

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**Lactante masculino con déficit en los requisitos universales
de autocuidado, secundario a Alergia
a la Proteína de la Leche de Vaca (APLV)**

**Estudio de caso
Para obtener el grado de
Especialista en enfermería infantil**

**ALUMNA:
Lic. en Enf. Sarahi Cazares Hernandez**

**TUTOR:
E.E. I. Elvira Solórzano García**



CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	4
II.	OBJETIVOS	5
	2.1 GENERAL	5
	2.2 ESPECÍFICOS	5
III.	ARTÍCULOS RELACIONADOS	6
IV.	CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA	9
V.	PARADIGMAS DE ENFERMERÍA	12
VI.	ESCUELAS DE ENFERMERÍA	14
VII.	TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM	17
	7.1 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO	18
	7.2 TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	22
	7.3 TEORÍA DE LOS SISTEMAS ENFERMEROS	22
VIII.	PROCESO DE ENFERMERÍA	24
	8.1 VALORACIÓN	26
	8.2 DIAGNÓSTICO	30
	8.3 PLANEACIÓN	32
	8.4 EJECUCIÓN	33
	8.5 EVALUACIÓN	34
IX.	RELACION DEL PROCESO ENFERMERO CON LA TEORIA GENERAL DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM	38
X.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	39
	10.1 DERECHOS DE LOS NIÑOS	39
	10.2 DERECHO DEL NIÑO HOSPITALIZADO	40
XI.	PRINCIPIOS ÉTICOS Y BIOÉTICOS	41
	11.1 PRINCIPIOS BIOÉTICOS	41
	11.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO	43
	11.3 DECÁLOGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO	45
XII.	DAÑOS A LA SALUD	47
	12.1 ALERGIA ALIMENTARIA	47

12.2	ALERGIA A LA PROTEINA DE LA LECHE DE VACA (APLV).....	48
12.3	FACTORES DE RIESGO	50
12.4	DIAGNÓSTICO	51
12.5	CLÍNICA	53
12.6	TRATAMIENTO	55
XIII.	FICHA DE IDENTIFICACIÓN	58
XIV.	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	59
XV.	EXPLORACIÓN FISICA POR APARATOS Y SISTEMAS	61
XVI.	VALORACION DE LOS REQUISITOS	64
16.1	REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO	64
16.2	REQUISITOS DE DESARROLLO	71
16.3	REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD	74
16.4	JERARQUIZACIÓN DE LOS REQUISITOS	76
16.5	DIAGNOSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	78
XVII.	RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA POR REQUISITO UNIVERSAL DE AUTOCUIDADO	133
XVIII.	PLAN DE ALTA PROVISIONAL	134
XIX.	CONCLUSIONES	135
19.1	SUGERENCIAS	136
XX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
XXI.	ANEXOS	144

I. INTRODUCCIÓN

La importancia de las teorías, modelos o marcos conceptuales de enfermería posibilitan estructura, organización del conocimiento de enfermería, la provisión de un significado sistemático, y explican, predicen e influyen en la práctica de enfermería¹. El uso de los modelos teóricos permite la racionalidad, reduce la intuición, genera delimitación del saber profesional y disciplinar.

El Proceso Enfermero y utilizando como herramienta metodológica la Teoría del Autocuidado de Dorothea E. Orem, permitirán a los profesionales de Enfermería valorar, y a partir de ello diagnosticar y ejecutar actividades destinadas a pacientes pediátricos con algún requisito alterado, así como brindarles educación y orientación a sus cuidadores primarios.

Para la Enfermera Especialista Infantil es importante llevar a cabo una completa valoración del estado de salud del paciente, para elaborar planes de cuidados y aplicarlos en pro de los pacientes.

La Alergia la Proteína de la Leche de Vaca (APLV) es la reacción clínica provocada por un mecanismo inmunológico específico a un antígeno, posterior a la exposición a un alimento determinado. Su prevalencia varía entre entre 6 y 8% en niños. Las manifestaciones clínicas pueden relacionarse a síntomas respiratorios, cutáneos, gastrointestinales o sistémicos.

Se realiza un estudio de caso a un paciente lactante masculino con APLV, en el cual se realiza una valoración exhaustiva de enfermería con el objetivo de ir en busca de alteraciones y riesgos, y en base a esto realizar planes de cuidados especializados de acuerdo a la necesidad con evidencia científica y con carácter crítico para actuar de la mejor manera.

¹López Díaz A. Cuidando al adulto y al anciano. Teoría del déficit de autocuidado de OREM. Aquichán. Bogota 2013; Vol 3(1).

II. OBJETIVOS

General

- Realizar un estudio de caso a un paciente lactante masculino atendido en el Instituto Nacional de Pediatría con déficit en los requisitos universales de autocuidado con diagnóstico médico de alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV). A través del Proceso Enfermero integrando la Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem para desarrollar intervenciones especializadas dirigidas a mejorar las condiciones y calidad de vida del paciente.

Específicos

- Realizar una valoración exhaustiva de enfermería a un paciente lactante con diagnóstico de alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV) con el fin de identificar requisitos alterados.
- Elaborar diagnósticos de enfermería a través del formato PES de acuerdo al déficit de los requisitos alterados.
- Planear intervenciones especializadas de enfermería para mejorar el estado de salud del paciente.
- Llevar a cabo las intervenciones previamente elaboradas con fundamento científico que garanticen el mejoramiento del estado de salud del paciente.
- Evaluar las intervenciones planeadas y ejecutadas que permitan identificar el déficit y capacidad de autocuidado adquiridas.
- Realizar un plan de alta dirigido hacia al paciente y su cuidador primario con actividades especializadas de enfermería de acuerdo a las necesidades requeridas.

III. ARTÍCULOS RELACIONADOS

Se realizó una búsqueda exhaustiva sobre la patología y actividades específicas de enfermería en bases datos y revistas actualizadas como: COCHRANE SciELO, LILACS, MEDLINE, Medigraphic, Redalyc, entre otras.) Obteniéndose 135 documentos en total, de los cuales solo fueron utilizados 51, ya que el resto fueron excluidos por no estar actualizados (fecha inferior al año 2007), es importante mencionar que ni el 10% de los utilizados pertenecen al área de Enfermería, la información es escasa y en su mayoría son guías de práctica clínica elaboradas en colaboración con el área médica.

Se emplearon conectores como: “AND” y “OR”, para una búsqueda especializada y limitada, las palabras claves utilizadas fueron: “Enfermería”, “APLV”, “Proceso Enfermero”, “Pediatria”, “Alergias”, “Orem” etc. Es importante resaltar la importancia de emplear artículos científicos actualizados en la presentación de un tema ya que contribuye al sustento científico del trabajo y reafirma la credibilidad del mismo; por otro lado, enriquece al autor y lo mantiene a la vanguardia.

De los artículos obtenidos y mencionados previamente seleccione tres de ellos por fines de publicación, en los cuales se evidencia la importancia, trascendencia, actualización y utilidad de ellos en este trabajo.

La alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV) tiene una incidencia del 0,36-1,9 % siendo la primera alergia alimentaria en lactantes. Remisión 87% en menores de tres años. Las manifestaciones clínicas pueden ser cutáneas, digestivas, respiratorias, y puede llegar hasta el shock anafiláctico. De acuerdo a Verdugo, Rojas y Soto² en su artículo publicado en 2011, Alergia a la proteína de leche de

² Verdugo Fernanda, Rojas Marianela, Soto Ruz Marcela. Alergia a la proteína de leche de vaca. Revista Pediátrica Electrónica, Chile, 2011, Vol 8, N° 3. ISSN 0718-0918.

vaca y Plaza³ en su artículo Alergia a Proteínas de Leche de vaca 2013 mencionan datos importantes para la elaboración de este trabajo ya que ofrece información actualizada útil para comprender la fisiopatología y algunos mecanismos desencadenantes posterior a esto. La APLV tras la exposición al alérgeno el sujeto se sensibiliza y produce anticuerpos específicos de tipo IgE, para algunas fracciones proteicas de la leche (caseína y betalactoglobulina entre otras). Después de una segunda exposición el antígeno se fija a las IgE y se desencadena una respuesta alérgica de diversa magnitud y con distintas manifestaciones. Además del mecanismo alérgico mediado por IgE existe evidencia que sugiere que existen otros mecanismos menos definidos que explicarían la aparición de síntomas tardíamente tanto gastrointestinales como cutáneos.

La alergia no mediada por IgE tiende a resolverse más precozmente en la infancia, mientras que la alergia IgE mediada puede persistir hasta la adolescencia y más. Las manifestaciones clínicas de la alergia a leche de vaca incluyen reacciones típicamente mediadas por IgE, como urticaria, angioedema y anafilaxia; reacciones mixtas, como dermatitis atópica o esofagitis eosinofílica, y reacciones no mediadas por IgE, como proctocolitis y enterocolitis. El diagnóstico se basa en la historia clínica cuidadosa y pruebas tipo prick test o determinaciones de IgE específica, y en algunos casos pruebas de provocación.

En el caso de cuadros no IgE mediados la historia clínica es fundamental, y en ocasiones es necesario realizar exploraciones gastrointestinales. El tratamiento consiste en la evitación de las proteínas de leche de vaca, se utilizan fórmulas extensamente hidrolizadas o bien fórmulas de soja. Las fórmulas de soja no deben utilizarse en casos de síntomas predominantemente digestivos, en los casos que no toleran estas fórmulas hay que usar fórmulas elementales a base de aminoácidos. La inmunoterapia oral con leche tiene resultados prometedores, pero todavía debe

³ Plaza Martín AM. Alergia a Proteínas de Leche de vaca. Barcelona, 2013;1:51-61.

considerarse una terapéutica experimental. En la actualidad no hay estudios con tratamiento de anti-IgE.

Llauradó⁴ en su artículo publicado en 2012, Acompañamiento a la familia en el diagnóstico de alergia a las proteínas de leche de vaca en el lactante, el diagnóstico de APLV genera un fuerte impacto emocional en los padres del lactante. Surgen miedos como: ¿qué dieta debe seguir mi hijo?, ¿se curará?, ¿crecerá como los demás niños?, ¿tendrá algún déficit nutricional?, ¿se deben retirar lácteos de la dieta si la madre realiza lactancia materna.? Por esta razón considere importante incluirlo en la selección de los artículos consultados, ya que sugiere y orienta sobre el abordaje al paciente y a la familia en el seguimiento de la enfermedad, como profesionales de enfermería debemos estar preparados para acompañar a las familias en situaciones vitales importantes como el diagnóstico de una alergia alimentaria en un hijo. Debemos ser capaces de informar adecuadamente de la dieta que debe seguir, hacer contención emocional y ofrecer recursos como asociaciones de alérgicos.

⁴ Llauradó Sanclemente, Payán Cruz M, Pérez Gañán J, et al. Acompañamiento a la familia en el diagnóstico de alergia a las proteínas de leche de vaca en el lactante. Congreso Nacional de Enfermería Comunitaria. Barcelona 2012.

IV. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

Florence Nightingale nació en Florencia, Italia, el 12 de mayo de 1820 y es considerada una de las pioneras en la práctica de la enfermería. Se le considera la madre de la enfermería moderna y verdadera creadora de una filosofía en la enfermería.⁵

La filosofía de la enfermería explica el significado de los fenómenos observados a través del análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. Así pues, en esta categoría se han incluido los primeros trabajos que precedieron o condujeron a la construcción de los modelos teóricos y al desarrollo de los conocimientos en esta disciplina definiendo las bases de los futuros trabajos.

La mayoría de los autores entienden que la obra de Nightingale está estrechamente relacionada con su orientación filosófica sobre la interacción paciente-entorno y los principios y reglas sobre los que sustentó su ejercicio profesional más que con el desarrollo de un modelo conceptual, aunque esto es todavía motivo de controversia.⁶

Ella definía la *enfermedad* como el “camino que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o condiciones que han interferido en la salud”. Y definía *salud* diciendo que “la salud es no solamente estar bien sino ser capaz de usar bien toda la energía que poseemos”.

Nightingale no dio una definición precisa del concepto de enfermería, pero en su libro *Notas de Enfermería* se aprecia lo que consideraba que debía ser la *enfermería*: “*Se ha limitado a significar un poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas. Pero debería significar el uso*

⁵ Young DAB. Florence Nightingale's fever. Br Med J 2011 311: 1711-4.

⁶ Fawcett J. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: models and theories*. Philadelphia: Editorial Davis Company; 2012. p. 9-24.

apropiado del aire, de la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente^{7,8}

El concepto de salud y las formas de atención

La salud y la enfermedad se pueden analizar según distintas corrientes orientadoras de las diferentes concepciones que, a lo largo del tiempo, las han caracterizado. Los salubristas las desarrollan sobre la base de tres paradigmas:

- **Ambientalista:** presente, aunque con distinta consideración desde los orígenes del hombre hasta el s. XVIII, se basa en el establecimiento de unas relaciones de dependencia de la persona con su medio ambiente.
- **Biologicista:** parte de las concepciones de salud y enfermedad fundamentadas en aspectos orgánicos y funcionales de la persona.

Integral: explica la salud y la enfermedad desde un enfoque global en el que se consideran los elementos biológicos, ecológicos y sociales que rodean a la persona como determinantes de su salud.⁹

El lenguaje de los modelos de enfermería: Definición de conceptos

Los modelos y las teorías de enfermería son el resultado del examen cuidadoso y crítico que hacen los profesionales de los fenómenos y los hechos que conforman la práctica enfermera. Para ello utilizan el método científico y aplican los distintos tipos de razonamiento influidos por supuestos y paradigmas.

⁷Nightingale, F. Notas de Enfermería, qué es y qué no es. Masson. Barcelona: 1990.

⁸Marriner, A. y Raile, M. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier. Barcelona: 2011.

V. PARADIGMAS DE ENFERMERÍA

Un paradigma expresa un padrón que debe ser seguido en el campo social o científico, es decir, en una misma comunidad científica; los paradigmas expresan las creencias, los valores y las técnicas compartidas por un grupo de científicos y están influenciados por los factores culturales, políticos, económicos y sociales. En general se refiere a la forma en como percibimos y actuamos en el mundo.¹⁰

Los paradigmas, son grandes corrientes del pensamiento o maneras de ver o comprender el mundo. Los paradigmas en la profesión de enfermería tienen un modo de actuar, lo que lleva al logro de conocimientos propios en la práctica e investigación de enfermería y por lo tanto, se van encaminado al desarrollo de la base teórica de la profesión.

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

En éste paradigma, los conocimientos se orientan hacia el descubrimiento de leyes universales. Los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Ha inspirado dos orientaciones en la profesión de enfermería, una centrada en la salud pública que se interesa en la persona y en la enfermedad y otra centrada en la enfermedad unida a la práctica médica.

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

Prolonga el paradigma de la categorización, reconoce los elementos y manifestaciones de un fenómeno e integra el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. Ha inspirado la orientación de enfermería hacia la persona. El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones, salud física, mental y social. Reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica.

¹⁰ Barbosa, Bitencourt Alves, Carnevalli Ana. Et al. Los paradigmas de la modernidad y posmodernidad y el proceso de cuidar en enfermería. Enfermería global, Enero 2015.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

Es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera. Según el paradigma, un fenómeno es único en el sentido que no se puede parecer totalmente a otro. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un pattern único.

VI. ESCUELAS DE ENFERMERÍA

La disciplina enfermera ha evolucionado y con ella las necesidades de formación de las enfermeras, en el contexto de acontecimientos históricos y movimientos sociales. Por ello es necesario que dada la multiplicidad de las situaciones de salud, se orienten los cuidados reconociendo al ser humano en el seno de la sociedad y en todas sus dimensiones.

Según las bases filosóficas y científicas las distintas concepciones de la disciplina enfermera se pueden agrupar en seis escuelas: Escuela de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseados, de la promoción de la salud, del ser humano unitario y del Caring. Partimos inicialmente de que todas están orientadas hacia la persona, con lo que unos conocimientos amplios.¹¹

Escuela de las Necesidades: El cuidado está centrado en la independencia de la persona, en la satisfacción de las necesidades fundamentales o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados.

Maslow y Erikson han influenciado esta Escuela. Maslow, estableció su criterio de personalidad a partir del estudio de personas y creadores. Según su criterio en cada persona hay una voluntad activa hacia la salud, un impulso hacia el crecimiento o hacia la actualización de las potencialidades humanas. Erikson también psicólogo

¹¹ Balan Gleaves C, Franco Orozco M. Teorías y Modelos de Enfermería Bases Teóricas para el Cuidado Especializado. México: Herrera Martínez Rafael, Ed. 2. 2011.

representa un exponente de las teorías freudianas. Su teoría de la personalidad está centrada en el Yo, que es la herramienta de la persona para seleccionar y organizar la información del mundo exterior, sus percepciones y sus recuerdos y gobierna sus actos adaptativamente. Erikson acentúa la importancia de las etapas en la vida infantil, próximas a los postulados de Freud, pero dando mayor relevancia a los procesos psicosociales del sujeto.

Representantes en enfermería: Las teóricas de la Escuela de las Necesidades tratan de dar respuesta a la pregunta ¿Qué hacen las Enfermeras? Basándose en los autores antes mencionados. Las representantes en enfermería son:

V. Henderson. Los cuidados enfermeros se basan en un todo que presenta 14 necesidades fundamentales. Los cuidados enfermeros se centran en la ayuda a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades, para alcanzar la independencia. Se trata de desarrollar la dimensión psicosocio-cultural de cada una de las 14 necesidades fundamentales y que contribuyen, junto con la dimensión biológica, a determinar la forma única que cada individuo tiene para satisfacer sus necesidades.

La dimensión psicológica tendrá en cuenta la personalidad, el temperamento, la sensibilidad, las emociones, los sentimientos, los hábitos, las costumbres, la voluntad, el interés, la iniciativa, la motivación, las experiencias, el conocimiento, los recuerdos etc. La dimensión sociocultural se tendrá en cuenta las costumbres y prácticas sociales: espiritualidad, educación, publicidad, política, etc.

Dorotea Orem: Basa su teoría en el cuidado personal o autocuidado (Orem, 1993). El autocuidado es la práctica de actividades que el individuo realiza a favor de sí mismo para mantener la vida, la salud, y el bienestar. Su AGENCIA de cuidado dependerá de que la persona no sepa, no quiera, o no pueda realizar su autocuidado. El cuidado tenderá a cubrir las limitaciones y reforzar las capacidades. Los requisitos para el autocuidado son comunes a todos los individuos.

Escuela de la Interacción: Apareció en los años 50 y principios de los 60, relacionada con la creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas. Las enfermeras de ésta Escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Su interés se centra en los procesos interaccionales entre la enfermera y la persona. El cuidado es una acción humanitaria y la enfermera debe poseer los conocimientos sistemáticos para evaluar las necesidades, acompañándose de una clarificación de los valores de la enfermera con el fin de ayudar, es decir, un proceso interactivo entre la persona que necesita ayuda y la otra persona capaz de ofrecérsela.

H. Peplau: Reconoce la Ciencia enfermera como una Ciencia Humana, centrando el cuidado en la relación interpersonal. Entre las fuentes que utiliza como modelos se encuentran Harry Stack Sullivan, Abraham Maslow y Sigmund Freud. Peplau habla de la intervención enfermera como una intervención terapéutica, que supone ayuda y asistencia. La interacción tiene un objetivo común e implica respeto, desarrollo y aprendizaje entre los dos participantes y la componen unas fases que describe en su teoría.¹²

Escuela de los efectos deseables: Para esta Escuela, el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad o en preservar la energía. Se han inspirado en las teorías de la adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de sistemas. El modelo de C. Roy basa el objetivo de los cuidados en promover la adaptación de la persona en cada uno de los cuatro modos de adaptación: fisiológico, el modo de autoimagen, el modo de función según roles, y el modo de interdependencia con el fin de contribuir a la salud, a la calidad de vida, y a una muerte digna.

¹² Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. 7.ª ed. Elsevier 2013.

Escuela de la promoción de la salud: El punto de mira de los cuidados para ésta Escuela se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud. Según Moyra Alien, el primer objetivo de los cuidados enfermeros es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje. La enfermera desempeña un rol facilitador, estimulador del aprendizaje en el cuidado de los pacientes.

Escuela del ser humano unitario: Se sitúa en el contexto del ser humano hacia el mundo y el paradigma de la transformación. En el cuidado, la enfermera y la persona actúan juntas en consenso. Esta Escuela se basa en concepciones humanistas y fenomenológicas del ser humano, en donde la enfermera, suscita la participación.

Escuela del Caring: Watson en 1985 propone un Caring que sea a la vez humanista y científico, considerando aspectos del ser humano como la espiritualidad, y la cultura. Los trabajos de Cari Rogers, inspiran e influyen la visión de esta escuela en la que la relación transpersonal se impregna de coherencia, empatía y calor humano. El objetivo de los cuidados enfermeros es el de ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma su cuerpo y su espíritu. La enfermera percibe y siente lo vivido por la otra persona y responde a ello de forma que le permite exteriorizar sus sentimientos.¹³

¹³ Benavent Garcés A, Francisco del Rey C, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de Enfermería. 2.^a ed. DAE. Madrid. 2013.

BIOGRAFÍA DE DOROTHEA OREM

Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007) es la autora de la Teoría General del Autocuidado, fue una enfermera norteamericana que se graduó en 1930, llevando a cabo su formación posterior en el área de la educación de enfermería en la Universidad Católica de Detroit. Desarrolló su actividad en todos los campos de la enfermería: asistencia, docencia, gestión e investigación. También participó como asesora en programas políticos propiciando cambios con repercusiones importantes para la organización y formación de la enfermería.¹⁴

Considera la enfermería una ciencia práctica, incluida en el grupo de las ciencias aplicadas, entendidas éstas como las que se refieren “al principio y causas de las cosas a hacer”, que incluyen “el conocimiento especulativo y el conocimiento prácticamente práctico”. No destaca a ninguna teoría enfermera como influencia principal de su trabajo, si bien cita los trabajos de teóricas de diferentes corrientes de pensamiento: Nightingale, Richards, Henderson, Roy, Peplau o Riehl-Sisca, entre otras.

VII. TEORIA GENERAL DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Es un conjunto de conceptos interrelacionados, intenta describir o explicar el fenómeno denominado Enfermería. Las teorías de enfermería se ocupan y especifican las relaciones que existen entre cuatro conceptos principales: persona, entorno, salud/enfermedad y enfermería. Sirve como guía para el mejoramiento de la profesión y como base de investigaciones que aumenten el cuerpo de conocimientos.

La Teoría está formada por diversos elementos conceptuales y tres teorías que especifican las relaciones entre estos conceptos y es una teoría general, la que

¹⁴ Riehl Sisca, J. Modelos conceptuales de enfermería. Doyma, S.A. Barcelona 2014.

ofrece una explicación descriptiva de la enfermería en todos los tipos de situaciones prácticas.

Presentada como una teoría general de la enfermería, la TEDA se expresa mediante tres sub-teorías relacionadas:

- Teoría del Autocuidado
- Teoría del Deficit Del Autocuidado
- Teoría de los Sistemas de Enfermería

7.1 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, ofrece la base para obtener los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina.

El autocuidado se debe aprender y debe desarrollar de manera deliberada, continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresa el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros.

Los requisitos universales son los que precisan todos los individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral como persona, estos requisitos representan

los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana, fomentando positivamente la salud y el bienestar.

Requisitos de autocuidado

Esta teórica enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción deliberada, inintencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades del individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Sin embargo, pueden escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado.¹⁵

Esta teoría tiene como supuesto principal que “el autocuidado no es innato”, esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano. A partir de esta teoría articulan tres conceptos: el agente del autocuidado que se refiere a cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado; el agente de autocuidado al dependiente que es la persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona; y el agente de autocuidado terapéutico, en el cual la persona que da el cuidado es profesional de enfermería.

¹⁵ Orem DE. Nursing: Concepts of Practice. St. Louis: Mosby; 2011.



Requisitos universales de autocuidado

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

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los factores condicionantes básicos que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona. ¹⁶

¹⁶ Gallegos Ester, Bañuelos Barrera P. Autocuidado y control en adultos mayores con diabetes, en desarrollo científico en enfermería. Vol 9 (4). México 2011. pp 101.

Factores Condicionantes Básicos (FCB)

Orem los clasificó en cuatro grupos o categorías:

- *Factores Descriptivos*: tienen como finalidad ofrecer información sobre la persona que va a recibir los cuidados enfermeros. (edad, el sexo, la residencia y sus características ambientales). Factores del sistema familiar/socioculturales: (nivel de educación, ocupación, experiencias laborales y vitales) y los factores socioeconómicos.
- *Factores del patrón de vida*: se refieren a las medidas de autocuidado habituales que llevan a cabo las persona (cómo ocupa el tiempo, responsabilidades que asume con quienes convive, formas de cuidado según la enfermedad).
- *Factores del sistema de salud y estado de salud*: incluyen los aspectos anatómicos, fisiológicos y psicológicos, agrupados en las características del sistema de salud, y las condiciones de salud identificadas y documentadas por el profesional de la salud, por el paciente y por los miembros de la familia.
- *Factores del estado de desarrollo*: se relacionan con las capacidades de autogobierno observadas por enfermería y descritas por la persona sobre las condiciones de vida actuales o sobre los factores que afectan estas capacidades negativamente.

Orem relaciona las actividades de autocuidado con los requisitos de autocuidado, son aquellos que tienen por objeto promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, y prevenir o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia adultez y vejez.

Clasificación de requisitos:

- *Universales*: Hace referencia a la provisión de condiciones que promuevan el desarrollo.
- *De Desarrollo*: Son los requisitos orientados al compromiso del crecimiento propio.
- *Desviación de la Salud*: Establece los requisitos para la prevención de las condiciones humanas y situaciones de vida que puedan afectar adversamente el desarrollo humano.

7.2 TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Explica la visión que las personas tienen sobre la enfermería.

- Describe la finalidad y establece los límites de ésta (en todos los campos de actuación).
- Ofrece un lenguaje propio referente a los fenómenos de interés para la disciplina conceptualizando estos fenómenos.
- Permite categorizar y hacer inferencias sobre las situaciones enfermeras además de análisis particulares desde su marco de referencia general.
- Ayuda a crear un determinado estilo enfermero de actuar.
- Sirve de nexo de unión entre grupos interesados en trabajar con esta estructura teórica.

En la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado se conceptualizan los fenómenos que explican estos elementos y se detallan sus relaciones e interrelaciones. Se explican mediante tres estructuras teóricas (subteorías independientes): la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la

teoría del sistema de enfermería. La interrelación existente entre ellas constituye la teoría.

7.3 TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

La existencia de un déficit es la razón que legitima la necesidad de cuidados enfermeros. Las personas con limitaciones o incapacidades para cubrir sus requisitos son los pacientes que corresponden a las enfermeras, ya que necesitan ayuda para cubrir las demandas de autocuidado.¹⁷

Sistema de enfermería

Los sistemas de enfermería describen lo que deben ser las acciones enfermeras.

Se identifican tres tipos:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores.
- Sistemas parcialmente compensadores.
- Sistemas de apoyo-educación.

Sistemas totalmente compensadores

Se necesitan cuando el enfermo no puede tener ningún papel activo en la realización de sus autocuidados debido a su estado de incapacidad o limitación. En este caso, la enfermera actúa en lugar del paciente, tomando las decisiones más adecuadas para él y ejecutando el autocuidado.

Se distinguen tres subsistemas:

- Personas incapacitadas para realizar cualquier acción intencionada.

¹⁷ Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier; 2014.

- Personas conscientes y con capacidad para tomar decisiones, pero que no pueden o no deben realizar acciones que requieran movimientos y manipulaciones.
- Personas incapacitadas para tomar decisiones, pero que pueden ser capaces de realizar alguna medida de autocuidado.

Sistemas parcialmente compensadores

En este caso, tanto el paciente como la enfermera participan en el autocuidado. El grado de participación de cada uno depende de la situación del paciente: de las limitaciones que tenga para llevar a cabo las acciones que requiere (tanto si las limitaciones son consecuencia de la situación de la persona como si se han prescrito), de los conocimientos y habilidades requeridas y de la disposición psicológica. Los roles del paciente y la enfermera son complementarios. La enfermera sustituye las limitaciones del enfermo y éste acepta la ayuda de la enfermera y se hace cargo de algunas acciones de autocuidados.

Sistema de apoyo-educación

Llamado también sistema de apoyo-desarrollo, es adecuado para situaciones en las que el paciente es capaz de realizar, o debería aprender a hacer, medidas de autocuidado terapéutico orientadas interna o externamente, pero no puede hacerlas sin ayuda. Este sistema es apropiado cuando el paciente puede llevar a cabo las medidas de cuidados, pero necesita guía, soporte, enseñanzas o un entorno que favorezca su desarrollo.

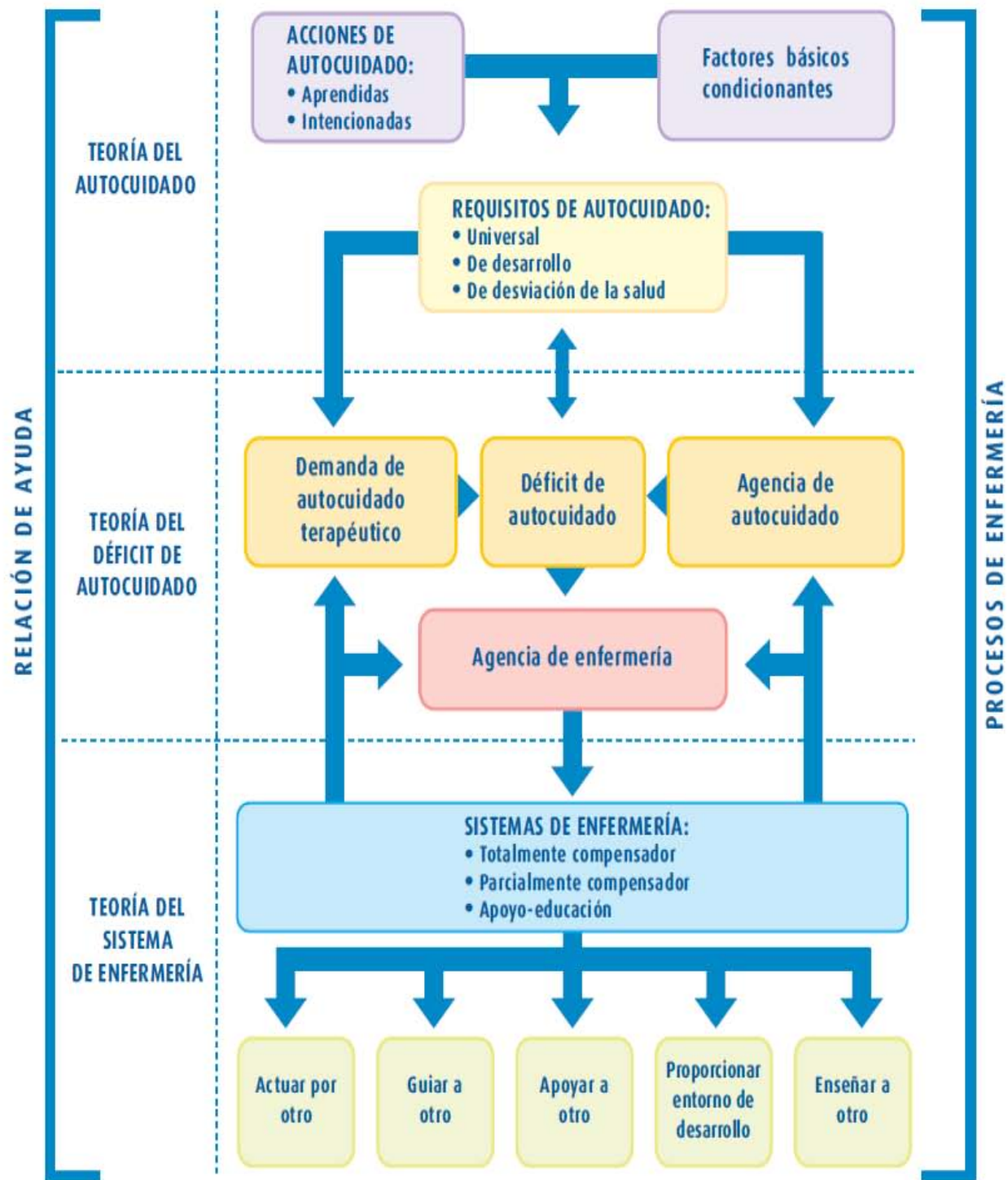
VIII. PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con

el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por lo tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional: habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros profesionales de la salud. Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería. El proceso de atención tiene como propiedades: ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.¹⁸

¹⁸ Riehl Sisca, J. Modelos conceptuales de enfermería. Doyma, S.A. Barcelona 2012.



8.1 FASE DE VALORACIÓN

Es la primera fase del PE, donde se realiza la recolección de datos de forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar factores y situaciones que guían la determinación de los diagnósticos reales o potenciales, en la persona, familias o comunidad.¹⁹

La valoración de enfermería es la piedra angular del trabajo enfermero, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas. Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va a interactuar con el ambiente de forma diferente.

La valoración de enfermería debe realizarse siguiendo un orden:

- Aparatos y sistemas
- Patrones funcionales y/o,
- Cefalópodal

Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

Datos y valoración

En la valoración de enfermería, se pueden definir los datos como información específica obtenida acerca del usuario. Organizar de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas del usuario e identificar los factores que intervienen. Posteriormente, esta base de datos será la base para las

¹⁹ Iyer, Patricia W. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Tercera edición. McGraw-Hill Interamericana 2015.

restantes fases del Proceso de Enfermería: Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Tipos de datos

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de estos tipos.

Datos subjetivos	<ul style="list-style-type: none">• Los datos subjetivos se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos.• Esta información no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo.• A menudo se obtienen datos subjetivos durante la historia de enfermería, como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre el estado de salud del usuario. <p>Ejemplos: Son las descripciones que hace el usuario del dolor, debilidad, frustración, náuseas o el desconcierto. La información proporcionada por otras fuentes distintas al cliente, por ejemplo la familia, los consultores y otros miembros del equipo de atención sanitaria, puede ser también subjetiva si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar basada en hechos.</p>
Datos objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Los datos objetivos consisten en información observable y medible. Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del usuario.

	<p>Ejemplos: Frecuencia respiratoria, la presión arterial, la presencia de edema y el peso. Durante la valoración de un usuario, deberá considerar tanto los datos subjetivos como los objetivos.</p>
Datos históricos	<ul style="list-style-type: none"> • Otra consideración a tener en cuenta al describir los datos se refiere al elemento tiempo. En este contexto, los datos pueden ser históricos o actuales. • Los datos históricos consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud normal del usuario y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto en el estado de salud actual del usuario. <p>Ejemplos: pueden ser la hospitalización o cirugía previa, los resultados del ECG, las pautas de eliminación normales o enfermedades crónicas.</p>
Datos actuales	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento. <p>Ejemplos: Tensión arterial, vómitos o dolor postoperatorio. Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en las valoraciones repetidas, para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del cliente.</p>

Fuentes de datos

Durante la valoración, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes. Estas fuentes se clasifican como primarias o secundarias.

El usuario es la *fuentes primaria* y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes.

Hay varias cosas que el usuario puede hacer con mayor previsión como son:

1. Compartir las percepciones y sensaciones personales sobre salud y enfermedad
2. Identificar objetivos o problemas concretos y
3. Validar respuestas a modalidades diagnosticas o de tratamiento.

Las *fuentes secundarias* son todas las demás que no sean el propio cliente. Estas en aquellas situaciones en las que el cliente no puede participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar o validar datos proporcionados por el usuario.

Entre las fuentes secundarias se encuentran:

1. Los familiares o seres queridos del cliente.
2. Personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria y el registro clínico.
3. Familiares, amigos y colaboradores pueden proporcionar también datos históricos oportunos relacionados con las características normales del cliente en su hogar, en el trabajo y en los ambientes de actividades de ocio.

Cada una de estas fuentes secundarias puede contribuir a su base de conocimientos y así ampliar los datos disponibles para comparar y evaluar las repuestas del usuario.

El registro clínico contiene gran cantidad de datos geográficos: estado civil, tipo de trabajo, religión, seguros. Estos datos dan una idea más amplia de la situación socioeconómica del usuario. Además el registro contiene datos actuales e históricos documentados por profesionales de otras especialidades (medico, dietista, terapeuta respiratorio, asistente social, planificador de altas). También se dispone

de datos diagnósticos, como los hallazgos de laboratorio o los radiológicos. Considerar detenidamente los derechos del usuario a la intimidad y la confidencialidad al obtener información de fuentes secundarias.

Recogida de datos

La recogida sistemática y continua de datos es la clave para realizar una valoración exacta de sus usuarios. En esta parte se comentará el establecimiento de prioridades en la recogida de datos, los métodos utilizados para ello y los métodos para favorecerla.

Prioridades en la recogida de datos

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del usuario que exigen una intervención de enfermería. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar. Por tanto, será preciso establecer un sistema para determinar qué datos deben reunirse en primer lugar.

Uno de estos mecanismos es la jerarquía de necesidades humanas.

8.2 FASE DIAGNÓSTICA

Es la segunda fase del PAE, el diagnóstico de enfermería es el enunciado de la repuesta humana real, de riesgo o de bienestar en el sujeto de atención con un problema de salud, que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo, con el conocimiento de la ciencia de la enfermería. No constituye una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico o tratamiento.²⁰

²⁰ M. T. Luis. Diagnósticos Enfermeros: Un instrumento para la práctica asistencial. Segunda edición. Definición, formulación y tipos de diagnósticos NANDA-I. [http://prescripcionenfermera.com/Listado de Diagnosticos NANDA: Enfermería actual, NANDA NOC-NIC Metodología Enfermera](http://prescripcionenfermera.com/Listado-de-Diagnosticos-NANDA:Enfermeria-actual,NANDA-NOC-NIC-Metodologia-Enfermera). Disponible en <http://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda/> <http://hablemosdeenfermeria.blogspot.mx/2015/06/diagnosticos-de-enfermeria-definicion-y-formulacion.html>

La formulación de diagnósticos de enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos en forma eficaz. En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la creación de una taxonomía diagnóstica propia.

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la que realizan otros miembros del equipo de salud. Ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes pues permite tener conocimientos concretos de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

Estructura del diagnóstico de Enfermería

Formato PES

Los diagnósticos de enfermería se enuncian según el formato PES:

<i>P = Problema de salud, que corresponde con la etiqueta diagnóstica</i>	<i>E = Etiología, donde se reflejan las causas que favorecen la aparición del problema de salud.</i>	<i>S = Sintomatología, constituido por los signos y síntomas que aparecen como consecuencia del problema.</i>
---	--	---

Tipos de diagnóstico y su formulación

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo, posibles, y diagnósticos de salud.²¹

Diagnóstico real:

²¹ Téllez Ortiz Sara Esther. Modelos de cuidados en Enfermería NANDA, NIC y NOC. Editorial Mc Graw Hill, 2012 México.

Describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad a una situación de salud/ proceso vital.

Se debe formular en tres partes: problema + causa + datos objetivos y subjetivos.

El problema se une a la causa mediante la fórmula <relacionado con> (r/c) y esta se une a las características definitorias (datos objetivos y subjetivos) mediante la fórmula <manifestado por> (m/p).

Diagnóstico de riesgo:

Describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables.

La formulación es este caso sólo consta de dos partes: problema y causa. Al formular el diagnostico debe incluirse la palabra <riesgo de>.

Diagnóstico de salud o bienestar:

Es un diagnostico real que se formula cuando la persona, la familia o la comunidad goza ya de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

Se formulan en una sola parte: etiqueta diagnostica (problema) anteponiendo <potencial de aumento/mejora de>.

8.3 FASE DE PLANEACIÓN

La planeación de la atención de enfermería es la tercera fase del PAE, que permite el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, disminuir o corregir los problemas identificados en la valoración. Algunos problemas no se corrigen, por tanto el personal de enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias.

Las planeaciones del plan de cuidados incluyen las siguientes etapas:

- Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas.
- Determinación de objetivos o resultados esperados con el sujeto de atención.
- Planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarle a lograr los objetivos.

Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados, los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados. Los primeros son los que se realizan diariamente con el paciente o familia y se plasman en la hoja de evolución e indicaciones del expediente clínico sin una guía preelaborada.

Los planes de cuidados estandarizados permiten guiar la valoración y los cuidados de enfermería hacia los diagnósticos más frecuentes en un problema clínico en particular. Estos planes son el resultado de investigaciones y se utilizan en la docencia, como herramienta eficaz para los enfermeros que se incorporan a los servicios.

Los planes estandarizados con modificaciones permiten la individualización, pues los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones, se especifican con espacios en blanco para completar. Los planes de cuidado computarizados se pueden elaborar en la estación de enfermería o en un control central, una vez validada e introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o cuando se necesite. Los planes computarizados permiten elaborar planes individualizados y estandarizados con modificaciones.

En la actualidad, los planes de cuidados, con la función de los grupos multidisciplinarios se integran a los protocolos de actuación, los que facilitan la atención integradora de todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial. Por tanto, los protocolos de actuación, centralizan las diferentes intervenciones médicas y de enfermería a un mismo problema de salud.

8.4 FASE DE EJECUCIÓN

La ejecución es la cuarta fase que compone el PAE. La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería, consta de varias actividades como validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

En esta fase se deben proporcionar los recursos necesarios, preparación de un ambiente terapéutico, comunicación con otros profesionales, supervisión entre ellos y la educación.

Validación del plan de atención

Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a 3 interrogantes esenciales:

1. ¿El plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención?
2. ¿Se apoya en conocimientos científicos sólidos?
3. ¿Cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados?

Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.

Documentación del plan de atención

Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, se necesita que permanezca escrito y que se encuentre alcance de los demás miembros del equipo de salud. Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de enfermería puede

proceder a dar la atención como se planeó. La ejecución de las intervenciones debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería. En Cuba, existe un método de registro propio que permite recoger la información en los modelos oficiales del expediente clínico o ficha familiar, según el contexto donde se desempeñen los profesionales.

Continuación de la recolección de datos

Durante la ejecución el profesional de enfermería continúa la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto.²²

8.5 FASE DE EVALUACIÓN

Es la quinta y última fase, la cual es un proceso continuo y se utiliza para juzgar cada parte del PAE. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de 3 partes:

1. Evaluación del logro de objetivos.
2. Revaloración del plan de atención.
3. Satisfacción del sujeto de atención.

La evaluación del logro de objetivos (respuestas del paciente) es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención, para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo o resultado esperado en el plan de cuidados. Su propósito es decidir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de 3 formas:

²² Fernández Ferrín C. Enfermería Fundamental. Masson 2013.

1. Logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo.
2. Logro parcial, ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de alcanzar el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, aunque no tan bien como fue especificado en el enunciado.
3. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado, se afirma que no hubo logro.

El resultado debe quedar escrito en la historia clínica mediante el método de registro. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el profesional de enfermería indicará en el plan que el objetivo se logró. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se alcanza, se inicia la segunda parte de la evaluación.

La evaluación del plan de cuidados (retroalimentación) es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones sobre la base de los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes como: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.²³

Al realizar la retroalimentación del plan de cuidados, se pueden presentar las situaciones siguientes:

- Que las prioridades hayan cambiado su orden.
- Que haya surgido un nuevo diagnóstico.
- Que el diagnóstico haya sido resuelto.
- Que a pesar de haber logrado el objetivo, el diagnóstico exista.

²³ Del Gallego Lastra R., Hernandez Martín FJ. Fundamentos de Enfermería, 6.ª ed. Madrid. CTO 2013.

- Que el objetivo no se logró o solo en forma parcial.

Ante estos resultados, el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones, que incluyen cambiar el orden de prioridad, elaborar nuevos diagnósticos de enfermería sobre la base de las nuevas respuestas humanas, eliminar diagnósticos de los problemas resueltos, replantear nuevas metas y acciones para solucionar el diagnóstico persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logró o solo se logró parcialmente. En cuanto a esta última decisión, las razones más frecuentes se refieren a que el objetivo es irreal para las capacidades del sujeto de atención, con los recursos que cuenta, el diagnóstico y el objetivo son adecuados, pero las acciones de enfermería no lo son para alcanzarlo, o que el diagnóstico, el objetivo y las acciones son adecuados pero las circunstancias del hospital o del sujeto de atención cambiaron.

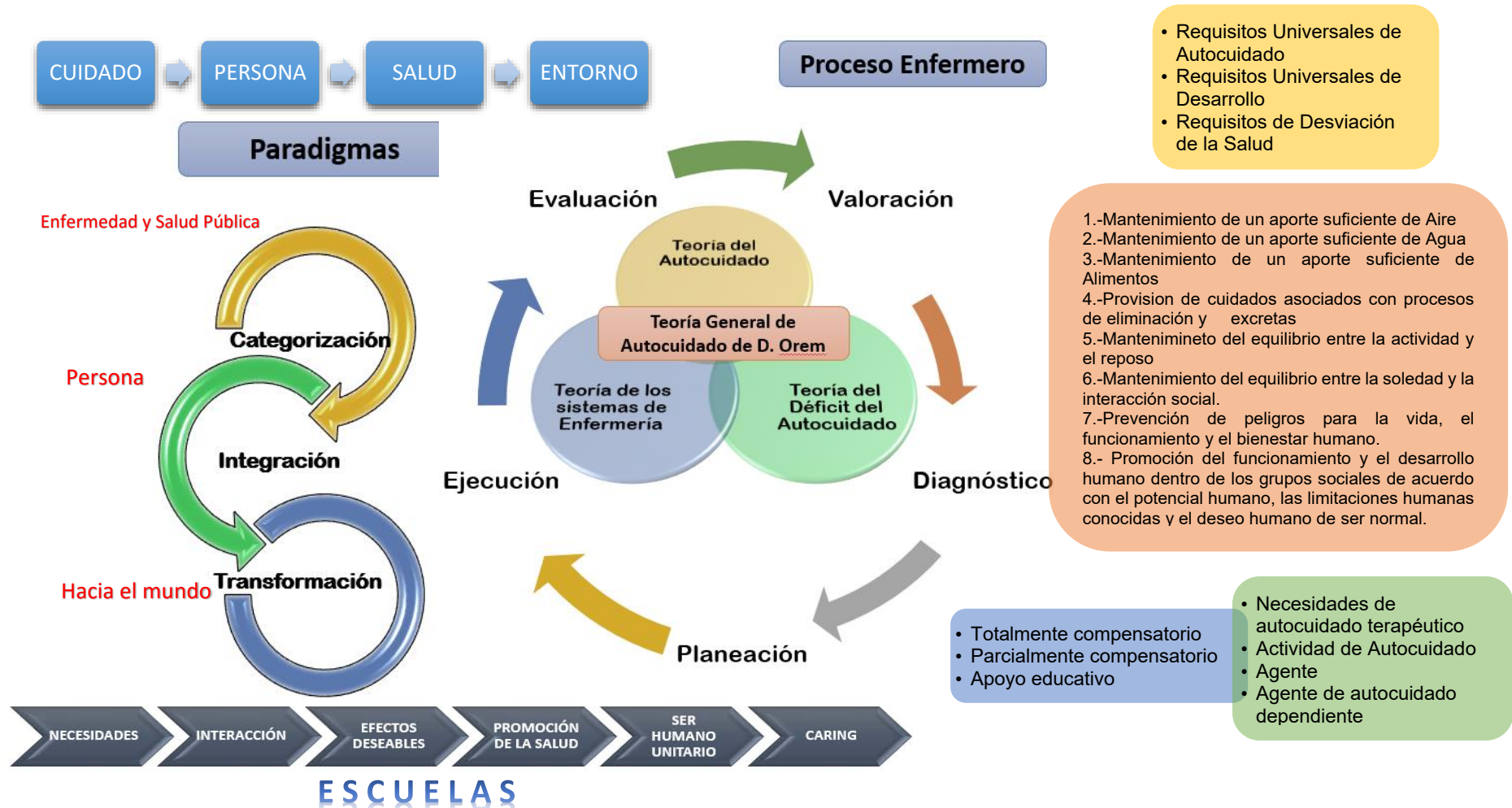
En la satisfacción del sujeto de atención, este no siempre tiene el conocimiento de lo que implican cuidados adecuados, y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios inadecuados, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería (calidad sentida). Es importante conocer su apreciación y discutirla con él.

Es de vital importancia resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de enfermería, lo cual se hace en la evaluación del plan. La evaluación y revaloración ayudan al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; además, posibilitan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención; y permiten diseñar protocolos de atención de enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente.

La satisfacción del sujeto de atención es un elemento esencial para evaluar la calidad de los servicios de salud, aunque mida la calidad sentida y no la técnica, que para su medición debe ser retomada entre otros indicadores.²⁴

²⁴ Hernández Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. Fundamentos de la Enfermería: teoría y método. 2.ª ed. McGraw-Hill. 2012.

IX. RELACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO CON LA TEORIA GENERAL DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM



Elaboró: Lic en Enf. Sarahí Cazares Hernandez, Estudiante de la Especialidad en Enfermería Infantil. Sede: Instituto Nacional de Pediatría

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se puede afirmar que la enfermería es pionera en la protección de las personas ante las acciones de los profesionales de la salud en los procesos de investigación. La ética en la profesión de enfermería está indisolublemente relacionada con la ética de investigación, en tanto el cumplimiento de la primera garantiza en su totalidad el cumplimiento de los principios de autonomía, beneficencia, y justicia que describe la segunda. Por esta razón es importante hablar de estos aspectos al elaborar este trabajo.

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑOS HOSPITALIZADOS

Los Derechos de los Niños son la columna vertebral para sociedades más justas e igualitarias. En la larga travesía que ha implicado para el ser humano reconocer que todos tenemos derechos por igual sin importar la etnia, la religión o la cultura, también se ha logrado desarrollar el concepto urgente de que los niños son seres vulnerables y que deben ser protegidos para evitar lo más que se pueda cualquier abuso, maltrato o injusticia que provenga del mundo de los adultos.

El objetivo de conocer estos derechos es reconocer el hecho de que todos los niños, independiente de su raza, religión, clase social y el país donde viven, todos sin excepción tienen derechos y nos permite verlos como un ser integral, con necesidades básicas para poder vivir.

Para el objetivo de este trabajo solo se mencionan los derechos involucrados en este específico estudio de caso.

10.1 DERECHOS DE LOS NIÑOS

El 5 de diciembre de 2014 entró en vigor la Ley General de los Derechos de Niños,

Niños y Adolescentes. Esta ley marca el inicio de una nueva etapa para la niñez y la adolescencia en México en la que gobierno y sociedad trabajarán coordinadamente a nivel nacional para garantizar sus derechos.²⁵

- Todos los niños y niñas deben tener los mismos derechos sin distinción de sexo, color, religión o condición económica.
- Los niños y niñas deben disponer de todos los medios necesarios para crecer física, mental y espiritualmente, en condiciones de libertad y dignidad.
- Los niños y niñas tienen derecho a un nombre y una nacionalidad desde el momento de su nacimiento.
- Los niños y niñas y sus madres tienen derecho a disfrutar de una buena alimentación, de una vivienda digna y de una atención sanitaria especial.
- Los niños y las niñas con enfermedades físicas y psíquicas deben recibir atención especial y la educación adecuada a sus condiciones.
- Los niños y las niñas han de recibir el amor y la comprensión de sus padres y crecer bajo su responsabilidad. La sociedad debe preocuparse de los niños y niñas sin familia.
- Los niños y las niñas tienen derecho a la educación, a la cultura y al juego.
- Los niños y las niñas deben ser los primeros en recibir protección en caso de peligro o accidente.
- Los niños y las niñas deben estar protegidos contra cualquier forma de explotación y abandono que perjudique su salud y educación.
- Los niños y las niñas han de ser educados en un espíritu de comprensión, paz y amistad y han de estar protegidos contra el racismo y la intolerancia.

²⁵ Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes (Nueva Ley DOF 04-12-2014). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría De Servicios Parlamentarios Ley Publicada En El Diario Oficial De La Federación El 4 De Diciembre De 2014.

10.2 DERECHOS DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS

Fueron declarados en el parlamento europeo y se han convertido en una forma para la acreditación de los hospitales que presenta servicios pediátricos.

1. Los niños serán internados en el Hospital sólo si el cuidado que requieren no puede ser igualmente provisto en su hogar o en un tratamiento ambulatorio.
2. Los niños en el hospital tienen el derecho de estar junto a sus padres o a un sustituto de los padres, todo el tiempo que permanezcan internados.
3. Los padres deben ser ayudados y alentados para que compartan el cuidado de sus hijos, y deben ser informados acerca de la rutina de la sala.
4. Los niños y sus padres deben tener el derecho de estar informados de manera apropiada para su edad y entendimiento.
5. Deben ser tomadas todas las precauciones posibles para evitar en los niños el stress físico y emocional.
6. Los niños y sus padres tienen derecho a la participación informada en todas las decisiones que tengan que ver con el cuidado de su salud.
7. Cada niño debe ser protegido del dolor, de tratamientos y procedimientos innecesarios.
8. En caso de ser invitados a participar en ensayos clínicos o pruebas, los padres deben ser informados detalladamente sobre el procedimiento y, una vez comprendido, deberán autorizarlo por escrito (consentimiento informado). Si el niño tiene capacidad de comprensión, deberá decidir por sí mismo si quiere participar de dichas pruebas.
9. El niño tiene derecho a compartir su internación con otros niños que tengan las mismas necesidades de desarrollo y, salvo en casos de necesidad extrema, no deben ser internados en sala de adultos.

10. Los niños deben tener oportunidad de jugar, recrearse y educarse de acuerdo con su edad y condiciones de salud y posibilidades del hospital.²⁶

XI. PRINCIPIOS ÉTICOS Y BIOÉTICOS

11.1 Principios Bioéticos

1. Principio de no maleficencia

Se formuló en la medicina hipocrática: *Primum non nocere*, es decir, ante todo, no hacer daño al paciente. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Es relevante ante el avance de la ciencia y la tecnología, ya que muchas técnicas pueden acarrear daños o riesgos. En la evaluación del equilibrio entre daños-beneficios, se puede cometer la falacia de creer que ambas magnitudes son equivalentes o reducibles a análisis cuantitativo.

2. Principio de beneficencia

Se trata de la obligación de hacer el bien. Es otro de los principios clásicos hipocráticos.

Actualmente este principio viene matizado por el respeto a la autonomía del paciente, a sus valores, modo de vivir y deseos. No es lícito imponer a otro nuestra propia idea del bien.

Este principio positivo de beneficencia no es tan fuerte como el negativo de evitar hacer daño. No se puede buscar hacer un bien a costa de originar daños: por ejemplo, el "bien" de la experimentación en humanos (para hacer avanzar la medicina) no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos desmedidos o infligiéndoles daños.

²⁶ Informe Anual UNICEF México Español 2014.

Aunque la humanidad tiene un interés en el avance de la ciencia, nadie puede imponer a otros que se sacrifiquen para tal fin. Matizado de esta manera, el principio de beneficencia apoya el concepto de innovar y experimentar para lograr beneficios futuros para la humanidad, y el de ayudar a otros (especialmente a los más desprotegidos) a alcanzar mayores cuotas de bienestar, salud, cultura, etc., según sus propios intereses y valores.

3. Principio de autonomía o de libertad de decisión

Se define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual.

4. Principio de justicia

Consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas.

La justicia e igualdad de los derechos de los seres humanos actuales y la preservación de condiciones viables y sostenibles para las generaciones futuras pueden hacer aconsejable, e incluso obligatoria, una cierta limitación del principio de autonomía, sobre todo en una sociedad de mercado que se abre al deseo desmedido de nuevos servicios y bienes, y en la que el individuo reclama ilimitadamente "derechos" de modo narcisista.

Los países industrializados, con menos población que los países pobres, contaminan más y derrochan más recursos. Las sociedades opulentas deberían bajar del pedestal la autonomía desmedida que va en detrimento del desarrollo justo y viable para todos, ya que un desarrollo equitativo mundial acarrearía en sí un manejo sostenible a nivel global.²⁷

11.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que este conlleva y las posibles alternativas. El consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

El consentimiento informado consta de dos partes:

- 1.- Derecho a la información: la información debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente.
- 2.- Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos.

²⁷ Estrada A.: Aplicación de los principios bioéticos en la actuación de enfermería. Trabajo Referativo. Fac. Cienc. Méd. Julio Trigo. La Habana, Cuba, 2002. (REVISIÓN 2012)

En los casos de urgencia en los que no existan la oportunidad de hablar con Los familiares y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar por medio del privilegio terapéutico hasta estabilizarlo y entonces poder informarle al paciente o a sus familiares. Esto debe quedar bien fundamentado en el expediente clínico. No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un paciente competente, aun cuando la familia lo autorice.²⁸

11.3 DECÁLOGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.²⁹

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

²⁸ Ley General de Salud, Reglamento de la ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Normas Oficiales Mexicanas, y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED), consultada Septiembre 2015.

²⁹ Ley General de Salud, Reglamento de la ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Normas Oficiales Mexicanas, y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED), consultada Septiembre 2015.

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.³⁰

³⁰ Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México Primera edición: 2000 ejemplares, se terminó de imprimir en diciembre de 2015.

XII. DAÑOS A LA SALUD

12.1 ALERGIA ALIMENTARIA

La alergia alimentaria es la reacción clínica provocada por un mecanismo inmunológico específico a un antígeno, posterior a la exposición a un alimento determinado. Se calcula que su prevalencia varía entre 2 y 4% en la población adulta y entre 6 y 8% en niños. Debido a que cada año se incrementan los casos reportados, la alergia alimentaria debe considerarse un problema de salud pública; de hecho, algunos autores la han calificado como “la segunda oleada” de la epidemia alérgica.³¹

La alergia a los alimentos es un problema de salud pública en auge que afecta a más de 17 millones de personas en Europa. La alergia a proteínas de huevo (PH) es la causa más frecuente de alergia alimentaria en niños, seguidas por las proteínas de la leche de vaca (PLV) y el pescado. Los frutos secos también constituyen una de las causas más frecuentes de alergia alimentaria en niños de 5 a 15 años y los alimentos de origen vegetal son la causa más frecuente de alergia en niños mayores y adultos.³²

La alergia alimentaria es la reacción adversa a alimentos mediada por mecanismos inmunológicos. La Comisión de Nomenclatura de la European Academy of Allergology and clinical Immunology (EAACI) clasifica la alergia a los alimentos en: mediada por inmunoglobulina (Ig) E y no mediada por IgE.³³ Por otra parte, se encuentra la hipersensibilidad no alérgica o intolerancia alimentaria, sin mecanismo

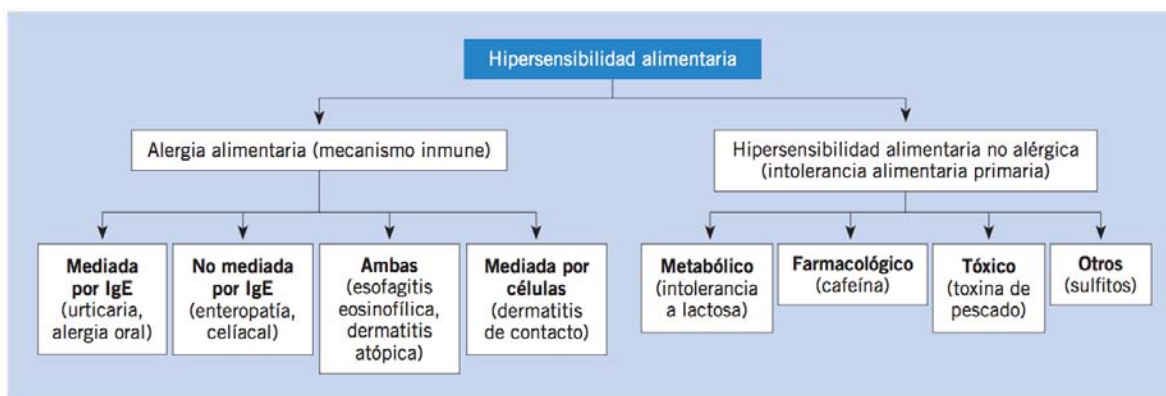
³¹ Prescott SL, Pawankar R, Allen KJ, Campbell DE, et al. A global survey of changing patterns of food allergy burden in children. *World Allergy Organ* 2013; 6:21.

³² Declaración Pública sobre Alergia a Alimentos y la anafilaxia: Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI).

³³ Chivato T, Guía rápida para residentes de alergología. SEAIC. 2012 p210.

inmune asociado cuyo origen puede ser enzimático, farmacológico, metabólico o indeterminado.

El número de pacientes alérgicos a alimentos se ha incrementado de una manera considerable en los últimos 10 años. El aumento más importante de las alergias alimentarias se ha producido en niños y en gente joven, ha aumentado especialmente el número de reacciones potencialmente mortales en población infantil.



12.2 ALERGI A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA (APLV)

Las proteínas de leche de vaca son el primer alérgeno alimentario al que se expone el niño; por lo que, suele ser responsable de las primeras reacciones alérgicas a alimentos que se manifiestan en el lactante.

La prevalencia de APLV a nivel mundial va del 2.2 al 2.8% en niños menores de 1 año de edad. Schrander, en un estudio en niños holandeses, encontró una prevalencia del 2.8%, mientras que Host la reporta en 2.2%.³⁴ En México no se han

³⁴ Schrander JJ, van den Bogart JP, Forget PP, et al. Cow's milk protein intolerance in infants under 1 year of age: A prospective epidemiological study. Eur J Pediatr. 2014; 152:640---4.

realizado estudios epidemiológicos que nos permitan conocer con certeza la prevalencia de APLV, aunque se ha estimado que va de un 5 a 7%.³⁵ Existen diversas hipótesis para explicar el incremento de la alergia, y en especial de la APLV, sin embargo todas ellas son motivo de controversia.

La frecuencia de reacciones adversas frente a proteínas de leche de vaca oscila entre 1-17,5% en los preescolares, 1-13,5% entre 5 y 16 años y 1-4% en adultos; tras la realización de pruebas de provocación oral con leche, los valores bajan a 0,5-2%, 0,5% y menos del 0,5%, respectivamente.

En general se han propuesto ciertos factores que pueden explicar esto, como son: el uso de antimicrobianos en el periodo perinatal, la prematuridad, el nacimiento vía cesárea y la falta de alimentación con leche materna.³⁶

El concepto de la alergia a la proteína de la leche no incluye otras reacciones adversas a la leche como o es la intolerancia a la lactosa, no relacionada a un mecanismo inmunológico.³⁷

Las manifestaciones clínicas pueden relacionarse a síntomas respiratorios, cutáneos, gastrointestinales o sistémicos. Ocasionando desde manifestaciones clínicas leves hasta formas severas como el choque anafiláctico. La APLV persiste solo en una minoría de los pacientes pediátricos, en la mayor parte se presenta resolución de su sintomatología entre 1 y 2 años de edad.

³⁵ Cervantes R, Sánchez Pérez MP, Bacarreza D, et al. Actualidades en alergia a las proteínas de la leche de vaca. *Rev Enf Inf Ped.* 2014; 21:82---90.

³⁶Fiocchi A, Brozek J, Schunemann HJ, Bahna SL, Von Berg A, Beyer K, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. *Pediatr Allergy Immunol.* 2011; 21: 1-125.

³⁷Bahna SL. Cow's milk allergy versus cow's milk intolerance. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2012; 89:56-58.

La leche de vaca contiene más de 40 proteínas; los alérgenos principales son³⁸:

- Caseína representa al 80% de la proteína contenida en la leche de vaca, con 4 diferentes tipos; la mayoría de los pacientes están sensibilizados a α -caseína (100%) y κ -caseína (91,7%).
- Proteínas séricas: α -lactoalbumina: es el 5%; pertenece a la super familia de las lisozimas. Están sensibilizados a esta proteína entre el 0-80% de los APLV.
 β -lactoglobulina: es la proteína sérica más abundante (10% de la proteína total), pero no está presente en la leche humana. Pertenece a la familia de las lipocalinas y su función es todavía desconocida. El porcentaje de alérgicos que responden frente a esta proteína está entre 13-76%.

Seroalbúmina bovina: es la proteína principal del suero y está involucrada en la alergia a leche y también a la carne de ternera. Están sensibilizados el 0-88% de los pacientes, pero con síntomas clínicos sólo en el 20%. Son proteínas resistentes a la temperatura y en algunas ocasiones, como con calentamiento vigoroso (121° durante 20 minutos), pueden incluso aumentar algunas características alergénicas, sobre todo en la β -lactoglobulina, formándose nuevas estructuras inmunológicamente reactivas.

Existe reactividad cruzada entre las proteínas de leche de mamíferos, principalmente entre bóvidos (vaca, cabra y oveja), y son menos frecuentes con suidos (cerda), équidos (yegua, mula) o camélidos (su leche, como la leche humana, no tiene β -lactoglobulina).²⁵

12.3 Factores de riesgo

³⁸ Fiocchi A, Brozek J, Schunemann HJ, Bahna SL, Von Berg A, Beyer K, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. *Pediatr Allergy Immunol.* 2011; 21: 1-125.

Se consideran factores de riesgo la existencia de carga atópica familiar y la administración intermitente de pequeñas cantidades de PLV durante la lactancia natural. Está en discusión el papel que puede jugar la administración de PLV en los primeros días de vida antes del establecimiento de la lactancia materna.³⁹

12.4 Diagnóstico

El diagnóstico de la alergia a proteínas de leche de vaca incluye la realización de una buena historia clínica que permita sospechar la existencia de una reacción adversa a la leche de vaca. Por otra parte es necesario comprobar el mecanismo inmunológico mediante la demostración de la existencia de IgE específica frente a proteínas de leche de vaca, y por último la comprobación de la relación entre los síntomas y la ingesta de leche de vaca, o prueba de provocación. Cuando la madre relata repetición de los síntomas por introducción accidental de leche debe ser considerada como contraprueba.

El diagnóstico diferencial más importante debe hacerse con la intolerancia a la lactosa o sacarosa dado que la sintomatología, especialmente diarrea, son fáciles de confundir.⁴⁰

Historia clínica: para el diagnóstico clínico es esencial elaborar una anamnesis detallada con referencia a la presencia de antecedentes familiares y/o personales de atopia; tipo de alimentación (materna, artificial, presencia de biberones esporádicos); edad al comienzo de los síntomas; tiempo transcurrido entre la ingesta de leche y la aparición de los síntomas; tipo de síntomas, y si hay factores precipitantes.

³⁹ Jong MH, Scharp-van der Linden VTM, Aalbersen RC, Oosting J, Tijssen JP, de Groot CJ. Randomised controlled trial of brief neonatal exposure to cow's milk on the development of atopy. Arch Dis Child 1998; 79:126-130. (REVISIÓN 2016)

⁴⁰ García Ara C, Boyano T, Díaz-Pena JM, Martín Muñoz F, Reche-Frutos M, Martín Esteban N. Specific IgE levels in the diagnosis of immediate hypersensitivity to cow's milk protein in the infant. J Allergy Clin Immunol 2001;107:185-190.(REVISION 2013)

La anamnesis debe completarse con una exploración física detallada y, si existen síntomas digestivos, búsqueda de signos de malabsorción y/o malnutrición.⁴¹

La obligación del médico y nutriólogo es considerar si la reacción adversa tras la ingestión de un alimento se debe realmente a una alergia o se debe a otro tipo de afección.

1. Historia clínica: descripción de síntomas desde la ingestión hasta el momento de inicio de los síntomas, la reacción más reciente la cantidad de alimento necesario para producir una reacción, y los alimentos sospechosos. Incluye antecedentes familiares de enfermedad alérgica, déficit, de enzimas, etc.
2. Examen Físico: mediciones antropométricas, determinación del crecimiento, desarrollo y del estado nutricional. Valora otras enfermedades crónicas, evalúa trastornos alérgicos como la rinitis alérgica, el eccema y el asma.
3. Diario para alimentos y síntomas durante dos semanas: datos reales sobre alimentos, cantidades y momentos de su ingestión, momento de aparición de los síntomas y medicamentos ingeridos. Pruebas inmunológicas: (piquete cutáneo, extracto radioalergosorbente “RAST” inmunosorbente ligada a enzima “ELISA”.): proporciona una lista de alimentos sospechosos, precisa confirmación de resultados positivos mediante dieta de ensayo de exclusión y provocación alimentaria con el fin de demostrar sensibilidad clínica al alimento.

⁴¹ Iacono G, Carroccio A, Cavataio F, Montalto G, Kazmierska I, Lorello D et al. Gastroesophageal reflux and cow's milk allergy in infants: A prospective study. J Allergy Clin Immunol 1996;97:822-827. (REVISION 2012)

4. Dieta de ensayo y exclusión durante 2 a 4 semanas o hasta desaparición de los síntomas: requiere que el paciente registre todos los alimentos ingeridos, comienza con dieta de exclusión simple. Solo eliminan los alimentos sospechosos a partir de la historia, el diario de alimentos y/o las pruebas inmunológicas. Progresa a una dieta de eliminación más extensa si los síntomas no desaparecen con una dieta simple.

Solo se permite la ingesta de un alimento de cada cuatro grupos alimentarios exóticos no ingeridos con anterioridad. Puede precisar el uso de una dieta hipoalérgica, si los síntomas no desaparecen con una dieta de exclusión extensa.

12.5 Clínica

La clínica se inicia tras la introducción de la fórmula adaptada con un intervalo corto de varias tomas o de unos pocos días. No es raro el inicio del cuadro con el primer biberón (al menos el primer biberón aparente). Los síntomas aparecen con un tiempo de latencia tras la toma que oscila entre pocos minutos a 1 hora. La cantidad de leche necesaria para provocar clínica varía con el grado de sensibilización.

En algunos pacientes bastan unos pocos mililitros (ml) y en otros casos sólo se producen problemas cuando se supera una cierta cantidad umbral que puede ser alta. La gravedad es muy variable, desde cuadros cutáneos muy leves hasta anafilaxia. Pueden ceder espontánea mente o necesitar un tratamiento farmacológico que se adecuará a la gravedad clínica. Una vez que ha cedido el cuadro agudo, el paciente queda totalmente asintomático si no se produce nueva ingestión de PLV. Por orden de frecuencia, lo más habitual son los síntomas cutáneos (70%), seguidos de digestivos (13%) o asociación de ambos (18%), respiratorios (1%) y anafilaxia (1%).⁴²

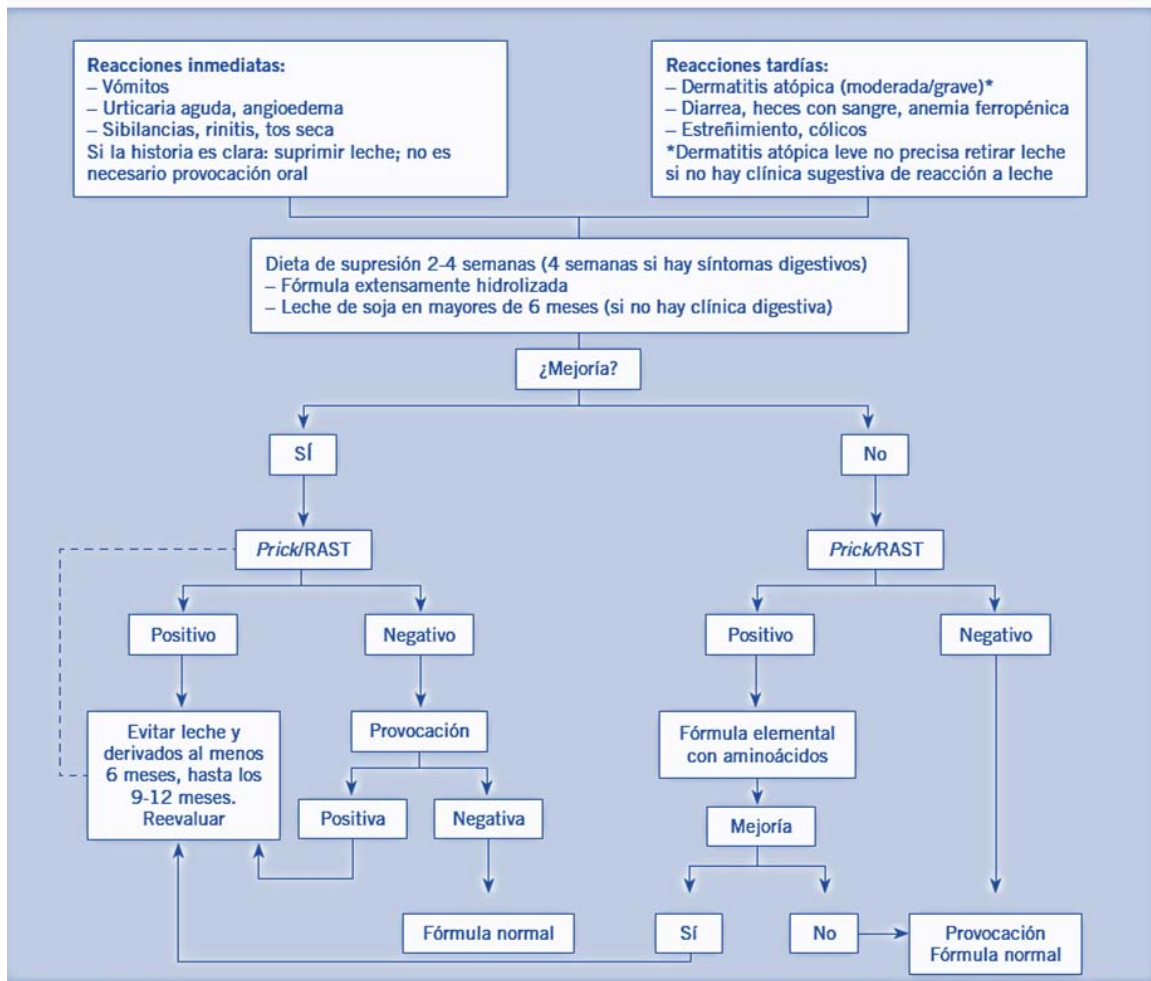
⁴² Alonso Lebrero E, Fernández Moya L, Somoza Álvarez ML. Alergia a leche y huevo en niños. *Alergol Immunol Clin* 2001; 6:96-110. (REVISIÓN 2012)

Síntomas cutáneos: El eritema generalizado con o sin urticaria aguda o con componente de angioedema se presenta en algo más del 50% de los pacientes. Puede existir afectación palpebral, de labios, y/o de manos y pies. Un porcentaje menor (10-15%) presenta sólo síntomas locales de tipo eritema perioral tras la ingestión de la fórmula adaptada. Estos cuadros leves en ocasiones no se valoran y preceden a otros de mayor intensidad. Algunos pacientes presentan sintomatología previa a la introducción de la lactancia artificial con clínica de eritema o urticaria en zonas de contacto con leche a través de roce, besos. Está descrita, asimismo, la aparición de síntomas en pacientes con lactancia materna exclusiva.

La dermatitis atópica, que constituye un problema muy frecuente en los primeros meses de vida puede ser provocada o exacerbada por la ingestión de proteínas de leche de vaca.

Síntomas digestivos: Pueden presentarse vómitos o diarrea que no tienen ninguna característica específica que los distinga de los causados por otras etiologías. Algunos autores han descrito, en menores de 12 meses, asociación entre reflujo gastroesofágico y alergia a PLV. El rechazo sistemático del biberón junto con llanto e irritabilidad, en un lactante sin otros signos patológicos y con buena aceptación previa de la lactancia materna, pueden ser signos iniciales sugestivos de alergia a PLV, si bien se siguen rápidamente de otros síntomas más objetivos.

Síntomas respiratorios: Con poca frecuencia y siempre de forma aguda, el cuadro se inicia con dificultad respiratoria de vías bajas o edema de glotis con dificultad respiratoria y disfonía. Esta sintomatología puede suponer compromiso vital inmediato y debe tratarse con adrenalina. Los procesos frecuentes de broncoespasmo de repetición que caracterizan al llamado asma del lactante no se corresponden con alergia a PLV.



La rinoconjuntivitis aguda con secreción nasal serosa, estornudos y lagrimeo, se describe raramente en la anamnesis pero se observa en provocaciones controladas precediendo a afectación de otros órganos.⁴³

Anafilaxia: Los cuadros severos, con riesgo vital o de afectación multisistémica, constituyen en algunas series hasta el 1% de las formas de debut, y para algunos autores son causa de muerte súbita.⁴⁴

⁴³ Ibañez MD, Martínez M, Muñoz MC, Rosales MJ, Alonso E, Laso MT. Valoración de las pruebas diagnósticas en alergia a alimentos. *Allergol et Immunopathol* 2015;24:6-17.

⁴⁴ Coombs RRA, Holgate ST. Allergy and cot death: with special focus on allergic sensitivity to cow's milk and anaphylaxis. *Clin Exp Allergy* 2015;20:359-366.

12.6 Tratamiento de los cuadros de APLV

El único tratamiento actual es la retirada de las proteínas de leche de vaca de la dieta y su sustitución por un producto nutricionalmente adecuado y que no provoque reacciones adversas.

Existen varias posibilidades de tratamiento:

1. Lactancia Materna. En aquellos lactantes alimentados al pecho, éste debería mantenerse, siempre y cuando la madre retire de su dieta las PLV y otros alimentos implicados y tome suplementos de calcio y vitaminas.⁴⁵ En ocasiones puede ser necesario durante 2-3 días administrar un producto de sustitución, mientras la madre se vacía la mama tras iniciar la dieta de exclusión.
2. Las PLV pueden sustituirse por otras de distinto origen, tanto animal como vegetal.

a) La leche de otras especies de mamíferos disponibles en nuestro país como la cabra y la oveja no está indicada porque frecuentemente existe reactividad cruzada clínica e inmunológica con las PLV.⁴⁶

b) Fórmulas vegetales a base de proteínas de soja. Existen recomendaciones para su composición elaboradas por el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría y de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica y están reguladas por la normativa comunitaria como preparados de inicio y continuación. La materia prima es el aislado proteico de soja tratado con calor y adicionado de l-metionina, l-carnitina y taurina.

El componente graso proviene de aceites vegetales, y el hidrocarbonado contiene polímeros de glucosa, almidón o sacarosa, y está exento de lactosa por

⁴⁵ American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. Pediatrics 2013;106:346-349.

⁴⁶ Spuergin E, Walter M, Schiltz E et al. Allergenicity of α -caseins from cow, sheep and goat. Allergy 2015;52: 293-298.

ser fórmulas de origen vegetal. El contenido en fitatos y otros compuestos de la soja disminuye la biodisponibilidad de iones divalentes (zinc, calcio, magnesio, hierro y cobre) y del yodo, lo que obliga a aumentar la cantidad de estos elementos.⁴⁷

Nombre comercial	GRASAS	CARBOHIDRATOS
• HIDROLIZADOS DE CASEÍNA		
Nutramigen (Mead Johnson)	Vegetal LCT	Polímeros de glucosa Almidón
Nutribén hidrolizada (Alter)	Vegetal LCT	Polímeros de glucosa
Pregestimil (Mead Johnson)	Vegetal LCT/ MCT (55%)	Polímeros de glucosa Almidón
• HIDROLIZADOS DE SEROPROTEÍNAS		
Alfaré (Nestlé)	Láctea Vegetal LCT/MCT (48%)	Polímeros de glucosa Almidón
Almirón Pepti (Nutricia)	Vegetal LCT	Polímeros de glucosa Lactosa
Nieda Plus (Abbott)	Vegetal LCT/MCT (20%)	Polímeros de glucosa Sacarosa
Peptinaut Junior (Nutricia)	Vegetal LCT/MCT (50%)	Polímeros de glucosa
• HIDROLIZADOS DE CASEÍNA/SEROPROTEÍNAS		
Blemil Plus FH (Ordesa)	Vegetal LCT/MCT (15%)	Polímeros de glucosa Almidón
Damira (Novartis)	Vegetal LCT/MCT (22%)	Polímeros de glucosa Almidón
• HIDROLIZADO DE SOJA Y COLÁGENO		
Pregomín (Milupa)	Vegetal LCT	Polímeros de glucosa Almidón

CARACTERÍSTICAS DE LOS PREPARADOS DE ALTO GRADO DE HIDRÓLISIS COMERCIALIZADOS

Las fórmulas de soja son ricas en aluminio, lo que contraindica su uso en recién nacidos prematuros o con alteraciones renales porque disminuye la mineralización ósea³⁵. También contienen manganeso y fitoestrógenos que hasta el momento no se han relacionado con efectos no deseables a largo plazo. Son productos de aceptable palatabilidad y coste bajo. Aunque la proteína de soja no tiene reactividad cruzada con la leche de vaca es un antígeno

potencial y se ha descrito enteropatía sensible a PLV asociada a otras proteínas, entre ellas la soja.⁴⁸ Por todo ello, las fórmulas de soja pueden indicarse desde el primer momento, en aquellos niños que habiendo nacido a término presentan alergia mediada por IgE, pero no se darán antes de los 12 meses en niños con clínica digestiva en los que se sospecha sensibilización no mediada por IgE. No están indicadas en el tratamiento del cólico del lactante.⁴⁹

⁴⁷ American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Soy protein-based formulas: recommendations for use in infant feeding. Pediatrics 2013;101:148-153.

⁴⁸ Vitoria JC, Dalmau J, Ros L, Olivera JE, SánchezValverde F. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Enteropatía sensible a proteínas de leche de vaca. An Esp Pediatr 2015;42:355-360

⁴⁹ American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. Pediatrics 2013;106:346-349.

XIII. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CASO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre:	ARMANDO E.P.
Edad:	2 MESES / 28 DIAS
Sexo: masculino	MASCULINO
Lugar y fecha de nacimiento	15 DE JULIO DE 2015
Etapa:	LACTANTE
Religión:	CATÓLICA
Diagnóstico médico:	ALERGIA A LA PROTEINA DE LA LECHE DE VACA (APLV)

MOTIVO DE INGRESO

Previamente sano, referido de un hospital particular en Chalco Estado de México el día 10 de Octubre de 2015 por presentar pausas respiratorias, cianosis, sin pérdida de la consciencia, los padres al percatarse de la pausa respiratoria le brindan respiración boca a boca y compresiones torácicas con una duración aproximada de 3 minutos recobrando la respiración. Es enviado al Instituto Nacional de Pediatría (INP) para protocolo de estudio y manejo definitivo.

XIV. VALORACION FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

Factor (FBC)	
<p>Edad <i>(CONDICIONANTE)</i></p>	<p>Las proteínas de leche de vaca son el primer alérgeno alimentario al que se expone el niño; por lo que, suele ser responsable de las primeras reacciones alérgicas a alimentos que se manifiestan en el lactante.⁵⁰</p> <p>La prevalencia de APLV a nivel mundial va del 2.2 al 2.8% en niños menores de 1 año de edad.^{51,52}</p>
<p>Sexo <i>(NO CONDICIONANTE)</i></p>	<p>De acuerdo a la literatura no hay predisponente de acuerdo al sexo a desarrollar APLV.</p>
<p>Estado de desarrollo <i>(NO CONDICIONANTE)</i></p>	<p>Se han propuesto ciertos factores como son: el uso de antimicrobianos en el periodo perinatal, la prematuridad, el nacimiento vía cesárea y la falta de alimentación con leche materna.</p> <p>Con Armando no hay ningún factor que sea de riesgo para su patología de ALPV.</p>
<p>Estado de salud <i>(NO CONDICIONANTE)</i></p>	<p>Previamente sano, se diagnostica con APLV el día 10 de octubre de 2015 en el INP.</p>
<p>Factores del sistema de salud <i>(NO CONDICIONANTE)</i></p>	<p>Tiene acceso a la atención médica.</p> <p>Se le ha brindado ésta atención en el momento que lo requiere</p>

⁵⁰ Prescott SL, Pawankar R, Allen KJ, Campbell DE, et al. A global survey of changing patterns of food allergy burden in children. World Allergy Organ 2013; 6:21.

⁵¹ Cervantes R, Sánchez Pérez MP, Bacarreza D, et al. Actualidades en alergia a las proteínas de la leche de vaca. Rev Enf Inf Ped. 2014; 21:82---90.

⁵² Jong MH, Scharp-van der Linden VTM, Aalbersen RC, Oosting J, Tijssen JP, de Groot CJ. Randomised controlled trial of brief neonatal exposure to cow's milk on the development of atopy. Arch Dis Child 1998; 79:126-130. (REVISIÓN 2016)

<p>Factores Socio-Culturales <i>(CONDICIONANTE)</i></p>	<p>Los padres de Armando son jóvenes padres: 21 años, Madre: 18 años, muestran inmadurez para el afrontamiento de dificultades y responsabilidades. Se encuentran en un hogar. Tipo de familia extensa: ya que además de los padres viven con los abuelos (padres del papá de armando).</p>
<p>Factores del sistema familiar <i>(CONDICIONANTE)</i></p>	<p>Los padres no presentan algún tipo de alergia. La madre consumía productos derivados de la leche de vaca durante la lactancia materna, Armando solo se alimentaba de seno materno.</p>
<p>Factores del medio ambiente <i>(NO CONDICIONANTE)</i></p>	<p>La condición económica le permite vivir en un hogar con las siguientes características: zona rural-urbana (Chalco, Estado de México) con casa prestada 5 cuartos en total para un total de 6 personas, cuenta con servicios básicos de urbanización (agua y luz) en su mayoría con piso de tierra, paredes en obra negra y techo de lámina de asbesto.</p>
<p>Factor patrones de vida <i>(NO CONDICIONANTE)</i></p>	<p>Armando se ha desarrollado en un ambiente familiar, rodeado de los padres, su hermana y abuelos, con las condiciones necesarias para vivir y desarrollarse.</p>
<p>Disponibilidad y adecuación de los recursos <i>(NO CONDICIONANTE)</i></p>	<p>Las condiciones económicas de sus padres para cubrir sus necesidades personales y familiares básicas no influyen. Se encuentran en situación limitada económicamente, se les dificulta cubrir todos los gastos, pero consideran que el tratamiento médico que se le ha dado a Armando no ha sido tan costoso como ellos imaginaban.</p>

	El ingreso mensual es bajo, el único proveedor es el padre, esta situación ha generado ocasionalmente discusiones entre los miembros de la familia.
--	---

XV. EXPLORACIÓN FÍSICA POR APARATOS Y SISTEMAS

EXPLORACIÓN FÍSICA				
Paciente masculino alerta cooperador, activo y reactivo a estímulos externos, se mantiene en compañía de su madre. (Anexo 1)				
	INSPECCIÓN	PALPACIÓN	AUSCULTACIÓN	PERCUSIÓN
PIEL	Con adecuado estado de hidratación y coloración tegumentaria. Se observa, piel integra con llenado capilar de 3 segundos.			
CRÁNEO	Se observa cabello bien implantado y separado abundante, coloración castaño oscuro, sin presencia de restos sebáceos.	Se encuentra normoencéfalo, se palpa fontanela bregmatica y lamboidea normotensas, sin presencia de protuberancias ni hundimientos.		
CARA	No presenta erupciones ni manchas, se observa con cejas pobladas con separación de vello en glabella. No se observaban lesiones de dermatitis consecuentes a la alergia.			
OJOS	Simétricos con simetría ocular, movimientos oculares y alineación normales, con respuesta a la luz (reflejo fotosensible), no se observa hipertelorismo ni estrabismo.			
NARIZ	Se observa integra sin presencia de desviación, fosas nasales simétricas y	Se palpa estructura ósea del tabique nasal, alineado integro.		

	permeables, hidratadas y sin obstrucción.			
OIDOS	Se observan bien implantados, alineados con borde externo del ambos ojos, ambos pabellones auriculares bien formados.	Con otoscopio se observa en ambos oídos membranas timpánicas integra de color rosado.		
BOCA	Mucosas orales hidratadas, alineación entre ambas comisuras bucales, buen reflejo de succión y deglución al alimentándose con leche de fórmula.	Se palpa paladar blando y duro, amígdalas rosadas sin presencia de hipertrofia, encías rosadas, sin evidencia de brote de piezas dentales.		
CUELLO	Cilíndrico sin adenopatías, corto y grueso para la edad, se observa tráquea alineada.	No hay evidencia de ganglios, edema ni masas. Se palpan pulsos carotídeos con adecuada frecuencia, ritmo e intensidad.		

TORAX Y PULMONES	<p>Tórax simétrico, no se observa malformación en tórax (pectum excavatum y/o carinatum), se observa respiración abdominal con adecuada frecuencia y ritmo. No se observa aleteo nasal, tiraje intercostal, disociación toracoabdominal, retracción xifoidea ni quejido respiratorio.</p>	<p>Espacios intercostales y número de costillas normal, no se palpan masas. En tórax posterior se palpa columna vertebral sin alteraciones (xifosis, escoliosis, lordosis).</p>	<p>Se auscultan campos pulmonares ventilados, con murmullo vesicular, sin presencia de sibilancias ni estertores ni estridor a la inspiración y espiración.</p>	<p>Usando el dedo medio de una mano como plexímetro y el dedo índice o medio de la otra mano como percutor, se valora la parte anterior y posterior del tórax. Mate: bases de los pulmones. Normalmente, la base derecha es más alta que la izquierda (por la ubicación del hígado). No se ausculta resonancia ni hiperrresonancia ya que no se encuentra con acumulo de secreciones.</p>
	<p>AUSCULTACIÓN CARDIACA</p> <p>Se ausculta frecuencia cardíaca normal, los 4 focos cardiacos claramente sin eventualidad, ruidos cardiacos sincrónicos en buena intensidad, sin presencia de soplos.</p>			
ABDOMEN	<p>Se observa cilíndrico con ligera distención abdominal.</p>	<p>Se palpa abdomen depresible, sin masas. sin esplenomegalia. No se palpan hernias.</p>	<p>Se auscultan ruidos intestinales con motilidad intestinal presente.</p>	<p>Se percuten cuadrantes abdominales, con sonido timpánico.</p>

GENITALES	Se observa pene de aproximadamente de 3 cm, fimosis fisiológica y escroto con arrugas e hiperpigmentado.	Testículos palpables en las bolsas escrotales (péndulas). Uretra peneana en el extremo del glande central. No se palpan hernias inguinales.		
RECTO	Sin alteraciones perianales (se observa perforación de orificio anal)			
	EXTREMIDADES			
	Superiores e inferiores íntegros, simétricos, llenado capilar de 2 segundos y pulsos palpables sin alteración (frecuencia y ritmo sincrónicos).			

XVI. VALORACION DE LOS REQUISITOS

16.1 REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de Aire

Es importante mencionar el antecedente previo ingreso al INP. El día 10 de octubre de 2016 presentó pausas respiratorias y cianosis, sin pérdida de la consciencia.

El día 11 de Octubre previo a la valoración de enfermería para estudio de caso, presento 3 pausas respiratorias de aproximadamente 20, 30 y 21 segundos respectivamente, manifestando en cada una de ellas cianosis

peribucal y distal, taquicardia (hasta de 145 latidos por minuto), desaturación de O₂ hasta 74%, consecuentes al regreso del contenido alimentario por el esófago (regurgitación), se brindó apoyo de oxígeno por puntas nasales a 1litro por minuto mejorando la saturación hasta 98% y se brinda posición semifowler para mejorar la mecánica ventilatoria y disminuir el riesgo de microaspiraciones.

Al presentar mejoría y manteniéndose en vigilancia por 24 horas se retira apoyo de oxígeno suplementario saturando al medio ambiente superior a 90%, sin presentar datos de dificultad respiratoria Silverman de 0puntos.

A la valoración de enfermería presenta los siguientes signos vitales:

Fecha	SIGNOS VITALES							
	Coloración	Estado de alerta (Anexo 2)	Frecuencia respiratoria	Frecuencia cardiaca	Presión arterial	Saturación de oxígeno	Llenado capilar	Silverman-Anderson
12 de Octubre	Rosada	Glasgow 15pts	37	106	92/60	98% Sin apoyo de oxígeno suplementario	3 segundos	0 puntos
14 de octubre	Rosada	Glasgow 15pts	33	95	96/62	99% Sin apoyo de oxígeno suplementario	3 segundos	0 puntos
16 de octubre	Rosada	Glasgow 15pts	35	99	99/65	99% Sin apoyo de oxígeno suplementario	3 segundos	0 puntos

Se valora dificultad respiratoria con la escala de Silverman-Anderson en el cual no se evidenciaron datos clínicos de dificultad respiratoria. (Anexo 3)

Durante la estancia hospitalaria se mantiene sin apoyo de oxígeno suplementario satura 99% al medio ambiente (Anexo 4), se observa

adecuada coloración tegumentaria, con llenado capilar de 3 segundos en miembros pélvicos. (Anexo 5)

2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de Agua

Armando pesa 4,500 Kg, se observan mucosas orales y nasales hidratadas con signo de pliegue negativo, (Anexo 6), sin presencia de edema (ver anexo 7).

Se encuentra con una vía periférica, con solución glucosada al 5% 100ml para mantener vena permeable. Pasando 4.1 ml/hora, lo que da un requerimiento total de 98.4 ml / día, más la ingesta diaria de fórmula (90 ml cada 4 horas), de acuerdo a la regla de Holliday-Segar (Anexo 4) el requerimiento de líquidos para 24 horas en niños de hasta de 10kg, corresponde de 100 a 150 ml/kg/día.

Armando pesa 4.500 Kg y de acuerdo a esta regla le corresponden de 450 hasta 675 ml en 24 horas = Armando tiene un ingreso de 638.4ml en 24 horas, lo que indica que tiene adecuado aporte de líquidos durante su estancia hospitalaria, no hay alteración en este requisito.

3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de Alimentos

Fecha	Perímetro abdominal	Perímetro cefálico	Talla	Peso
12 de Octubre	34cm	36cm	47 cm	4,500 Kg
14 de octubre	35cm	36cm	47 cm	4,560 Kg
16 de octubre	35cm	36cm	48 cm	4,593 Kg

REFLEJO	CARACTERISTICA
Reflejo de búsqueda	Vigoroso
Reflejo de succión	Vigoroso
Reflejo de deglución	Vigoroso
Forma de alimentación	Biberón- formula artificial 90 ml
Frecuencia	Cada 4 horas

Necesidades calóricas

- 0-1 año : 100 - 120 kcal/kg/día
- 1-3 años : 100 kcal/kg/día
- 4-6 años : 90 kcal/kg/día
- 7-10 años : 70 kcal/kg/día
- 11-14 años : 17 - 55 kcal/kg/día
- 15-18 años : 2.800 kcal/día (varones)
2.100 kcal/día (mujeres)

Anexo 5

Anexo 6 cdc

Anexo 7 formulas $76 \text{ kcal} / 90\text{ml} = 456 \text{ kcal en un dia (adecuado)}$

Composición cuantitativa		100 g	100 ml al 14,1%
Valor energético	kcal	501	68
	kJ	2097	283
Grasas	g	25,1	3,4
Grasas saturadas	g	11	1,6
MCT	g	99	1,3
Grasas poliinsaturadas	g	4,1	0,56
Ac. linoleico	g	3,55	0,48
Ac. einolénico	g	0,45	0,06
DHA	mg	42	5,7
GLA	mg	125,5	17,9
Carbohidratos	g	53,9	7,3
Maltodextrinas	g	47	6,6
Almidón	g	6	0,8
Proteínas	g	14,8	2,0
Minerales y oligoelementos			
Sodio	mg	240	34
Cloro	mg	442	62
Potasio	mg	618	87
Calcio	mg	380	54
Fósforo	mg	255	36
Magnesio	mg	59	8,3
Hierro	mg	4,9	0,7
Zinc	mg	4,9	0,7
Cobre	mcg	400	56
Yodo	mcg	74	10

		100 g	100 ml al 14,1%
Selenio	mcg	17	2,4
Manganeso	mg	35	4,9
Vitaminas			
A	mcg	520	70
D	mcg	7,4	1
K	mcg	40	5,4
C	mg	65	8,8
B ₁	mg	0,35	0,05
B ₂	mcg	0,74	0,10
B ₃	mg	0,40	0,05
Niacina	mg NE	49/90	0,66/1,2
Ac. fólico	mcg	60	81
B ₁₂	mcg	1,5	0,20
Ac. pantoténico	mg	2,4	0,32
Biotina	mcg	99	1,3
E (αTE)	mg	8,2	1,1
Colina	mg	49	6,6
Inositol	mg	25	3,4
Carnitina	mg	99	1,3
Taurina	mg	40	5,4
Agua	g	3	0,4
Concentración calórica	kcal/ml		0,7
Osmolaridad	mOsm/l		194

Alfaré



FINANCIABLE POR EL SIS JUBILEO SIN INTERÉS

ALFARÉ

Alfaré es una fórmula sin lactosa, extensamente hidrolizada e hipoaergénica que mejora los síntomas asociados a la alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) y/o a la **intolerancia alimentaria** en bebés con **trastornos digestivos**, como la diarrea grave. Específicamente diseñado para favorecer la tolerancia, la absorción y la reparación tisular, Alfaré se tolera bien en casos de malabsorción, inflamación y daño de la mucosa. Alfaré favorece el crecimiento y el desarrollo normales.

Consulta siempre a tu profesional sanitario antes de realizar algún cambio en la alimentación de tu hijo/a.

Alimentado inicialmente con seno materno, ya que no presentaba sintomatología relacionada a APLV, posterior al ingreso hospitalario se diagnostica Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca, se le indica a la madre dieta restringida en productos derivados de esta proteína, para poder continuar con la lactancia materna, pero no ha evitado del todo consumirlos, (refiere no saber cuáles son todos los alimentos que no debe consumir, pero se muestra cooperadora e interesada ante la orientación, desea seguir la indicación para continuar con la lactancia materna) se dará un tiempo determinado para que la madre se familiarice con la nueva indicación respecto a la dieta que debe tener, actualmente (13 de octubre) se opta por restringir completamente el seno materno e iniciar con fórmula extensamente hidrolizada.

Al momento es alimentado con 90 ml cada 4 horas. Con ritmo de ingesta normal. Se brinda una posición en la que disminuya el riesgo de

brioncoaspiración, ocasionalmente cuando presenta regurgitación, se mantiene inquieto y no tolera la vía oral, manifestando rechazo al biberón, a la formula al “sacarla” de la cavidad oral y llanto.

No se ha intentado ni iniciado la ablactación.

Perístalsis presente, 3 por minuto, no hay aumento significativo en la medición de perímetro abdominal pre y postprandial, me mantiene de 34-35cm.

Glicemia capilar	Día de toma	Horario de toma
89 ml/DI	12 de octubre	11:00 hrs
77 mg/DI	14 de octubre	10:00 hrs
94 mg/DI	16 de octubre	13:00 hrs

De acuerdo a las gráficas de la CDC paciente con bajo peso y talla para la edad.

(=10 p). (Anexo 6)

4.- Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excreción

Presenta micción espontanea aproximadamente 8 veces al día, coloración amarillo ámbar. Evacuaciones diarias en 3 ocasiones espontaneas de coloración amarillenta, de acuerdo a la escala de Bristol -Tipo 6. (Anexo 10)

Gasto urinario= 1.2 ml/Kg/hr

Gasto Fecal = 1.3 ml/Kg/hr

Presenta estreñimiento ocasional posterior al inicio de alimentación con formula extensamente hidrolizada, así como menor frecuencia de evacuación (una evacuación por día) en escasa cantidad (40 y 37 ml respectivamente) heces impactadas acompañadas de evacuación dificultosa e incompleta, las características de estas heces de acuerdo a la escala de Bristol – Tipo 2 (Anexo 11)

Total de ingresos y egresos en 24 hrs			
Día	Ingresos	Egresos	Balance
12 de Octubre	1428 ml/día	1190 ml/día	238 ml/día (+)
14 de octubre	1380 ml/día	1400ml/día	20 ml/día (-)
16 de octubre	1650 ml/día	1537ml/día	113 ml/día (+)
	4458 ml/día	4127 ml/día	331 ml/día (+)

Obteniendo en estos días un balance fluctuante pero en promedio con balance positivo de 145 ml.

5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

Aproximadamente duerme 10/24 horas al día, presenta alteraciones durante el sueño y no puede descansar adecuadamente, manifiesta regurgitación con residuos de fórmula, inquietud, tos no productiva, llanto y ansiedad. Por la noche solo en una ocasión ingiere alimento.

6.- Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad e interacción social

Armando responde al tacto, voltea cuando se le realiza algún estímulo con sonido, sigue la luz y presenta llanto vigoroso cuando se le realiza algún estímulo. Se tranquiliza cuando es cargado por la madre o por la enfermera.

Sus padres lo visitan en el hospital, la madre refiere no ser un hijo planeado ni deseado, posterior a saber de su embarazo y ahora con el estado de salud de Armando aumentaron los problemas con su esposo, la relación actual entre ellos la califica como regular, ya que en ocasiones hay discusiones por el bajo ingreso para cubrir los gastos del hogar.

La madre refiere que su esposo presenta vicios de alcohol y cigarro, no mantiene un trabajo estable y su ingreso mensual para el mantenimiento de la familia es escaso (\$5000 mensuales).

7.- Provisión de peligros para la vida. El funcionamiento humano y el bienestar humano.

Armando deberá permanecer hospitalizado mientras se mantiene en observación y se realizan estudios pendientes.

Se realiza valoración de escalas, EVA 0/10 obteniendo un puntaje de (0) el paciente no manifiesta dolor (Ver Anexo 12) Escala de DOWNTON con 3 puntos (Riesgo bajo de caídas) (Ver anexo 17). En cuanto a su esquema de vacunación se encuentra al corriente hasta el momento.

QUIMICA SANGUÍNEA

CT 0.3, BUN 6.5, GLUC 78 mg/dL.

BIOMETRIA HEMATICA

Hb 11.6 g/dl, Plaquetas 203,000, Hto 34.3%,
Neutrófilos 2000, Leucocitos 4 600, Linfocitos 7%

ELECTRÓLITOS SERICOS

Na 138 mEq/L

Potasio 4.3 mEq/L

Cloruro 107 mEq/L

Ph 5.7

Magnesio 2 mEq/L

Calcio 9.6 mg/L

Labstix en orina

REACTIVO	RESULTADO
Densidad Urinaria de	1005
Urobilinógeno (URO)	Negativo
Sangre (BLO)	Negativo
Proteínas (PRO)	Negativo
PH	5.7
Nitritos (NIT)	Negativo
Leucocitos (LEU)	Negativo
Gravedad especifica (SG)	Negativo
Glucosa (GLU)	74mm/Hd
Cuerpos cetónicos (KET)	Negativo
Bilirrubina(BIL)	Normal
Ácido ascórbico (ASC)	Negativo

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

Madre: Se mantiene las 24 horas en el hospital al cuidado de Armando refiere sentirse muy cansada, somnolienta, ansiosa, no se ha alimentado adecuadamente, no tiene higiene adecuada y desea volver a casa lo más pronto posible.

En ocasiones se mantiene optimista y cree que todo saldrá bien con el tratamiento de Armando y poder así regresar pronto a casa para continuar con sus actividades y el cuidado en general de su otra hija. Considera que ha cooperado para contribuir a la mejora de la salud de Armando.

El padre no muestra interés por informarse acerca de la patóloga de Armando, la madre continua con dudas a pesar de la información constante que se le ofrece.

La madre refiere ansiedad, impotencia y conocimiento insuficiente para contribuir en la mejora de la salud de su hijo, en ocasiones ha pensado que su salud más que mejorar va decayendo, por esta razón la sensación de miedo es constante, cree que si lo deja solo o si su hija continua sin comer adecuadamente puede empeorar aún más su salud hasta el punto de morir.

Dice ser católica pero no visitar constantemente la iglesia, lo hizo posterior al padecimiento de Armando para pedir por su salud, pero no lo hace con frecuencia.

16.2 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

De acuerdo a Vanedela un test para evaluar el neurodesarrollo del niño, Armando cumple con los diez puntos mínimos de acuerdo a la edad, es decir: (Anexo 13)

ACCIÓN	PRESENTE / NO PRESENTE
1. Come sin atragantarse	Presente
2. Presión palmar (ambas manos)	Presente
3. Oye sonido de la sonaja y detiene o aumenta el movimiento	Presente
4. Contacto visual	Presente
5. Seguimiento visual 90° (45°/45°)	Presente
6. Sostiene 3 segundos la cabeza o intenta enderezarla	Presente
7. Libera la cara	Presente
8. Flexión de los miembros	Presente
9. Lloro fuerte cuando está molesto	Presente
10. Se tranquiliza y acurruca al cargarlo	Presente

REFLEJOS	
Moro	✓ Presente
Presión Palmar	✓ Presente
Presión Plantar	✓ Presente
Respuesta Tónico del cuello	✓ Presente
Babinski	✓ Presente

REFLEJO	ESTIMULACIÓN	CONDUCTA	PRESENTE	DÉBIL	AUSENTE
Hociqueo	Sus mejillas se acarician con el dedo o con el pezón.	Voltea la cabeza, abre la boca y empieza movimiento de succión	✓		
Prensor	Se acaricia con la palma de la mano del bebe	Empuña la mano, se le puede levantar si ambas manos son empuñadas	✓		
Cuello tónico	Se acuesta al bebe sobre la espalda	Voltea su cabeza a un lado y adopta la posición de esgrimista	✓		
Moro o sobre salto	Él bebe se deja en la cama y se le hace oír un ruido alto	Él bebe extiende las piernas, los brazos y los dedos; arque la espalda, lanzando la	✓		

		cabeza hacia atrás.			
--	--	------------------------	--	--	--

16.3 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Previamente sano, referido de un hospital particular en Chalco Estado de México el día 10 de Octubre de 2015 por presentar pausa respiratoria, cianosis, sin pérdida de la consciencia, los padres proceden a brindarle respiración boca a boca y compresiones torácicas con una duración aproximada de 3 minutos recobrando la respiración. De esta unidad hospitalaria lo envían al INP para protocolo de estudio y manejo definitivo.

Actualmente la madre refiere que Armando a partir de su ingreso hospitalaria ya no ha presentado pausas respiratorias, le han brindado información acerca del tratamiento de su hijo y le han modificado la dieta a la madre (prohibición de consumo de productos derivados de la leche de vaca) para evitar que esta sea transmitida a Armando y así propiciar la alergia. Le comentaron que modificarán la fórmula para que pueda ser complementado con ella y al concluir las pruebas diagnósticas poder enviarlo a su domicilio con un tratamiento efectivo

Los padres se encuentran atentos a la evolución de su hijo y siguen al pie de la letra las recomendaciones médicas, así mismo cumplen con las indicaciones de acuerdo a la dieta y medicación.

VALORACIÓN FOCALIZADA

Previamente sano, el día 10 de octubre de 2015 ingresa al INP referido de clínica privada del estado de México, y el día 12 de octubre es trasladado al servicio de gastroenterología donde se llevara a cabo su seguimiento.

Paciente masculino alerta cooperador, activo y reactivo a estímulos externos con Gasglow de 15 pts, se mantiene en compañía de su madre. Con adecuado estado de hidratación y coloración tegumentaria. Se observa, piel integra con llenado capilar de 3 segundos.

Tórax simétrico, no se observa malformación en tórax (pectum excavatum y/o carinatum), se observa respiración abdominal con adecuada frecuencia y ritmo. No se observa aleteo nasal, tiraje intercostal, disociación toracoabdominal, retracción xifoidea ni quejido respiratorio (Silverman de 0pts). Espacios intercostales y número de costillas normal, no se palpan masas.

Se palpa abdomen depresible, sin masas. Hepatomegalia consecuente de atresia de vías biliares, sin esplenomegalia. No se palpan hernias. Se auscultan ruidos intestinales con motilidad intestinal presente y e percuten cuadrantes abdominales, con sonido timpánico.

Genitales se observa pene de aproximadamente de 3 cm, fimosis fisiológica y escroto con arrugas e hiperpigmentado. Testículos palpables en las bolsas escrotales (péndulas). Uretra peneana en el extremo del glande central. No se palpan hernias inguinales.

Recto sin alteraciones perianales (se observa perforación de orificio anal)

Extremidades superiores e inferiores íntegros, simétricos, llenado capilar de 2 segundos y pulsos palpables sin alteración (frecuencia y ritmo sincrónicos).

16.4 JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS

REQUISITOS UNIVERSALES	AFECTADO		FECHA DE DIAGNÓSTICO	FECHA DE SOLUCIÓN
	SI	NO		
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de Aire	✓		Diagnóstico médico 10 de octubre	18 de noviembre 2015
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de Alimentos	✓		Diagnóstico médico 10 de octubre	En proceso de tratamiento
3. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	✓		Diagnostico por el agente terapéutico (profesional de enfermería) 15 de Octubre	19 de noviembre 2015
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excreción	✓		Diagnóstico médico 14 de octubre. Diagnostico por el agente terapéutico (profesional de enfermería) 15 de Octubre.	19 de noviembre 2015
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	✓		Diagnostico por el agente terapéutico (profesional de enfermería) 19 de Octubre	18 de noviembre 2015

6. Mantenimiento de un aporte suficiente de Agua		✓	Diagnóstico médico 14 de octubre	No alterado
7. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas y el deseo de ser normal		✓	Diagnostico por el agente terapéutico (profesional de enfermería) 21 de Octubre	No alterado
8. Mantenimiento del equilibrio ante la soledad y la interacción social	✓		Diagnostico por el agente terapéutico (profesional de enfermería) 21 de Octubre	No alterado

16.5 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Receptor del cuidado:	Armando	Etapas del desarrollo:	Lactante	
Agente de cuidado dependiente:	Armando Madre de armando	Sistema de enfermería:	Parcialmente Compensatorio Educativo	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento de un aporte suficiente de Aire - Alteración del Patrón respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> Estado de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Reflujo gastroesofágico 	<ul style="list-style-type: none"> Cianosis peribucal y distal Desaturación de O₂ hasta 74% Pausas respiratorias 	<ul style="list-style-type: none"> Disposición de la madre para recibir información y aprender a realizar actividades que disminuyan riesgos que comprometan la salud y la vida de su hijo
Diagnóstico de Enfermería				
Alteración del patrón respiratorio r/c regurgitación de fórmula por posición incorrecta m/p cianosis peribucal y distal, desaturación de oxígeno y pausas respiratorias				

Receptor del cuidado:	Madre de Armando	Etapas del desarrollo:		Lactante
Agente de cuidado dependiente:	Madre de Armando	Sistema de enfermería:		Educativo
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento de un aporte suficiente de Alimentos - Interrupción de la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> Factores socioculturales 	<ul style="list-style-type: none"> Desapego al régimen alimenticio de la madre 	<ul style="list-style-type: none"> Consumo de productos con derivado de la proteína de la leche de vaca 	<ul style="list-style-type: none"> Promover el mantenimiento de la lactancia materna a través de conocimiento a la madre que le proporcione información para llevar a cabo una dieta libre de proteína de vaca.
Diagnóstico de Enfermería				
Interrupción de la lactancia materna r/c desapego al régimen alimenticio de la madre m/p consumo de productos con derivado de la proteína de la leche de vaca				

Receptor del cuidado:	Armando	Etapas del desarrollo:	Lactante	
Agente de cuidado dependiente:	Madre de Armando	Sistema de enfermería:	Educativo	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
<p>Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas y el deseo de ser normal (normalidad).</p> <p>-</p> <p>Déficit de conocimientos de los padres</p>	<ul style="list-style-type: none"> Factores Socio-culturales 	<ul style="list-style-type: none"> Padres jóvenes con inmadurez para el afrontamiento o de dificultades y responsabilidades 	<ul style="list-style-type: none"> El padre no muestra interés por informarse acerca de la patología de Armando La madre continua con dudas a pesar de la información constante que se le ofrece Refiere conocimiento insuficiente para contribuir en la mejora de la salud de su hijo 	<ul style="list-style-type: none"> Brindar información a los padres sobre la patología de su hijo, dando la oportunidad de realizar cuestionamientos para resolver sus dudas.
Diagnóstico de Enfermería				
<p>Déficit de conocimientos de los padres r/c padres jóvenes con inmadurez para el afrontamiento de dificultades y responsabilidades m/p el padre no muestra interés por informarse acerca de la patología de armando, la madre continua con dudas a pesar de la información constante que se le ofrece, refiere conocimiento insuficiente para contribuir en la mejora de la salud de su hijo</p>				

Receptor del cuidado:	Armando	Etapas del desarrollo:	Lactante	
Agente de cuidado dependiente:	Armando	Sistema de enfermería:	Parcialmente compensatorio	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo - Alteración en el confort	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Estancia y ambiente hospitalario 	<ul style="list-style-type: none"> • Llanto • Inquietud • Ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • La madre se muestra con cansancio y fatiga pero prefiere mantenerse con el casi todo el tiempo durante la hospitalización. • Agente terapéutico dispuesto a proporcionar medidas y técnicas que ayuden a recuperar el confort.
Diagnóstico de Enfermería				
Alteración en el confort r/c estancia y ambiente hospitalario m/p llanto, inquietud y ansiedad				

Receptor del cuidado:	Armando		Etapas del desarrollo:	Lactante
Agente de cuidado dependiente:	Madre de Armando		Sistema de enfermería:	Educativo
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excreción - Alteración de la consistencia normal de la defecación	<ul style="list-style-type: none"> Estado de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Inicio de fórmula extensamente hidrolizada 	<ul style="list-style-type: none"> Evacuación dificultosa Escasa cantidad Menor frecuencia evacuante 	<ul style="list-style-type: none"> Brindar información a la madre sobre la preparación correcta de la fórmula.
Diagnóstico de Enfermería				
Alteración de la consistencia normal de la defecación r/c inicio de fórmula extensamente hidrolizada m/p evacuación dificultosa, escasa cantidad y menor frecuencia evacuante				

Receptor del cuidado:	Armando	Etapas del desarrollo:			Lactante
Agente de cuidado dependiente:	Madre de Armando	Sistema de enfermería:			Educativo
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del auto-cuidado	Capacidades del autocuidado	
<p>Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).</p> <p>- Temor</p>	<ul style="list-style-type: none"> Factores socioculturales 	<ul style="list-style-type: none"> Estado de salud de Armando 	<ul style="list-style-type: none"> Amenaza constante de deterioro de la salud Miedo a la muerte 	<ul style="list-style-type: none"> La madre se muestra con temor y amenaza constante del deterioro de la salud de su hijo. La enfermera especialista brinda información que le ayude a aclarar sus dudas y ampliar el conocimiento sobre esta. 	
Diagnóstico de Enfermería					
Temor r/c estado de salud de armando m/p amenaza constante de deterioro de la salud y miedo a la muerte.					

Receptor del cuidado:	Armando	Etapa del desarrollo:		Lactante
Agente de cuidado dependiente:	Madre de Armando	Sistema de enfermería:		Educativo
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
<p>Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas y el deseo de ser normal (normalidad).</p> <p>- Cansancio del rol del cuidador (madre)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de salud de Armando 	<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio, somnolencia, ansiedad, alimentación e higiene inadecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> • La enfermera especialista le brinda un tiempo a la madre para salir del hospital y realizar alguna actividad breve con el objetivo de disminuir la ansiedad y el cansancio.
Diagnóstico de Enfermería				
Cansancio del rol del cuidador r/c estado de salud de armando m/p cansancio, somnolencia, ansiedad, alimentación e higiene inadecuada.				

Receptor del cuidado:		Armando	Etapas del desarrollo:		Lactante
Agente de cuidado dependiente:		Madre de Armando	Sistema de enfermería:		Educativo
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado	
Mantenimiento del equilibrio ante la soledad y la interacción social - Alteración en el funcionamiento del rol dentro de la sociedad (núcleo familiar)	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Estancia hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la interacción con los padres. • No interactúa con otros miembros de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • La madre se muestra pendiente del estado de salud, lo acompaña la mayor parte del tiempo • Agente terapéutico brinda cuidado, acompañamiento y atención a Armando y a la familia 	
Diagnóstico de Enfermería					
Alteración en el funcionamiento del rol dentro de la sociedad r/c estancia hospitalaria m/p disminución de la interacción con los padres y no interactúa con otros miembros de la familia					

Receptor del cuidado:	Armando		Etapa del desarrollo:	Lactante
Agente de cuidado dependiente:	Armando Madre de Armando		Sistema de enfermería:	Educativo
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del auto-cuidado	Capacidades del autocuidado
Provisión de peligros para la vida. El funcionamiento humano y el bienestar humano - Alteración de los procesos familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Factores del sistema familiar • Disponibilidad y adecuación de los recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el estado de salud del Armando 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos conyugales • Discusión por déficit para cubrir las finanzas familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar orientación a la madre sobre el afrontamiento del estado de salud, ya que esta es importante para continuar con un cuidado adecuado. • Se recomienda la búsqueda de un especialista que pueda brindarle información especializada.
Diagnóstico de Enfermería				
Alteración de los procesos familiares r/c cambio en el estado de salud del armando m/p conflictos conyugales y discusión por déficit para cubrir las finanzas familiares económicos				

Receptor del cuidado:	Armando	Etapa del desarrollo:	Lactante	
Agente de cuidado dependiente:	Armando Madre de Armando	Sistema de enfermería:	Educativo Parcialmente compensatorio	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo - Alteración en el patrón del sueño	• Estado de salud	• Reflujo gastroesofágico	• Regurgitación • Inquietud • Tos no productiva • Llanto • ansiedad	• La madre se muestra cooperadora para recibir capacitación sobre las medidas de cuidado a su hijo. • Brindar medidas específicas de cuidado por parte de la enfermera especialista para favorecer en mayor medida el descanso evitando mayores episodios de reflujo.
Diagnóstico de Enfermería				
Alteración en el patrón del sueño r/c reflujo gastroesofágico M/p regurgitación, inquietud, tos no productiva, llanto y ansiedad				

Receptor del cuidado:	Armando	Etapa del desarrollo:	Lactante	
Agente de cuidado dependiente:	Madre de Armando	Sistema de enfermería:	Educativo	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad). - Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> Factores Socioculturales 	<ul style="list-style-type: none"> Estado de salud actual de Armando 	<ul style="list-style-type: none"> Impotencia y conocimiento insuficiente para contribuir en la mejora de la salud de su hijo 	<ul style="list-style-type: none"> La madre se muestra ansiosa con el deseo de conocer más acerca de la patología de su hijo, la enfermera especialista brinda información que le ayude a aclarar sus dudas y ampliar el conocimiento sobre esta.
Diagnóstico de Enfermería				
Ansiedad r/c estado de salud actual de armando m/p impotencia y conocimiento insuficiente para contribuir en la mejora de la salud de su hijo				

Receptor del cuidado:		Armando		Etapa del desarrollo:		Lactante	
Agente de cuidado dependiente:		Armando Madre de Armando		Sistema de enfermería:		Educativo	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado			
Mantenimiento de un aporte suficiente de Alimentos - Lactancia ineficaz al lactante	• Factores socioculturales	• Desapego al régimen alimenticio por parte de la madre	• Consumo de productos con derivado de la proteína de la leche de vaca	• La madre se muestra cooperadora para recibir información acerca de la importancia de la lactancia materna en el lactante, reconociendo la importancia de esta.			
Diagnóstico de Enfermería							
Lactancia ineficaz al lactante r/c desapego al régimen alimenticio por parte de la madre m/p consumo de productos con derivado de la proteína de la leche de vaca							

Receptor del cuidado:	Armando	Etapas del desarrollo:	Lactante	
Agente de cuidado dependiente:	Madre de Armando Armando	Sistema de enfermería:	Educativo Parcialmente compensatorio	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Provisión de peligros para la vida. El funcionamiento humano y el bienestar humano. - Deterioro de la mucosa oral	<ul style="list-style-type: none"> Estado de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Regurgitación constante 	<ul style="list-style-type: none"> Abultamientos pequeños y dolorosos en la lengua y máculas eritematosas 	<ul style="list-style-type: none"> la madre lleva acabo las recomendaciones que le brinda la enfermera especialista para favorecer la pronta cicatrización de las lesiones. Le brinda información sobre la posible aparición de estas.
Diagnóstico de Enfermería				
Deterioro de la mucosa oral r/c regurgitación constante m/p abultamientos pequeños y dolorosos en la lengua y máculas eritematosas.				

Receptor del cuidado:	Armando	Etapa del desarrollo:	Lactante	
Agente de cuidado dependiente:	Armando Madre de Armando	Sistema de enfermería:	Totalmente compensatorio	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento de un aporte suficiente de Aire - Riesgo de aspiración	<ul style="list-style-type: none"> Estado de salud 	Reflujo gastroesofágico	-	<ul style="list-style-type: none"> Disposición de la madre para recibir información y aprender a realizar actividades que disminuyan riesgos que comprometan la salud y la vida de su hijo.
Diagnóstico de Enfermería				
Riesgo de aspiración r/c reflujo gastroesofágico				

Receptor del cuidado:	Armando	Etapas del desarrollo:	Lactante	
Agente de cuidado dependiente:	Armando	Sistema de enfermería:	Parcialmente compensatorio	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento de un aporte suficiente de Alimentos - Riesgo de desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> Estado de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Reflujo gastroesofágico 	-	<ul style="list-style-type: none"> Promover el mantenimiento de la lactancia materna a través de conocimiento a la madre que le proporcione información para llevar a cabo una dieta libre de proteína de vaca y dar el conocer los beneficios para su hijo si continúa con la lactancia materna.
Diagnóstico de Enfermería				
Riesgo de desnutrición r/c reflujo gastroesofágico				

Receptor del cuidado:	Armando	Etapa del desarrollo:	Lactante	
Agente de cuidado dependiente:	Armando	Sistema de enfermería:	Parcialmente compensatorio Educativo	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del auto-cuidado	Capacidades del autocuidado
Provisión de peligros para la vida. El funcionamiento humano y el bienestar humano. - Riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> Estado de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición ambiental a patógenos Procedimientos invasores (punciones, venoclisis) 	-	<ul style="list-style-type: none"> La enfermera especialista lleva a cabo sus medidas de protección universal (lavado de manos, bata) y esta información la comparte con la madre proporcionando conocimiento para disminuir riesgos.
Diagnóstico de Enfermería				
Riesgo de infección r/c exposición ambiental a patógeno aumentada procedimientos invasores				

Receptor del cuidado:		Armando	Etapas del desarrollo:		Lactante
Agente de cuidado dependiente:		Armando	Sistema de enfermería:		Parcialmente compensatorio
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado	
Mantenimiento de un aporte suficiente de Aire - Riesgo de bronco aspiración	<ul style="list-style-type: none"> Estado de salud 	reflujo gastroesofágico constante	-	<ul style="list-style-type: none"> Disposición de la madre para recibir información y aprender a realizar actividades que disminuyan riesgos que comprometan la salud y la vida de su hijo 	
Diagnóstico de Enfermería					
Riesgo de bronco aspiración r/c reflujo gastroesofágico constante					

Receptor del cuidado:	Armando	Etapas del desarrollo:	Lactante	
Agente de cuidado dependiente:	Armando	Sistema de enfermería:	Parcialmente compensatorio Educativo	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Provisión de peligros para la vida. El funcionamiento humano y el bienestar humano. - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none"> Estado de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Alteración en el estado nutricional y a estancia prolongada en cuna 	-	<ul style="list-style-type: none"> La enfermera especialista favorece la movilización de Armando para evitar la lesión de la piel, así también participa en el baño diario y lubricación de la piel. Esta información es brindada la madre para que ella también participe en estos cuidados.
Diagnóstico de Enfermería				
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c alteración en el estado nutricional y a estancia prolongada en cuna				

Receptor del cuidado:	Armando		Etapa del desarrollo:	Lactante
Agente de cuidado dependiente:	Madre de Armando		Sistema de enfermería:	Educativo
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento de un aporte suficiente de Alimentos - Disposición para mejorar la nutrición	<ul style="list-style-type: none"> Estado de salud 	-	<ul style="list-style-type: none"> Desea apegarse al régimen alimenticio o para continuar con la lactancia materna 	<ul style="list-style-type: none"> Promover el mantenimiento de la lactancia materna a través de conocimiento a la madre que le proporcione información para llevar a cabo una dieta libre de proteína de vaca. La madre se muestra participativa, cooperadora.
Diagnóstico de Enfermería				
Disposición para mejorar la nutrición m/p desea apegarse al régimen alimenticio para continuar con la lactancia materna				

Receptor del cuidado:	Armando		Etapa del desarrollo:	Lactante
Agente de cuidado dependiente:	Madre de Armando		Sistema de enfermería:	Educativo
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Factores que alteran el requisito	Déficit del autocuidado	Capacidades del autocuidado
Mantenimiento de un aporte suficiente de Alimentos - Disposición para mejorar los conocimientos dieta-lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> Estado de salud 	-	<ul style="list-style-type: none"> Refiere deficiencia de conocimientos sobre la dieta que debe seguir Cooperadora interesada ante la orientación 	<ul style="list-style-type: none"> Promover el mantenimiento de la lactancia materna a través de conocimiento a la madre que le proporcione información para llevar a cabo una dieta libre de proteína de vaca. La madre se muestra participativa, cooperadora
Diagnóstico de Enfermería				
Disposición para mejorar los conocimientos dieta- lactancia materna m/p refiere deficiencia de conocimientos sobre la dieta que debe seguir, cooperadora interesada ante la orientación				

5.10 PLAN DE INTERVENCIONES

<p>DIAGNÓSTICO:</p> <p>ALTERACIÓN DEL PATRÓN RESPIRATORIO R/C REGURGITACIÓN DE FORMULA POR POSICIÓN INCORRECTA M/P CIANOSIS PERIBUCAL Y DISTAL, DESATURACIÓN DE OXÍGENO Y PAUSAS RESPIRATORIAS</p>	
<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar intervenciones especializadas de enfermería para disminuir riesgos en la salud respiratoria de Armando. Brindar apoyo educativo a la madre para que pueda conocer riesgos y pueda estar capacitada para brindar el cuidado a su hijo disminuyendo riesgos para su salud. 	
<p>INDICADORES DE EVALUACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Auscultación Pulmonar Cianosis (coloración rosada, cianótica) Saturación de oxígeno (Saturación 90-100%) 	<p>RESULTADOS ESPERADO</p> <p>Evitar bronco aspiración</p>
<p>SISTEMA DE ENFERMERIA:</p> <p>Parcialmente Compensatorio</p>	
<p>CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA</p> <p>INFORMACIÓN A LA MADRE</p> <ul style="list-style-type: none"> Brindar a la madre información sobre los cuidados y actividades 	<p>FUNDAMENTACIÓN⁵³</p> <p>Los síntomas más frecuentes asociados con reflujo patológico son: regurgitaciones frecuentes con o sin vómitos, irritabilidad,</p>

⁵³ Intervenciones de enfermería para el cuidado del paciente pediátrico con Enfermedad del Reflujo Gastroesofágico. Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-732-14. México 2014. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx> <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

<p>a realizar, así como mantener en vigilancia a Armando durante su estancia hospitalaria por parte de la enfermera especialista.</p> <p style="text-align: center;">VIGILANCIA Y MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES</p> <p>Mantener estrecha vigilancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales c/2horas (Vigilar frecuencia cardiaca (120 a 160 x min) y frecuencia respiratoria (30 a 50 x min)) • Vigilar ruidos pulmonares, aleteo nasal, quejidos respiratorios, coloración y saturación de O₂ (90% al 100%) • Colocar en posición decúbito supino a Armando para mantener la vía aérea permeable y rotarlo de posición cada 2hrs. 	<p>llanto intenso, trastornos del sueño, pirosis, sibilancias, estridor, tos y disfonía.</p> <p style="text-align: center;"><i>IV Shekelle Guevara P, 2011</i></p> <p>La apnea del recién nacido ocurre frecuentemente en el periodo postprandial inmediato, aumentando la probabilidad de que esas apneas ocurran después de episodios de regurgitación provocando broncoaspiración y muerte súbita.</p> <p style="text-align: center;"><i>III Shekelle Suárez M, 2011</i></p> <p>La mejor posición para disminuir los episodios de reflujo es el decúbito prono y lateral pero dado que esta posición se relaciona con síndrome de muerte súbita del lactante, no está indicada en niños menores de un año, siendo el decúbito supino la recomendada.</p> <p style="text-align: center;"><i>III Shekelle Pérez M, 2013</i></p> <p>La posición en decúbito ventral no se recomienda ya que incrementa el riesgo de muerte súbita en lactantes menores de 12 meses.</p> <p style="text-align: center;"><i>III Shekelle Suárez M, 2011</i></p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Se mantiene en estrecha vigilancia por parte de la enfermera especialista y la madre, con lo cual se mantiene sin presentar alteración en los signos vitales ni en el estado espiratorio.</p>	

<p>DIAGNÓSTICO:</p> <p>INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA R/C DESAPEGO AL RÉGIMEN ALIMENTICIO DE LA MADRE M/P CONSUMO DE PRODUCTOS CON DERIVADO DE LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA</p>	
<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar información a la madre acerca de la importancia de los beneficios que tiene la lactancia materna en esta etapa de desarrollo de su hijo y con esto promover la alimentación con seno materno. • Informar acerca de los alimentos que puede consumir que no contengan proteína de vaca y así poder continuar con la lactancia materna. 	
<p>INDICADORES DE EVALUACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de la madre sobre lactancia materna y alimentación libre de proteína de vaca. 	<p>RESULTADOS ESPERADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de conocimientos acerca de la lactancia materna y su alimentación
<p>SISTEMA DE ENFERMERIA:</p> <p>Educativo</p>	
<p>CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar información a la madre sobre la importancia de la lactancia materna. • 	<p>FUNDAMENTACIÓN⁵⁵</p> <p>Todas las madres deberán ser capacitadas y sensibilizadas en los beneficios de la lactancia materna.</p> <p><i>B Task Force Ratings Thomas J, 2007</i></p> <p>La posición semivertical disminuye la regurgitación nasal y el reflujo de la leche materna hacia las trompas de Eustaquio.</p> <p><i>III Task Force Ratings Reilly S, 2007</i></p>

⁵⁵ Guía de práctica clínica gpc. Lactancia Materna. Niño con enfermedad evidencias y recomendaciones catálogo maestro de guías de práctica clínica:IMSS-704-14. México 2013. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

<ul style="list-style-type: none"> • Dar recomendaciones de posición para alimentar al niño • Brindar opciones de alimentación evitando el consumo de proteína de vaca.⁵⁴ Se proporciona un tríptico a la madre con esta información (Anexo 14) 	<p>La alimentación con leche materna o calostro favorece la función del intestino al favorecer el crecimiento de los enterocitos, la motilidad intestinal y la inducción, de hormonas como la gastrina, colecistoquinina, enteroglucagón, neurotensina, y el factor inhibidor péptido gástrico y mejora el vaciamiento gástrico.</p> <p><i>III Shekelle Gasque JJ, 2012 III Shekelle Smith JR, 2005</i></p> <p>La leche humana disminuye la incidencia de enterocolitis, de intolerancia enteral y displasia broncopulmonar.</p> <p><i>I Shekelle ESPGHAN, 2013</i></p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Se brinda información a la madre, se realizan algunas preguntas sobre lo entendido y se comprueba que comprendió la información. Se muestra cooperadora para llevar a cabo la dieta propuesta y continuar con la lactancia materna.</p>	

<p>DIAGNÓSTICO:</p> <p>CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR R/C ESTADO DE SALUD DE ARMANDO M/P CANSANCIO, SOMNOLENCIA, ANSIEDAD, ALIMENTACIÓN E HIGIENE INADECUADA</p>
<p>OBJETIVO:</p>

⁵⁴ The University of Chicago Medical Center 2015. All rights reserved. The University of Chicago Medicine Comer Children's Hospital

<ul style="list-style-type: none"> El agente terapéutico brinda apoyo al cuidador primario para disminuir la tensión, ofreciendo espacios para realizar actividades personales (higiene y alimentación) 	
INDICADORES DE EVALUACIÓN	RESULTADOS ESPERADO
<ul style="list-style-type: none"> Somnolencia Ansiedad Alimentación e higiene inadecuada 	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la tensión
SISTEMA DE ENFERMERIA:	
Totalmente compensatorio	
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Mostrar interés por el cuidado de Armando y ofrecer a la madre ayuda brindandole tiempo para que salga del hospital y pueda realizar actividades personales. 	<p>El cuidado del paciente es incompleto si no se acompaña del abordaje de los problemas no médicos de los familiares, en relación a sus sentimientos de ansiedad, miedo, soledad.⁵⁶</p> <p>La labor del profesional de la salud, cuando se enfrenta a situaciones de pérdida significativa, consiste en orientar saludablemente el duelo, es decir, acompañar a la persona en duelo (incluyendo al paciente terminal). (1)</p> <p>Debemos hacer un esfuerzo para ir integrando a los familiares en los cuidados básicos del paciente y plantear intervenciones eficaces para conseguirlo (9). Sería conveniente elaborar un plan de cuidados sistematizado y basado en la evidencia científica que</p>

⁵⁶ Campo Martínez, MC., *Cotrina Gamboa, MJ. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica Help for the patient's family in critical situations *Enfermera. Hospital Santiago. Vitoria-Gasteiz (Álava). Palabras clave: UC; Familia; Enfermería; Apoyo emocional. México 2011.

	<p>contemple lo no medible, lo emocional, como por ejemplo establecer unas normas en donde quede definido qué y cómo hacer con el familiar en cada momento. • La comunicación responde a la necesidad de seguridad y de comunicación que tiene el usuario/familia, mejorar la comunicación es el propósito que los profesionales de enfermería perseguimos (4). Diseñar a través de la formación vías de comunicación con el equipo médico-paciente-familia para desarrollar una relación terapéutica</p>
<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN</p> <p style="text-align: center;">La madre se muestra agradecida, lo refiere como “un respiro”, considera y agradece ese espacio que el agente terapéutico le brinda.</p>	

<p>DIAGNÓSTICO:</p> <p style="text-align: center;">ALTERACIÓN DE LA CONSISTENCIA NORMAL DE LA DEFECACIÓN R/C INICIO DE FORMULA EXTENSAMENTE HIDROLIZADA M/P EVACUACIÓN DIFICULTOSA, ESCASA CANTIDAD, HECES IMPACTADAS Y MENOR FRECUENCIA EVACUANTE</p>
<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar conocimiento a la madre que le permita aprender a preparar de forma adecuada la formula a Armando

<p>INDICADORES DE EVALUACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de la madre sobre la preparación de la fórmula • Control de movimientos intestinales • Cantidad de heces • Características de las heces 	<p>RESULTADOS ESPERADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración correcta de la fórmula para disminuir estreñimiento
<p align="center">SISTEMA DE ENFERMERIA: Educativo</p>	
<p>CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir a la madre a preparar la fórmula: <p>ESTERILIZACIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Llene una cazuela grande con agua. 2. Sumerja en el agua los utensilios una vez limpios. Asegúrese de que el material esté completamente cubierto por el agua y de que no queden en su interior burbujas de aire. 3. Cubra la cazuela con una tapadera y lleve a ebullición a fuego vivo, asegurándose de que el agua no llegue a evaporarse por completo. 4. Mantenga la cazuela cubierta hasta que necesite los utensilios. 	<p>FUNDAMENTACIÓN⁵⁷</p> <p>La OMS recomienda suministrar la fórmula con taza o vaso, teniendo en cuenta que la posibilidad de contaminación es menor y que el bebé que no succiona del pecho materno, deberá ejercitar la musculatura de su cara de otra forma, para prevenir problemas funcionales o estéticos futuros. Al usar un vasito, el esfuerzo de buscar la leche con la lengua, posibilita el ejercicio muscular de la cara, preparando al lactante para la masticación y previniendo los problemas funcionales o estéticos</p>

⁵⁷ FAO/OMS. 2007. Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes: directrices. Disponible en: <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en>

<p>CÓMO PREPARAR UNA TOMA PARA ADMINISTRARLA EN BIBERÓN</p> <ol style="list-style-type: none">1. Limpie y desinfecte la superficie en la que preparará la toma2. Lávese las manos con agua y jabón y séquelas con un paño limpio o un paño desechable. Hierva agua potable limpia. Si utiliza un hervidor automático, espere hasta que se desconecte. Si3. utiliza una cazuela, asegúrese de que el agua hierva a fuego vivo.4. Lea las instrucciones que figuran en el envase del sucedáneo en polvo para saber qué cantidad de agua y de polvo necesita. Utilizar más o menos polvo del indicado puede hacer enfermar al bebé.5. Cuidando de evitar las quemaduras, vierta la cantidad apropiada de agua hervida en un biberón limpio y esterilizado. El agua no estará a menos de 70°C, de modo que no la deje enfriar durante más de 30 minutos después de hervirla.6. Agregue la cantidad exacta de polvo al agua contenida en el biberón.7. Cierre el biberón y mezcle bien los ingredientes agitándolo suavemente.8. Enfríe inmediatamente el contenido hasta la temperatura apropiada para alimentar al	<p>del rostro. Cabe destacar que existen en nuestro mercado tetinas anatómicas para los biberones, de costo mayor que las comunes, que permiten prevenir los problemas faciales señalados.</p>
---	--

bebé, colocando el biberón bajo el chorro del grifo o sumergiéndolo en un recipiente con agua fría o con hielo. Para no contaminar el contenido, asegúrese de que el nivel del agua quede por debajo de la tapa del biberón.

9. Seque el exterior del biberón con un paño limpio o desechable.
10. Compruebe la temperatura de la toma vertiendo unas gotas en el interior de la muñeca. La toma estará tibia, no caliente.
11. Deseche todo resto de la toma que no haya sido consumido en un plazo de dos horas.

Advertencia: Nunca utilice el horno microondas para preparar o calentar tomas. Estos hornos no calientan los alimentos de modo uniforme y pueden producirse “bolsas calientes” capaces de quemar la boca del bebé.

Cómo preparar una toma para administrarla en biberón



Paso 1

Limpie y desinfecte la superficie en la que preparará la toma.



Paso 2

Lávese las manos con agua y jabón y séquelas con un paño limpio o un paño desechable.



Paso 3

Hierva agua potable limpia. Si utiliza un hervidor automático, espere hasta que se desconecte. Si utiliza una cazuela, asegúrese de que el agua hierva a fuego vivo.



Paso 4

Lea las instrucciones que figuran en el envase del sucedáneo en polvo para saber qué cantidad de agua y de polvo necesita. Utilizar más o menos polvo del indicado puede hacer enfermar al bebé.



Paso 5

Cuidando de evitar las quemaduras, vierta la cantidad apropiada de agua hervida en un biberón limpio y esterilizado. El agua no estará a menos de 70°C, de modo que no la deje enfriar durante más de 30 minutos después de hervirla.



Paso 6

Agregue la cantidad exacta de polvo al agua contenida en el biberón.



Paso 7

Cierre el biberón y mezcle bien los ingredientes agitándolo suavemente.



Paso 8

Enfríe inmediatamente el contenido hasta la temperatura apropiada para alimentar al bebé, colocando el biberón bajo el chorro del grifo o sumergiéndolo en un recipiente con agua fría o con hielo. Para no contaminar el contenido, asegúrese de que el nivel del agua quede por debajo de la tapa del biberón.



Paso 9

Seque el exterior del biberón con un paño limpio o desechable.



Paso 10

Compruebe la temperatura de la toma vertiendo unas gotas en el interior de la muñeca. La toma estará tibia, no caliente. Si sigue estando caliente, enfríala un poco más antes de alimentar al bebé.



Paso 11

Alimente al bebé.



Paso 12

Deseche todo resto de la toma que no haya sido consumido en un plazo de dos horas.

EVALUACIÓN

Paciente con adecuado tránsito intestinal, peristalsis normoactiva evacuaciones presente, abdomen blando depresible sin aumento de tamaño posterior a la alimentación, tolerando adecuadamente

<p>DIAGNÓSTICO:</p> <p>ALTERACIÓN EN EL PATRÓN DEL SUEÑO</p> <p>R/C REFLUJO GASTROESOFÁGICO</p> <p>M/P REGURGITACIÓN, INQUIETUD, TOS NO PRODUCTIVA, LLANTO Y ANSIEDAD</p>	
<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar medidas específicas de cuidado por parte de la enfermera especialista para favorecer en mayor medida el descanso evitando mayores episodios de reflujo y brindar esta información a la madre. 	
<p>INDICADORES DE EVALUACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño • Nivel de conocimientos en la madre (conocimientos previos) • Confort • Cianosis • Saturación de oxígeno 	<p>RESULTADOS ESPERADO</p> <p>Menos episodios de reflujo durante el descanso</p>
<p>SISTEMA DE ENFERMERIA:</p> <p>Educativo</p>	
<p>CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar c/3horas (Frecuencia cardíaca (120 a 160 x min) y frecuencia respiratoria (30 a 50 x min) • regurgitaciones frecuentes con o sin vómitos, así como 	<p>FUNDAMENTACIÓN</p> <p>Los síntomas más frecuentes asociados con reflujo patológico son: regurgitaciones frecuentes con o sin vómitos, irritabilidad, llanto intenso, trastornos del sueño, pirosis, sibilancias, estridor, tos y disfonía.</p> <p><i>IV Shekelle Guevara P, 2011</i></p> <p>La mejor posición para disminuir los episodios de reflujo es el decúbito prono y lateral pero dado que esta posición se relaciona con</p>

<p>vigilar coloración y saturación de O₂ (90% al 100%)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar a la madre información sobre los cuidados y actividades a realizar , así como mantener en vigilancia a armando durante su estancia hospitalaria • Colocar en posición decúbito supino a Armando para mantener la vía aérea permeable y rotarlo de posición cada 2hrs, evitando manipulación excesiva con el fin de no interrumpir su descanso. 	<p>síndrome de muerte súbita del lactante, no está indicada en niños menores de un año, siendo el decúbito supino la recomendada.</p> <p style="text-align: center;"><i>III Shekelle Pérez M, 2013</i></p> <p>Terapia postural⁵⁸</p> <p>La terapia postural se basa en el principio teórico según el cual el efecto de la gravedad disminuye los episodios de reflujo y facilita el aclaramiento esofágico. Aunque ha sido ampliamente recomendada, en la actualidad no existe un consenso que permita dar una recomendación basada en la evidencia sobre cuál debe ser la posición a adoptar (supino versus prono).</p> <p>Los estudios que muestran una disminución en el número de episodios de reflujo con la terapia postural no son concluyentes y a veces sí, contradictorios. A pesar de lo ya expuesto la terapia postural basada en la elevación 30 grados por encima de la horizontal es un procedimiento simple que se puede adoptar en el tratamiento del reflujo gastroesofágico patológico como un adyuvante del tratamiento</p>
---	--

⁵⁸ Duque Quintero, Ramírez Yusti, Salazar Gómez. Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia proyecto ISS – ASCOFAME. Reflujo Gastroesofágico en niños Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

	<p>médico, en un intento por reducir las complicaciones del reflujo.</p> <p>Ante la ausencia de mejor evidencia, se recomienda la posición supina basados en la experiencia clínica no cuantificada <i>(Nivel IV. Recomendación Grado C).</i></p> <p>Las fórmulas antirreflujo (AR) pueden atenuar los síntomas, pero pueden enmascarar los síntomas de ERGE. En caso de persistir más allá de los 18-24 meses, habría que reconsiderar el diagnóstico. En el lactante vomitador con sintomatología de irritabilidad puede iniciarse un tratamiento empírico supresor de ácido, y/o un cambio a fórmula hidrolizada, si se sospecha APLV; si no mejora, se debe completar el diagnóstico.</p>
<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN</p> <p>Armando se mantiene en estrecha vigilancia por la madre y la enfermera especialista para evitar riesgos de bronco aspiración.</p> <p>Armando se mantiene bajo sueño fisiológico, se brinda movilización y posición adecuada para favorecer el descanso y sueño ininterrumpido.</p>	

<p>DIAGNÓSTICO:</p> <p style="text-align: center;">LACTANCIA INEFICAZ AL LACTANTE R/C DESAPEGO AL RÉGIMEN ALIMENTICIO POR PARTE DE LA MADRE M/P CONSUMO DE PRODUCTOS CON DERIVADO DE LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA</p>
<p>OBJETIVO:</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información a la madre sobre los beneficios de la lactancia materna con el objetivo de promover la alimentación con seno materno a Armando. 	
<p>INDICADORES DE EVALUACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interés por la información proporcionada • Nivel de conocimientos sobre lactancia materna (conocimientos previos) 	<p>RESULTADOS ESPERADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprende la información acerca de los beneficios de la lactancia materna en el desarrollo de Armando
<p>SISTEMA DE ENFERMERIA: Educativo</p>	
<p>CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar información a la madre sobre la importancia de la lactancia materna. • Dar recomendaciones de posiciones para alimentar al niño. 	<p>FUNDAMENTACIÓN⁵⁹</p> <p>Todas las madres deberán ser capacitadas y sensibilizadas en los beneficios de la lactancia materna.</p> <p style="text-align: center;"><i>B Task Force Ratings Thomas J, 2007</i></p> <p>La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas.</p> <p>La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país,</p>

⁵⁹ Guía de práctica clínica gpc. Lactancia Materna. Niño con enfermedad evidencias y recomendaciones catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-704-14. México 2013. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

	<p>es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.⁶⁰</p> <p>La alimentación con leche materna o calostro favorece la función del intestino al favorecer el crecimiento de los enterocitos, la motilidad intestinal y la inducción, de hormonas como la gastrina, colecistoquinina, enteroglucagón, neurotensina, y el factor inhibidor péptido gástrico.</p> <p><i>III Shekelle Gasque JJ, 2012 III Shekelle Smith JR, 2005</i></p> <p>La leche humana disminuye la incidencia de enterocolitis, de intolerancia enteral y displasia broncopulmonar.</p> <p><i>I Shekelle ESPGHAN, 2013</i></p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>La madre se muestra cooperadora para recibir información acerca de la importancia de la lactancia materna en el lactante, reconociendo la importancia de esta.</p>	

<p>DIAGNÓSTICO:</p> <p>DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES R/C PADRES JÓVENES CON DIFICULTAD PARA AFRONTAR DIFICULTADES Y RESPONSABILIDADES M/P EL PADRE NO MUESTRA INTERÉS POR INFORMARSE ACERCA DE LA PATOLOGÍA DE ARMANDO, LA MADRE CONTINUA CON DUDAS A PESAR DE LA INFORMACIÓN CONSTANTE QUE SE LE OFRECE, REFIERE CONOCIMIENTO INSUFICIENTE PARA CONTRIBUIR EN LA MEJORA DE LA SALUD DE SU HIJO</p>
<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar información a los padres sobre la patología de su hijo, dando la oportunidad de realizar cuestionamientos para resolver sus dudas.

⁶⁰ Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. OMS 2015.

INDICADORES DE EVALUACIÓN	RESULTADOS ESPERADO
<ul style="list-style-type: none"> Nivel de conocimientos acerca de la patología de Armando (conocimientos previos) 	<ul style="list-style-type: none"> Comprende en que consiste la patología de Armando
SISTEMA DE ENFERMERIA: Educativo	
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Explicar en qué consiste la patología de Armando (causas, signos y síntomas, tratamiento precauciones y complicaciones). 	<p>El concepto de la alergia a la proteína de la leche no incluye otras reacciones adversas a la leche como o es la intolerancia a la lactosa, no relacionada a un mecanismo inmunológico.⁶¹</p> <p>Se consideran factores de riesgo la existencia de carga atópica familiar y la administración intermitente de pequeñas cantidades de PLV durante la lactancia natural.⁶²</p> <p>El diagnóstico de la alergia a proteínas de leche de vaca incluye la realización de una buena historia clínica que permita sospechar la existencia de una reacción adversa a la leche de vaca.</p> <p>El diagnóstico diferencial más importante debe hacerse con la intolerancia a la lactosa o sacarosa dado que la sintomatología, especialmente diarrea, son fáciles de confundir.⁶³</p>

⁶¹Bahna SL. Cow's milk allergy versus cow's milk intolerance. Ann Allergy Asthma Immunol 2002; 89:56-58.

⁶² de Jong MH, Scharp-van der Linden VTM, Aalbersen RC, Oosting J, Tijssen JP, de Groot CJ. Randomised controlled trial of brief neonatal exposure to cow's milk on the development of atopy. Arch Dis Child 1998; 79:126-130.

⁶³ García Ara C, Boyano T, Díaz-Pena JM, Martín Muñoz F, Reche-Frutos M, Martín Esteban N. Specific IgE levels in the diagnosis of immediate hypersensitivity to cow's milk protein in the infant. J Allergy Clin Immunol 2001;107:185-190.

<ul style="list-style-type: none"> • Mantener un ambiente de respeto y confianza donde los padres puedan realizar preguntas y resolver dudas acerca del tema. 	<p>La clínica se inicia tras la introducción de la fórmula adaptada con un intervalo corto de varias tomas o de unos pocos días. No es raro el inicio del cuadro con el primer biberón (al menos el primer biberón aparente). Los síntomas aparecen con un tiempo de latencia tras la toma que oscila entre pocos minutos a 1 hora. La cantidad de leche necesaria para provocar clínica varía con el grado de sensibilización.</p> <p><i>Síntomas cutáneos:</i> El eritema generalizado con o sin urticaria aguda o con componente de angioedema se presenta en algo más del 50% de los pacientes. Puede existir afectación palpebral, de labios, y/o de manos y pies.</p> <p><i>Síntomas digestivos:</i> Pueden presentarse vómitos o diarrea que no tienen ninguna característica específica que los distinga de los causados por otras etiologías. El rechazo sistemático del biberón junto con llanto e irritabilidad, en un lactante sin otros signos patológicos y con buena aceptación previa de la lactancia materna, pueden ser signos iniciales sugestivos de alergia a PLV.</p> <p><i>Síntomas respiratorios:</i> Con poca frecuencia se inicia con dificultad respiratoria de vías bajas o edema de glotis con dificultad respiratoria y disfonía.</p> <p>El único tratamiento actual es la retirada de las proteínas de leche de vaca de la dieta y su sustitución por un producto nutricionalmente adecuado y que no provoque reacciones adversas.</p> <p>Existen varias posibilidades de tratamiento:</p> <p>3. Lactancia Materna. En aquellos lactantes</p>
--	--

	4. Alimentados al pecho, éste debería mantenerse, siempre y cuando la madre retire de su dieta las PLV y otros alimentos implicados y tome suplementos de calcio y vitaminas. ⁶⁴
--	---

EVALUACIÓN
<p>El padre no muestra interés por informarse acerca de la patología de Armando</p> <p>La madre continua con dudas a pesar de la información constante que se le ofrece</p> <p>Refiere conocimiento insuficiente para contribuir en la mejora de la salud de su hijo.</p>

<p>DIAGNÓSTICO:</p> <p>DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS DIETA-LACTANCIA MATERNA M/P REFIERE DEFICIENCIA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIETA QUE DEBE SEGUIR, COOPERADORA E INTERESADA ANTE LA ORIENTACIÓN</p>

<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar información a la madre actualizada, breve y comprensible acerca de la importancia de la lactancia materna, y cuan valiosa es para el desarrollo de Armando.

INDICADORES DE EVALUACIÓN	RESULTADOS ESPERADO
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación libre de proteína bovina • Expresión de dudas 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y apego al régimen alimenticio

SISTEMA DE ENFERMERIA:
Educativa

CUIDADO	FUNDAMENTACIÓN⁶⁵
----------------	------------------------------------

⁶⁴ American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. Pediatrics 2000; 106:346-349.

⁶⁵ Intervenciones de enfermería para el cuidado del paciente pediátrico con Enfermedad del Reflujo Gastroesofágico. Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-732-14. México 2014. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx> <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

<p>ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar información a la madre sobre la importancia de la lactancia materna. 	<p>La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.⁶⁶</p> <p>La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas.</p> <p>La alimentación con leche materna o calostro favorece la función del intestino al favorecer el crecimiento de los enterocitos, la motilidad intestinal y la inducción, de hormonas como la gastrina, colecistoquinina, enteroglucagón, neurotensina, y el factor inhibidor péptido gástrico y mejora el vaciamiento gástrico.</p> <p><i>III Shekelle Gasque JJ, 2012 III Shekelle Smith JR, 2005</i></p>
<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN</p> <p>La madre se muestra cooperadora e interesada ante la orientación, refiere deficiencia de conocimientos sobre la dieta a seguir pero con la lista de alimentos que puede consumir elaborado por el agente terapéutico le ha sido más fácil cumplir el régimen alimenticio.</p>	

⁶⁶ Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. OMS 2015.

DIAGNÓSTICO:

**DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL R/C REGURGITACIÓN CONSTANTE M/P
ABULTAMIENTOS PEQUEÑOS Y DOLOROSOS EN LA LENGUA Y MÁCULAS
ERITEMATOSAS**

OBJETIVO:

- Proporcionar cuidados de enfermería especializados a Armando para mejorar la integridad de mucosa oral y brindar educación a la madre sobre los cuidados que debe tener para disminuir mayor lesión y mejorar la cicatrización.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- Dificultad para succionar
- Sangrado
- Características y numero de pápulas

RESULTADOS ESPERADO

Integridad de las membranas mucosas mediante acciones independientes e interdependientes de enfermería.

SISTEMA DE ENFERMERIA:

Educativo

Parcialmente compensatorio

**CUIDADO
ESPECIALIZADO
DE ENFERMERÍA**

- Valoración de área bucal (en busca de lesiones, pápulas o hemorragias)

FUNDAMENTACIÓN⁶⁷

El conocer características específicas del área bucal, permite emprender acciones oportunas.

⁶⁷ Michael W. Finkelstein. Guía para el Diagnóstico Clínico Diferencial de las Lesiones de la Mucosa Oral. Crest® Oral-B® en dentalcare.es Unidades de formación continua, Revisado el 22 de julio de 2010

<p>(INDEPENDIENTE)</p> <ul style="list-style-type: none"> Hidratar mucosa oral mediante la aplicación de torundas con agua o glicerina. <p>(INDEPENDIENTE)</p> <ul style="list-style-type: none"> Proporcionar información sobre importancia, características y complicaciones las lesiones orales. <p>(INDEPENDIENTE)</p>	<p>El conocer la ingesta de líquidos, permite conocer el estado de hidratación del paciente.</p> <p>El adquirir conocimientos sobre higiene oral aumenta en la persona el nivel de conciencia, siendo este la base para modificar patrones de conducta. Una buena hidratación refresca, fluidifica las secreciones evita molestias disminuye riesgo de formación de grietas e infecciones.</p>
<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN</p> <p>La madre lleva acabo las recomendaciones que le brinda la enfermera especialista para favorecer la pronta cicatrización de las lesiones. Le brinda información sobre la posible aparición de estas. Armando mostró mejoría en la cicatrización de algunas lesiones, con pronta evolución de mejoría en algunas otras.</p>	

DIAGNÓSTICO:

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C ALTERACIÓN EN EL ESTADO NUTRICIONAL Y A ESTANCIA PROLONGADA EN CUNA	
OBJETIVO:	
<ul style="list-style-type: none"> Llevar a cabo intervenciones de enfermería especializada orientadas a prevenir lesiones cutáneas en Armando, así como brindar orientación a la madre acerca de la importancia de la movilización y los cuidados de la piel para evitar lesiones. 	
INDICADORES DE EVALUACIÓN	RESULTADOS ESPERADO
<ul style="list-style-type: none"> Higiene Hidratación cutánea Coloración 	<ul style="list-style-type: none"> Integridad de la piel con adecuada coloracion
SISTEMA DE ENFERMERIA:	
Educativo Parcialmente compensatorio	
CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Mantener temperatura temperatura (36.5° a 37.5°) Baño diario (Un baño diario en agua a 37°C es lo más adecuado para 	<p>La adición de antisépticos a los productos para la higiene de la piel sana del recién nacido no está justifi cada, ya que su utilización indiscriminada altera el ecosistema microbiológico cutáneo habitual y favorece la proliferación de otros microorganismos.⁶⁸</p> <p>La conservación y protección de la piel de los recién nacidos es un punto importante en el cuidado de la salud, ya que debemos considerar la trascendencia de este órgano como barrera frente a las infecciones, protección para los órganos internos y</p>

⁶⁸ García-Patos Briones V. Cuidados de la piel del recién nacido. La dermatología y el pediatra. Ed. Ergón: Barcelona 1997; 21- 32.

<p>limpiar la piel de los pliegues y áreas perianales, utilizar shampoo y jabón neutros)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hidratación de la piel <p>Usar cremas, aceites, emolientes y lociones para “bebés” ya que son hipoalergénicos.</p> <p>Hay que seleccionar productos libres de perfumes o colorantes que pudieran ser absorbidos y generar irritación, es necesario que sean alcalinos o neutros.</p>	<p>colaborador en el mantenimiento de la temperatura y control de la parte sensorial del individuo.</p> <p>La hidratación cutánea está disminuida por varios motivos: Deficitaria actividad de las glándulas sudorales, disminución de la pérdida transepidérmica del agua, descenso del agua extracelular.</p> <p>Estos cuidados se centran en el baño, lubricación con emolientes y preparados antimicrobianos.</p> <p>El propósito de un baño reduce la colonización microbiana además de cuestiones de limpieza general. Los agentes limpiadores incluyen jabones, que están compuestos de lípidos y una base alcalina que forma unas sales de ácidos grasos con propiedades de deterción, o bien syndets que son detergentes sintéticos formulados habitualmente con derivados de lauril sulfato. Con estos preparados puede aparecer una deslipidización y una dermatitis de contacto irritativa secundaria.</p> <p>Los factores relacionados con el potencial irritativo de los jabones y syndets es su estructura química con su cadena de carbono corta, su pH alcalino y su poder de detergencia. No obstante, el enjabonado frecuente puede incrementar un riesgo de irritación, a pesar de que los productos estén destinados a este fin.</p> <p>El propósito de un champú para niños es limpiar el cuero cabelludo y el pelo de sebo, fragmentos de</p>
--	--

	<p>queratina y polvo, proporcionando un efecto cosmético agradable.</p> <p>Los champúes deben incorporar conservantes debido a su alto contenido en agua para evitar la contaminación bacteriana o fúngica. Se añaden además esencias y colorantes para hacer al producto más atractivo.</p> <p>Los lubricantes se utilizan para prevenir o tratar una aparente sequedad. El grado de hidratación del estrato córneo está en relación a su capacidad para absorber y retener agua. El uso de lubricantes se basa en la observación subjetiva de sequedad cutánea.⁶⁹</p>
--	--

EVALUACIÓN

La enfermera especialista favorece la movilización de Armando para evitar la lesión de la piel, así también participa en el baño diario y lubricación d la piel. Esta información es brindada la madre para que ella también participe en estos cuidados

DIAGNÓSTICO:

**RIESGO DE BRONCO ASPIRACIÓN R/C REFLUJO GASTROESOFÁGICO
CONSTANTE**

OBJETIVO:

- Llevar a cabo medidas preventivas con el objeto de prevenir en Armando el riesgo de bronco aspiración por reflujo gastroesofágico a través de cuidados especializados de enfermería y educación a la madre.

⁶⁹ Cartlidge P. The epidermal barrier. Semin Neonatol 2000; 5: 273-280.

<p style="text-align: center;">INDICADORES DE EVALUACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coloración de la piel • Frecuencia cardiaca • Frecuencia respiratoria • Saturación de oxígeno 	<p style="text-align: center;">RESULTADOS ESPERADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar broncoaspiración
<p>SISTEMA DE ENFERMERIA: Parcialmente compensatorio Educativo</p>	
<p style="text-align: center;">CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar a la madre información sobre los cuidados y medidas para mantener en vigilancia a Armando durante su estancia hospitalaria. <p>Mantener estrecha vigilancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales c/2horas 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN⁷⁰</p> <p>La apnea del recién nacido ocurre frecuentemente en el periodo postprandial inmediato, cuando el reflujo gastroesofágico es más frecuente, aumentando la probabilidad de que esas apneas ocurran después de episodios de regurgitación provocando broncoaspiración y muerte súbita.</p> <p style="text-align: center;"><i>III Shekelle Suárez M, 2011</i></p> <p>La mejor posición para disminuir los episodios de reflujo es el decúbito prono y lateral pero</p>

⁷⁰ Intervenciones de enfermería para el cuidado del paciente pediátrico con Enfermedad del Reflujo Gastroesofágico. Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-732-14. México 2014. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx> <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

<p>(Vigilar frecuencia cardiaca (120 a 160 x min) y frecuencia respiratoria (30 a 50 x min) y saturación de O₂ (90% al 100%))</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar en posición decúbito supino a Armando para mantener la vía aérea permeable y rotarlo de posición cada 2hrs. 	<p>dado que esta posición se relaciona con síndrome de muerte súbita del lactante, no está indicada en niños menores de un año, siendo el decúbito supino la recomendada.</p> <p><i>III Shekelle Pérez M, 2013</i></p> <p>Cambiar pañal antes de comer y evitar poner pañales muy apretados ya que la presión puede aumentar los síntomas de ERGE.</p> <p><i>Punto de Buena Práctica</i></p>
--	--

EVALUACIÓN	
Disposición de la madre para recibir información y aprender a realizar actividades que disminuyan riesgos que comprometan la salud y la vida de su hijo	
<p>DIAGNÓSTICO:</p> <p>TEMOR R/C ESTADO DE SALUD DE ARMANDO M/P AMENAZA CONSTANTE DE DETERIORO DE LA SALUD Y MIEDO A LA MUERTE</p>	
<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> El agente terapéutico le brinda a la madre información acerca de la patología enfatizando en el tratamiento para que con ello pueda aclarar dudas y disminuir la tensión y ansiedad 	
<p>INDICADORES DE EVALUACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Frases de desanimo Expresión de miedo y dudas 	<p>RESULTADOS ESPERADO</p> <ul style="list-style-type: none"> Disminución del temor y ansiedad
SISTEMA DE ENFERMERIA:	

Educativo	
<p style="text-align: center;">CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • El agente terapéutico brinda información clara y comprensible acerca de APLV para disminuir dudas, principalmente sobre el tratamiento ya que la madre teme por un deterioro de la salud e incluso la muerte. 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN⁷¹</p> <p>La alergia alimentaria es la reacción clínica provocada por un mecanismo inmunológico específico a un antígeno, posterior a la exposición a un alimento determinado</p> <p>Las proteínas de leche de vaca son el primer alérgeno alimentario al que se expone el niño; por lo que, suele ser responsable de las primeras reacciones alérgicas a alimentos que se manifiestan en el lactante.</p> <p>En general se han propuesto ciertos factores que pueden explicar esto, como son: el uso de antimicrobianos en el periodo perinatal, la prematuridad, el nacimiento vía cesárea y la falta de alimentación con leche materna.⁷²</p> <p>Las manifestaciones clínicas pueden relacionarse a síntomas respiratorios, cutáneos, gastrointestinales o sistémicos. Ocasionando desde manifestaciones clínicas leves hasta formas severas como el choque anafiláctico. La APLV persiste solo en una minoría de los pacientes pediátricos, en la mayor parte se presenta resolución de su sintomatología entre 1 y 2 años de edad.</p>

⁷¹ Intervenciones de enfermería para el cuidado del paciente pediátrico con Enfermedad del Reflujo Gastroesofágico. Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-732-14. México 2014. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

⁷²

	<p>El diagnóstico de la alergia a proteínas de leche de vaca incluye la realización de una buena historia clínica que permita sospechar la existencia de una reacción adversa a la leche de vaca. Por otra parte es necesario comprobar el mecanismo inmunológico mediante la demostración de la existencia de IgE específica frente a proteínas de leche de vaca, y por último la comprobación de la relación entre los síntomas y la ingesta de leche de vaca, o prueba de provocación. Cuando la madre relata repetición de los síntomas por introducción accidental de leche debe ser considerada como contraprueba.</p> <p>El único tratamiento actual es la retirada de las proteínas de leche de vaca de la dieta y su sustitución por un producto nutricionalmente adecuado y que no provoque reacciones adversas.</p>
--	--

EVALUACIÓN

La madre comprende la información, pero aun continúa con dudas y temor por la salud de Armando, refiere que esta sensación es inevitable.

<p>DIAGNÓSTICO:</p> <p>DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN M/P DESEA APEGARSE AL RÉGIMEN NUTRICIO PERSA CONTINUAR CON LA LACTANCIA MATERNA</p>			
<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se brindan conocimientos y alternativas de alimentos para incorporar a la vida diaria, así como consecuencias sobre el desapego, con el objeto de motivar el reinicio de la lactancia materna. 			
<p>INDICADORES DE EVALUACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Participación y cooperación activa de la madre 		<p>RESULTADOS ESPERADO</p> <ul style="list-style-type: none"> Apego al régimen nutricional 	
<p>SISTEMA DE ENFERMERIA: Educativo</p>			
<p>CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> El agente terapéutico brinda opciones de alimentos libres de proteína de vaca. 		<p>FUNDAMENTACIÓN</p> <p>La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas.</p> <p>La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la</p>	
<p>ALIMENTOS</p>	<p>PERMITIDOS</p>		<p>NO PERMITIDOS</p>
<p>Bebidas</p>	<p>Bebidas gaseosas. Café. Té. Fórmulas lácteas sustitutas de la soya, agua. Bebidas de frutas.</p>		<p>Todos los tipos de leche (entera, baja en grasa desnatada, kumis, evaporada condensada, en polvo chocolate caliente).</p>

Grasas	Aceite vegetal, grasa de la carne, tocino, manteca, salsa sin leche. Mantequilla de maní (hecha sin sólidos lácteos). Margarina sin sólidos lácteos. Margarina kosher.	Mantequilla, crema, margarina Aderezos para ensaladas o mayonesa con leche, sólidos lácteos o productos lácteos. Algunos sustitutos de la mantequilla y cremas no lácteas	diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. <i>III Shekelle Gasque JJ, 2012 III Shekelle Smith JR, 2005</i>
Carnes, Pescado, Aves y Queso.	NOTA: Una pequeña cantidad de personas con la alergia de la leche de la vaca pueden desarrollar una reacción a la carne de vaca. Así, éstos con la alergia de la leche de la vaca deben tener cuidados al consumir la carne de vaca o los alimentos que contienen la carne de vaca.	Todos los quesos, requesones, quesos crema Algunos tipos de salchicha, embutido de bologna, salchichas de Frankfurt. Carnes empanadas, rollo de carne molida cocida, croquetas, guisos, hamburguesas (a menos que estén preparadas sin leche) Platillos preparados comercialmente hechos con leche o sólidos de leche.	
Vegetales	Todos los vegetales frescos, congelados o enlatados sin leche o productos lácteos añadidos. Todos los jugos vegetales.	Los vegetales gratinados, con mantequilla, con crema u horneados. Vegetales rebozados. Suflé de vegetales.	
<ul style="list-style-type: none"> • El agente terapéutico brinda pláticas para hacer hincapié a la importancia de la lactancia materna 			
<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN</p> <p>La madre desea apegarse al régimen alimenticio para continuar con la lactancia materna y refiere que hasta el momento ha cumplido adecuadamente con las restricciones alimenticias.</p>			
<p>DIAGNÓSTICO:</p>			

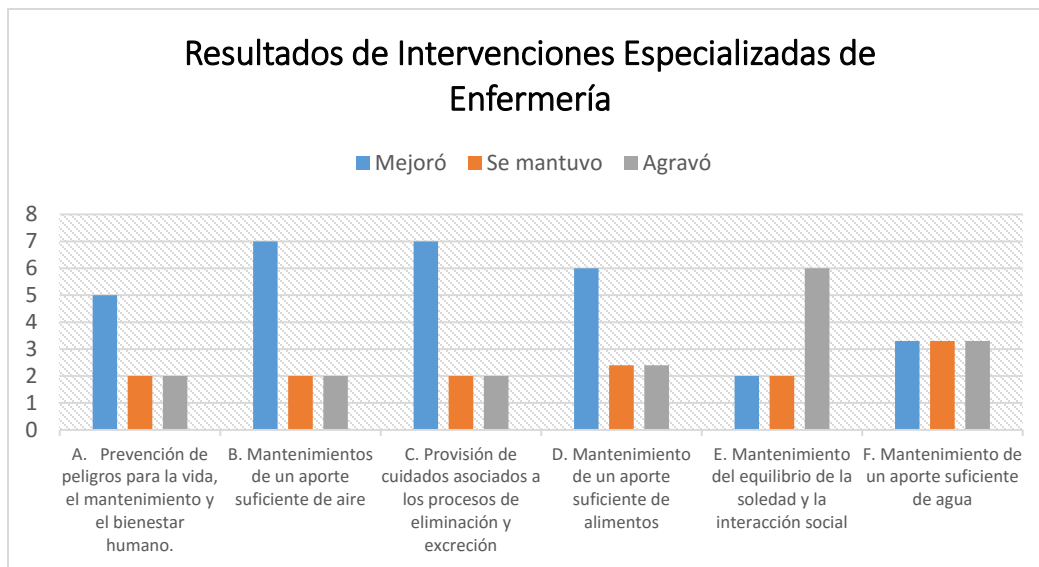
RIESGO DE DESNUTRICIÓN R/C REFLUJO GASTROESOFÁGICO CONSTANTE	
<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivar a la madre a continuar con la lactancia materna y brindarle a armando posiciones adecuadas de descanso que eviten la regurgitación y con ello la expulsión de la formula, quedando en la cavidad gatica menor cantidad a lo calculado. 	
<p style="text-align: center;">INDICADORES DE EVALUACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero de regurgitaciones • Cantidad de formula expulsada vs ingerida 	<p style="text-align: center;">RESULTADOS ESPERADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta completa de alimento sin episodios de regurgitación
<p>SISTEMA DE ENFERMERIA: Parcialmente compensatoria</p>	
<p>CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar en posición decúbito supino a Armando para mantener la vía aérea permeable y rotarlo de posición cada 2hrs. 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN 73</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas más frecuentes asociados con reflujo patológico son: regurgitaciones frecuentes con o sin vómitos,

	<p>irritabilidad, llanto intenso, trastornos del sueño, pirosis, sibilancias, estridor, tos y disfonía.</p> <p><i>IV Shekelle Guevara P, 2011</i></p> <p>Posterior a la alimentación y eliminación de aire, la posición decúbito lateral derecho favorece al vaciamiento gástrico y motilidad intestinal; la rotación a decúbito lateral izquierdo disminuye los episodios de reflujo.</p> <p><i>IV Shekelle Guevara, 2011</i></p> <p>La mejor posición para disminuir los episodios de reflujo es el decúbito prono y lateral pero dado que esta posición se relaciona con</p>
--	---

	<p>síndrome de muerte súbita del lactante, no está indicada en niños menores de un año, siendo el decúbito supino la recomendada.</p> <p><i>III Shekelle Pérez M, 2013</i></p>
<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN</p> <p>La madre se muestra participativa, se coloca a Armando en posición supino posterior a la alimentación y para dormir, se mantiene en estrecha vigilancia cada dos horas por parte de la madre y el agente terapéutico, no presentando regurgitación con salida de alimento.</p>	

XVII. RESULTADO DE LAS INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA POR REQUISITO UNIVERSAL DE AUTOCUIDADO

Al realizar una evaluación de las intervenciones aplicadas al paciente y a su cuidador primario durante la aplicación del proceso enfermero, se puede apreciar en el siguiente grafico los resultados finales, en los requisitos A,B,C y D se nota una mejoría evidente gracias a las intervenciones del Agente terapéutico al paciente y a su cuidador, proporcionando información a la mamá, brindando atención continua para evitar riesgos en la salud, con vigilancia constante en el patrón respiratorio y hemodinámico; en el requisito F se mantuvo en equilibrio en el estado de salud, ya que este no se vio alterado en ningún momento y el requisito E, se obtuvo una desmejora en el estado de salud, ya que debido a la estancia hospitalaria prolongada los hábitos de la mama-hijo cambiaron, no podía haber una apego constante y el contacto con el entorno se vio afectado.



De esta manera, se alcanzaron los objetivos propuestos al inicio de este trabajo, integrar el Proceso Enfermero con la Teoría de Dorothea E. Orem para mejorar la salud del paciente pediátrico con diagnóstico médico de APLV e intervenir para evitar riesgos a su salud.

XVIII. PLAN DE ALTA PROVISIONAL

Plan Nutricional

- * Brindar opciones de alimentación a la madre evitando el consumo de proteína de vaca.
- * Instruir a la madre en la preparación de la fórmula para evitar el estreñimiento
- * Brindar información a la madre sobre la importancia de la lactancia materna para el desarrollo de Armando

Medidas Higiénicas

- * Colocar en posición decúbito supino a Armando para mantener la vía aérea permeable
- * Rotarlo de posición cada 2hrs para evitar lesiones en la piel.
- * Cuidados de la piel, lubricación y vigilancia en busca de lesiones

Programar y acudir puntualmente a las citas medicas programadas

Educación de Tratamiento Medico

- * Educación a los padres acerca de la importancia del apego al tratamiento farmacológico

Datos de Alarma

- Mantener estrecha vigilancia en busca de datos de dificultad respiratoria:
- * Coloración de la piel (cianosis)
 - * Ruidos pulmonares
 - * Pausas respiratorias
 - * inquietud sin causa aparente

XIX. CONCLUSIONES

La alergia la proteína de la leche de vaca (APLV) es la reacción clínica provocada por un mecanismo inmunológico específico a un antígeno, posterior a la exposición a un alimento determinado. Su prevalencia varía entre 6 y 8% en niños. Las manifestaciones clínicas pueden relacionarse a síntomas respiratorios, cutáneos, gastrointestinales o sistémicos.

La importancia de las teorías y modelos de enfermería posibilitan estructura, organización del conocimiento de enfermería, la provisión de un significado sistemático, y explican, predicen e influyen en la práctica de enfermería. El uso de los modelos teóricos permite la racionalidad, reduce la intuición, genera delimitación del saber profesional y disciplinar.

El uso de la teoría de Orem y los elementos que la conforman permitirán a los profesionales de Enfermería valorar, y a partir de ello diagnosticar y ejecutar actividades destinadas a pacientes pediátricos con algún requisito alterado, así como brindarles educación y orientación a sus cuidadores primarios.

Para la Enfermera Especialista Infantil es importante llevar a cabo una completa valoración del estado de salud del paciente, para elaborar planes de cuidados y aplicarlos en pro de los pacientes.

El Especialista en Enfermería Infantil está comprometido a cumplir con las competencias de su profesión mediante la satisfacción de las demandas de un sistema de cuidados de salud. Puesto que, el impacto que logre mediante su práctica, dejará trascendencia a futuras generaciones, para ello necesita contar con un conocimiento básico del Proceso Enfermero y de su relación con la práctica basada en la evidencia. Por ende, es primordial que el Especialista en Enfermería Infantil se encuentre actualizado en el manejo del paciente pediátrico en todas sus etapas de crecimiento y desarrollo, para proporcionar un cuidado centrado no solo

en los déficits identificados, sino también en las capacidades de autocuidado que el paciente y su familia presenten.

19.1 Sugerencias

- El trabajo interdisciplinario es la clave para lograr un impacto en el estado de salud de los pacientes; por ello la importancia de colaborar en todo momento con otras disciplinas que competen al área médica con el fin de mejorar la salud de los pacientes, como son: salud mental, rehabilitación, nutrición, químicos, algólogos, etc, ya que en conjunto todos aportamos cuidados especializados dentro del tema correspondiente a la especialización, cada uno siguiendo su metodología, pero con un fin común.

XX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agama Sarabia, Cruz Rojas, Ostiguín Meléndez. Teoría: alcances y niveles para explicar la práctica de enfermería. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(3). Disponible en [http://www.index f.com/lascasas/documentos/lc0622.php](http://www.index.f.com/lascasas/documentos/lc0622.php)
TEORÍA: ALCANCES Y NIVELES PARA EXPLICAR LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.
2. Alonso Lebrero E, Fernández Moya L, Somoza Álvarez ML. Alergia a leche y huevo en niños. *Alergol Immunol Clin* 2011.
3. Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. 7.^a ed. Elsevier 2013.
4. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. *Pediatrics* 2010; 106:346-349.
5. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. *Pediatrics* 2000; 106:346-349.
6. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Soy protein-based formulas: recommendations for use in infant feeding. *Pediatrics*, 2008;101:148-153.
7. Arelys Godínez, David Rodríguez. Revisión crítica de los metaparadigmas subyacentes en los artículos vinculados a la salud mental de la revista de enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social. 2008 – 2011. México 2014.
8. Aristizábal Gladis, Blanco Dolly, Sánchez Araceli, et al. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. México, D.F., 2011; 8(4).

9. Bahna SL. Cow's milk allergy versus cow's milk intolerance. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002; 89:56-58.
10. Barbosa, Bitencourt Alves, Carnevalli Ana. Et al. Los paradigmas de la modernidad y posmodernidad y el proceso de cuidar en enfermería. *Enfermería global*, Enero 2015.
11. Campo Martínez, MC., *Cotrina Gamboa, MJ. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica Help for the patient's family in critical situations *Enfermera. Hospital Santiago. Vitoria-Gasteiz (Álava). Palabras clave: UC; Familia; Enfermería; Apoyo emocional. México 2011.
12. Carlidge P. The epidermal barrier. *Semin Neonatol* 2000; 5: 273-280.
13. Cervantes R, Sánchez Pérez MP, Bacarreza D, et al. Actualidades en alergia a las proteínas de la leche de vaca. *Rev Enf Inf Ped*. 2007; 21:82---90.
14. Chivato T, Guía rápida para residentes de alergología. SEAIC. 2009 p210. The University of Chicago Medical Center 2015. All rights reserved. The University of Chicago Medicine Comer Children's Hospital.
15. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México Primera edición.
16. Dalila Blanquel, Adriana Gutiérrez, Lourdes Dolores, et al. Utilidad de los modelos teóricos en la elaboración del PAE: opinión de estudiantes de enfermería. México: 4 (7): 2015. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
17. De Jong MH, Scharp-van der Linden VTM, Aalbersen RC, Oosting J, Tijssen JP, de Groot CJ. Randomised controlled trial of brief neonatal exposure to cow's milk on the development of atopy. *Arch Dis Child (Revisión en Español* 2012).

18. De Jong MH, Scharp-van der Linden VTM, Aalbersen RC, Oosting J, Tijssen JP, de Groot CJ. Randomised controlled trial of brief neonatal exposure to cow's milk on the development of atopy. *Arch Dis Child* 1998; 79:126-130.
19. Declaración Pública sobre Alergia a Alimentos y la anafilaxia: Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI).
20. Duque Quintero, Ramírez Yusti, Salazar Gómez. Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia proyecto ISS – ASCOFAME. Reflujo Gastroesofágico en niños Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
21. Estrada A. Aplicación de los principios bioéticos en la actuación de enfermería. Trabajo Referativo. Fac. Cienc. Méd. Julio Trigo. La Habana, Cuba, 2002.
22. FAO/OMS. 2007. Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes: directrices. Disponible en: <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en>
23. Fiocchi A, Brozek J, Schunemann HJ, Bahna SL, Von Berg A, Beyer K, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. *Pediatr Allergy Immunol*. 2010; 21: 1-125.
24. Gallegos Ester, Bañuelos Barrera P. Autocuidado y control en adultos mayores con diabetes, en desarrollo científico en enfermería. Vol 9 (4). México 2001. pp 101.
25. García Ara C, Boyano T, Díaz-Pena JM, Martín Muñoz F, Reche-Frutos M, Martín Esteban N. Specific IgE levels in the diagnosis of immediate hypersensitivity to cow's milk protein in the infant. *J Allergy Clin Immunol* 2009.

26. García Ara C, Boyano T, Díaz-Pena JM, Martín Muñoz F, Reche-Frutos M, Martín Esteban N. Specific IgE levels in the diagnosis of immediate hypersensitivity to cow's milk protein in the infant. *J Allergy Clin Immunol* 2001;107:185-190.
27. García-Patos Briones V. Cuidados de la piel del recién nacido. *La dermatología y el pediatra*. Ed. Ergón: Barcelona 1997; 21- 32.
28. Guía de práctica clínica gpc. Lactancia Materna. Niño con enfermedad evidencias y recomendaciones catálogo maestro de guías de práctica clínica:IMSS-704-14. México 2013. Disponible en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
29. Huerta Hernández, Huerta López, Ortega Martell. Actualidades en alergia a alimentos. Vol. 22 (2): 2013 Pp 43-60. disponible en:
www.medigraphic.org.mx
30. Ibañez MD, Martínez M, Muñoz MC, et al. Valoración de las pruebas diagnósticas en alergia a alimentos. *Allergol et Immunopathol* 2010; 37; 19-23.
31. Informe Anual UNICEF México Español 2014.
32. Intervenciones de enfermería para el cuidado del paciente pediátrico con Enfermedad del Reflujo Gastroesofágico. Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-732-14. México 2014. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>.
33. Iyer, Patricia W. *Proceso y Diagnostico de Enfermería*. Tercera edición. McGraw-Hill Interamarticana.1997.

34. Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos. Día Internacional de la Enfermera 2015. Consejo internacional de enfermeras. Ginebra, Suiza 2015.
35. Leddy Susan, Pepper J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la Salud (OPS). New York 2009.
36. Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes (Nueva Ley DOF 04-12-2014). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría De Servicios Parlamentarios Ley Publicada En El Diario Oficial De La Federación 2014.
37. Ley General de Salud, Reglamento de la ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Normas Oficiales Mexicanas, y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED), consultada Septiembre 2015.
38. M. T. Luis. Diagnósticos Enfermeros: Un instrumento para la práctica asistencial. Segunda edición. Definición, formulación y tipos de diagnósticos NANDA-I. [http://prescripcionenfermera.com/Listado de Diagnósticos NANDA: Enfermería actual, NANDA NOC-NIC Metodología Enfermera.](http://prescripcionenfermera.com/Listado_de_Diagnosticos_NANDA:Enfermeria_actual,NANDA_NOC-NIC_Metodologia_Enfermera) Disponible en <http://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda/> <http://hablemosdeenfermeria.blogspot.mx/2015/06/diagnosticos-de-enfermeria-definicion-y-formulacion.html>
39. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier; 2011
40. Marriner, A. y Raile, M. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier. Barcelona: 2008.
41. Michael W. Finkelstein. Guía para el Diagnóstico Clínico Diferencial de las Lesiones de la Mucosa Oral. Crest® Oral-B® en dentalcare.es Unidades de formación continua, Revisado el 22 de julio de 2010

42. Miquel Isabel, Arancibia Eugenia. Alergia a proteína de leche de vaca en el menor de un año. *Revista Chilena de Pediatría*. Chile 2012; 83 (1): 78-83.
43. Neyro-Bilbao JL, Elorriaga MA, Lira-Plascencia J. Anticoncepción y bioética: entre la objeción de conciencia y el principio de autonomía. *Ginecol Obstet Mex* 2015; 83:125-138.
44. Nightingale en la producción Iberoamericana. *Temperamentum* 2010. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn11/tbibnight.php>
45. Orem DE, Vardiman E. Autocuidado y salud mental. Una perspectiva de la enfermería. Madrid: Asociación de Enfermería en Salud Mental; 2009.
46. Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby; 2001.
47. Peregrino E. Salud y enfermedad. Una visión antropológica. En: Mazarrasa L, Germán C, Sánchez AM, Merelles T, Aparicio V. *Salud pública y enfermería comunitaria*. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
48. Prescott SL, Pawankar R, Allen KJ, Campbell DE, et al. A global survey of changing patterns of food allergy burden in children. *World Allergy Organ* 2013; 6:21.
49. *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. OMS 2015.
50. Schrandt JJ, van den Bogart JP, Forget PP, et al. Cow's milk protein intolerance in infants under 1 year of age: A prospective epidemiological study. *Eur J Pediatr*. 1993; 152:640---4.
51. Souchard P.E. *Las escoliosis. Su tratamiento en fisioterapia y ortopedia*. Editorial Panamericana, 2003.
52. Toro Monjaraz, Ramírez Mayans, Cervantes Bustamante, et al. Factores perinatales asociados al desarrollo de alergia a las proteínas de la leche de vaca. *Instituto Nacional de Pediatría, México, D.F.*, 2015;80(1):27-31.

53. Téllez Ortiz Sara Esther. Modelos de cuidados en Enfermería NANDA, NIC y NOC. Editorial Mc Graw Hill, 2012 México.
54. Verdugo Fernanda, Rojas Marianela, Soto Ruz Marcela. Alergia a la proteína de leche de vaca. Revista Pediátrica Electrónica, Chile, 2011, Vol 8, N° 3. ISSN 0718-0918.
55. Vitoria JC, Dalmau J, Ros L, Olivera JE, SánchezValverde F. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Enteropatía sensible a proteínas de leche de vaca. An Esp Pediatr 2015;42:355-360
56. Young DAB. Florence Nightingale's fever. Br Med J 2011 311: 1711-4.

XXI.ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Especialidad de Enfermería Infantil
Sede: Instituto Nacional de Pediatría

México D.F. a 3 de Noviembre de 2015

A través de este documento se le hace una invitación a participar con su hijo **Armando Escarcega Pardo** voluntariamente en un estudio de caso. El cual tiene por objetivo llevar a cabo una valoración de enfermería, que no interfiera que su tratamiento actual, es decir, donde la **Lic. en Enf. Sarahi Cazares Hernandez** estará cerca de usted y de su hijo para brindarle información acerca de la patología, las dudas que puedan surgir sobre esta y su tratamiento, así como brindar educación acerca de los cuidados.

Antes de que usted acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre "Consentimiento Informado", que tiene como objetivo comunicarle de los posibles riesgos y beneficios para que usted pueda tomar una decisión informada.

El consentimiento informado le proporciona información sobre el estudio al que se le está invitando a participar, por ello es de suma importancia que lo lea cuidadosamente antes de tomar alguna decisión y si usted lo desea, puede comentarlo con quien desee (un amigo, un familiar de confianza, etc.) Si usted tiene preguntas puede hacerlas directamente a su médico tratante y/o al personal del estudio quienes le ayudarán a resolver cualquier inquietud.

Una vez que tenga conocimiento sobre el estudio y los procedimientos que se llevarán a cabo, se le pedirá que firme esta forma para poder participar en el estudio. Su decisión de que es voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de ingresar a o no en el estudio. Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento y sin tener que explicar las razones sin que esto signifique una disminución en la calidad de la atención médica que se le provea, ni deteriorará la relación con su médico y enfermeras.

Propósito del Estudio

Realizar un estudio de caso a un paciente atendido en el Instituto Nacional de Pediatría con diagnóstico médico de alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV), a través del Proceso Enfermero para desarrollar intervenciones especializadas dirigidas a mejorar las condiciones y calidad de vida del paciente, a través de una valoración y educación a los padres para disminuir riesgos para la salud de su hijo.

Procedimientos del Estudio

Los procedimientos del estudio que se van a seguir son los siguientes:

- Visita continua en su unidad para dar seguimiento al estado de salud
- Exploración física, para ir en busca de datos de alarma y disminuir riesgos para su salud
- Brindar educación a la madre acerca de los cuidados que desconoce para mejorar la salud de Armando
- Dar seguimiento al estado de salud antes, durante y después de los métodos diagnósticos y tratamiento farmacológico.
- Realizar plan de cuidados de enfermería, adecuarlos y ofrecerlos a los padres con el objetivo de mejorar el estado de salud de su hijo.

Confidencialidad de la información

Cualquier información obtenida, en el cual su hijo sea identificado, será disponible solo con su autorización. Sus registros obtenidos mientras usted participa en este estudio, así como los registros de salud relacionados, permanecerán estrictamente confidenciales en todo momento. Con su consentimiento, su médico será informado que usted decidió participar en este estudio de investigación.

Para responder a preguntas y notificación de la información

Debe consultar a su médico tratante, quien es responsable de su cuidado y tratamiento, de quien ha recibido la información y las respuestas a sus preguntas antes de participar en este programa de tratamiento.

Participación voluntaria con derecho a retirarse

Se me informó que la participación en este estudio de caso es voluntaria y soy libre de rehusar mi consentimiento para continuar, sin pérdida de beneficios, penalizaciones o interferencia en mi futuro tratamiento.

Nombre del participante: Armando Escarcega Pardo

Fecha de la firma del consentimiento: 03 de Noviembre de 2015

Nombre del representante legalmente autorizado: Ariana Maciel Pardo Carrillo

Parentesco: Madre

Ariana M. Pardo Carrillo

Firma del representante legalmente autorizado

Madre

SARAHÍ CAZARES HERNÁNDEZ






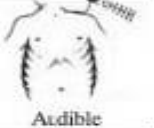
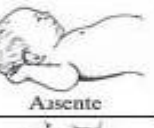





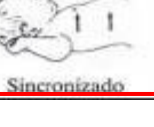


Firma de quien realiza el estudio de caso

Lic. en Enf. Sarahi Cazares Hernandez

ANEXO 2. Escala de Glasgow (adaptada a la edad pediátrica)

Puntos: apertura ocular	> 1 año	< 1 año	
4	Espontánea	Espontánea	
3	Respuesta a órdenes	Respuesta a la voz	
2	Respuesta al dolor	Respuesta al dolor	
1	Sin respuesta	Sin respuesta	
Puntos: respuesta motora	> 1 año	< 1 año	
6	Obedece órdenes	Movimientos espontáneos	
5	Localiza el dolor	Se retira al contacto	
4	Se retira al dolor	Se retira al dolor	
3	Flexión al dolor	Flexión al dolor	
2	Extensión al dolor	Extensión al dolor	
1	Sin respuesta	Sin respuesta	
Puntos: respuesta verbal	> 5 años	2-5 años	< 2 años
5	Orientada	Palabras adecuadas	Sonríe, balbucea
4	Confusa	Palabras inadecuadas	Llanto consolable
3	Palabras inadecuadas	Llora o grita	Llora ante el dolor
2	Sonidos incomprensibles	Gruñe	Se queja ante el dolor
1	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta

ANEXO 3. Escala de Silverman- Anderson

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

ANEXO 4. REQUERIMIENTOS DE LIQUIDOS PARA 24 HORAS

REQUERIMIENTOS DE LIQUIDOS PARA 24 HORAS

Holliday-Segar	Hasta 10 kg (Kg/día)	Mayor a 10 kg (por metro cuadrado de superficie corporal)
<ul style="list-style-type: none"> • Agua: para los primeros 10 kg, 100 ml/kg/día; para los segundos 10 kg, 50 ml/kg/día; para cada kg adicional apartir de los 20 kg, 20 ml/kg/día. • Sodio: 3 mEq/kg/día • Potasio: 2 mEq/kg/día 	<ul style="list-style-type: none"> • Agua: 120 a 150 ml/kg/día ó 1200 a 1500 ml/m2SC/día • Sodio: 3 a 5/mEq/kg/día ó 30 a 50 mEq/m2SC/día • Potasio: 2 a 5 mEq/kg/día ó 20 a 50 mEq/m2SC/día 	<ul style="list-style-type: none"> • $m2SC = (Peso \times 4 + 7) / (Peso + 90)$

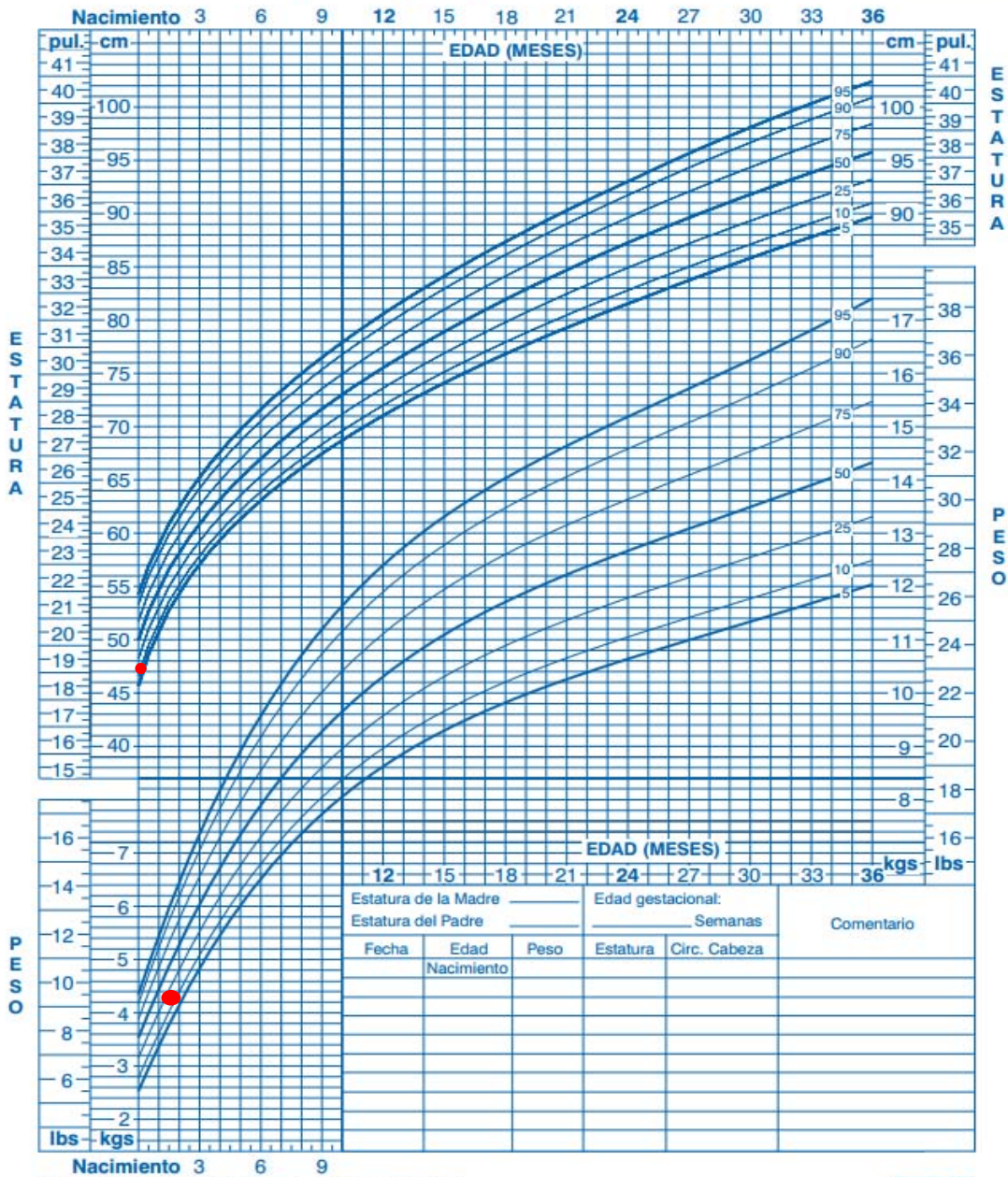
ANEXO 5. NECESIDADES CALÓRICAS

Necesidades calóricas

- 0-1 año : 100 - 120 kcal/kg/día
- 1-3 años : 100 kcal/kg/día
- 4-6 años : 90 kcal/kg/día
- 7-10 años : 70 kcal/kg/día
- 11-14 años : 17 - 55 kcal/kg/día
- 15-18 años : 2.800 kcal/día (varones)
2.100 kcal/día (mujeres)

ANEXO 6. Tablas de CDC (p=10)

Nacimiento a 36 meses: Niños Nombre _____
 Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad # de Archivo _____



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 20 de abril del 2001).
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>

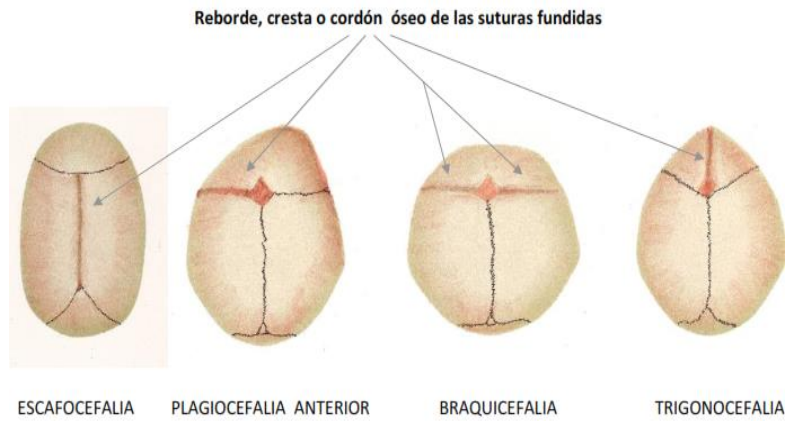


ANEXO 7. FORMULAS

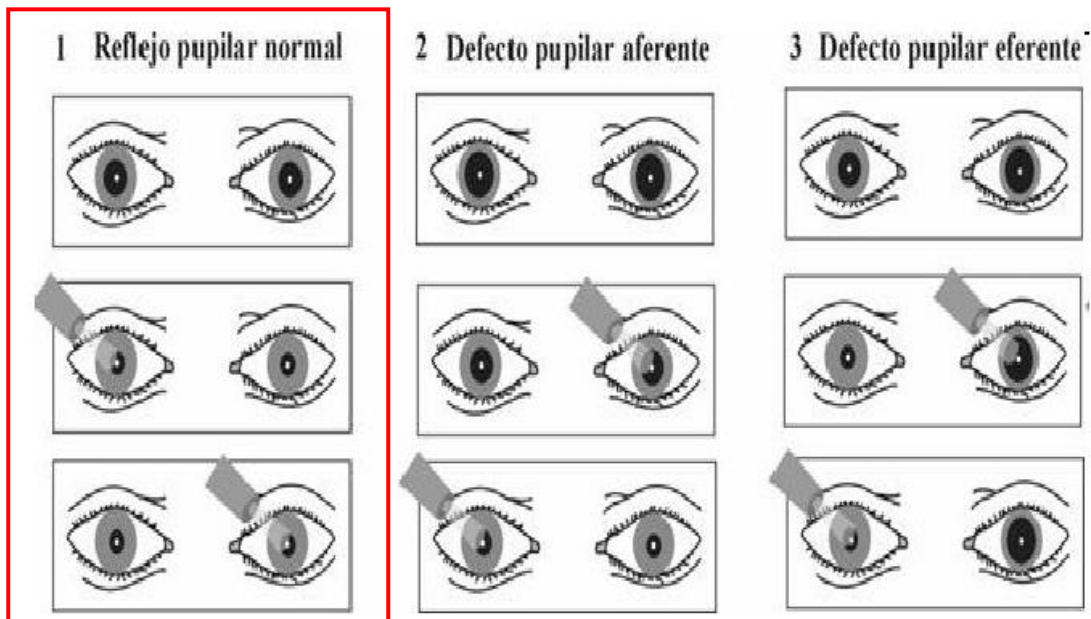
Nombre de la fórmula infantil	Similac IQ Plus 1	Enfamil premium 1	NAN® PRO 1	Nutrilon premium 1	Biemil Plus 1	S-26 Gold Etapa 1	Enfamil con hierro 1	NESTOGENO® 1	Similac Advance 1
Empresa fabricante	Abbott	Mead Johnson	NESTLÉ®	Nutrícia	Ordesa	Pfizer	Mead Johnson	NESTLÉ®	Abbott
Aporte energético (cal)	68	67.75	67 kcal	66	71	67	66.57	67 kcal	68
Densidad energética por onza (cal)	21	21	20 kcal	20	22	20	20	20 kcal	21
Cantidad de proteína (g)	1.4	1.44	1.23 gr	1.5	1.5	1.3	1.53	1.4 gr	1.4
Relación Lactoalbúmina/Caseína	NR	NR	70/30	NR	60/40	65/35	NR	60/40	NR
Cantidad de grasas (g)	3.71	3.48	3.57 gr	3.3	3.6	3.6	3.48	3.41	3.7
Ácido linoleico (mg)	640	507.74	500 mg	630	560	520	490.8	560 mg	676
Ácido linolénico (mg)	60	50.97	64 mg	80	50	42	63.48	69 mg	72
Ácido araquidónico (mg)	14.1	22.13	10 mg	NR	NR	12	NR	NA	NA
Ácido docosahexaenoico (mg)	7	11.37	10 mg	NR	NR	7.1	NR	NA	NA
Cantidad de carbohidratos (g)	7	7.65	7.47 gr	7.5	8.2	7.3	7.32	7.62 gr	7.1
Relación Lactosa/Maltodextrina	NA	NR	100/0	NA	NA	NA	NA	35/65	NA
Sodio (mg)	18	27.16	16 mg	27	25	16	20.76	19 mg	16
Potasio (mg)	83	106.4	62 mg	93	75	65	89.28	62 mg	71
Cloro (mg)	44	57.44	43 mg	61	55	43	53.79	44 mg	44
Calcio (mg)	53	74.6	41 mg	85	59	42	67.35	47 mg	53
Fósforo (mg)	28	45.98	21 mg	43	32	24	46.71	26 mg	28
Relación Calcio/Fósforo	1.9	1.6	1.9	2.0	1.8	1.8	1.4	1.8	1.9
Hierro (mg)	1.2	1.23	0.60 mg	0.8	0.8	0.8	1.2	0.67 mg	1.2
Vitamina E (UI)	2.8	1.15	0.68 mg TE	0.9 mg Alfa tocoferol	3.5 mg Alfa tocoferol	1.1	1.44	0.90 mg	2
Osmolaridad (mOsm/l)	NR	NR	275	NR	NR	NR	NR	211	NR
Carga renal de solutos (mOsm/100 ml)	9.8	11.3	8.3	11.3	10.6	8.8	10.8	9.2	9.4
Fuente de proteína	Leche descremada, concentrado de proteína del suero	Proteína de leche	Suero de leche desmineralizado Leche descremada de vaca Proteína de suero de leche	Suero desmineralizado, leche descremada	Leche descremada y proteínas séricas	Leche descremada en polvo, suero concentrado en proteína, enriquecido con alfa-lactoalbúmina	Proteína de leche	Suero de leche desmineralizado y leche de vaca descremada	Leche descremada, concentrado de proteína del suero
Fuente de grasas	Aceite de girasol alto en oleico, aceite de soya, aceite de coco	Aceite de palma, coco, soya, girasol	Mezcla de aceite de atún (DHA) 0.9% - aceite de mortierella alpina (ARA) 3.8%-oleína de palma 46.9%-aceite de canola 17.5%-aceite de palmiste 16.6%, aceite de maíz 11% -lecitina de soya 1%- fracción de grasa láctica 2.6% conjunto de ácidos grasos saturados moninsaturados y polinsaturados	Aceite de palma, coco, canola, maíz	Aceite de palma, palmiste, nabina, girasol alto en oleico	Aceite de palma, coco, soya, girasol, cártamo	Aceite de palma, coco, soya, girasol	Mezcla de grasas de origen vegetal (oleína de palma, aceite de canola, aceite de palmiste, aceite de maíz y lecitina de soya)	Aceite de girasol alto en oleico, aceite de coco y de soya
Fuente de ácido araquidónico	Mortierella alpina	Mezcla de aceites	Aceite vegetal de Mortierella Alpina	NR	NR	PUFA de fuente unicelular	NR	NA	NA
Fuente de ácido docosahexaenoico	Cryptocodinium cohnii	Mezcla de aceites	Aceite de atún	NR	NR	PUFA de fuente unicelular	NR	NA	NA
Tipo de carbohidratos	Lactosa y GOS	Lactosa y maltodextrina, galacto-oligosacáridos, polidextrosa	Lactosa como único carbohidrato	Lactosa, prebióticos (GOS y FOS)	Lactosa	Lactosa	Sólidos de jarabe de maíz y lactosa	Mezcla de lactosa y maltodextrinas	Lactosa

(ACTUALIZACIÓN, enero 2013: Coordinación de Capacitación - Nestlé Nutrition Colombia).

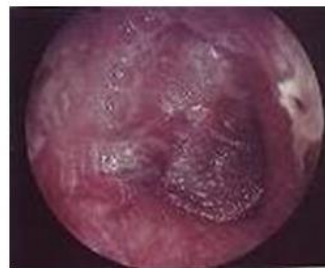
ANEXO 3.



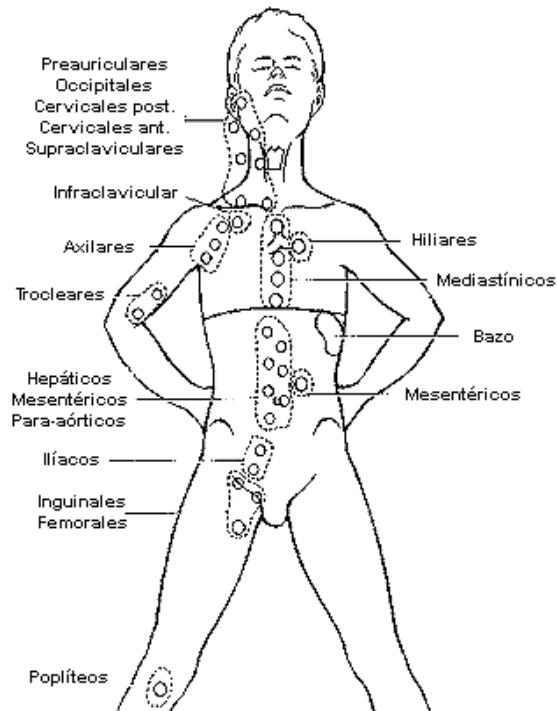
ANEXO 4. Reflejo fotomotor



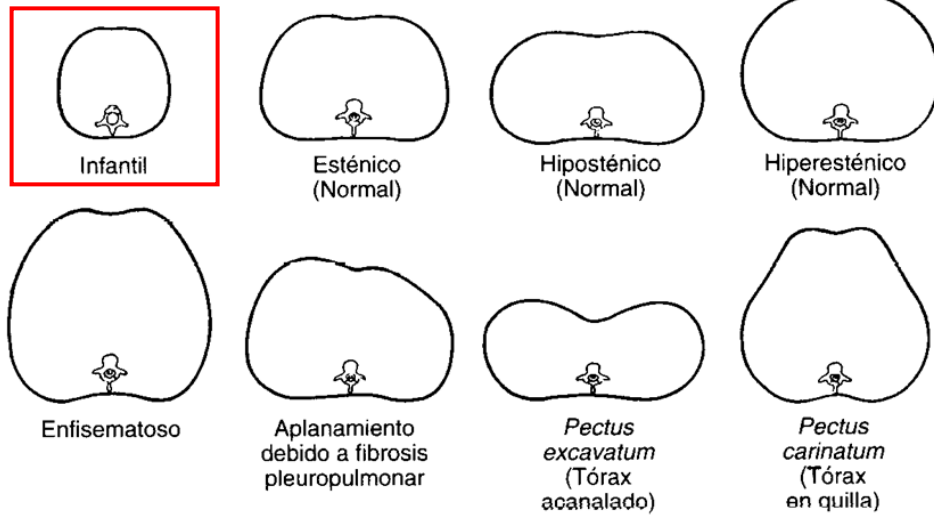
ANEXO 6. Cadena ganglionar (sin alteración)



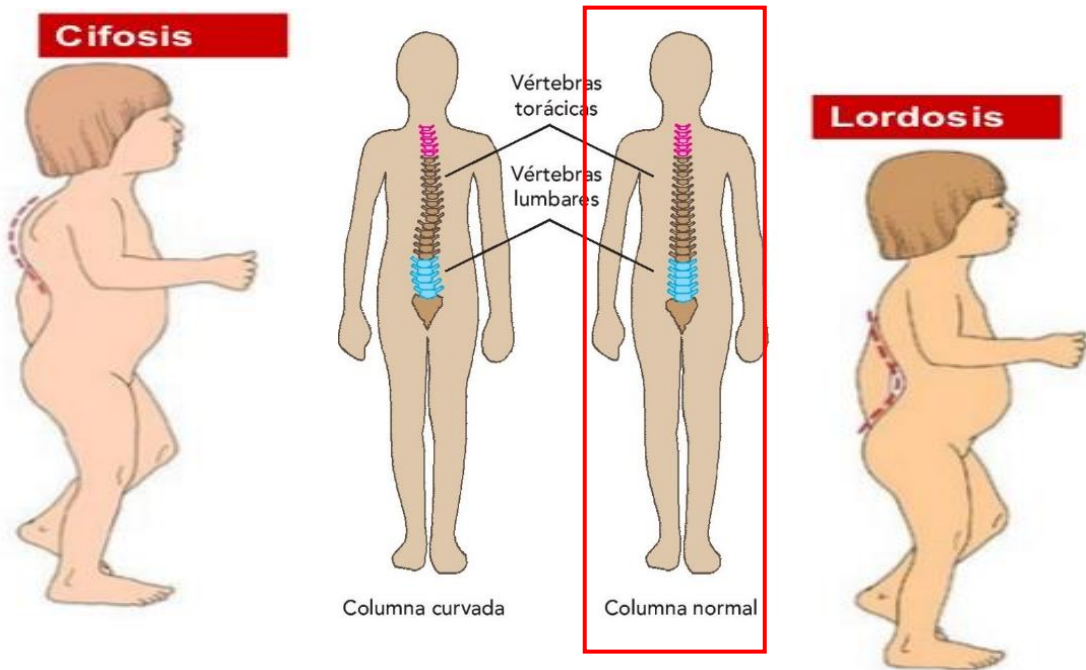
ANEXO 5. Membrana timpanica



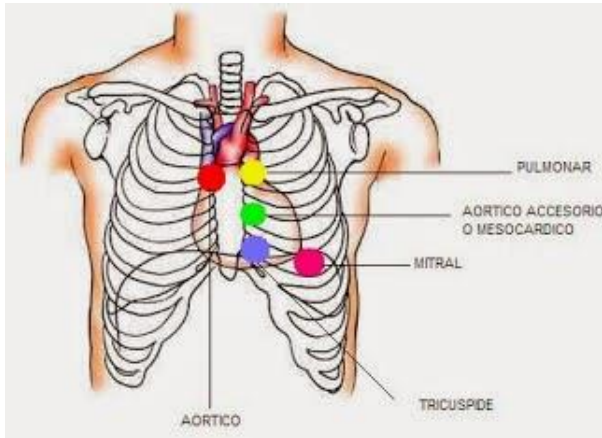
ANEXO 7. Tipos de Tórax



ANEXO 9. Tipo de columna



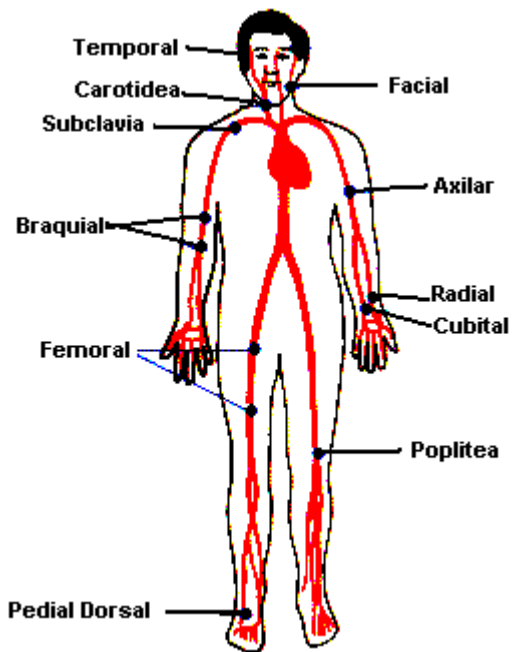
ANEXO 10. Focos Cardiacos (presentes, sin alteración)



ANEXO 11. Llenado capilar (2 segundos)

ANEXO 13. Tipos de cianosis

ANEXO 12. Pulsos periféricos y centrales (presentes, rítmicos y sincrónicos)



Cianosis central



Cianosis periférica



ANEXO 14. Signo de pliegue (negativo)



ANEXO 15. Signo de pliegue (negativo)

Grado	Símbolo	Magnitud	Extensión
Grado I	+ / ++++	Leve Depresión, sin distorsión visible del contorno.	Desaparición casi instantánea.
Grado II	++ / ++++	Depresión de hasta 4 mm.	Desaparición en 15 segundos.
Grado III	+++ / ++++	Depresión de hasta 6 mm.	Recuperación en 1 minuto.
Grado IV	++++ / ++++	Depresión Profunda de hasta 1cm.	Persistencia de 2 a 5 minutos.

ANEXO 17. Escala de Bristol (sin alteración)

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

ANEXO 18. Escala de Bristol (con estreñimiento)

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

ANEXO 19. Escala del dolor

De 1 mes-3 años y en pacientes no colaboradores

FLACC			
Calificación del dolor de 0 al 10. (El 0 equivale a no dolor y el 10 al máximo dolor imaginable)			
	0	1	2
Cara	Cara relajada Expresión neutra	Arruga la nariz	Mandíbula tensa
Piernas	Relajadas	Inquietas	Golpea con los pies
Actividad	Acostado y quieto	Se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas	Rígido
Llanto	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
Capacidad de consuelo	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultad para consolarlo

0: no dolor; 1-2: Dolor leve ; 3-5: dolor moderado ; 6-8: dolor intenso; 9-10 : máximo dolor imaginable

ANEXO 19. Riesgo de caídas

ESCALA DE RIESGO DE CAIDA DE MORSE
(uso hospitalario)

CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	25
COMORBILIDADES	NO	0
	SI	15
AYUDA PARA DEAMBULAR (marque solo una)	NINGUNA/REPOSO EN CAMA/ASISTENCIA	0
	BASTON/MULETA/CAMINADOR	15
	SE APOYA EN LOS MUEBLES	30
VENOCLISIS	NO	0
	SI	20
MARCHA	NORMAL/REPOSO EN CAMA/SILLA DE RUEDAS	0
	DEBIL	10
	LIMITADA	20
ESTADO MENTAL	RECONOCE SUS LIMITACIONES	0
	SOBRESTIMA U OLVIDA SUS LIMITACIONES	15
RIESGO	PUNTAJE	ACCION
BAJO	0 - 24	CUIDADOS BAJOS DE ENFERMERIA
MEDIO	25 - 50	IMPLEMENTACION DE PLAN DE PREVENCION
ALTO	> 50	IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ESPECIALES