTIPO (TIPO CORPORAL)	
Longilíneo (altos y delgados):	
Brevilíneos (bajos y gordos):	
Normolíneo (intermedio entre los anteriores): X	

VESTIDO E HIGIENE PERSONAL: dependiente

LENGUAJE: Español

POSTURA (Alineación Corporal en Posición Erecta)

Tipo de equilibrio	Adecuado	Deficiente	n/a.
Equilibrio estático (bipedestación):			
a) Anteroposterior	n/a		
b) Lateral	n/a.		
Equilibrio en un punto:	n/a		
Equilibrio en rodillas:	n/a		
Equilibrio en sedestación:	n/a.		
Equilibrio dinámico (durante la marcha):	n/a		
VISTA LATERAL			
	NO	SI	n/a.
Desplazamiento anterior del cuerpo	n/a		
Desplazamiento posterior del cuerpo	n/a		
Proyección anterior de cabeza	n/a		
Proyección anterior de cuello	n/a.		
Proyección de las escápulas (aladas)	n/a		
Aumento de la curvatura dorsal (cifosis)	n/a.		
Aumento de la curvatura lumbar (hiperlordosis)	n/a		
Prominencia del abdomen	n/a		
Basculación de pelvis	n/a	ant	post
Flexión de cadera	40°		
Hiperextensión de rodillas (genurecurvatum)			
Flexión de rodillas	90°	izquierda	
Aplanamiento del arco longitudinal del pie	arco	ant	post
VISTA POSTERIOR			
	(NO)	SI	DEL IZQ
Desplazamiento lateral del cuerpo	SI		
Inclinación lateral de la cabeza	SI		

Desnivel de hombros si
 Desnivel de escápulas si

Abducción de escápulas no
 Proyección de escápulas no
 Escoliosis dorsal n/valorable Si No Postural o Funcional Estructural X
 Escoliosis lumbar n/a
 Escoliosis dorsolumbar n/a
 Redondeamiento de columna n/a
 Rectificación de columna (espalda plana) n/a
 Desnivel pélvico n/a
 Tobillo varo si
 Tobillo valgo n/a
 VISTA ANTERIOR (Si) No
 Elevación de un hombro Der si Izq si
 Parrila costal anómala no
 Desnivel de pelvis no
 Genuvaro no valorable Grados:
 Genuvalgo no valorable Grados: 10°
 Torsión tibial no valorable Interna no valorable Externa no valorable
 Callosidades en la cabeza de los metatarsianos No Si
 ¿Cuáles?
 Hallux valgus no Der — Izq —
 Dedos en martillo no Especifique —

ESTADO NUTRICIONAL Adecuado si Inadecuado

EXPLORACIÓN FÍSICA CEFALOCAUDAL

CABEZA

CRANEO
 Forma: Normocéfalo Dolicocéfalo Braquicéfalo
 Volumen: Normocefalia Microcefalia Macrocefalia
 Deformaciones: Endostosis Exostosis
 Observaciones:
PELO
 Implantación: pejenta poca implantación de cabello debido a la patología
 Color: cafe claro
 Cantidad: escaso
 Textura: suave
 Presencia de padecimiento: no Infeccioso Micótico Parasitario
CEJAS
 Implantación de su pelo: adecuada
 Presencia de alopecia supraciliar: No Si Parcial Total
PÁRPADOS
 Simetría: si

Implantación de las pestañas: <u>Si</u>					
Movilidad:					
Presencia de:					
Edema palpebral	<input checked="" type="radio"/> No	Si	Unilateral	Bilateral	
Parálisis o ptosis palpebral	<input checked="" type="radio"/> No	Si	Unilateral	Bilateral	
OJOS					
Simetría: <u>Si</u>					
Movimientos: <u>normales; superiores, inferiores y laterales</u>					
Grado de Humedad: <u>80%</u>					
Estado de Conjuntivas, córneas e iris: <u>adequado</u>					
Pupilas					
Simétricas:	<input checked="" type="radio"/> Si	No			
Forma:	<input checked="" type="radio"/> Redonda	Pequeña	Grande		
Amplitud:					
a) Miosis	Presente	Ausente			
b) Midriasis	Presente	Ausente			

Presencia de:					
	<input checked="" type="radio"/> No	Si	Unilateral	Bilateral	
a) Exoftalmos	<u>no</u>				
b) Enoftalmos	<u>no</u>				
c) Nistagmos	<u>no</u>				
d) Ausencia de lágrimas	<u>no</u>				
e) Exceso de lágrimas (epifora)	<u>no</u>				
f) Lesiones corneanas:					
- Leucoma	<u>no</u>				
- Ulceras	<u>no</u>				
- Cuerpos extraños	<u>no</u>				
- Pterigiones	<u>no</u>				
- Vascularización (panus)	<u>no</u>				
- Queratocono	<u>no</u>				
g) Lesiones en el iris:					
- Tumores	<u>no</u>				
- Nódulos	<u>no</u>				
- Anomalías pigmentarias	<u>no</u>				
- Sinequias	<u>no</u>				
h) Ictericia Conjuntival	<u>no</u>				
FONDO DE OJO					
	Normal	X	Alteración (¿Cuál?)		
a) Disco óptico		X			
b) Mácula		X			
c) Retina		X			
d) Vasos retinianos					
e) Coroides		X			
f) Esclerótica		X			
Presencia de:	No	Si	Der	Izq	

- Edema de papila	no
- Esclerosis vascular	no
- Hemorragia retiniana	no
- Pigmentaciones anormales	no
- Otras:	no ninguna

NARIZ

Forma: *chuta y triangular*

Volumen: *pequeña.*

Estado de la superficie:

Fosas Nasales:

Permeables	No <input checked="" type="radio"/> Si	¿Por qué?	
Estado de la Mucosa	<input checked="" type="radio"/> Integro	Úlcera	Sangrante
Presencia de secreciones anormales (características)			
Presencia de pólipos	<input checked="" type="radio"/> No Si		
Presencia de aleteo nasal	<input checked="" type="radio"/> No Si		

CORNETES

Tamaño: *ovalado* Normal Hipertrofia

Situación: *adelgada*

Presencia de:

	No	Si	Unilateral	Bilateral
- Epistaxis	<input checked="" type="checkbox"/>			
- Pólipos	<input checked="" type="checkbox"/>			
- Tumor nasal	<input checked="" type="checkbox"/>			
- Fractura (especificar)	<input checked="" type="checkbox"/>			

CAVIDAD ORAL

LABIOS:

a) Coloración:	<input checked="" type="checkbox"/> Pálida	Amarillenta	Violácea	Rojiza
b) Integridad e la piel:	<input checked="" type="checkbox"/> Adecuada	Inadecuada (¿Por qué?)		
c) Hidratación	Adecuada	<input checked="" type="checkbox"/> Inadecuada	<i>semihidratada.</i>	
d) Presencia de:	Manchas oscuras	Pecas alrededor de los labios	Pólipos	

ENCIAS Y DENTADURA:

a) Coloración	<input checked="" type="checkbox"/> Rosácea	Otra:	
b) Alineación y forma de los dientes:	<input checked="" type="checkbox"/> Adecuada	Inadecuada	
c) Presencia de:	Si	No	
- Úlceras	<input checked="" type="checkbox"/>		
- Sangrado		<input checked="" type="checkbox"/>	
- Secreción gingival purulenta		<input checked="" type="checkbox"/>	
- Adoncia		<input checked="" type="checkbox"/>	
		total	parcial
- Caries dental (especifique)			<input checked="" type="checkbox"/>
- Sarro dental			
			especifique:
			<i>NO</i>

OBSERVACIONES:

LENGUA:

Estado de la superficie: *semihidratado.*

Movilidad: *si presente.*

Presencia de

Placas o lesiones blanquecinas	no	Lengua geográfica	Lengua saburral
Región Sublingual:			
Coloración de la mucosa: rosada			
Conductos de Warthon: rosada			
frenillo de la lengua: rojo			
Presencia de: no			
Nódulos		Tumoraciones	

AMIGDALAS:			
Forma: normal (redonda)			
Color: rosado			
Tamaño: pequeño con doble a la palpación			
Presencia de:	Infección	Supuraciones	

OREJAS:			
Tamaño y forma: Redonda mediana			
Simetría: no			

Conducto Auditivo externo:			
Membrana timpánica:			
Agudeza auditiva:	X Normal	Hipoacusia:	derecha izquierda
Presencia de:			
a) Cerumen	X Normal	Excesivo	
b) Secreción:	Si X No	características:	
c) Dolor a la palpación:	X Si	No	

PIEL			
Integridad: semihidratada			
Coloración: palidez			
Presencia de alguna lesión (especificar): si en miembros pelvicos y extremidades superiores			

PARES CRANEALES

I. OFTÁLMICO			
- Discriminación de olores:	Adecuado	X Deficiente	Ausente
- Presencia de anosmia:	X No	Si	
II. OPTICO			
- Agudeza visual	X Adecuada	Deficiente	
- Visión Campimétrica	X Adecuada	Deficiente	
- Presencia de:			
a) Miopia X	b) Hipermetropia	c) Astigmatismo	d) Prebicie
III. OCULOMOTOR, IV. TROCLEAR, VI. ABDUCENS Y SIMPÁTICO CERVICAL			
Reflejos pupilares:			
	Presente X	Ausente	No explorable
a) Fotomotor	X		
b) Concensual	X		
c) Acomodación	X		
Movimientos oculares:	Presente X	Ausente	No explorable

a) Aducción (a la izquierda)	X
b) Aducción (a la derecha)	X
c) Arriba a la derecha	X
d) Abajo a la izquierda	X
e) Abajo a la derecha	X
f) Arriba a la izquierda	X
Movimientos de los Párpados:	X
a) Abrir	X
b) Cerrar	X

Presencia de:				
- Estrabismo Convergente	X No	Si	Unilateral	Bilateral
- Estrabismo Divergente	X No	Si	Unilateral	Bilateral
- Diplopía	X No	Si		

V. TRIGÉMINO

Sensibilidad de la cara	Normal	Hipoestética	Hiperestética	Anestética
a) Frente	X			
b) Nariz	X			
c) Mentón	X			

Reflejos	Presente	Ausente	No explorable
a) Comeal	X		
b) Macetérico	X		

Fuerza muscular de los músculos mandibulares: *Con escala de Daniel's (3+)*

VII. FACIAL

SENTIDO DEL GUSTO:			
	Identificable	No identificable	No valorable
a) Dulce	X		
b) Salado	X		
c) Cítrico	X		

GESTICULACIONES DE LA CARA (músculos)		inadecuado	adecuado
Epicráneo (levantar cejas y fruncir frente)			X
Superciliar (bajar y juntar cejas)			X
Piramidal de la nariz (llevar la nariz hacia arriba)			X
Nasal (ensanchar fosas nasales)			X
Depresor del tabique nasal y nasal (punta de nariz hacia abajo)			X
Canino (levantar el ángulo de la boca)			X
Risorio (dirigir el ángulo de la boca hacia arriba)			X
Cigomático Mayor (dirigir el ángulo de la boca hacia arriba y afuera)			X
Elevador del labio superior (mostrar encia superior)			X
Cuadrado de la barba y cutánea del cuello (desplazar el labio inferior y el ángulo de la boca hacia abajo y afuera)			X
Orbicular de los labios (simular silbar, cierre de labios)			X
Buccinador (apretar mejillas contra los dientes y traccionar hacia atrás el ángulo de la boca)			X
Borla de la Barba (elevar la piel de la barbilla e impulsar el labio inferior hacia fuera)			X
Triangular de los labios (desplazar hacia abajo los ángulos de la boca)			X
Pterigoideos interno y externo (protusión de maxilar inferior)			X
Temporal, masetero y pterigoideo interno (morder con fuerza)			X

Orbicular de los párpados (cerrar párpados fuertemente) X
 Suprahioideos (descender el maxilar inferior contra resistencia) X

VIII. VESTICULOCOCLEAR

Agudeza Auditiva:

	Normal	Aumentada	Disminuida	Nula
a) De conducción	X			
b) de percepción	X			
Vértigo	X Ausente		Presente	
Nistagmos	(No) Si			
	Frecuencia		rapidos	lentos
	Amplitud		corto	amplio
	Dirección:			
	Agotable:		Inagotable:	
Equilibrio	NO	Adecuado	Deficiente	
	valorable.	Tendencia a caerse:		

IX. GLOsofarINGEO

Sentido del Gusto

	Perceptible	No perceptible	No valorable
a) Sabor acido	X		
b) Sabor amargo	X		
	Presente	Ausente	No valorable
Reflejo nauseoso	X		
Reflejo del paladar blando	X		
Capacidad para deglutir			deficiente.

X. VAGO

Sonidos Vocales: X Adecuados Ronquera Disfonia Afonia

XI. ESPINAL

Fuerza muscular

a) Esternocleidomastoideos:	X
b) Trapecios:	X

XII. HIPOGLOSO

Movimientos de la Lengua:

	Adecuado	Deficiente	Nulo
- Mostrar lengua fuera de la boca	X		
- Mover la lengua hacia la der e izq y viceversa	X		
- Mover la lengua arriba-abajo y viceversa	X		
- Tocar con la lengua la barbilla	X		
- Tocar con la lengua la nariz	X		
Fuerza muscular de la lengua	(3)		

CUELLO

TAMAÑO Y FORMA: cilindrico corto
 CARACTERISTICAS DE LA PIEL: integra semihidratada
 GANGLIOS LINFÁTICOS: palpables
 G. TIROIDES: " "

ANEXOS

TRAQUEA: cilíndrica palpable
PULSOS: presentes
MUSCULOS: tono forma
OBSERVACIONES:

COLUMNA

CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL	
Coloración: palidez	
Presencia de:	
Zonas de enrojecimiento como manchas: sí	¿Dónde? en sacro
Manchas vellosas: no	¿Dónde?
Lipomas: (no) sí	¿Dónde? en miembro pélvico derecho
Manchas de aspecto café con leche: no	¿Dónde?
Marcas de nacimiento: no	¿Dónde?
Ampollas: no	
Cicatrices: no	
Nódulos: no	
Pelotones grasos dolorosos: no	
Dolor a la movilización de cuerpos vertebrales: sí	
Movimientos involuntarios en cabeza y cuello: no	
Otros (¿Cuáles?):	

PRUEBAS ESPECIALES no valorado
Comprensión
Distracción

APÓFISIS ESPINOSAS: aumentado

SACRO Y COCCIX: aumentado

TORAX

FORMA Y VOLUMEN				
a) Normal: <input checked="" type="checkbox"/>	Ectomórfico	Endomórfico	Mesomórfico	
b) Modificaciones generales:	Enfisematoso	<input checked="" type="checkbox"/> Paralítico	Raquítico	Cifoescolótico
c) Modificaciones a un hemitórax: n/a				
	Abombamiento	Retracción	Lesión pulmonar (¿Cuál?)	
d) Modificaciones parciales: <input checked="" type="checkbox"/>				
	Abombamiento	Retracción (¿Dónde?)		
MOVIMIENTOS				
		Normal	Disminuido	Aumentado
- Amplexación		X		
- Amplexión		X		
GLÁNDULAS MAMARIAS n/a.				
Forma y volumen:				
Simetría: sí				

Estado de la superficie:

Secreción del pezón: NO

- a) Lechosa o galactorrea:
- b) Purulenta
- c) Serosa
- d) Serosanguinolenta
- e) Hemorrágica

Presencia de: Quiste Absceso Tumor ¿Dónde? en miembros pélvicos

CORAZÓN (frecuencia, ritmo, ruidos cardiacos, ruidos agregados):

Ritmo sinusal, FC: de 70x Ruidos cardiacos normales en sistole y diastole

EXPLORACIÓN BRONCOPULMONAR:

Ruidos respiratorios: aumentada

Patrón respiratorio: Abdominal Diafragmático Costodiafragmático

Respiración: 18x Frecuencia Superficial Profunda

Presencia de: Retracción xifoidea Tiros intercostales

Transmisión de la voz: normal

Presencia de soplos (estridor laríngeo): NO

Presencia de ruidos adventicios:

- a) Estertores traqueobronquiales no der. izq
- b) Estertores bronquialveolares no der. izq
- c) Sibilancias no Nivel:
- d) Crepitaciones no Nivel:

Presencia de derrame pleural o neumotórax: NO

SENSIBILIDAD (DERMATOMAS):

MUSCULOS: aumentado (4)

COSTILLAS: doloroso

OBSERVACIONES:

ABDOMEN

FORMA Y VOLUMEN: Globoso Baticio Batea

CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL: palidez

VISCEROMEGALIAS: NO

HERNIAS:

HÍGADO:

BAZO Y RIÑÓN:

RUIDOS INTESTINALES: disminuida

GANGLIOS INGUINALES: aumentada

ALTERACIONES:

SI NO TIPO ¿Dónde?

DOLOR: si eva 8/10 visceral noceptivo

Estado de la superficie:

Secreción del pezón: NO
a) Lechosa o galactorrea:
b) Purulenta
c) Serosa
d) Serosanguinolenta
e) Hemorrágica

Presencia de: Quiste Absceso Tumor ¿Dónde? en miembro pelvica

CORAZÓN (frecuencia, ritmo, ruidos cardiacos, ruidos agregados):
Ritmo sinusal, FC de 70x Ruidos cardiacos normales en sistole y diastole

EXPLORACIÓN BRONCOPULMONAR:

Ruidos respiratorios: aumentada

Patrón respiratorio: Abdominal Diafragmático Costodiafragmático

Respiración: 18x Frecuencia Superficial Profunda

Presencia de: Retracción xifoidea Tiros intercostales

Transmisión de la voz: normal

Presencia de soplos (estridor laringeo): NO

Presencia de ruidos adventicios:

a) Estertores traqueobronquiales no der. izq

b) Estertores bronquialveolares no der. izq

c) Sibilancias no Nivel:

d) Crepitaciones no Nivel:

Presencia de derrame pleural o neumotórax: no

SENSIBILIDAD (DERMATOMAS):

MUSCULOS: aumentado (4)

COSTILLAS: dolorado

OBSERVACIONES:

ABDOMEN

FORMA Y VOLUMEN: Globoso Batricio Batea

CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL: palidez

VISCEROMEGALIAS: NO

HERNIAS:

HÍGADO:

BAZO Y RIÑÓN:

RUIDOS INTESTINALES: disminuida

GANGLIOS INGUINALES: aumentada

ALTERACIONES:

SI NO TIPO ¿Dónde?

DOLOR: si eva 8/10 visceral noceptivo

SENSIBILIDAD (DERMATOMAS):

ALTERACIONES:	Si	No	¿Cuáles?
	X		hipersensibilidad dolorosa en extremidades pélvicas
OBSERVACIONES:			

EN CASO DE AMPUTACIÓN *no aplica.*

Miembros torácicos	Si	No
miembros pélvicos	Si	No
Utiliza alguna prótesis		
Nivel de amputación:		

MUÑON *no aplica.*

FORMA Y TAMAÑO:

CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL:					
Lisa	Aspera	Escamosa	Turgente	Hidratada	Sequedad
Integridad:					
Temperatura:					
Sensibilidad:					
Coloración:					
Cicatriz quirúrgica:					
a) Tamaño					
b) Forma					
c) Movilidad	Desplazable	Adherida			
d) Tinel:	Positivo	Negativo			
Otras:					

CARACTERÍSTICAS DE TEJIDOS BLANDOS (Forma, tono, trofismo):

ALTERACIONES O LESIONES:				
Dolor	Edema	Tumefacción	Eritema	Urticaria
Petequias	Prurito	Masas	Secreción	
Otras:				

SENSIBILIDAD *en extremidad torácica derecha*

SENSIBILIDAD	HIPOESTETICA	HIPERESTETICA	ANESTESICA	NO EXPLORABLE
SUPERFICIAL		X		
Roce ligero		X		
Dolor		X		
Temperatura		X		
Vibración				
Presión profunda				
Propiocepción				

ARCOS DE MOVIMIENTO:

DE LA REGIÓN DEL CUELLO:

	NORMAL	LIMITADO	CON DOLOR
Flexión		X	X
Extensión		X	X
Rotación lateral Izquierda		X	X
Rotación lateral Derecha		X	X
Inclinación lateral Izquierda		X	X
Inclinación lateral derecha		X	X

DE LA REGIÓN LUMBAR: Sin movilización

Flexión
Extensión
Inclinación lateral Izquierda
Inclinación lateral derecha
Rotación derecha
Rotaciónl externa

OBSERVACIONES:

HOMBROS	DERECHO	IZQUIERDO	LIMITES NL.
Abducción	170°	170°	0-170/180°
Aducción	40°	40°	0-40/45°
Flexión	40°	50°	0-180°
Extensión	50°	50°	0-45/60°
Rotación interna	n/g	n/g	0-70/90°
Rotación Externa	n/g	n/g	0-90°
Circunducción	n/a	n/a	360°
CODOS			
Flexión	145°	145°	0-145/150°
Extensión	20°	20°	0°
Pronación	90°	90°	90°
Supinación	90°	90°	90°

MUÑECA			
Flexión	90°	90°	0-80/90°
Extensión	60°	60°	0-70°
Desviación radial	20°	20°	0-20°
Desviación cubital	35°	35°	0-35/50°
Circunducción	360°	360°	360°
MANO			
Flexión. M.F.			90°+
Extensión. M.F.			0-10°
Flexión. F.			90°+

Extensión. F.			0-5°
Abducción falanges			20°
Aducción falanges			0°
DEDO PULGAR			
Abducción			30°
Aducción			20°
Flexión			50/60°
Extensión			0-10°
Circunducción			360°
CADERA			
Flexión	90°	30°	0-90/125°
Extensión	10°	n/a	0-10/15°
Abducción	n/a	n/a	0-45°/50°
Aducción			0-20/30°
Rotación interna			0-35/40°
Rotación externa			0-60°
Circunducción			360°
RODILLA			
Flexión			0-130°
Extensión			0°
TOBILLOS			
Flexión dorsal			0-20/25°
Flexión plantar			0-45°
Inversión			0-30°
Eversión			0-20°
Abducción			10°
Aducción			20°
Circunducción			360°

3. ESCALA DE VALORACIÓN: INDICE DE BARTHEL

“Actividades de la vida diaria básicas”

ÍNDICE DE BARTHEL- Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria

CONCEPTO: Evalúa la situación funcional de la persona mediante una escala que mide las ABVD (Actividades básicas de la vida diaria). Es la más utilizada internacionalmente y es uno de los mejores instrumentos para monitorizar la dependencia funcional de las personas.

INDICACIONES: Evalúa 10 tipos de actividades y clasifica cinco grupos de dependencia. Su utilización es fácil, rápida y es la más ágil para utilizarla estadísticamente. Las preguntas se realizan agrupando las actividades en tres grupos. Primero las actividades de movilidad: ¿es capaz de subir escaleras, caminar de forma independiente y trasladarse de la silla a la cama sin ayuda?, ¿se le escapa la orina o las heces?, ¿se baña, viste, asea, va al retrete o come sin ayuda? Si en alguna actividad contesta que es incapaz entonces se profundiza sobre ella. Posteriormente se calcula los puntos que no realiza y se resta de 100.

INTERPRETACIÓN: Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas)

- **Dependencia Total:** <20 **Dependiente Grave:** 20 – 35
- **Dependiente Moderado:** 40 - 55
- **Dependiente Leve:** >60

REEVALUACIÓN: Valoración con carácter anual o cuando las condiciones del paciente cambien.

OBJETIVOS DE LA ESCALA DE BARTHEL:

- Evaluar la capacidad funcional
- Detectar el grado de deterioro
- Monitorizar objetivamente la evolución clínica
- Diseñar planes de cuidados y de rehabilitación de forma interdisciplinar

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Comer:

- Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- Necesita ayuda: para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- Dependiente: necesita ser alimentado por otra persona.

Lavarse (bañarse):

- Independiente: capaz de lavarse entero, puede ser utilizando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- Dependiente: Necesita alguna ayuda o supervisión.

Arreglarse:

- Independiente: realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para hacerlo los puede proveer otra persona.
- Dependiente: Necesita alguna ayuda.

Vestirse:

- Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que necesite sin ayuda.
- Necesita ayuda: pero realiza solo, al menos, la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- Dependiente.

Micción:

- Continente: ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de utilizar cualquier dispositivo. En paciente sondado incluye poder cambiar la bolsa solo. (10)
- Accidente ocasional: Máximo uno en 24 horas, incluye la necesidad de ayuda en la manipulación de sondas o dispositivos. (5)
- Incontinente: incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse. (0)

Deposición:

- Continente: ningún episodio de incontinencia. Si necesita algún enema o supositorio es capaz de administrárselos por sí solo. (10)
- Accidente ocasional: menos de una vez por semana o necesita ayuda para ponerse enemas o supositorios. (5)
- Incontinente: Incluye que otra persona le administre enemas o supositorios. (0)

Ir al WC:

- Independiente: entra y sale solo. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, limpiarse, prevenir las manchas en la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y sentarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si utiliza bacinilla (orinal, botella, etc.), es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar. (10)
- Necesita ayuda: capaz de manejarse con una pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el WC. (5)
- Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor. (0)

Trasladarse sillón/cama:

- Independiente: sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el reposa pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y se tumba, y puede volver a la silla sin ayuda. (15)
- Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la que ofrece una persona no demasiado fuerte o sin entrenamiento. (10)
- Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte y entrenada) para salir / ponerse en la cama, o desplazarse. (5)
- Dependiente: necesita grúa o que le levanten por completo dos personas. Incapaz de permanecer sentado. (0)

Deambulaci3n:

- Independiente: puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto caminador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rsela y quit3rsela solo. (15)
- Necesita ayuda: supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no demasiado fuerte) para caminar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (caminador). (10)
- Independiente en silla de ruedas en 50 metros: tiene que ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo. (5)
- Dependiente: si utiliza silla de ruedas necesita que otra persona lo lleve. (0)

Subir y bajar escaleras:

- Independiente: capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el soporte que necesite para caminar (bast3n, muletas, etc.) y el pasamanos. (10)
- Necesita ayuda: supervisi3n f3sica o verbal. (5)
- Dependiente: incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor). (2)

LIMITACIONES

- Detecta f3cilmente cambios en personas con puntuaciones intermedias aunque presenta limitaciones para detectar cambios en situaciones extremas (pr3ximas a 0 o a 100). Estos inconvenientes no son problem3ticos en la pr3ctica cl3nica pero es necesario tenerlos en cuenta en la investigaci3n.
- El contenido fundamental descansa en tareas dependientes de extremidades inferiores.

UTILIDAD ACTUAL

- Evaluaci3n de la capacidad funcional de pacientes con discapacidades
- Estimar la necesidad de cuidados personales y organizar ayudas a domicilio.
- En unidades geri3tricas dentro del protocolo de valoraci3n geri3trica.
- Como criterio de eficacia de los tratamientos.⁷⁹

⁷⁹ INDICE DE BARTHEL Escala de actividades b3sicas de la vida diaria [Internet][Citado el 2018 Mar 29] Disponible en:
http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/039_INDICE_BARTHEL_Escala_actividades_basicas_vida_diaria.pdf

**VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
INDICE DE BARTHEL**

NOMBRE: ADMG

EDAD: 9 años

Instrucciones: Puntuar cada apartado con 15, 10, 5 ó 0 según corresponda la capacidad del residente o su necesidad de ayuda.
No existen puntuaciones intermedias. A mayor independencia para las actividades básicas de la vida diaria.

ALIMENTACIÓN		FECHA DE VALORACIÓN
10	Independiente: Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc, por sí solo.	13-nov-2014
5	Necesita ayuda: Por ejemplo para cortar, extender la mantequilla, etc.	
0	Dependiente: Necesita ser alimentado.	
BAÑO		
5	Independiente: Capaz de bañarse entero; usa ducha, la bañera o permanece de pie y aplica la esponja por todo el cuerpo, incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.	13-nov-2014
0	Dependiente: Necesita alguna ayuda.	
VESTIRSE Y DESVESTIRSE		
10	Independiente: Capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el brassier si lo precisa en el caso de las mujeres.	13-nov-2014
5	Necesita ayuda: Hace al menos la mitad en un tiempo razonable	
0	Dependiente: Necesita ayuda total	
ARREGLARSE		
5	Independiente: Realiza todas las tarea personales (lavarse las manos, peinarse, etc.) incluye afeitarse, lavarse los dientes y manejar enchufe si la máquina es eléctrica. No necesita ayuda.	13-nov-2014
0	Dependiente: Necesita alguna ayuda	
CONTROL DE HECES		
10	Continente: Ningún accidente: si se necesita enema o supositorio se arregla por sí solo.	13-nov-2014
5	Accidente ocasional: Raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.	
0	Incontinente: Necesita alguna ayuda	
CONTROL DE ORINA		
10	Continente: Ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar de bolsa.	13-nov-2014

5	Accidente ocasional: Al menos una vez por día. Necesita ayuda con los instrumentos (pato, orinal u envase)	
0	Incontinente: Necesita alguna ayuda	
USO DE RETRETE		
10	Independiente: Entra y sale solo, Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras para soportarse.	13-nov-2014
5	Necesita ayuda: Necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.	
0	Dependiente: Incapaz de manejarse sin asistencia mayor	
TRASLADO ENTRE LA SILLA-CAMA		
15	Independiente: No necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.	13-nov-2014
10	Mínima ayuda: Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.	
5	Gran ayuda: Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.	
0	Dependiente: Grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.	
DESPLAZARSE		
15	Independiente: Puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, etc) excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50m o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión.	13-nov-2014
10	Necesita ayuda: Supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos y otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50m.	
5	Independiente En silla de ruedas: Propulsa su silla de ruedas al menos 50m. Gira esquinas solo.	
0	Dependiente: Requiere ayuda mayor.	
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
15	Independiente: Capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión aunque utilice barandal o instrumento de apoyo.	13-nov-2014
10	Necesita ayuda: Supervisión física o verbal.	
0	Dependiente: Necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.	
TOTAL 15 pts		14-nov-2014

4. ESCALA DE VALORACIÓN DE BRISTOL

Escala de heces de Bristol

Tipo 1		pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una viborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos. Enteramente líquido

El análisis del hábito intestinal y el tipo de heces

siempre fueron explorados en la evaluación realizada por los profesionales de salud para caracterización de aspectos fisiológicos de los pacientes, así como en el diagnóstico y acompañamiento de enfermedades que envuelvan alteración del tránsito intestinal.

En situaciones fisiológicas la caracterización de las heces puede ser bastante útil. Por ejemplo, la relación con el tipo de dieta y el hábito intestinal y por consecuencia, la forma de las heces ha sido explorada en la literatura.⁸⁴

Ilustración 4.- Escala de heces de Bristol,
<http://imdoc.es/content/9/8/2/69823/media13750933658996.jpg>

La escala de Bristol es una tabla visual diseñada para clasificar la forma de las heces en siete grupos. Fue desarrollada por Heaton y Lewis en la universidad de Bristol y publicada en el Scandinavian Journal of Gastroenterology al 1997.

Los siete tipos son:

- Tipo 1: Terrones duros separados, como tuercas (difíciles de evacuar)
- Tipo 2: Parecido a una salchicha, pero aterronado
- Tipo 3: Como una salchicha, pero con grietas en su superficie
- Tipo 4: Como una salchicha o una serpiente, lisa y suave
- Tipo 5: Bolas blandas con los bordes definidos (fáciles de evacuar)
- Tipo 6: Pedazos blandos con los bordes desiguales
- Tipo 7: Acuosas, ningún sólido une las piezas (enteramente líquidas)

⁸⁰ Traducción, adaptación cultural y validación de la "Bristol Stool Form Scale" [Internet][Citado el 2018 Mar 29] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a21v20n3.pdf

5. ESCALA DE VALORACIÓN DE EVA

Escala Visual Analógica (EVA): Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores.



Ilustración 5.- ESCALA VISUAL ANÁLOGA: CADAVID AM, RENE ESTUPINAN J, JAIRO VARGAS J. Dolor y cuidados paliativos. Fundamentos de medicina. 1ª ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia, 2005.

En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”.

La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión.

La EVA es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes. Aunque la escala no ha sido específicamente testada para pacientes en terapia intensiva, ésta es frecuentemente utilizada con esta población. Para algunos autores tiene ventajas con respecto a otras.

Es una herramienta válida, fácilmente comprensible, correlaciona bien con la escala numérica verbal.

Los resultados de las mediciones deben considerarse con un error de $\pm 2\text{mm}$. Por otro lado tiene algunas desventajas: se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano, con alteraciones visuales y en el paciente sedado.

Para algunos autores, la forma en la que se presenta al paciente, ya sea horizontal o vertical, no afecta el resultado. Para otros, una escala vertical presenta menores dificultades de interpretación para los adultos mayores, porque les recuerda a un termómetro.

Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso.

En algunos estudios definen la presencia de Dolor cuando la EVA es mayor a 3.⁸¹

⁸¹ Pavlotsky V. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. [Internet] 2012 [Citado el 2018 Mar 29]:1-39. Disponible en: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>

6. ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS MODIFICADA.

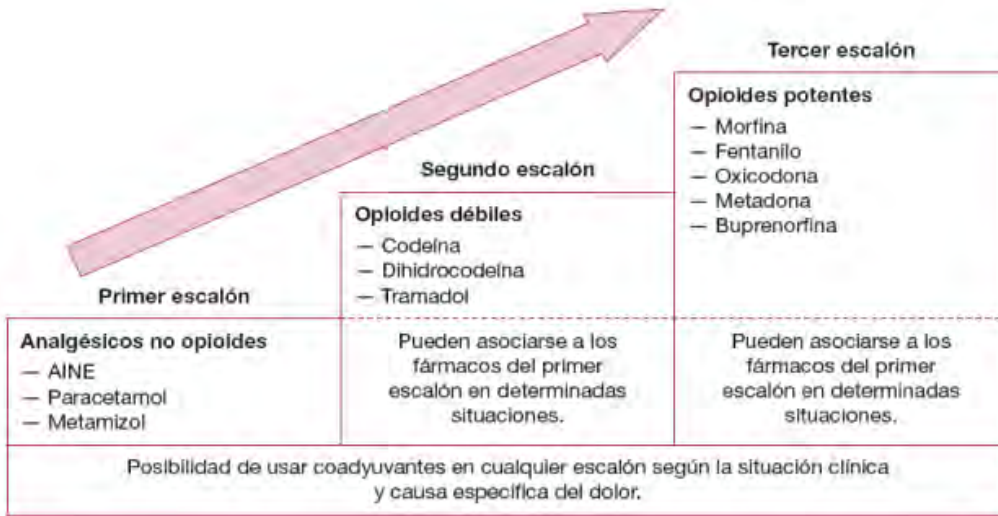


Ilustración 6. ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS MODIFICADA.

<http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/apartado06/Tabla4.pdf>

7. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Cuando una persona presenta síntomas de ansiedad, se le realiza una evaluación para luego diagnosticar si realmente es ansiedad lo que padece. Una vez diagnosticada la ansiedad, el médico debe valorar el grado de ansiedad que éste padece. La escala de ansiedad de Hamilton es la herramienta que, médicos, psicólogos y psiquiatras utilizan para averiguar esa intensidad. Cabe añadir que la escala no debe ser utilizada en pacientes que presenten trastornos ya diagnosticados como depresión, esquizofrenia, demencia y otras patologías.

POBLACIÓN GENERAL. Se trata de una escala hetero administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

La puntuación de ansiedad obtenida en el test, no sólo es utilizada para conseguir una valoración, sino también para comprobar el estado del paciente durante el tratamiento. Un trastorno como la ansiedad generalizada debe ser controlado con regularidad para que el tratamiento se adecúe a la evolución del paciente.⁸²

Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS)

Está compuesta por 38 ítems referidos a síntomas de ansiedad con cuatro opciones tipo Likert: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3). Incluye, además, 6 ítems positivos de relleno para contrarrestar el sesgo negativo de los anteriores, y cuya calificación no se califica, ni se toma en cuenta en los análisis. Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos para cada ítem. A mayor puntaje, más ansiedad. Para lograr la versión en español, se empleó el procedimiento tradicional de traducción-retraducción.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en la actualidad, cerca de 17 millones de niños y adolescentes, entre 5 y 17 años de edad, sufren algún trastorno psicológico grave que amerita tratamiento especializado.

Esta escala ofrece ventajas sobre las demás como, sensibilidad a los cambios ejercidos por el tratamiento, capacidad para discriminar entre muestras clínicas y de población general, aplicación transcultural y, muy especialmente, apego a la clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad más comunes del DSM-IV-TR⁸³

⁸² M.J. Purriños ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [Internet] 2012 [Citado el 2018 Mar 29] Disponible en: <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>

⁸³ Hernández, L.; Bermúdez, G.; Spence, S.; González, M.; Martínez, J.; Aguilar, J.; Gallegos, Julia. Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). Revista Latinoamericana de Psicología [Internet] 2010 [Citado el 2018 Mar 29]: 42(1): 13-24 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880002>

Escala de ansiedad de Hamilton					
Definición operativa de los ítems	Puntos				
	0	1	2	3	4
1. Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. Miedos (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 cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. Humor deprimido (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	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, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, misiones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. Síntomas de sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento durante la entrevista <ul style="list-style-type: none"> • General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, con agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial • Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp/min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales 	0	1	2	3	4

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

Ilustración 7.- ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD.

<https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2012/11/escala-de-ansiedad-de-hamilton.jpg>

8. ESCALA DE VALORACIÓN CRICHTON

Escala de funcionalidad de Crichton, empleada en población adulta.

CONCEPTO: Permite estimar la limitación física, el estado mental alterado, el tratamiento farmacológico que implica riesgo, los problemas de idioma o socioculturales, así como pacientes sin factores de riesgo evidentes. Considera la funcionalidad en todas sus esferas y por tanto esos rubros también los expresan en evaluación de movilidad, orientación, comunicación, cooperación, vestido, alimentación, agitación, incontinencia, sueño y estado de ánimo. Un mayor puntaje representa un alto riesgo de caída o fragilidad de la salud.

ESCALA DE CRICHTON

VALOR DEL ESTADO DEL PACIENTE	
Valor del Riesgo	Puntos
Limitación física.	2
Estado mental alterado.	
Tratamiento farmacológico que implica riesgo.	2
Problemas de idiomas o socioculturales.	2
Incontinencia urinaria.	1
Déficit sensorial (auditivo, visual).	2
Desarrollo psicomotriz 0-5 años.	2
Pacientes sin factores de riesgo evidente.	1
TOTAL	15

Alto riesgo	8 a 15 puntos
Mediano riesgo	3 a 7 puntos
Bajo Riesgo	0 a 2 puntos



Ilustración 8. <http://www.hraeyucatan.salud.gob.mx/descargas/certificacion/12procedimiento43.pdf>

Escala de CHAMPS, utilizada en población pediátrica

CONCEPTO: Esta escala fue validada por medio de un estudio de cohorte, con niños hospitalizados de 3 o más años de edad, al ingreso fueron evaluados para establecer el alto o bajo riesgo de caídas, los factores de riesgo asociados con caídas fueron el cambio o alteración del estado mental, incluyendo episodios de desorientación; historia de caídas, edad inferior a 3 años; y la movilidad alterada. Participación de los padres y de seguridad. Si alguno de los factores fue positivo, el paciente se consideró con alto riesgo de una caída. Se obtuvo una sensibilidad de 0.75 y una especificidad de 0.79, con base en estos datos sus autores consideran que este instrumento se puede categorizar como moderado a fuerte en la predicción de caídas pediátricas.⁸⁴

⁸⁴ Barrientos J., Hernández A., Hernández M. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. [Internet]2013 [Citado el 2018 Mar 29]; 10(4):114-119. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n4/v10n4a2.pdf>

9. ESCALA DE VALORACION BRADEN Y/O NORTON

“Valoración de riesgo de Úlceras por presión”

ESCALA BRADEN-BERGSTROM – VALORACIÓN DEL RIESGO DE UPP

CONCEPTO: Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente. Un puntaje menor o igual a 16 implica riesgo de desarrollar úlceras por presión, se utilizó este punto de corte ya que es lo que se describe por los autores de la escala para su utilización.

La Escala de Braden se integra de seis parámetros para efectuar la evaluación:

- 1- Percepción sensorial
- 2- Humedad
- 3- Actividad
- 4- Movilidad
- 5- Nutrición
- 6- Fricción y efecto de cizalla (combinación de presión y fricción).

INSTRUCCIONES: Consta de 6 ítems. Heteroadministrado. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem “fricción y rozamiento” que se puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23.

Interpretación y reevaluación:

- Riesgo Alto: puntuación <13
- Riesgo Moderado: puntuación entre 13 y 14
- Riesgo Bajo: si <75 años, puntuación 15 -16 si > 75 años, puntuación 15 -18

Reevaluar anualmente o cuando la situación del paciente cambie.

Propiedades psicométricas: Esta escala ha sido validada en numerosos estudios con una sensibilidad que oscila entre el 27% y el 100%; una especificidad con valores entre 26% y 92%; un Valor Predictivo Positivo con valores entre 8,1% y 77% y Valor Predictivo Negativo, con valores entre el 71% y el 100%.

La utilización de escalas para la valoración del riesgo no debe sustituir el criterio clínico. No existen datos sólidos que avalen el uso de las escalas de valoración del riesgo de úlceras por presión como instrumento de cribado siendo recomendable en caso de usarlas, utilizar escalas validadas.⁸⁵

⁸⁵ Blümel M Juan E, Tirado G Karina, Schiele M Claudia, Schönfeldt F Gabriela, Sarrá C Salvador. Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. Rev. méd. Chile [Internet] 2004 [Citado 2017 Sep 18]; 132(5): 595-600. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000500009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000500009>.

ESCALA DE BRADEN

	1	2	3	4
Percepción sensorial Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	Limitado completamente	Muy limitado	Limitado levemente	Sin impedimento
Humedad Grado de humedad de la piel	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad Grado de actividad	Encamado	Permanece en un sillón	Ocasionalmente camina	Camina siempre
Movilidad Control posición corporal	Completamente inmóvil	Muy limitada	Levemente limitada	Sin limitación
Nutrición Patrón de ingesta diaria	Completamente inadecuada	Probablemente inadecuada	Adecuada	Adecuada
Fricción y roce Roce de la piel con las sabanas	Presente	Potencialmente presente	Ausente	

ESCALA DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.				
ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4. BUENO	4.ALERTA	4.CAMINANDO	4.TOTAL	4.NINGUNA
3. DÉBIL	3.APÁTICO	3.CON AYUDA	3.DISMINUIDA	3.OCASIONAL
2. MALO	2.CONFUSO	2.SENTADO	2.MUY LIMITADA	2.URINARIA
1.MUY MALO	1.ESTUPOROSO	1.EN CAMA	1.INMÓVIL	1.DOBLE INCONTINENCIA

ÍNDICE DE 12 O MENOS: MUY ALTO RIESGO DE ESCARAS O ÚLCERAS EN FORMACIÓN.

ÍNDICE DE 14 O MENOS: RIESGO EVIDENTE DE ÚLCERAS EN POSIBLE FORMACIÓN.

ESCALA BRADEN Q

<i>Intensidad y duración de la presión</i>					PTOS
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1.- Completamente inmóvil: No realiza ningún movimiento con el cuerpo o las extremidades sin ayuda.	2.- Muy limitada: Ocasionalmente realiza ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de realizar cambios frecuentes o significativos sin ayuda.	3.- Ligeramente limitada: Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda.	4.- Sin limitaciones: Realiza importantes y frecuentes cambios de posición sin ayuda.	1
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1.- Encamado: Limitado/a a la cama.	2.- En silla: Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso y/o hay que ayudarle para sentarse en una silla o en una silla de ruedas.	3.- Camina ocasionalmente: Camina ocasionalmente durante el día, pero distancias muy cortas, con o sin ayuda. Pasa la mayor parte de cada turno en la cama o en la silla.	4.- Todos los pacientes demasiado jóvenes para caminar O camina frecuentemente. Camina fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos una vez cada dos horas durante las horas de paseo.	1
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad de responder adecuadamente, según su nivel de desarrollo, al discomfort relacionado con la presión	1.- Completamente limitada: No responde a estímulos dolorosos (no gime, no se estremece ni se agarra) debido a un bajo nivel de conciencia o a sedación O capacidad limitada para sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.	2.- Muy limitada: Responde sólo a estímulos dolorosos. Incapacidad para comunicar malestar, excepto gimiendo o mostrando inquietud O tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad de sentir dolor o malestar en más de la mitad del cuerpo.	3.- Ligeramente limitada: Responde a órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar la incomodidad o la necesidad de ser cambiado de postura O tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad de sentir dolor o malestar en una o dos extremidades.	4.- Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales. No tiene ninguna alteración sensorial que limite su capacidad de sentir o comunicar dolor o malestar.	2
<i>Tolerancia de la piel y la estructura de soporte</i>					
HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1.- Piel constantemente húmeda: La piel se mantiene húmeda casi permanentemente debido a la transpiración, orina, drenaje, etc. La humedad es detectada cada vez que se gira o mueve al paciente.	2.- Piel muy húmeda: La piel está húmeda a menudo, pero no siempre. La ropa de cama debe ser cambiada al menos cada 8 horas.	3.- Piel ocasionalmente húmeda: La piel está húmeda de forma ocasional, necesitando cambio de la ropa de cama cada 12 horas.	4.- Piel raramente húmeda: La piel está casi siempre seca. Hay que cambiar los pañales de forma rutinaria; la ropa de cama solo hay que cambiarla cada 24 horas.	3
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO Fricción: ocurre cuando la piel se mueve contra las superficie de apoyo Cizallamiento: ocurre cuando la piel y la superficie ósea adyacente rozan la una contra la otra	1.- Problema significativo: La espasticidad, contracturas, picores o agitación le llevan a un movimiento y fricción casi constantes.	2.- Problema: Requiere ayuda de moderada a máxima para moverse. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un roce contra las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, necesitando recolocarle con la máxima ayuda.	3.- Problema potencial: Se mueve débilmente o necesita una ayuda mínima. Mientras se mueve, es posible que la piel roce de algún modo con las sábanas, la silla u otros dispositivos. La mayor parte del tiempo mantiene una posición relativamente buena en la silla o cama, aunque ocasionalmente se desliza hacia abajo.	4.- Sin problema aparente: Es posible levantarlo completamente durante un cambio de postura. Se mueve independientemente en la cama y en la silla, y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente mientras se mueve. Mantiene una buena postura en la cama o en la silla en todo momento.	2
NUTRICIÓN Patrón habitual de ingesta de alimentos	1.- Muy pobre: Está en ayunas; o a dieta líquida; o con sueroterapia más de 5 días O albúmina < 2,5 mg/dl O nunca come una comida completa. Raras veces come más de la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye 2 o menos raciones de carne, pescado o productos lácteos al día. Toma pocos líquidos. No toma un suplemento dietético líquido.	2.- Inadecuada: Se le administra una nutrición enteral (SNG) o nutrición parenteral (IV) que le proporciona una cantidad inadecuada de calorías y minerales para su edad O albúmina < 3 mg/dl O raras veces come una comida completa y generalmente sólo come la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye sólo 3 raciones de carne, pescado o productos lácteos al día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético.	3.- Adecuada: Se le administra una nutrición enteral (SNG) o nutrición parenteral (IV) que le proporciona una cantidad adecuada de calorías y minerales para su edad O come la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de 4 raciones de proteínas al día (carne, pescado, productos lácteos). Ocasionalmente rechaza una comida, pero normalmente toma un suplemento si se le ofrece.	4.- Excelente: Toma una dieta normal que le proporciona las calorías adecuadas para su edad. Por ejemplo: come/bebe la mayor parte de cada comida/toma. Nunca rechaza una comida. Normalmente come un total de 4 o más raciones de carne, pescados o productos lácteos al día. Ocasionalmente come entre comidas. No necesita suplementos.	1
PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN	1.- Muy comprometida: Hipotensión (TA _{sc} <50mmHg; <40 en recién nacidos) O el paciente no tolera fisiológicamente los cambios posturales.	2.- Comprometida: Normotenso; el pH sérico es < 7.40; la saturación de oxígeno puede ser < 95% O la hemoglobina puede ser < 10mg/dl O el relleno capilar puede ser > 2 segundos.	3.- Adecuada: Normotenso; el pH de la sangre es normal; la saturación de oxígeno puede ser < 95% O la hemoglobina puede ser < 10mg/dl O el relleno capilar puede ser > 2 segundos.	4.- Excelente: Normotenso; la saturación de oxígeno es >95%; hemoglobina normal; y el relleno capilar < 2 segundos.	2
TOTAL					12

© Quigley S & Curley M. 1996.

© Versión en castellano: Quesada C. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. 2009.

CON RIESGO ≤ 16 puntos
SIN RIESGO > 16 puntos

⁸⁶ Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Riesgo de úlceras por presión. Escala de Braden. [Internet] 2012 [Citado el 2018 Mar 29]:1-3 Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h15_1_escala_braden_prevenccion_.pdf

10. ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT (CAREGIVER BURDEN INTERVIEW)

Cada ítem se valora sí:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

CONCEPTO: Es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Aunque no es el único que se ha empleado para cuantificar el grado de sobrecarga. Consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por tanto, la puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos.⁸⁷

⁸⁷Álvarez Lourdes, González Ana María, Muñoz Pedro. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit: Cómo administrarlo e interpretarlo. Gac Sanit. [Internet]. 2008 [Citado 2017 Sep 18]; 22(6): 618-619. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000600020&lng=es.

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT (CAREGIVER BURDEN INTERVIEW)

Item	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	2
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	3
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	3
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	4
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	3
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	4
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	4
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	0
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	2
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	2
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	3
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	2
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	3
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	4
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	2
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	0
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	2
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	4

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT (CAREGIVER BURDEN INTERVIEW)		
Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	3
22	En general, ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	2
SOBRECARGA LEVE		TOTAL
		50

Ilustración 9. Escala de Zarit Sobrecarga del cuidador. <http://www.hipocampo.org/zarit.asp>. Recuperado el 11 de septiembre del 2017.

INTERPRETACIÓN:

<47: No sobrecarga.

47-55: sobrecarga leve.

>55: sobrecarga intensa.

11. ESCALA DE CAMPELL

HIPOTONIA SEVERA	<ul style="list-style-type: none">•ACTIVO : Inhabilidad para resistir la gravedad. Falta de contracción de las articulaciones proximales para la estabilidad y aparente debilidad.•PASIVO: Ninguna resistencia al movimiento impuesto por el examinador, completo o excesivo rango de movimiento, hiperlaxitud.
HIPOTONIA MODERADA	<ul style="list-style-type: none">•ACTIVO: El tono muscular está disminuido principalmente en los músculos axiales y proximales, interfiere con la cantidad de tiempo en la que mantiene una postura.•PASIVO: Muy poca resistencia al movimiento impuesto por el examinador. se encuentra menos resistencia en el movimiento alrededor de las articulaciones proximales, hiperlaxitud en rodillas y tobillos en las tomas de peso.
HIPOTONIA LEVE	<ul style="list-style-type: none">•ACTIVO: interfiere con las contracciones de la musculatura axial. retraso en el inicio del movimiento contragravedad. reducida velocidad de ajuste a los cambios posturales.•PASIVO: arco de resistencia a los cambios articulares. Completo rango de movimiento pasivo. Hiperlaxitud limitada a manos, tobillos y pies.
NORMAL	<ul style="list-style-type: none">•ACTIVO: Rápido e inmediato ajuste postural durante el movimiento habilidad para usar los músculos en patrones sinérgicos recíprocos para la estabilidad y la movilidad dependiendo de la tarea.•PASIVO: Las partes del cuerpo se resisten al movimiento. Momentáneamente se mantiene una nueva postura cuando es colocado en el espacio. Puede rápidamente seguir cambios de movimiento impuestos por el examinador.

Ilustración 10. <http://www.tratamientoictus.com/2017/07/02/escala-de-hipotonia-de-campbell/>

12. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA ACTUALIZADA

Instrucciones para el Instrumento de Valoración del Autocuidado de acuerdo a la Teoría de D. Orem.

El presente instrumento se elaboró para realizar una valoración exhaustiva, precisa y ordenada, durante la valoración del paciente con las características planteadas en la Teoría del Autocuidado de D. Orem.

Iniciando con el apartado de los condicionantes básicos, que se refieren a las características de todo individuo que incluyen propiedades específicas, las cuales son afectadas por factores ambientales y humanos, los cuales se engloban en 10 factores condicionantes básicos: Orientación sociocultural, disponibilidad y adecuación de los recursos, factores del sistema familiar (diagnóstico y tratamiento), factores ambientales, patrón de vida, como las actividades en las que se ocupa regularmente, factores del sistema familiar como el rol que juega en su núcleo familiar, y por último los aspectos más importantes que involucran solo al individuo como la edad, el sexo, el estado de desarrollo y su estado de salud.

Por lo tanto en el presente instrumento de valoración se toman en cuenta los factores condicionantes básicos en conjunto con los requisitos de autocuidado universal planteados por D. Orem, que representan acciones humanas que se producen a partir de las condicionantes internas y externas del individuo:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
- 4.
5. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
7. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.
8. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
9. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.



Para llevar a cabo el llenado de la cédula, se debe completar los datos personales del paciente de manera general, una vez que se han llenado, se lleva a cabo el llenado de los apartados que incluyen los patrones funcionales marcando con una "X" según corresponda en cada caso, ya que las respuestas involucran si o no por respuesta o bien de acuerdo al apartado que concuerde con cada característica que el paciente refiera dentro de su valoración.

CÉDULA DE VALORACIÓN DEL AUTOCUIDADO DE D. OREM.

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

Nombre (abreviado): Maria Dilia Ferras Edad: 38 Sexo: M () F (x) No. De expediente: 19314304 No. De cama (si el paciente está hospitalizado): 319 Servicio (en el que fue atendido): obstetricia
Hospitalización: Días () Semana () Mes () Estado de salud: Signos Vitales: F.C.: 70 y min. F.R.: 20 y min. T/A: 100/70 mmHg FAM: _____ T: 36 °C Peso Actual: 70 Kg. Talla: 1.63 m IMC: _____
Motivo de consulta: ciudades primarias Diagnóstico actual de: Síndrome de ciudades primarias
Estado de Salud actual: Bueno: (x) Delicado: () Grave: ()
Esquema de inmunizaciones completo: SI (x) NO () Grupo: A () B () O (x) AB () RH: (-)
Asistencia de control médico: SI (x) NO () NSA: 19 años No. De parejas Sexuales: 2
Servicio Médico: Público: (x) Privado: () Otro: ()

1. FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR:

Estado Civil: Soltero () Casado (x) Divorciado () Unión Libre: () Tipo de Familia: nuclear
Rol que ocupa dentro de su hogar: madre Ingresos económicos (Mensuales): CD 40000
Relación con los integrantes de la casa (especifique bueno o malo): Madre: - Padre: bueno Hijos: bueno
Esposa: x Esposo: _____ Lugar de nacimiento: México D.F. Lugar de residencia Actual: Chimaltepec
Ocupación: ama de casa Escolaridad: secundaria Religión: católica

2. FACTORES AMBIENTALES:

Área Geográfica: Urbana (x) Rural () Vivienda: Rentada () Propia (x) Tipo de Construcción: Ladrillo () Concreto: (x) Azulejos: () Mármol: ()
No. De habitaciones: () Sala (-) Comedor (-) Cocina (-) Baño completo (-)
(Están por separados? SI () NO (x) Zoonosis (positiva o negativa según el caso) (-) Fauna nociva SI () NO (x)
Ventilación e iluminación adecuada: SI (x) NO ()

3. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS:

Servicios de urbanización: Agua SI (x) NO (), Luz SI () NO (), Drenaje SI (x) NO (),
Manejo de desechos: SI (x) NO (), Uso de Gas: SI (x) NO (), Leña: SI () NO (x), Carbón: SI () NO (x)
Servicios Públicos: Pavimentación SI (x) NO (), Alumbrado SI (x) NO (), Drenaje SI (x) NO (),
Medios de comunicación: TV SI (x) NO (), Radio SI (x) NO (), Carreó SI () NO (x),
Transporte Público: Metro SI (x) NO (), Camión SI (x) NO (), Auto Propio SI () NO (x)
Cuenta con servicio de: Hospitales SI (x) NO (), Clínicas SI (x) NO (), Farmacias SI (x) NO (),
Centros Educativos: Primarias SI (x) NO (), Secundarias SI (x) NO (), Mercados SI (x) NO (),
Centros comerciales: SI (x) NO (), Parques, teatros y centros deportivos SI () NO (x)

4. PATRÓN DE VIDA, ACTIVIDADES EN LAS QUE SE OCUPA REGULARMENTE:

Realiza ejercicio: SI () NO (x) Con qué frecuencia: Días () Semana () Mes () ~
Acude a centros recreativos: SI () NO (x), Acude a centros religiosos: SI (x) NO (),
Participa en actividades dentro de su comunidad: SI (x) NO (), Tiene buena relación con sus vecinos: SI (x) NO (),
Con sus compañeros de trabajo: SI () NO ()

¿Puede orinar? SI NO ¿Presenta incontinencia? SI () NO () ¿Tiene control al orinar? SI () NO ()
 ¿Qué características tiene su orina? normal ¿Qué olor tiene su orina? no oliente
 ¿Cuántas veces al día orina? 4 veces ¿Utiliza sonda vesical? SI () NO ()
 ¿Presenta algunos de estos síntomas? Disuria SI () NO (), Poliuria SI () NO (), Nicturia SI () NO (),
 Hematuria SI () NO (), ¿Presenta retención al orinar? SI () NO (),
 ¿Qué recursos utiliza cuando tiene problemas para orinar? UTI


En el caso de las mujeres:

¿FUM? 21/01/15 ¿Cada cuándo menstrual? 28 días __ mes ¿Cuántos días dura su menstruación? 4 días.
 ¿Presenta pérdidas intermenstruales? SI () NO (), ¿Cuándo dejó de reglar? 1/1/15
 ¿Presenta flujo vaginal? SI () NO () , ¿Presenta dolor en la zona del vientre? SI () NO () , occasional
 ¿Toma algún medicamento para el control de su periodo menstrual? SI () NO (), ¿Cuál? _____


En el caso de los hombres:

¿Presenta alguna alteración para orinar? SI () NO () , ¿Toma algún medicamento para orinar? SI () NO () ,
 ¿Cuál? _____ ¿Presenta alguna alteración para la eyaculación? SI () NO () ,
 ¿Se ha realizado el examen de la próstata? SI () NO () , ¿Tiene algún problema de la próstata? SI () NO () .


5. MANTENIMIENTO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

¿Descansa durante el día? SI () NO () , Dormir () Sentarse () Ver televisión () Salir a pasear () 
 Después de descansar ¿cómo se siente? mejor conocido ¿Cuántas horas duerme? 3-4 hrs.
 Presenta alguna de las siguientes alteraciones del sueño: Dificultad para conciliar el sueño SI () NO () ,
 ¿Se despierta durante la noche? SI () NO () , ¿por qué? llanto Sueño agitado SI () NO () ,
 Pesadillas SI () NO (), Nerviosismo SI () NO (), Sudoración SI () NO () ,
 ¿La habitación donde duerme favorece su sueño? SI () NO (), ¿Por qué? me recuerda a mi hijo
 ¿Qué hace para conciliar el sueño? en todos Tiene alguna capacidad diferente o limitación física? SI () NO (),
 ¿Cuál? _____ ¿Esto afecta su estado emocional? SI () NO (), ¿Necesita algún cuidado especial? SI () NO (),
 ¿Cuál? _____ ¿Dicha limitación es temporal? SI () NO (),
 ¿Considera que tiene algún tipo de dependencia? SI () NO (), ¿De qué tipo? _____

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

¿Con quién convive la mayor parte del tiempo? Familia () Amigos () Pareja () Solo () 
 ¿Realiza alguna actividad cultural o deportiva? SI () NO (), Acude a eventos sociales SI () NO () ,
 Se considera una persona sociable SI () NO () , Con qué frecuencia realiza dichas actividades SI () NO () , occasional

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

¿Reconoce las condiciones que ponen en peligro su vida? SI NO 

Dispositivos con que cuenta su unidad:

	<input checked="" type="checkbox"/> CAMA CON BARANDALES	<input type="checkbox"/> BANCO DE ALTURA	<input type="checkbox"/> TIMBRE	<input type="checkbox"/> SUJETADORES
--	---	--	---------------------------------	--------------------------------------

Vías Invasivas:

	<input type="checkbox"/> SONDA NASOGÁSTRICA	<input type="checkbox"/> SONDA VESICAL
--	---	--

Catéter Venoso:

	<input type="checkbox"/> PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/> CENTRAL
--	-------------------------------------	----------------------------------

Herida Quirúrgica

	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

Frecuencia del cambio de ropa de cama al día

	<input type="checkbox"/> 1 VEZ	<input type="checkbox"/> 2 VECES
--	--------------------------------	----------------------------------

En caso de limitaciones para el movimiento:

	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

¿Le movilizan periódicamente?

	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

¿Conoce actuales riesgos para su salud?

SI

NO

E. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES.

Reconoce las fortalezas y limitaciones que tiene como persona?

SI

NO

¿Tiene facilidad para adaptarse a situaciones nuevas?

¿Tiene aceptación en los grupos sociales y / familiares donde convive?

¿Sus familiares participan en la atención que se le proporciona al paciente?

¿Los familiares significativos aceptan al paciente con sus limitaciones?



13. CALENDARIO DE ACTIVIDADES ESTUDIO DE CASO Y VISITAS DOMICILIARIAS (FEB-JUN)

ACTIVIDADES	FEBRERO	ABRIL				MAYO		JUNIO
		1a	2a	3a	4a	2a	3ª	
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA ACTUALIZADA		13 de abril						
ACTUALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA E INTERVENCIONES			20 de abril					
REVISIÓN DE AVANCES DE ESTUDIO DE CASO			20 de abril			15 de mayo		
EVALUACIÓN							25 de mayo	
VISITAS DOMICILIARIAS AL PACIENTE	5 de febrero del 2015	17 de abril 2015					21 y 22 de mayo 2015	
PREPARACIÓN FINAL DEL ESTUDIO DE CASO						25 de mayo del 2015	29 de mayo del 2015	
ASESORIAS DE TUTOR	5 de enero del 2015					12 de mayo del 2015	20 de mayo del 2015	
ENTREGA DE TRABAJO FINAL								5 de junio del 2015

14. CALENDARIO DE ACTIVIDADES ESTUDIO DE CASO Y VISITAS DOMICILIARIAS (OCT-ENE)

ACTIVIDADES	OCTUBRE	NOVIEMBRE				DICIEMBRE		ENERO 2015
		1ª	2ª	3ª	4a	1a	2ª	
ELECCION DE PACIENTE PARA ESTUDIO DE CASO	31 de octubre 2014							
PRESENTACION POR ESCRITO Y ADECUACIÓN DEL CASO SELECCIONADO			11 de noviembre 2014					
FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO		3 de noviembre 2014						
APLICACION DE GUIA DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA			17 de noviembre 2014					
VISITAS DOMICILIARIAS AL PACIENTE		5 de noviembre 2014	13 de noviembre 2014	19 de noviembre 2014	26 de noviembre 2014	3 de diciembre 2014	10 de diciembre 2014	
ELABORACION DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA					25 de noviembre 2014		Fallece paciente el día 16 de diciembre del 2014 †	Fallecimiento de la abuelita del paciente el día 07 de enero del 2015 †
ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA						1 de diciembre 2014	11 de diciembre 2014	
ENTREGA DE TRABAJO FINAL								5 de enero del 2015

15. HOJAS DE REGISTRO VISITAS DOMICILIARIAS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO DE ENFERMERIA EN REHABILITACION



Formato de Registro de Visita Domiciliaria

A.D.M.G

Nombre del Paciente _____
Nombre del cuidador primario Maura Dalila Guerra Torres
Fecha de visita: 3 de noviembre
Motivo: Conocer el padecimiento actual ✓

Diagnóstico de Enfermería

Deficit del mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social (expresión y percepción negativa de su imagen corporal) R/c deterioro de la movilidad por efectos incapacitantes del osteosarcoma Mjlo llanto fácil, miedo a la desaprobación y al abandono

Objetivos = lograr la aceptación de su padecimiento que el paciente conozca las características de su padecimiento evaluar el nivel de ansiedad del paciente
- Que el paciente se integre a actividades en familia

Intervenciones de Enfermería

- proporcionar un ambiente de intimidad y seguridad dentro de su habitación durante su baño.
- Realizar terapia de juego con el paciente, con la participación de su mamá y los integrantes de su familia

Cuidados proporcionados

- Cuidados a su piel con higiene al baño utilizando crema hidratante.

Fecha de próxima visita: 13 de noviembre 2014 en su domicilio

Observaciones: * Juegos: lotería, memoria, escribible palabras, sopa de letras, Rompecabezas sencillo

[Firma]
Firma de la enfermera

[Firma]
Firma del paciente y/o Cuidador primario



Formato de Registro de Visita Domiciliaria

Nombre del Paciente A.D.M.G.
 Nombre del cuidador primario Maura Dalila Cuvar Torres.
 Fecha de visita: 13 de noviembre.
 Motivo: Aplicar instrumento de valoración

Diagnóstico de Enfermería
 Deficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (encamado, inactividad total) e/c sensibilidad a la presión, hinchazón, o enrojecimiento en el sitio del tumor más dolor dorsobáscico, poncante y opresivo con un eva de 8/10 a la

Objetivo movilización, llanto fácil, verbalización de incapacidad para movilizable
 → Lograr que haya movilización del paciente sin la manifestación del dolor excesivo, en un corto plazo.

Intervenciones de Enfermería
 Valoración del dolor (escala de EVA).
 Empleo de almohada de semillas para proporcionar un confort.
 Proporcionar un masaje en puntos de presión y encajas de dolor donde el paciente le produzca confort.

Cuidados proporcionados
 Movilización activa en cama con horario
 Se le brinda el tríptico de movilización del paciente en cama y se orienta a la madre.

Fecha de próxima visita: 19 de noviembre

Observaciones: no se aplicó el instrumento de valoración, sino hasta el día 14 de noviembre.

[Firma]
 Firma de la enfermera

[Firma]
 Firma del paciente y/o Cuidador primario



Formato de Registro de Visita Domiciliaria

Nombre del Paciente A.D.M.G.
 Nombre del cuidador primario Mauro Dalia Guerrero Torreón
 Fecha de visita: 19 de noviembre 2014
 Motivo: la madre refiere que orina poco.

Diagnóstico de Enfermería
 Mantenimiento de un aporte de agua insuficiente
 y/o disminución de la ingesta de líquidos m/p.
 gasto urinario por debajo de los parámetros normales.

Objetivo
 Que el paciente logre una ingesta de líquidos adecuada para mantener un equilibrio hídrico.

Intervenciones de Enfermería
 • Realizar valoración focalizada al paciente para identificar los requisitos del aporte de agua.
 • Integrar a la familia, para favorecer el hábito de ingesta de líquidos.

Cuidados proporcionados
 Modificar ingesta de líquidos del niño, de un consumo diario de 500ml diarios de un litro diario, colaborando con la ingesta gradual de líquidos requerida.

Fecha de próxima visita: 20 de noviembre

Observaciones: ardor al orinar, disminución de líquidos corporales, son algunas complicaciones del paciente oncológico.

Firma de la enfermera

Firma del paciente y/o Cuidador primario



Formato de Registro de Visita Domiciliaria

A.D.M.G

Nombre del Paciente _____

Nombre del cuidador primario Maura Dalia Guevara TORRES

Fecha de visita: 26 de noviembre 2014

Motivo: Continúa con dolor exacerbado que limitan el movimiento

Diagnóstico de Enfermería

Limitación del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, [dolor en articulaciones de extremidades superiores, movimientos de la cabeza y cuello. R/c limitación a la movilidad por el proceso degenerativo. m/p falta de movilización de las articulaciones.

Objetivo no afectados, dolor de tipo crónico con EVA de 6/10.

↳ Movilizar articulaciones de las extremidades superiores progresivamente sin incrementar el dolor, a través del ejercicio y masaje terapéutico.

Intervenciones de Enfermería

- Valoración de la inmovilidad, debilidad, atrofia o fuerza muscular, amplitud de movimientos en las articulaciones de las extremidades superiores

Cuidados proporcionados

Incrementar gradualmente la movilización de las articulaciones no afectadas por el padecimiento de osteosarcoma.
 Dar masaje en las extremidades superiores y lubricar la piel.
 Realizar ejercicios isotónicos de flexoextensión.

Fecha de próxima visita: 3 de diciembre

Observaciones: Se le indica lubricación en la pierna afectada por el osteosarcoma ya que también requiere de hidratación

Firma de la enfermera

Firma del paciente y/o Cuidador primario



Formato de Registro de Visita Domiciliaria

Nombre del Paciente A.D.M.G.
 Nombre del cuidador primario Maura Dalia Guzmán TORRES
 Fecha de visita: 3 de diciembre
 Motivo: Fiebre en el paciente. 38 a 39.5°

Valoración de Enfermería focalizada
 Durante su estancia hospitalaria, se le realizó de manera
 honoraria la valoración de signos vitales, principalmente para
 comprobar temperatura corporal ya que presenta episodios de
 fiebre llegando a 38°C

Dx de Enfermería
 Deficit de la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento
 y el bienestar humano s/c sintomatología de la patología actual.
 con aumento de la temperatura local de la piel, vasos superficiales
 se hacen visibles y enrojecimiento de la zona afectada. m/fe fiebre moderada (38°C)

Cuidados proporcionados
 Registro de temperatura.
 Favorecer en el niño una ingesta nutricional y de líquidos
 adecuada durante el día.

Intervenciones de Enfermería en rehabilitación En casa se realiza la
 Aplicación de medios físicos en la zona de la frente, genitales
 y axilas como toallas húmedas. Retirar la bata que usaba.
 Disminuir factores externos que contribuyan a la elevación de
 temperatura

Fecha de próxima visita: 10 de diciembre

Observaciones: En un paciente oncológico los datos de fiebre
podrán ser un signo de infección o actividad tumoral,
por lo que se le explica a la mamá la importancia de controlar
la fiebre.

[Firma]
 Nombre y Firma de la enfermera

[Firma]
 Firma del paciente y/o Cuidador



Formato de Registro de Visita Domiciliaria

Nombre del Paciente A.D.M.G.

Nombre del cuidador primario Maura Dalia Guevara TORRES

Fecha de visita: 3 de diciembre

Motivo: Evaluaciones con dificultad y dolor al colocar el cómodo.

Valoración de Enfermería focalizada

de Realiza una valoración focalizada sobre el uso del cómodo, número de evaluaciones que realiza al día, características y consistencia de las mismas, con la escala de Bristol.

Dx de Enfermería

Alteración en la provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación R/C dificultad para el uso del cómodo y satisfacción de la eliminación mejor, estreñimiento y heces duras.

Cuidados proporcionados

Proporcionar un ambiente de intimidad al paciente cuando realice el uso del cómodo, logando una adecuada satisfacción de la eliminación.

Intervenciones de Enfermería en rehabilitación Orientación a la madre para realizar masaje a marco cólico en sentido de las manecillas del reloj, en un lapso de 5 minutos sin despegar los yemas de los dedos del abdomen.

Fecha de próxima visita: 10 de diciembre

Observaciones: Las complicaciones GI. son habituales en los pacientes oncológicos, el día 10 de diciembre refiere el padre que al colocar el cómodo, fallece el paciente.


 Nombre y Firma de la enfermera


 Firma del paciente y/o Cuidador



Formato de Registro de Visita Domiciliaria

Nombre del Paciente A.D.M.G.
 Nombre del cuidador primario Maura Dalila Guayra Torres.
 Fecha de visita: 10 de diciembre
 Motivo: Ingesta de alimentos

Valoración de Enfermería focalizada
 A la valoración inicial, se encuentra al niño ADMG, con un peso de 3kg, sin embargo la madre refiere que ha perdido 10kg desde que ingresó al hospital

Dx de Enfermería
 Déficit de mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente. (dieta en casa baja en nutrientes) imp disminució de masa muscular. y peso de 10kg. desde que ingresó al hospital P/c. Intolerancia de alimentos elaborados en casa, reduce fuente la nutrición

Cuidados proporcionados y duración de la comida menor a 30min
 Dieta en quintos, posada y a demanda del niño

Intervenciones de Enfermería en rehabilitación
 se identifica el grupo de alimentos del agrado del niño, y de ese modo se realiza un plan alimenticio adecuado a las necesidades del niño.

Fecha de próxima visita:

Observaciones: La desnutrición del paciente neonatal produce disminución de masa muscular

[Firma]
 Nombre y Firma de la enfermera

[Firma]
 Firma del paciente y/o Cuidador



Formato de Registro de Visita Domiciliaria

Nombre del Paciente M.D.G.T
 Nombre del cuidador primario —
 Fecha de visita: 10 de diciembre 2014.
 Motivo: Síndrome del cuidador primario.

Valoración de Enfermería focalizada
 Se realiza una valoración de la independencia de las actividades de la vida diaria del paciente en base a la escala de Barthel. evaluación de las actividades que requiere realizar la mamá durante el día, y se valoran los cuidados que requiere

Dx de Enfermería el niño.
 Alteración del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo del cuidador primario r/c ser la única persona a cargo del niño la mayor parte del día m/p. alteraciones del sueño; incapacidad para realizar actividades de casa y dinámica familiar alterada.

Cuidados proporcionados
 • Reunir a la familia para que realice actividades lúdicas con el niño
 • Propuesta de ver televisión por cable mientras su mamá concluye sus actividades domésticas.

Intervenciones de Enfermería en rehabilitación
 o de se propone al niño realizar dibujos o escribir sus temores o dudas para que se dialoguen entre familia

Fecha de próxima visita: —

Observaciones: Los pacientes con enfermedades terminales frecuentemente necesitan más atención que aquellos cuya enfermedad es curable.

Anna Victoria Guierrez
 Nombre y Firma de la enfermera

[Firma]
 Firma del paciente y/o Cuidador



Formato de Registro de Visita Domiciliaria

Nombre del Paciente M.D.G.T.
 Nombre del cuidador primario
 Fecha de visita: 17 de abril del 2015.
 Motivo: Duelo por la pérdida de su hijo.

Valoración de Enfermería focalizada
 se realiza una segunda valoración focalizada, donde se valora la etapa de duelo en la que se encuentra la madre tras los 4 meses que han pasado desde el deceso

Dx de Enfermería de su hijo
 Déficit en la promoción del funcionamiento del desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial conocimientos de las limitaciones y deceso de Jek normal r/c pérdida por el fallecimiento de su hijo m/p lentitud,

Cuidados proporcionados negación y evasión de la realidad, no contesta llamadas para la continuidad del estudio de caso evaluación del ambiente familiar, el día 17 abril. Lectura del libro de pinto 12 con amor, la muerte de los hijos

Intervenciones de Enfermería en rehabilitación
 proporcionar la integración familiar a través de un terpeico sobre el duelo.
 Realizar una oración de ambos seres fallecidos.

Fecha de próxima visita: _____

Observaciones: MISCOM- mensajes en nombre de ADMG.

[Firma]
 Nombre y Firma de la enfermera

[Firma]
 Firma del paciente y/o Cuidador



Formato de Registro de Visita Domiciliaria

Nombre del Paciente M.D.G.T.

Nombre del cuidador primario

Fecha de visita: 21 de mayo 2015

Motivo: Coadyuvar en el proceso de duelo que experimentan los familiares de la familia M.G.

Diagnóstico de Enfermería
 Promoción del mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción R/C elaboración del duelo familiar m/p contacto físico con la familia y promoción del

Objetivo manejo del duelo a través de técnicas y lecturas relacionadas
Coadyuvar en el proceso de duelo que experimentan los familiares de la familia M.G.

Intervenciones de Enfermería
 Se da un espacio de 3 meses a la familia a experimentar el duelo vivido, por el fallecimiento de la abuelita y del niño ADMG.

Cuidados proporcionados
 Se proporciona un tríptico de Duelo en la familia..
 Elaboración de una carta dirigida a la fallecida, para realizar un proceso de catarsis en el proceso de duelo.

Fecha de próxima visita: —

Observaciones: Trabajo de duelo por favor para que los familiares construyan una nueva identidad que deje espacio para abrir la pérdida

[Firma]
 Firma de la enfermera

[Firma]
 Firma del paciente y/o Cuidador primario

16. TRÍPTICOS

MEDIDAS PREVENTIVAS

TRANSFERENCIA DE LA CAMA A UNA SILLA DE RUEDAS.

- Coloque la silla de ruedas en la lateral de la cama (paralelo a la misma).
- Frenar la silla de ruedas antes de iniciar la transferencia.
- Póngase frente al paciente que se va a transferir.
- Coloque una pierna ligeramente flexionada hacia el frente y la otra por detrás ligeramente flexionada.
- Pídale a su paciente que colabore poniendo las manos sobre sus hombros.
- Sujételo a nivel de la cintura.
- Realice el giro, con su paciente/persona, trabajando con las piernas y no realizando el esfuerzo sólo con su espalda



DIRECTORIO INR

Dr. Luis Guillermo Ibarra
Director General del INR

Dr. Juan Antonio
Madinaveitia Villanueva
Director Quirúrgico

M.A.H. y S.P. Leticia
González González.
Sub-Directora de Enfermería.

Dr. Martin Pantoja Herrera.
Jefe del Departamento de
Enseñanza e
Investigación de Enfermería

LEO. Nohemí Ramírez
Gutiérrez
Coordinadora del Posgrado
de Enfermería en
Rehabilitación

DIRECTORIO ENEO

Mtra. María Dolores Zarza
Arizmendi.
Directora.

Dra. Ma. Ángeles Torres
Lagunas
Jefa de la división de
Estudios de Posgrado.

Mtra Alicia Hernández
Cantoral
Secretaria Académica de la
división de Estudios de
Posgrado.

Lic. Cristina Balan Gleaves
Coordinadora del Plan Único
de Especialización en
Enfermería

ELABORADO POR LA ALUMNA DEL
POSGRADO EN ENFERMERÍA EN
REHABILITACION:

LEO. GUTIERREZ SANCHEZ ANNA VICTORIA.

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
AV. MEXICO XOCHIMILCO 289,
COL. ARENAL DE GUADALPE CP 14389
DELEGACION TLALPAN
TELEFONO: 59991000



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MOVILIZACION Y TRANSFERENCIA DEL PACIENTE



Referencia bibliográfica.

<http://tallervinagorro.blogspot.mx/2013/11/movilizaciontra-slado-y-deambulacion.html>

MOVILIZACION

La Movilización, son los movimientos que se realizan sobre una misma superficie implicando cambios de posición o de situación, por ejemplo: girarse en la cama.



CONOCER SOBRE LA FORMA ADECUADA DE MOVILIZAR A NUESTROS PACIENTES ES IMPORTANTE.

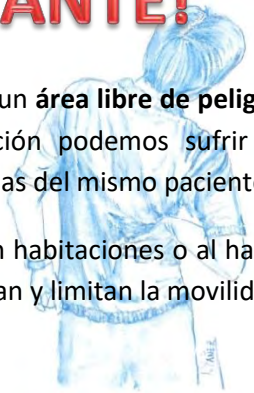
Cuando este se encuentra con una limitación para la movilización, debemos conocer qué medidas tomar para evitarle un daño mayor y a su vez cuidar las posturas que adoptamos durante la movilización.

LA MALA POSTURA CORPORAL PUEDE DESENCADENARSE POR UNA MALA COLOCACIÓN AL TRASLADAR A LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

¡IMPORTANTE!

Debemos procurar mantener un **área libre de peligros** ya que durante la movilización podemos sufrir de tropezones, resbalones, y caídas del mismo paciente.

Debido al espacio reducido en habitaciones o al haber muchos objetos que nos rodean y limitan la movilidad.



Referencia bibliográfica.
<http://www2.unicen.edu.bo/ofyk/wp-content/uploads/2013/07/tecnicas-de-Movilizacion-y-Transferencias-de-Pacientes.pdf>

MEDIDAS PREVENTIVAS

Durante la movilización de nuestro paciente debemos tomar en cuenta lo siguiente para evitar lesionarnos:

- Mantener la espalda recta.
- Flexionar las piernas, caderas y rodillas.
- Acercar todo nuestro cuerpo hacia la persona que vamos a mover para poder distribuir el peso del mismo.
- Debemos sujetar firmemente a la persona que movilizamos para evitar caídas.
- Mantener nuestros pies separados y al frente esto nos evitara perder el equilibrio.
- Sincronizar los movimientos para hacerlo en un solo movimiento y firme.



Referencia bibliográfica.
http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/ServiciosSocialesFamilia/Documentos/DEPENDENCIA/02_La%20tarea%20de%20cuidar_Higiene%20postural.pdf

TRANSFERENCIA

- Las Transferencias consisten en realizar movimientos de nuestro paciente de una superficie a otra.

IMPORTANTE

SABER CÓMO REALIZAREMOS LA TRANSFERENCIA DE NUESTRO PACIENTE Y SI EL PUEDE COLABORAR CON NOSOTROS.



APOYOS QUE FACILITAN LA TRANSFERENCIA

- Tabla de transferencia.
- Silla de transferencia plegable.
- Asidero para la bañera.
- Silla giratoria para bañera.



Referencia bibliográfica.
http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/ServiciosSocialesFamilia/Documentos/DEPENDENCIA/02_La%20tarea%20de%20cuidar_Higiene%20postural.pdf

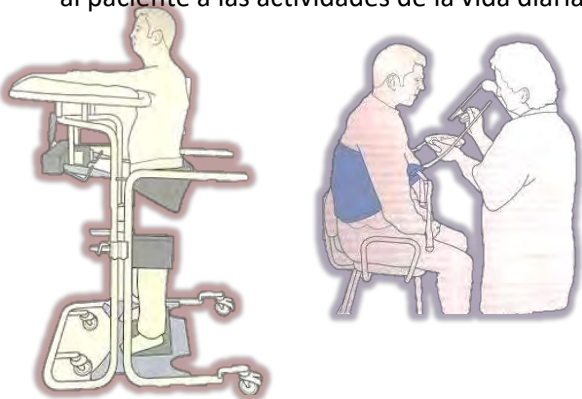


POSICIÓN Y SEDESTACIÓN

Estar de pie es una forma de mantener la longitud de las partes blandas, modular el tono muscular y activar la acción extensora.

LAS ESTRUCTURAS ELÉCTRICAS DE BIPEDESTACIÓN:

Pueden hacer que los pacientes permanezcan de pie por periodos largos; lo que hace que se soporte el peso y se mantenga en adaptación con la gravedad. Al mismo tiempo se puede comenzar a integrar al paciente a las actividades de la vida diaria



La habilidad para caminar después de un reposo prolongado dependerá de varios factores:

- La severidad de la lesión.
- El tiempo transcurrido desde la lesión.
- La edad.
- El nivel de la condición física.
- Otras lesiones.
- El nivel de la sensibilidad.
- Otros problemas como la espasticidad (rigidez) o problemas de las articulaciones (contracturas).
- El nivel del dolor que tenga el paciente.

Referencia bibliográfica.

Modelis, S. (s.f). *Lesión de la médula espinal y rehabilitación de la marcha*. Recuperado el 1 de 02 de 2015, de http://www.msctc.org/lib/docs/sci_gait-span_bzedits.pdf

DIRECTORIO INR

Dr. Luis Guillermo Ibarra
Director General del INR

Dr. Juan Antonio
Madinaveitia Villanueva
Director Quirúrgico

M.A.H. y S.P. Leticia
González González.
Sub-Directora de Enfermería.

Dr. Martin Pantoja Herrera.
Jefe del Departamento de
Enseñanza e
Investigación de Enfermería

LEO. Nohemí Ramírez
Gutiérrez
Coordinadora del Posgrado
de Enfermería en
Rehabilitación

DIRECTORIO ENEO

Mtra. María Dolores Zarza
Arizmendi.
Directora.

Mtra. Reyna Matus Miranda.
Jefa de la división de
Estudios de Posgrado.

Dra. Angélica Ramírez Elías
Secretaría Académica de la
división de Estudios de
Posgrado.

Lic. Cristina Balan Gleaves
Coordinadora del Plan Único
de Especialización en
Enfermería

ELABORADO POR LA ALUMNA DEL POSGRADO EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN:

LEO. GUTIERREZ SANCHEZ ANNA VICTORIA.

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
AV. MEXICO XOCHIMILCO 289,
COL. ARENAL DE GUADALPE CP 14389
DELEGACION TLALPAN
TELEFONO: 59991000



IMPORTANCIA DE LA POSTURA EN EL PACIENTE ENCAMADO



POSTURAS ARTICULARES

El objetivo primordial para una persona con lesión medular es recuperar su autonomía y la realización independiente de sus actividades básicas de la vida diaria, como vestirse, alimentarse, bañarse e ir de compras.

¡IMPORTANTE!

PARA ELIMINAR LA COMPRESIÓN DE LOS PUNTOS DE APOYO **ES IMPORTANTE REALIZAR CAMBIOS POSTURALES CADA DOS HORAS O CADA CUATRO HORAS CONFORME A LAS MANECILLAS DEL RELOJ LAS 24 HORAS DEL DÍA**



Ilustración 11
<http://www.pacientesycuidadores.com/wp->

LA MALA POSTURA CORPORAL PUEDE DESENCADENARSE POR UNA MALA COLOCACIÓN AL MOVILIZAR A LA PERSONA EN CAMA

Referencia bibliográfica.

http://www.lesionadomedular.com/cgi-bin/articulos/ver_articulo.cgi?id_articulo=151&ea=1

MOVIMIENTOS

- Es importante facilitar y utilizar cualquier movimiento activo existente.
- Siempre que el paciente tenga algún movimiento activo, hay que animarlos a participar en la actividad.

OBJETIVOS:

- ✓ Ayuda a la circulación sanguínea.
- ✓ Mantener la longitud muscular y evitar contracturas musculares.
- ✓ Conservar las articulaciones flexibles.
- ✓ Conservar patrones de movimientos normales.

Los movimientos se ponen en marcha de inmediato después de la lesión medular.

POSICIONES EN CAMA

DECÚBITO LATERAL (de lado): Es una posición en cama que puede usarse para evitar mantener la flexión y extensión forzada del cuerpo y aliviar la presión.

El uso de almohadas en "T" o redondas, ayudan a proporcionar un apoyo adaptable y aliviar el cambio de posición.



POSICIÓN DE TAILOR O DE "rana": Se emplea esta posición en cama para impedir el desplazamiento de la columna durante los movimientos pasivos y así evitar un tono de extensión

Referencia bibliográfica.

Stokes, M. (2006). Fisioterapia en la rehabilitación neurológica (2 ed.). España: Elsevier.

POSICIÓN Y SEDESTACIÓN

La posición y sedestación (sentarse) en la rehabilitación, son esenciales para:

- Maximizar la función del paciente.
- Reducir las posturas mantenidas.
- Evitar úlceras por presión.
- Mantener la longitud de las partes blandas.
- Reducir las molestias y los estímulos dolorosos.
- Promover el contacto con otros pacientes.

MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA SILLA DE RUEDAS

- La silla donde se coloca debe ser adecuada a la altura y constitución del paciente.
- La cadera debe estar en posición de 90°, es decir a la misma altura que la rodilla y los pies también a 90°.
- Un cojín que prevenga úlceras por presión cómodo para el paciente.
- Mantener la espalda recta.

90°

Referencia bibliográfica.

http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/ServiciosSocialesFamilia/Documentos/DEPENDENCIA/02_La%20tarea%20de%20cuidar_Higiene%20postural.pdf

NO LO SOPORTARÉ...

No se nace feliz o infeliz.

Se aprende a ser felices en base al modo en que se afrontan las realidades de la vida.

La felicidad de la persona no está ligada a la ausencia de problemas o de adversidades, sino a su capacidad de afrontarlos positivamente”

Pangrazzi



¿CUÁNTO DURA EL DUELO?

No se puede decir que el duelo se mantiene un tiempo determinado porque su duración es muy variable. Cada persona tiene su propio ritmo y necesita un tiempo distinto para la adaptación a su nueva situación.

Referencia bibliográfica.

El duelo.
<http://duelo.wikispaces.com/file/view/duelo.jpg/180457851/488x285/duelo.jpg>

DIRECTORIO INR

Dr. Luis Guillermo Ibarra
Director General del INR

Dr. Juan Antonio
Madinaveitia Villanueva
Director Quirúrgico

M.A.H. y S.P. Leticia
González González.
Sub-Directora de Enfermería.

Dr. Martin Pantoja Herrera.
Jefe del Departamento de
Enseñanza e
Investigación de Enfermería

LEO. Nohemí Ramírez
Gutiérrez
Coordinadora del Posgrado
de Enfermería en
Rehabilitación

DIRECTORIO ENEO

Mtra. María Dolores Zarza
Arizmendi.
Directora.

Dra. Ma. Ángeles Torres
Lagunas
Jefa de la división de
Estudios de Posgrado.

Mtra Alicia Hernández
Cantoral
Secretaria Académica de la
división de Estudios de
Posgrado.

Lic. Cristina Balan Gleaves
Coordinadora del Plan Único
de Especialización en
Enfermería

ELABORADO POR ELABORADO POR ALUMNOS DE POSGRADO EN ENFERMERIA EN REHABILITACION

L.E. POLONIA LOPEZ AGUIRRE
L.E. JULIO CESAR YAÑEZ AVENDAÑO

MODIFICADO POR

LEO. GUTIERREZ SANCHEZ ANNA VICTORIA.

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION

AV. MEXICO XOCHIMILCO 289,
COL. ARENAL DE GUADALPE CP 14389
DELEGACION TLALPAN
TELEFONO: 59991000



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ELABORAR EL DUELO

El duelo es tan natural como llorar cuando te lastimas, dormir cuando estas cansado, comer cuando tienes hambre, es la manera que tiene la naturaleza de curar un corazón roto

Doug Manning



¿QUÉ ES EL DUELO?



Ilustración 12 http://images.slideplayer.nl/8/2106933/slides/slide_2.jpg

El Duelo es el doloroso proceso normal de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad.

Elaborar el duelo significa, ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y traspasar el dolor y la frustración que comporta su ausencia.

POR ELABORACIÓN DEL DUELO SE ENTIENDE EL TRANCURSO EL PROCESO DESDE QUE LA PÉRDIDA SE PRODUCE HASTA QUE SE SUPERA, ESTA ELABORACIÓN PUEDE COMENZAR ANTES DE LA PÉRDIDA EN EL CASO DE QUE ÉSTA SE PUEDA PREVER CON CIERTA ANTELACIÓN.



LO QUE NO DEBES HACER

- δ Nunca cierres tu corazón al dolor. Registra y expresa las emociones que surjan, no las reprimas.
- δ No te hagas el fuerte, no te guardes todo para adentro, permítete el llanto. te mereces el derecho de llorar cuanto sientas, Llorar es tan humano como reír.
- δ No dejes de buscar aquellas personas con las cuales puedas expresarte tal y como estás.
- δ No te hagas expectativas mágicas, prepárate para las recaídas (el suceso inesperado, una visita, el aniversario).
- δ No te maltrates, aunque las emociones que vives sean muy intensas. Recuerda que el peor enemigo en el duelo es no quererse.
- δ Necesitas sentir el dolor y todas las emociones que lo acompañan. Tristeza, rabia, miedo, culpa. Tu alma ha sido mutilada y hoy resiente lo que le falta.
- δ No dejes de pedir ayuda, no interrumpas tu conexión con los otros. Dale la oportunidad a tus amigos y seres queridos de estar contigo.



Referencia bibliográfica.

Guía de duelo adulto
<http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-trafico/aspectos-psicologicos/guia-de-duelo-adulto.pdf>

LO QUE DEBES HACER

- ✓ Date el permiso de sentirte mal, sentir el dolor plenamente. Ahora. O con el tiempo saldrá ese dolor a flote.
- ✓ Confía en tus recursos para salir adelante. Acuérdate de cómo resolviste situaciones difíciles en tu vida.
- ✓ Si quieres sanar tu herida, necesitas dar algunos pasos difíciles para recuperarte.
- ✓ Habla de tu pérdida a otros, de tus experiencias, enséñales a otros.
- ✓ Elige entre esperar y no recorrer tu camino o permitirte una tenue esperanza.
- ✓ Suelta el pasado la vida te llena de nuevas posibilidades.
- ✓ Aprende: Tareas que otro hacía, nuevas formas de relación familiar y amigos, aprende a vivir con algo menos.



EMPIEZA TU VIDA DE "NUEVO". NO OTRA VEZ.



Referencia bibliográfica.

Guía de duelo adulto
<http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-trafico/aspectos-psicologicos/guia-de-duelo-adulto.pdf>



Referencia bibliográfica.

Elaboración del duelo
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/moc/zaragoza_t_rt/capitulo1.pdf

¿QUE PUEDE AYUDAR?

La experiencia de las pérdidas sucedidas a lo largo de la vida ayudan a entender la intensidad y el significado de las nuevas pérdidas.

APOYO PSICOLÓGICO:

-Buscar el apoyo de familiares y amigos más cercanos.

-Comparta su experiencia, ya sean malos o buenos momentos vividos, con personas diferentes que experimenten una situación similar.

-Vivir y disfrutar de pequeños detalles que ahora apreciamos con mayor sensibilidad.

-Es aconsejable permitirse experimentar el duelo ante la pérdida de un ser querido.

-Leer libros, poemas o frases relacionadas con el duelo puede ser una forma de reconocer los propios sentimientos o de reflexionar sobre el significado de lo sucedido.



Referencia bibliográfica.

<http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/prevention-wellness/emotional-wellbeing/mental-health/grieving-facing-illness-death-and-other-losses.html>

DIRECTORIO INR

Dr. Luis Guillermo Ibarra
Director General del INR

Dr. Juan Antonio
Madinaveitia Villanueva
Director Quirúrgico

M.A.H. y S.P. Leticia
González González.
Sub-Directora de Enfermería.

Dr. Martin Pantoja Herrera.
Jefe del Departamento de
Enseñanza e
Investigación de Enfermería

LEO. Nohemí Ramírez
Gutiérrez
Coordinadora del Posgrado
de Enfermería en
Rehabilitación

DIRECTORIO ENEO

Mtra. María Dolores Zarza
Arizmendi.
Directora.

Dra. Ma. Angeles Torres
Lagunas
Jefa de la división de
Estudios de Posgrado.

Mtra Alicia Hernández
Cantoral
Secretaria Académica de la
división de Estudios de
Posgrado.

Lic. Cristina Balan Gleaves
Coordinadora del Plan Único
de Especialización en
Enfermería

ELABORADO POR ALUMNO DEL POSGRADO EN ENFERMERÍA EN REHABILITACION:

LEO. RAMÍREZ RAMÍREZ CARLOS

MODIFICADO POR LA ALUMNA DEL POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN:

LEO. GUTIERREZ SANCHEZ ANNA VICTORIA.

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION

AV. MEXICO XOCHIMILCO 289,
COL. ARENAL DE GUADALPE CP 14389
DELEGACION TLALPAN
TELEFONO: 59991000



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DUELO EN LA FAMILIA



DUELO

Proceso de adaptación que permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto con la muerte del ser querido.

¡IMPORTANTE!

Cuando fallece un ser querido se altera el equilibrio del sistema familiar y la consiguiente adaptación a la pérdida supone una reorganización, a corto y a largo plazo, en la que las etapas de duelos familiares e individuales se influyen recíprocamente



<http://noticias.universia.net.mx/mx/images/investigacion/p/po/pod/podemos-generar-mentalmente-una-activacion-cerebral-vinculada-a-sensaciones-tactiles.jpg>

El duelo es un proceso de transición, un proceso que supone una afirmación de terminación de la vida y una afirmación de continuación de la vida.

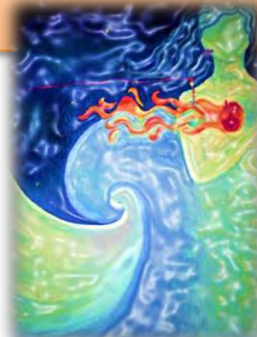
Referencia bibliográfica.

El Proceso de duelo y la familia.
<http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/aspectos-psicosociales/duelo/procesol%20de%20duelo%20y%20familia%20PEREZ.pdf>.

DUELO FAMILIAR

Proceso Familiar que se pone en marcha a raíz de la pérdida de uno de sus miembros

Durante el proceso del duelo se pueden producir una serie de pensamientos, sentimientos y conductas fruto de la pérdida y que, en principio, se pueden considerar normales.



http://api.ning.com/files/5sVOZw2m8MDWvpH-pW6KKVDJ5-fBPyde82d3j*FVJWwckCdG1MTbH7EL3Ds00mm-kIZDmgTH0Br7MFsNvbbALn9W1B2NwtAP/renacer4.jpg

ETAPAS DEL DUELO

Negación: "Esto no está sucediendo. No a mí"

Ira: "¿Por qué está sucediendo? ¿Quién tiene la culpa?"

Negociación: "Haré un cambio en mi vida, solo si eso significa que esto no me sucederá"

Depresión: "Ya no me importa"

Aceptación: "Estoy en paz con lo que está sucediendo".

Referencia bibliográfica.

<http://www.saludymedicinas.com.mx/assets/img/Etapas-Duelo-Muerte-Hijo-Salud-Mental-Emocional.jpg>

MANIFESTACIONES DEL

DUELO

-Reacciones físicas: Llanto, somnolencia, insomnio, falta de aire, pérdida de pelo, sudor, temblores, sequedad de boca, momentos de pánico, dolor de cabeza, dolor de estómago, falta de deseo sexual

-Reacciones cognitivas: Ideas de suicidio, falta de interés, de memoria, pérdida de control, dificultad para controlar el carácter, necesidad de localización del ser querido, pérdida del sentido de la propia vida

-Reacciones conductuales: Problemas familiares, sociales, económicos, aislamiento, disminución de actividad, drogadicción, alcoholismo, atesorar pertenencias, llanto, risa.

-Reacciones espirituales: Refugio en la fe y las creencias religiosas, pérdida de sentido de la propia vida, crisis de las propias creencias, balance de la propia vida, dudas existenciales (¿dónde estará?, ¿habrá servido para algo su vida?, ¿le veré algún día?)



La situación de mayor peligro para una resolución adaptativa del duelo dentro del ámbito familiar es la represión de la emoción y el aislamiento.

<http://piensasolucionesenpsicologia.wordpress.com/2010/11/19/afrentar-el-duelo/>

Referencia bibliográfica.

http://bienestar.salud180.com/sites/default/files/styles/medium/public/field/image/2010/12/logoterapia_hijo_muerte.jpg?itok=CqYscpZa



17. LECTURA DEL LIBRO DÉJALOS IR CON AMOR. NANCY O´CONNOR. “La muerte de los hijos”.

la primera pérdida por muerte que experimenta un niño es la del abuelo. La forma en que los padres manejan su propio dolor, se convierte en un modelo para que los niños elaboren las pérdidas por muerte en el futuro. Si el niño mantenía una relación íntima con el abuelo, su fallecimiento puede ser devastador para él.

Si los nietos son adultos cuando muere un abuelo, a menudo son el apoyo más cercano y efectivo que tiene un padre. Cuando murió mi madre, le pregunté a mi hijo, ya crecido, qué sentía al haber perdido a su abuela. Me respondió: "Me sentí un poco triste por mí, pero aliviado por tí". Mi madre había estado enferma durante varios años antes de su muerte. Mi hijo pudo reconocer el estrés que causaba su enfermedad, principalmente en mí.

El adulto sin hijos con frecuencia se siente realmente huérfano cuando se queda sin familia. Necesita aumentar sus amistades y relaciones para asegurar un sistema de apoyo.

Cuando mueren los padres y adoptamos el papel de los mayores en la familia, suele surgir una percepción de nuestra propia muerte. Algunas veces no tendremos quien nos releve. Puede ser triste el pensar que no viene ninguna generación detrás, incluso cuando es una elección propia el no tener hijos.

Durante la elaboración del duelo es importante mantener estos sentimientos en perspectiva; no podemos garantizar el futuro, como no podemos cambiar el pasado. La sucesión de generaciones y las conflictivas emociones del duelo, pronto asumirán el enfoque adecuado, una vez que hayas reanudado tu vida normal.

6

La muerte de los hijos

Sabrás que estás progresando cuando ...

- ... puedas recordar a tu hijo con una sonrisa
- ... puedas comprender que los comentarios dolorosos que hacen otras personas son producto de la ignorancia
- ... puedas ayudar a otras personas
- ... dejes de temer a los días festivos
- ... puedas permanecer en los oficios religiosos en la iglesia sin llorar
- ... te puedas concentrar en algo más aparte de tu hijo
- ... encuentres algo que agradecer a Dios
- ... puedas estar solo en tu casa sin que eso te inquiete
- ... ya no sientas que tienes que ir al cementerio todos los días o todas las semanas
- ... puedas tolerar el sonido del llanto de un bebé
- ... no tengas que apagar el radio cuando escuches su música favorita
- ... encuentres algo que te haga reír
- ... puedas pasar por el hospital o por esa esquina sin gritar
- ... ya no te sientas agotado todo el tiempo
- ... puedas apreciar un puesta del Sol, el olor del césped recién cortado, el dibujo en las alas de una mariposa

UN PADRE AFLIGIDO
CARMEL, INDIANA

La muerte de un hijo, especialmente el propio, es algo que a la mente humana le resulta muy difícil comprender, parece que es algo que va en contra de la naturaleza. El fin de una vida que aún se está formando o apenas empieza, es una crueldad casi inconcebible, pero sucede.

Algunas veces, los padres tienen que presenciar la enfermedad o sufrimiento y la consecuente muerte de los hijos a quienes dieron la vida. Y esos padres tienen que seguir viviendo. Tal vez tengan otros hijos a quienes cuidar; es probable que vuelvan a ser padres otra vez. Para la madre y el padre la vida sigue su marcha, aun cuando nada llenará nunca el lugar vacío del hijo fallecido. Aunque tu hijo se haya ido, todavía tienes un futuro, no obstante lo gris e indigno que parezca al principio.

Independientemente de la edad del hijo, ya sea bebé, niño pequeño, adolescente o adulto, cuando mueren los hijos los sentimientos son devastadores. El papel del padre es el amar, proteger, enseñar y cuidar a su hijo. Los padres *esperan* morir antes que sus hijos, es el orden natural de la vida. Cuando la situación se revierte y el hijo muere primero que los padres, parecería que algo está equivocado.

Sin embargo, nunca sabemos por qué muere una persona y otra vive. Sabemos que los afligidos sobrevivientes deben seguir viviendo, recuperarse de la pérdida y continuar su vida. Aunque la muerte se lleve a tu hijo, el amor nunca desaparece.

El duelo después de la muerte de un hijo es uno de los más prolongados y una de las pérdidas con las que es más difícil vivir. Es necesario lidiar con tus propias emociones y las de otros miembros de la familia. Algunas veces, cuando un hijo padece una enfermedad prolongada, también tienes que enfrentarte a su sufrimiento.

MUERTE DE UN HIJO POR ENFERMEDAD Actualmente, el cáncer, la leucemia y otras formas de malignidad son los responsables de un buen número de muertes entre niños pequeños. Cuando al niño y a los padres se les advierte por anticipado de la inminencia de la muerte, se tiene la oportunidad de elaborar parte del dolor de la separación y la pérdida antes de que ocurra el fallecimiento.

En estos casos, siempre surge la duda sobre si debe decirse a un niño que está a punto de morir, para tomar esta decisión, es importante considerar la edad del niño, por ejemplo, si tiene tres años o más de edad, se le debe decir la verdad en una forma que le sea fácil comprender. Se puede recurrir a un relato o cuento que lo ayude a relacionarlo

directamente con alguna experiencia previa con la muerte. Tal vez murió un cachorro, o un pez o un pájaro, o un pariente distante, si se toma esa situación como punto de referencia, será más fácil explicarle al niño las circunstancias actuales. Las ideas religiosas o algún otro concepto también pueden adaptarse a la explicación de lo que está sucediendo en la vida del niño.

La muerte de un hijo obliga a los padres a confrontar su propia comprensión acerca del *significado* de la muerte. Básicamente, esto es lo que tratarán de explicar al niño; no sólo los hechos de la muerte, sino cierta idea de su significado en términos religiosos o espirituales o filosóficos. Esa explicación se debe exponer con palabras y conceptos que pueda entender el niño.

Por ejemplo, Jim, un inteligente niño de ocho años, padecía una enfermedad mortal en los riñones. En la escuela, su materia favorita eran las matemáticas. Varias veces les había preguntado a sus padres acerca del último número... el número *realmente* último. "Puedo contar hasta 100, 1 000, 10 000 y más, pero ¿cuál es el último número?", preguntaba. Su madre le dijo que los números no terminaban, que al último número se le conocía como el infinito porque proseguía interminablemente. Cuando siguió preguntando acerca del *último* número, la madre le dijo finalmente que no lo sabía, que el único que podría saberlo era Dios. Cuando sus padres hicieron acopio de valor y hablaron con Jim acerca de su enfermedad y su próxima muerte, él dijo: "Bueno, tal vez ahora pueda descubrir cuál es el *último* número. Al llegar al cielo, le preguntaré a Dios qué es el infinito".

La respuesta de Jim es típica. En algún nivel de la conciencia, el niño, generalmente, sabe que su enfermedad es seria. Pero para un niño, el significado de la muerte estará limitado a su pequeña experiencia personal y a los relatos que pueda haber escuchado de amigos o leído en libros.

Un niño muy pequeño sólo puede relacionar la muerte con la separación de sus padres, para él la ansiedad de la separación es un temor constante de pérdida, especialmente de la madre. Los niños pequeños relacionarán la muerte en esos términos, en términos de alejamiento, de abandono, de soledad. No sentirán la tristeza o la profundidad del significado con la misma intensidad que sus padres.

Es posible que a sus padres les preocupe que no puedan controlar sus emociones y rompan a llorar frente al niño, pero dejar fluir las lágrimas, la tristeza y otras emociones es lo más natural y real. La exposición de una fachada valiente y estoica no sólo será falsa, sino que puede propiciar que el niño trate de comportarse en la misma forma y no se sienta libre para llorar y expresar sus verdaderos sentimientos.

La mayoría de los informes de niños (y adultos) cuya muerte se aproxima, revelan que lo que quieren y con lo que se sienten cómodos es con la realidad y la verdad, la sinceridad y la honestidad. La falsedad desorienta y consume energía, despoja a la persona moribunda del derecho a terminar su vida con honestidad y apego a la realidad. Las promesas de "cuando estés mejor", o "cuando vuelvas a casa", cuando todos saben que el niño se está muriendo y nunca regresará a casa, son insultos que defraudan a ambos.

Además, los niños son sensibles a las señales no verbales, ellos se dan cuenta cuando estás fingiendo o no eres sincero. Por tanto, si tus palabras no armonizan con tu expresión facial o con lo que revela tu cuerpo el niño se desorienta. El toma como guía para su comportamiento, el tuyo. Se abierto y sensible con tus palabras y acciones. No te pongas trabas para expresar amor, tristeza o cualquier otra emoción que pueda surgir, y así él se sentirá libre también para expresar sus sentimientos. Responde a las preguntas del niño con toda la franqueza que puedas. Si no conoces la respuesta, búscala.

Por otro lado, recuerda que tú empleaste al médico y al personal del hospital; estás pagando sus servicios, no necesitas su aprobación acerca de lo que *tú le dices al niño*. Deberás ser firme al solicitarles que sean honestos con tu hijo, al igual que con cualquier servicio o consideración especial que quieras o necesites.

Una vez que le hayas dicho la verdad al niño en un lenguaje que pueda comprender, es importante que él siga su propio proceso natural del duelo: su edad, personalidad y patrones para manejar la tensión de la situación y el cambio serán los que determinen la forma en que responda al duelo. Recuerda: su respuesta puede ser *diferente* a la tuya, así que no interfieras en su elaboración del dolor. Un niño callado y tímido probablemente no quiera hablar sobre ello, ni quiera que sus amigos lo sepan. Un niño extrovertido tal vez quiera seguir jugando

beisbol hasta donde le sea posible. Un adolescente querrá vivir lo suficiente para asistir al baile de graduación.

A partir de la primaria, las actitudes de los niños cada vez son más importantes. Ayuda a tu hijo a continuar una vida lo más normal posible, los meses y días finales serán más tolerables si prosiguen las relaciones con amigos y compañeros de escuela.

Algunas veces, cuando se aplica una terapia radical (como la quimioterapia) aparecen efectos secundarios, como la caída del cabello en el paciente. A un niño le puede resultar difícil aceptar este hecho; cirugías, cicatrices, tumores, heridas abiertas y otros cambios físicos que le desfiguren requerirán interés, amor y apoyo especiales de la familia y amigos.

Cada vez que ocurra algo cuya consecuencia sea un cambio físico, el niño atravesará un proceso de duelo separado. Experimentará pequeñas partes de su muerte, y cada una de estas partes será motivo de duelo. Antes de que esté dispuesto a aceptar el cambio, lo embargarán sentimientos de negación, enojo, frustración, depresión, y preocupación por lo que sus amigos pensarán o dirán. Dile al niño que comprendes estos sentimientos y que lo amas. No trates de negar o menospreciar su aflicción si no sus sentimientos serán conflictivos y harán más severa aún su situación.

Algunas veces los padres o vecinos pueden aprender a aplicar inyecciones u otros tratamientos médicos que permitan que el niño permanezca en casa. Si el niño puede pasar los últimos meses o semanas en casa, trátalo como siempre lo has hecho. Deja que los hermanos pasen tiempo con el enfermo, permite que jueguen y riñan como de costumbre; cuanto más normal sea la situación, mejor será para todos.

Si han sido una familia demostrativa físicamente, continúa tocando al niño moribundo tanto o más que antes. El contacto es un medio maravilloso de comunicación, de demostrar amor y aceptación. El palmear a un niño o arrullarlo, acariciarlo, lavarlo, peinarle el cabello y arreglarlo, son formas muy eficaces para decir "te amo" sin palabras, son también un medio para que los hermanos permanezcan en estrecha relación.

conocerle más a ti mismo. Cuando se comparte esta experiencia común, las circunstancias propician tu maduración y tu acercamiento con otros miembros de la familia, no olvides que algunas veces, los sucesos más dolorosos en la vida pueden transformarse en lecciones que nos hacen avanzar en nuestro desarrollo como individuos y como familia.

Una vez terminado el funeral, necesitarás algún tiempo para adaptarte y descansar. Si has elaborado parte de tus sentimientos durante la enfermedad, la recuperación y el duelo te serán un poco más fáciles y requerirán menos tiempo. Necesitarás por lo menos un mes o dos para romper con la costumbre cotidiana de tener al niño alrededor. Procura tener pocos o ningún recuerdo a la vista para mantener viva su memoria, como juguetes, ropas y otras pertenencias personales.

Los días de fiesta, las fotografías, el dormitorio, los amigos del vecindario o la escuela renovarán continuamente tu tristeza ante la ausencia de tu hijo, acepta estas situaciones y deja que tus sentimientos fluyan, que salgan a la superficie. Lo antes posible, deshazte de todos los recuerdos en la casa, regala las ropas, los juguetes y sus pertenencias personales. Puedes conservar una o dos cosas como recuerdos, pero por ahora, guárdalas. También evita las fotografías por un tiempo. Pinta y redécora el dormitorio, cambia los muebles, si es posible.

Al ir tomando estas medidas, te darás cuenta de que te estás despidiendo de tu hijo mientras te deshaces de lo que ahora pertenece a otro tiempo, y dejas lugar en tu vida para alguien o algo nuevo. Empezarás a construir poco a poco la siguiente parte de tu vida. No te obligues a ti mismo a dar estos pasos, pero tampoco los retrases, hazlo cuando te sientas preparado. Cada paso te llevará más cerca de la aceptación de la muerte, no estás negando que tu hijo vivió, te estás ayudando a ti mismo a sanar y continuar con tu vida.

Con el tiempo, observarás que cada vez te sumerges menos en el recuerdo de tu hijo y cuando esto suceda, los sentimientos serán menos dolorosos, empezarás a ver la vida hacia el futuro de nuevo. Cuando pienses o hables de tu hijo muerto, recordarás las cosas buenas y las no tan buenas en él. Nadie es perfecto, y es importante recordar a tu hijo en una forma realista, y en épocas más felices y sanas como un niño normal.

El tiempo de recuperación variará de persona a persona pues todos somos únicos y nuestro dolor es diferente. Si te has permitido llorar y sentir tu tristeza y enojo y los demás sentimientos; empezarás a aceptar la realidad de la muerte después de seis meses, aproximadamente. Si te quedas estancado, busca ayuda: habla con amigos o únete a un grupo de padres que estén atravesando por situaciones similares, existen excelentes grupos de autoayuda. El saber que no estás solo en tu dolor y pena es un gran consuelo; tal vez, incluso, puedas brindar consuelo a otras personas, el ayudar a otros es una forma de ayudarte a ti mismo.

El papel de la religión puede ser importante en la elaboración del duelo. Si tienes fe en Dios o algún otro poder *más alto*, o si crees en la reencarnación, encontrarás cierto consuelo en tu proceso de duelo a saber que la muerte no es el fin. Las convicciones religiosas, desde luego, son un asunto personal. Para algunos padres, la tragedia de perder a un hijo, ha significado un debilitamiento en su fe en un Dios justo o en el significado de la vida, con el tiempo, algunos de ellos recuperarán la fe. Incluso si se sacuden tus convicciones fundamentales, debes superar tu amargura y desesperación.

Los primeros meses después de la muerte de un hijo estarán llenos de reproches, deseos y sentimientos confundidos y mezclados, todos ellos dolorosos, abrumadores y aparentemente intolerables; como padre estás deshecho por dentro. Estos sentimientos complejos y poderosos son normales, ya que estás experimentando uno de los sucesos más terribles que pueden ocurrir en la vida, pero, aunque parezca imposible, sigues vivo y continuarás viviendo.

En una reunión Norma dijo a un grupo de otros padres afligidos que habían perdido a un hijo: "Cuando mi hija se estaba muriendo, flotaba en un vacío oscuro. Nada era real, era una pesadilla continua cada día y cada noche", los demás padres comprendieron su experiencia.

Martha habló de su comportamiento en el funeral: "En el funeral mi hijo, yo consolaba a todos los demás. Les decía que 'todo iba a estar bien'. Sentía una necesidad de hablar incesantemente con cualquier persona que me escuchara. Alejé a todo mundo; los dejaba exhaustos". Muchos padres requieren el apoyo amoroso de alguien c

QUE...TE DE UN HIJO POR ACCIDENTE

Siempre pensé que lo peor que me podría suceder sería que muriese o matasen a alguno de mis hijos. Sentía que yo también me moriría, que si alguien llegara a mi puerta o me llamara por teléfono y me dijese que uno de mis hijos estaba muerto, yo me moriría instantáneamente. Siempre quise morirme antes que mis hijos. Quería que los fallecimientos en nuestra familia siguiesen un orden correcto, primero los padres en edad avanzada y después los hijos.

Cuando murió mi hija, durante largo tiempo sólo quise morirme. Algunas veces todavía siento lo mismo y hace casi dos años que sucedió. Cuando escuché la noticia de su muerte, sufrí una conmoción. Me quedé entumecida, flotando como en un sueño, en realidad, una pesadilla de la que no podía despertar. Creo que permanecí en ese estado durante mucho tiempo... durante meses. Después, gradualmente, salí de esa postración, ahora sigo viva y Cindy está muerta.

Mary Kay, miembro de un grupo de apoyo para personas que han perdido hijos por muerte, contó su historia la primera noche que se reunió el grupo. Su hija de 17 años, estudiante distinguida, había ido a una fiesta con unos amigos la noche de su graduación de preparatoria; en el camino a casa, tuvieron una colisión de frente con otro automóvil. Tres de los estudiantes murieron, y tres resultaron seriamente lesionados.

En algunos accidentes fatales, se tiene un poco de tiempo antes de que ocurra la muerte. Este plazo de advertencia puede suavizar la conmoción, aunque sea en forma mínima. Una familia tuvo unos cuantos días para adaptarse a la pérdida de su hijo de dos años, quien había aspirado accidentalmente los vapores de un adelgazador de pintura. Sobrevivió unos cuantos días en el hospital hasta que se deterioraron los tejidos de sus pulmones. Después murió tranquilamente mientras dormía. Los padres del niño estaban apabullados, incrédulos, profundamente conmocionados. El padre del niño, quien estaba con él cuando ocurrió el accidente, se sintió sumamente culpable.

Esos cuantos días en que se tuvieron que acostumbrar a la idea del accidente y la posibilidad del deceso, les proporcionaron una leve ventaja en la elaboración del duelo pues, como regla general, cuanto antes estás sobre aviso, la recuperación del dolor será más rápida, aun cuando, desde luego, las reacciones varían de persona a persona.

Los accidentes, por su misma naturaleza, implican un error o descuido. Cuando un niño muere accidentalmente, los sobrevivientes frecuentemente son presa de la culpa y el reproche.

Tony, un niño de cuatro años quien atravesó la calle corriendo para comprar un helado a un vendedor, fue atropellado por un auto. Mientras yacía moribundo en el hospital, no cesaba de decir: "Perdóname, mamá, no te enojas conmigo". Se le había dicho cientos de veces que no atravesara la calle y se le advirtió acerca del peligro que representaban los automóviles, pero su impulso por el helado fue mayor que su interés en la seguridad.

Tony se sentía culpable y temía el rechazo de sus padres por su desobediencia. Su madre se sentía culpable por haberle dado dinero para comprar el helado él solo, en otras ocasiones, ya lo había hecho sin ningún problema, bajo la supervisión de su madre. Por otro lado, inconscientemente, la madre estaba furiosa con el niño por haberla desobedecido, por hacerle esto a ella, por haber resultado lastimado y por morir, esta combinación de emociones aumentaba su angustia.

Lo más trágico en la muerte accidental de un niño es que parece completamente innecesaria e injusta, se ha extinguido tan temprana, tan prematuramente. Los padres y el conductor del auto toman una instantánea mental, o retienen la imagen del accidente en la mente, le dan vueltas a la escena una y otra vez. Se preguntan, especulan, desean, planean, piensan, tratan de comprender, de recomodar, de cambiar el accidente, tratan de vivir con la pérdida. Tratan de seguir viviendo, de recordar y de olvidar al mismo tiempo. Quisieras entonces tener la posibilidad de regresar el tiempo y, de alguna manera, borrar lo sucedido, desearías que hubieses sido tú en vez de tu hijo, te sientes culpable por estar vivo y este hecho te hace sentir lástima por ti mismo; lamentas la imposibilidad de escapar de la tristeza y la pérdida, de la confusión y el dolor.

Cuando muere un adulto, y sus padres sobreviven, las emociones pueden ser tan intensas como si hubiesen perdido a un hijo en la infancia. La persona de más edad se pregunta: "¿Por qué ella, cuando tenía tantos años por delante? ¿Por qué no yo? Ya soy viejo; ya he vivido" Los padres sinceramente desean ocupar el lugar del hijo fallecido.

LA FAMILIA

El despedirte de tu hijo puede ser una de las pruebas más duras de tu vida. Con seguridad, esta muerte afectará a toda la familia. Parecerá insportablemente dolorosa, pero también puede ser una oportunidad par

los escuche; precisamos tiempo para liberarnos, necesitamos hablar, llorar, enojarnos y reír durante esta época de dolor y angustia.

Asimismo, es aconsejable que conserves los anteriores patrones de tu vida lo más que te sea posible. Si tienes un empleo, sigue trabajando, aunque sea medio tiempo, sigue participando en actividades externas. Haz una lista de las personas que sabes que te escucharán. Cuando lo necesites, habla con amigos y familiares acerca de tus sentimientos. También te puede ser muy útil ver a un consejero profesional.

Olvídate de acusaciones y rencores, y no te culpes a ti mismo o a los demás, nada se gana con aferrarse al resentimiento, al odio, al enojo o a la hostilidad; nada de esto te devolverá a tu hijo ni suavizará tu sensación de pérdida. Peor, esos sentimientos pueden llegar a convertirse en barrera entre los demás y tú, y pueden propiciar enfermedades serias a la larga; esto es especialmente importante entre esposas y maridos.

Ahora, más que nunca, es el momento para que los miembros de la familia se brinden mutuamente apoyo, solicitud y amor. Cada uno está experimentando su infierno privado. Una muerte en la familia afecta a todos sus integrantes individual y colectivamente.

El apoyo, la solicitud y el amor son actividades reforzantes; es algo que generalmente pensamos en "dar" a alguien, aunque algunas veces es importante asegurarnos de que nosotros también recibimos ese reforzamiento. En nuestra sociedad, las mujeres han sido los principales pilares de la familia, pero cuando una madre atraviesa por un profundo dolor y duelo, tiene que hacer uso de los recursos que tenga en reserva para reforzarse a sí misma y sobrevivir, sin que le quede nada o muy poco que dar a los demás. De hecho, ahora es el momento en que ella necesita la ayuda de los demás.

El padre puede estar en un terrible estado de dolor, pero por lo general le es difícil expresar su pena en una forma directa; es posible que empiece a beber en exceso, que evite lo más posible quedarse en casa, o se retraiga en una depresión; puede sufrir innecesariamente si se resiste al sencillo, pero importante, acto de llorar; hasta hace muy poco tiempo, nunca antes se alentó o apoyó a los hombres para expresar sus sentimientos de desconsuelo, duda e impotencia. Por otro lado, para muchos hombres es muy difícil brindarles a sus esposas la clase de sos-

LA FAMILIA

tén que necesitan en estos momentos; cuando un hombre trata de consolar, lo hace al azar, y si se siente torpe o incómodo se rinde y no lo intenta de nuevo.

Si un hombre trata de hacerse el fuerte para consolar a su esposa, puede bloquear sus propias emociones. Sin embargo, frecuentemente tendrá que luchar con sus sentimientos acerca de fallar en su papel de protector de la familia o del ser infalible que todo lo "soluciona". Si se le educó para ser autosuficiente, tendrá problemas para admitir que necesita ayuda.

La esposa puede malinterpretar el comportamiento estoico de su marido, su negativa a hablar acerca del niño, su ansiedad por volver a trabajo y a la normalidad. No sería extraño que ella exprese su dolor llorando y hablando, y piense que, si él no hace lo mismo, es que no siente pena.

Ambos necesitan comprenderse, ser pacientes el uno con el otro alentarse mutuamente a exponer sus sentimientos.

Lo que ambos padres necesitan puede no quedar claro en un solo intento, es pues importante realizar un esfuerzo sostenido mostrando siempre accesible el uno para el otro; por ejemplo, el contacto físico un abrazo y gestos de amabilidad son formas fáciles de brindar apoyo y consuelo, y pueden tener un gran significado. Que no les preocupe si dicen o hacen "lo correcto", lo único que se requiere es que se acerca, lloren y se estrechen mutuamente.

Ted, de 16 años, se rompió el cuello en un juego de fútbol en la paratoria y murió inmediatamente. Era el hijo más joven de la familia. La conmoción que sufrió su madre la hundió en la depresión; rehusó a hablar con nadie. No salía de casa, se quedaba sentada rante horas, contemplando las paredes. El padre de Ted empezó a beber excesivamente para tratar de ahogar su dolor, tanto por la pérdida de su hijo, como por la frustración y confusión que sentía; el comportamiento de su esposa. La madre culpaba a su marido accidente, ya que él había alentado, casi empujado, al chico a jugar fútbol. Pasados ocho meses de la muerte del hijo, la pareja divorció; de esta forma fue una doble pérdida para ambos. En vez de consolarse mutuamente por su tragedia común, se perdieron también el uno al otro.

El número de parejas que se divorcia después de que muere un hijo es alarmantemente alto, se dice que más del 80% de los matrimonios terminan a los dos años de que fallece un hijo. Considero que muchos de estos divorcios se podrían evitar con ayuda profesional, existen terapias individuales, terapias para matrimonio y para padres afligidos.

Ahora bien, las familias, como una unidad, tienen estilos propios para hacerles frente a los problemas (mecanismos de defensa colectivos) y cada miembro individual de una familia tiene, a su vez, su método exclusivo. Cuando un cambio afecta a la familia, estos mecanismos entran en juego; vemos entonces distintos estilos para enfrentar los problemas, patrones de conducta particulares que se disparan en el interior y se actúan externamente.

De esta manera, los patrones de comportamiento de una familia frente a las crisis ya están establecidos aun antes de que ocurra un acontecimiento capital en su vida, como puede ser la muerte. Algunas familias se acercan más, otras se dividen y siguen caminos diferentes por un tiempo. En otras familias, cada integrante puede estar menospreciando el sentido de realidad de los demás miembros y negar cualquier experiencia acerca de un suceso, si no es la propia.

Por ejemplo, un padre puede culpar al conductor de un automóvil en el cual se mató su hija por haber bebido antes de conducir; puede desarrollar un odio anormal hacia esa persona y desplazar su pena por la pérdida de su hija. Cuando los familiares lo alientan a que permita que salgan a la superficie sus sentimientos de tristeza y pérdida, puede ponerse muy enojado y decir algo como esto: "Si John no hubiese estado bebiendo, Jennie estaría viva ahora. Todo es culpa suya", tal vez su esposa diga llorosa: "Extraño tanto a Jennie; constantemente la tengo en el pensamiento". En este caso, ninguno de los dos está respondiendo a la elaboración del duelo del otro. Éste es un comportamiento insensato e insensible, y puede ser divisorio y destructivo.

En la familia de Jennie, la muerte de su hija fue la crisis final que hizo madurar los patrones negativos de interacción que habían prevalecido durante años. Si los miembros de la familia reconocen que cada uno está tratando de enfrentarse a su dolor, podrán ser más útiles entre sí y confortarse mutuamente.

Para los padres solteros, el apoyo se puede encontrar en los amigos y parientes. No vaciles en pedirles a los que están cerca de ti que escuchan tus sentimientos.

Los abuelos sentirán una tremenda oleada de dolor a dos niveles: por la pérdida del niño y por ver a sus propios hijos tan lastimados y sentirse impotentes para ayudarlos. Es aconsejable que los abuelos desempeñen algún papel en las diligencias ordinarias y/o las labores domésticas para ayudarles en su duelo.

LOS OTROS HIJOS TAMBIÉN SUFREN

Es fundamental no olvidar tampoco las necesidades de los hijos sobrevivientes en la familia. Es inevitable que sufran por la muerte de un hermano o hermana, incluso inconscientemente se pueden sentir responsables, también es probable que surja en ellos el temor por su propia muerte.

Desde luego, las reacciones varían de niño a niño, pero éstas seguirán un patrón predecible de ajuste a la presión del momento y al cambio. Algunos niños tendrán problemas para dormir, tal vez se despierten a horas des acostumbradas y tengan pesadillas; algunos inclusive, pueden empezar a mojar la cama o volverán a chuparse el dedo. Otros pueden actuar en formas que llamen la atención, buscando la reafirmación del amor de sus padres, portándose mal en la escuela o en la casa.

Paul y Jeff, hermanos de 12 y 13 años, estaban jugando junto a un río cuando Jeff se resbaló y cayó en el agua helada y se ahogó. Paul había sido un apacible y excelente estudiante y un jugador sobresaliente de beisbol antes del accidente. Jeff, un año mayor, era el espontáneo y temerario. Después del accidente, Paul se volvió revoltoso, su desempeño en la escuela era muy pobre, usaba ropas sucias, dejó el beisbol y, en general, perdió el interés por la vida. Acudía al cementerio y pasaba horas sentado en la tumba de Jeff. Los padres estaban tan afligidos con la pérdida de Jeff que, por cerca de seis meses no se dieron cuenta de los problemas que afectaban a Paul. Al cabo, buscaron consejo a través de la escuela, y eso ayudó un poco. Con el tiempo, la familia se trasladó a otra ciudad, la nueva localidad no tenía todos los recuerdos de Jeff, y pronto Paul empezó nuevamente a obtener buenas calificaciones en la escuela. A la larga, pudo liberarse de la terrible culpa que sentía por no haber podido impedir la muerte de su hermano.