



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INFANTIL**

**SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**ADOLESCENTE MASCULINO CON DÉFICIT DE LOS REQUISITOS  
UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO, SECUNDARIO A:  
GRANULOMATOSIS CRÓNICA.**

**ESTUDIO DE CASO:**

**Que para obtener grado de especialista en enfermería infantil**

**PRESENTA:**

**LIC. PALACIO ACUÑA SUSANA DEL PILAR**

**ASESORADO POR:**

**E.E.I ELVIRA SOLÓRZANO GARCÍA**



**Ciudad de México, Abril 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
2.1 GENERAL.....	5
2.2 ESPECÍFICOS .....	5
3. METODOLOGÍA.....	6
4. FUNDAMENTACIÓN TEORICA DEL CASO.....	8
4.1 ANTECEDENTES.....	8
5. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.....	12
5.1 Paradigmas.....	13
5.2 Metaparadigmas.....	15
5.2.1 CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA ENFERMERO EN LA TEORÍA DE OREM (Fig. 1).....	17
5.3 ESCUELAS DE ENFERMERÍA .....	18
5.4 TEORÍA GENERAL DEL AUTOCUIDADO .....	21
5.5 PROCESO ENFERMERO.....	30
5.6 LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA GENERAL DE OREM EN EL PROCESO ENFERMERO .....	41
6. DAÑOS A LA SALUD .....	48
7. CONDICIONES ÉTICO LEGALES.....	59
7.1 Derechos de los niños.....	59
7.1.1 Derechos del niño hospitalizado.....	61
7.2 Principios bioéticos .....	62
7.3 Asentimiento Informado .....	64
7.4 Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México ....	66
8. DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL ESTUDIO DE CASO .....	67
8.1 Ficha de identificación .....	67
8.2 Motivo de la Consulta.....	67
8.3 Factores Condicionantes Básicos .....	67
8.4 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA INSPECCIÓN GENERAL.....	71
8.5 VALORACIÓN POR REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL.....	73
8.6 VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS DE DESARROLLO .....	82

8.7 REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD .....	83
8.9 JERARQUIZACIÓN DE LOS REQUISITOS .....	85
9. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	86
10. PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA .....	88
11. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	139
12. PLAN DE ALTA .....	143
13. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS .....	151
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	154
15. ANEXOS.....	158

# 1. INTRODUCCIÓN

Enfermería ha desarrollado una serie de técnicas y conocimientos teóricos pertinentes a su ejercicio profesional, logrando convertirse en una profesión independiente visualizando al individuo de una manera integral enfocándose en los fenómenos que le competen, cuidado y salud.

Siendo la profesión con el número más grande de colectivos, la enfermería ha tenido que actualizarse y acoplarse a los sistemas de salud, por lo que se ha visto en la obligación de crear una serie de especialidades basadas en las necesidades y demandas poblacionales.

Actualmente la Universidad Autónoma de México (UNAM) cuenta con varias especialidades en Enfermería; de las cuales la Enfermería Infantil ofrece estrategias para disminuir la morbi-mortalidad del paciente pediátrico, a través de una serie de conocimientos basados en evidencia. Proponiendo el uso del proceso enfermero (PE) como instrumento metodológico-científico el cual se adapta a los conceptos proporcionados por los modelos y teorías pertinentes de enfermería, logrando la promoción del autocuidado de manera individualizada.

El presente trabajo se realiza para ofrecer una serie de estrategias en el manejo del paciente con la enfermedad autoinmune hereditaria conocida como granulomatosis crónica, que tiene una incidencia de 1 por cada 250 000 recién nacidos vivos.

El siguiente estudio de caso se aplica a un paciente adolescente masculino con diagnóstico médico de granulomatosis crónica y EICH cutáneo como complicación post trasplante de medula ósea, quien mantiene un desapego al tratamiento debido a alteraciones en su autocuidado, por lo que la enfermera especialista aplicara un plan cuidados especializados que integren el tratamiento del paciente a su estilo de vida.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 GENERAL

Desarrollar un estudio de caso en un adolescente del sexo masculino con diagnóstico médico de granulomatosis crónica, en el Instituto Nacional de Pediatría; aplicando el proceso enfermero y la teoría general de Dorothea Orem, con el fin de promover su autocuidado a través de planes de cuidados basados en evidencia científica, disminuyendo riesgos y complicaciones.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Obtener información a través de una **valoración**, identificando alteraciones en los requisitos universales de autocuidado.
- Realizar un análisis durante la etapa de **diagnóstico**, clasificando los déficits alterados en el paciente y su cuidador primario, para implementar actividades.
- Aplicar en la **planeación** una serie de cuidados organizados, que proporcionen intervenciones especializadas e individualizadas; utilizando los sistemas de enfermería y los agentes de autocuidado.
- **Ejecutar** las actividades especializadas que promuevan el cambio de conductas del paciente y del cuidador primario, utilizando los sistemas de enfermería y mejorando su calidad de vida.
- **Analizar y evaluar** el cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de cuidados; reportando los avances encontrados.
- Proporcionar un **plan de alta** que oriente y ayude a modificar la conducta terapéutica en el paciente y su cuidador primario, en un ambiente extra hospitalario.



Se elabora el segundo plan de intervenciones de enfermería										
Se sigue documentando el estudio de caso										
Revisiones del estudio de caso										
Tercera valoración focalizada en el servicio de terapia intensiva, con intervenciones										
Se mantiene contacto esporádico del paciente										
Se da continuidad al estudio de caso										

**ELABORADO: L.E PALACIO ACUÑA SUSANA DEL PILAR**



## 4. FUNDAMENTACIÓN TEORICA DEL CASO

### 4.1 ANTECEDENTES

El presente estudio de caso se efectuó promoviendo el uso de plataformas Científicas de revistas electrónicas, realizando una cuidadosa revisión de artículos, con el fin de utilizar nuevas alternativas en el manejo de los pacientes con granulomatosis crónica, contando con la información más actualizada.

Se consultaron las siguientes plataformas: Medigraphic, Elsevier, Scielo, Scribd, google académico y enfermería global, también las revistas electrónicas de enfermería trimestral de España y psicología, así como el sistema de información científica el cual cuenta con revistas científicas de toda América latina, el Caribe, España y Portugal, las cuales cuentan con una gran cantidad de artículos científicos, que ponen a la vanguardia al personal de enfermería en la implementación de su cuidado.

Para darle orientación al siguiente Estudio de Caso se utilizaron las siguientes palabras claves: **granulomatosis crónica, inmunodeficiencia, adolescente, autocuidado, intervenciones, apego al tratamiento, enfermería, inmunología y estado emocional**, con ayuda de los conectores “OR” y “AND”, se encontraron una gran cantidad de artículos relacionados con los temas. Se tomaron 47 artículos científicos para sustentar el trabajo de los cuales en su mayoría son médicos esto fue para conocer a fondo la patología, su tratamiento y posibles complicaciones, dentro de la búsqueda realizada de información también se lograron encontrar artículos de enfermería que ayudaron en la aplicación de intervenciones especializadas que como tal no nos propias de la patología pero se lograron condicionar a las necesidades del paciente, a continuación solo se presentaran cinco de estos artículos.

La granulomatosis crónica pertenece a un grupo de enfermedades inmunológicas hereditarias llamadas inmunodeficiencias primarias y consisten en una serie de alteraciones en el proceso de protección y defensa al cuerpo humano (Al-Herz

2014)<sup>1</sup>. Dicha enfermedad cuentan con una fisiopatología compleja que debe ser entendida para poder implementar el tratamiento más adecuado para los pacientes; la enfermera especialista debe comprender la historia natural de la enfermedad, con el fin de aplicar intervenciones más adecuadas que promueven medidas específicas de cuidado y de educación para la salud, reduciendo la exposición a riesgos que pudieran ocasionar infecciones o lesiones, que agravarán el estado de salud del paciente.

El manejo terapéutico de la granulomatosis crónica se divide en dos, el farmacológico y el de reemplazo, el cual consiste en el trasplante de medula ósea, proporcionando células madre que ayuden a la formación de células.

En la actualidad los trasplantes de medula ósea cuentan con una tasa elevada de éxito, mejorando la calidad de vida de los pacientes hemato-oncológicos; tanto ha sido el progreso de los pacientes trasplantados de medula ósea que ahora también se utiliza como medida terapéutica para otras enfermedades no neoplásicas, como es el caso de la granulomatosis crónica, en el cual se trasplantan células madre proporcionando células de por vida con un funcionamiento normal.

Pero pueden existir una serie de complicaciones, que si no son tratadas de manera temprana pueden llegar a poner en riesgo la integridad del paciente. La Enfermedad Injerto Contra Huésped (EICH) es una complicación a corto y largo plazo desarrollándose en diferentes órganos, teniendo periodos de remisión. El más común a desarrollar entre los pacientes trasplantados de medula ósea es el EICH cutáneo, el cual consiste en una serie de lesiones dérmicas que pueden llegar afectar el músculo y la articulación, que si no se tratan de manera oportuna, pueden llegar a incapacitar al paciente en su movilidad y desarrollo.

---

<sup>1</sup> Al- Herz W, Boushifa A, Casanova JL, Chapel H, Conley ME, Cunningham – Rudeless Ch, et al. Primary immunodeficiency diseases: an update on the classification from the International Union of Immunodeficiency. Front Immunol.2014; 2:54

(Domínguez 2014) en su artículo “Enfermedad Injerto Contra Huésped”, menciona que el EICH suele ser una causa importante de morbimortalidad en los pacientes trasplantados. Las manifestaciones cutáneas generalmente son las primeras en aparecer, tanto su forma aguda como crónica, presentando una gran variedad clínica<sup>2</sup>. Por lo que es importante identificar el estadio en el cual se encuentra el paciente, con el fin de evitar la aparición de nuevas lesiones.

Ante lo mencionado, la granulomatosis y las complicaciones del trasplante de medula ósea, se convierten en un problema crónico que afecta tanto al paciente como a sus familiares, causando una serie de problemas que si no son abordados a tiempo, pueden llegar a ocasionar un desgaste en otras esferas de desarrollo de las personas involucradas. Cuando esto sucede en etapas tempranas de la edad, como en la adolescencia, ocasiona en los pacientes una serie de sentimientos negativos, llegando a impactar en su estado de salud, trayendo complicaciones para su etapa adulta.

En el artículo de (Flores 2015) “Propuesta de evaluación de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad crónica en adolescentes”, se menciona que el padecer de una enfermedad crónica ocasiona en el paciente una serie de cambios psicológicos, emocionales, conductuales y relaciones que si no son abordados de manera estratégica pueden ocasionar problemas adyacentes; en los pacientes adolescentes es importante ayudarlos a crear acciones y mejorar conductas que los ayuden a enfrentar la situación, logrando tomar un papel de protagonista en su cuidado, esto con el fin de crear un sentido de autonomía y autocuidado que les ayudara ante posibles problemas presentados en una etapa adulta. Cuando el adolescente presenta una enfermedad crónica, surgen una serie de dudas con

---

<sup>2</sup> Domínguez M, Rodas A. Enfermedad injerto contra huésped; Rev. Cent Dermatol Pascua. Vol. 21, Núm. 3. Sep. – Dic 2014.

respecto a su desarrollo y pronóstico de vida, ocasionando conflictos tanto conductuales como emocionales, alterando su salud mental.<sup>3</sup>

Otro artículo que impacto en este estudio de caso fue, el manejo de las emociones en el paciente adolescente con enfermedades crónicas, donde (Pascual y Caballo 2017) dos enfermeras con la especialidad en salud mental que trabajaron en colaboración con un grupo de psicólogos, identificando una serie de variables que influenciaban en los pacientes crónicos y en su estado emocional. En su artículo detectaron que los pacientes que se encontraban hospitalizados presentaban una serie de emociones negativas que eran relacionadas al tiempo de estancia hospitalaria, la indiferencia del personal de salud, los procedimientos invasivos y la dependencia que ocasionaba su enfermedad. Estas variables creaban en los pacientes sentimientos de estrés y desesperanza, que impactaban de manera grave en su estado de salud, prolongando su hospitalización. Por lo que su propuesta es poder detectarlos de manera oportuna, para ser canalizados con el personal correspondiente.<sup>4</sup>

Por último el artículo (Ibarra 2015) y colaboradores nos hablan de la importancia a la adherencia al tratamiento farmacológico, ya que este representa un problema importante de salud pública que debe ser atendido, por lo que es muy importante difundir el concepto de adherencia y crear medidas para su apego<sup>5</sup>. Ibarra proporciona una serie de test con el cual se puede valorar la adherencia al tratamiento del paciente adolescente, aplicando el test de Haynes –Sacketts o el de Morisky- Green, el cual consta de una serie de preguntas basadas en que tan difícil es seguir el tratamiento farmacológico .A través de este artículo se encontró la manera de evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico del paciente y su

---

<sup>3</sup> Flores D, Urzúa A. Propuesta de evaluación de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad crónica en adolescentes. Rev. Chil Pediatr. 2016; 87 (3):169-174.

<sup>4</sup>Pascual A. Caballo C. Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. Enferm. Glob. 2017 Vol. 16 Núm. 46 281- 294

<sup>5</sup> Ibarra O, Morillo R, Rudi N. Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados del “Día de la adherencia” del 2013. Farm Hosp. 2015; 39 (2):109-113.

apego, creando intervenciones específicas para el manejo del paciente. El apego al tratamiento y la enfermedad crónica que padece el paciente ocasionan una serie de conflictos emocionales aunado a los cambios hormonales y físicos que está sufriendo por encontrarse en la adolescencia lo envuelven en un círculo vicioso que si no es detectado y tratado de manera oportuna, alteran el estilo y calidad de vida que el paciente merece.

## 5. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

Enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración de personas de todas las edades, grupos y comunidades, aplicando una serie de intervenciones dirigidas a lograr la recuperación de la salud del paciente, sin olvidar el origen o residencia y cultura en el que se desarrolla.<sup>6</sup>

Las enfermeras comprenden que los cuidados integrales los da una persona profesional que practica y que tiene la responsabilidad del cuidado del paciente, entendiéndose, a una enfermera como una persona que cuenta con conocimientos científicos, habilidades, actitudes, valores culturales y éticos, necesarios para practicar la enfermería.<sup>7</sup>

El concepto que se manejaba de enfermería comenzó a surgir debido a una necesidad social, donde el trabajo solo era manual con un aprendizaje mecánico. Posteriormente el carácter del intelecto del ejercicio profesional, demostró ser un aspecto recurrente en la literatura de los profesionales; esto se vio con Nightigale quien demostró que la enfermera solo sería la mediadora para proporcionar un entorno al paciente para que este actuara sobre él y le ayudara a su recuperación, actualmente este concepto queda obsoleto para las nuevas generaciones. Ya que

---

<sup>6</sup> Kjeldsen J. Organización Mundial de la Salud, Fecha de actualización: junio 2017. Fecha de consulta: 13/02/17 <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

<sup>7</sup> García N, Cárdenas L, Arana B. construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería; Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013; 20 (Esp): 74-80.

enfermería cuenta actualmente con un sistema de conocimientos teóricos científicos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionado con los cuidados del individuo enfermo o sano; sabemos que la disciplina de enfermería puede desarrollarse en ámbitos hospitalarios y comunitarios preventivos; actualmente es muy importante que enfermería cubra esta área por completo ante las situaciones observadas en la época que vivimos.

La enfermería se define como una disciplina científica que cuenta con razonamiento lógico ante la aplicación de actividades en el arte del cuidado de una persona o ser vivo que se encuentre en cualquier etapa de crecimiento y desarrollo, que a la vez cruce por el proceso de inestabilidad en su estado de salud debido a una enfermedad o que se encuentre en pleno equilibrio de su salud y quiera mantenerla.

### **5.1 Paradigmas**

Los paradigmas se definen como fenómenos que acontecen en un área en específico que se van acoplado a la circunstancias del medio en que se desarrollan. Esto quiere decir se ven alterados por acontecimientos históricos, sociales, políticos, culturales y ambientales.

Estos paradigmas influenciaron en gran parte la conceptualización de enfermería y los principales fueron: categorización, integración y transformación. Los cuales se describirán brevemente a continuación:

1. **Paradigma de la categorización:** maneja que los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerandos como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

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

2. **Paradigma de integración:** el paradigma de integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo elementos y las

manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. Este paradigma se orienta hacia la **persona**.

Esto quiere decir que el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica.

Como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas. La necesidad de una formación básica más progresista se impone. Las investigaciones enfermeras se elaboran alrededor del objeto del cuidado, es decir **el cliente y su entorno**. La experiencia clínica y la reflexión son el origen de las primeras concepciones explícitas de la disciplina o modelos conceptuales.

- 3. Paradigma de transformación:** representa el cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos, es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

Según este paradigma de transformación, nos habla que un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura un patrón único, refiriéndose a **una unidad global en interacción recíproca** y simultánea con una unidad global más grande (un mundo que lo rodea).

Este paradigma se enfoca en la base de apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermería<sup>8</sup>.

Los paradigmas en el quehacer de enfermería acentúan una visión de componentes filosóficos, epistemológicos e ideológicos, en el sentido de favorecer al individuo en

---

<sup>8</sup> Espinosa A, Morán L. Paradigmas que subyacen en la investigación de enfermería, ENEO, 2015

el ejercicio de su cuidado desde una perspectiva social y profesional, para atender las necesidades de salud actuales y futuras de la población. Por ello, si enfermería ansía ser una profesión reconocida, debe continuar trabajando en el ámbito de nuevos conocimientos, en la utilización de la vía transdisciplinar de la transformación, cambios en la atención del proceso y mejorando condiciones espacio-temporales.

Con ello aportara con eficacia y eficiencia mejorando las demandas de la población, funciones educativas, administrativas y sobre todo adentrarse a la investigación para posibles soluciones en el área que le compete junto con otros profesionales de la salud, a través de la aplicación de un método científico serio y rígido que apoye y fortalezca un verdadero sustento del cuidado de enfermería.<sup>9</sup>

## 5.2 Metaparadigmas

El metaparadigma es la perspectiva más global y abstracta de la disciplina. La necesidad de definir la disciplina enfermera ha dado lugar a que se determinaran por consenso los fenómenos que debían ser investigados. Estos fenómenos son las personas, el entorno, la salud y el cuidado que forman el metaparadigma y tratan de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina.

La función del metaparadigma, según Fawcett es la identificación del campo de estudio, lo que requiere que los conceptos y las relaciones entre ellos representen una perspectiva única y diferenciada, por lo que debe abarcar todos los fenómenos de interés de una disciplina y hacerlo de una perspectiva neutral, es decir, sin aportar o llevar implícito un modelo conceptual, a lo que se debe añadir la característica de ser universal. Los componentes del metaparadigma son:

- **Persona:** incluye al individuo, familia y comunidad e identifica al receptor o receptores de los cuidados.

---

<sup>9</sup> Martínez Lidia, Olvera Georgina. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería; Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2013 Vol. 19 Núm. 2 105-108.



- **Entorno:** identifica las circunstancias físicas, sociales o de otra naturaleza que afectan a la persona.
- **Salud:** estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal.
- **Cuidado:** la propia definición de enfermería, es decir, “las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultado de las acciones enfermeras. Las acciones enfermeras son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación”.

También es necesario establecer relaciones entre estos fenómenos para determinar el objeto de estudio de una disciplina. Estas relaciones proposicionales son cuatro:

- 1.- Persona – Salud
- 2.- Persona – Entorno
- 3.- Salud – Cuidado
- 4.- Persona – Entorno – Salud

El metaparadigma define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales, orientando la organización de los modelos y las teorías de una profesión.<sup>10</sup>

En el siguiente estudio de caso se tomó como base científica la aplicación de la teoría general del autocuidado de Dorothea Orém, por lo que se presenta la conceptualización de los Metaparadigmas por parte de Dorothea Orém:

---

<sup>10</sup> Galvis A. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica; revista cuidarte Colombia, 2015; vol. 6 (2): 1108-1120.

### 5.2.1 CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA ENFERMERO EN LA TEORÍA DE OREM (Fig. 1)

CUIDADO	PERSONA	SALUD	ENTORNO	ENFERMERÍA
<p>Campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona, con ejercicios y capacidades de autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser que cuenta con funciones biológicas, simbólicas y sociales</li> <li>• Con potencial de aprender y desarrollarse</li> <li>• Sujeto a las fuerzas naturales</li> <li>• Autoconocerse y a satisfacer sus requisitos para el autocuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo marca como un estado de firmeza total en la estructura y funcionamiento corporal</li> <li>• Involucra aspectos psicológicos, físicos, sociales e interpersonales.</li> <li>• Incluye la prevención de complicaciones, promoción y mantenimiento de la salud, así como el tratamiento de la enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influyen factores, elementos, condiciones y desarrollo ambiental.</li> <li>• El ambiente puede afectar de forma positiva o negativa el autocuidado.</li> <li>• También entran en este caso las actitudes, valores y creatividad de la persona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su servicio va dirigido a la ayuda de uno mismo y de otros.</li> <li>• Presta su servicio cuando la persona tiene una demanda de autocuidado que no puede satisfacer.</li> <li>• Cuenta con varios elementos: arte, prudencia, servicio, teoría del rol y tecnologías especiales<sup>11</sup></li> </ul>

<sup>11</sup> Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orém punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. 2014; Vol. 36 Núm. 6: 835-845

### 5.3 ESCUELAS DE ENFERMERÍA

Desde hace muchos años, Enfermería ha intentado precisar su área de investigación y práctica, haciendo un gran esfuerzo en buscar las palabras que describan la actividad del cuidado. La Enfermería como disciplina orientada a la práctica profesional, parte de una perspectiva única y de sus propios procesos de reflexión, conceptualizando y desarrollando sus propios conocimientos con el objetivo de definir y guiar la práctica.

El paradigma de la transformación se presentó en la década de los 70, dándole a enfermería una apertura hacia el mundo. La OMS en 1978 presenta el plan de Alma-Ata, donde se adopta una nueva filosofía para los sistemas de salud en donde se propone que el “hombre tiene derecho y debe participar de manera individual y colectiva en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria.”

Al visualizar al ser humano como ser único, cuyas múltiples dimensiones forman una unidad, la salud se concibe de igual manera viéndose de manera global relacionando al ser humano con su entorno.

A través de esto enfermería logra crear sus bases científicas y filosóficas, dando pie a la formación de seis escuelas; cada una influenciada por movimientos sociales, filosóficos e históricos propios, proporcionando conocimientos definidos<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Álvarez R, González F. El paradigma de la transformación: escuela del cuidado (escuela del Caring), 2014 <https://mraquin.files.wordpress.com>. Fecha de consulta: Febrero 2014, fecha de consulta: 17/07/2017

A continuación se presentan a cada una de estas escuelas:

**A. Escuela de las necesidades:** Los modelos de esta escuela se basan en el cuidado independiente, en el cual la persona está encargada de satisfacer sus necesidades fundamentales o en su capacidad de llevar su autocuidado.

La jerarquización de las necesidades Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson influyen mucho en esta escuela.

Así el paciente es capaz de clasificar sus necesidades en fundamentales y hacerlo responsable de llevar un cuidado en todos los sentidos, para poder mantener un equilibrio, estas concepciones reflejan las realidades del desarrollo de la disciplina enfermera<sup>1</sup>.

Las principales teóricas de esta escuela son: Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah.

**B. Escuela de interacción:** esta escuela apareció a finales de los años 50 y principios de los años 60, está influenciada por varios acontecimientos políticos y socioculturales, así como también de problemas económicos principalmente de Estados Unidos.

Durante esta época la teoría psicoanalista prevalece y empieza a existir una fuerte demanda por la atención de las necesidades de intimidad y relaciones humanas. Esta escuela define al cuidado como un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de autoayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda.

La enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención.

Las teóricas que sobresalen de esta escuela son: Hildegart Peplau, Josephine Paterson y Loretta Zderad, Imogene King.

- C. Escuela de los efectos deseables:** propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados de enfermería, destinados a la persona que ya es vista como un sistema.

Considera que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía. Estas teorizadoras se han inspirado en las teorías de adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de sistemas.

Las enfermeras que destacan en esta escuela son: Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Neuman.

- D. Escuela de promoción de la salud:** su punto de partida son los cuidados promocionales del buen comportamiento hacia la salud y se interesa en cómo lograrlos y también a quien van dirigidos.

A través de teorías del aprendizaje Moyra Allen es la pionera de esta escuela. Con la filosofía de los cuidados de salud primarios y la teoría del aprendizaje social.

- E. Escuela del ser humano unitario:** se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Esta escuela empieza a considerar a la persona como holística.

Propone que la salud es la realización continua de uno mismo como ser humano unitario y la enfermedad de está integrada en la salud; forma parte del proceso de expansión de la conciencia, del cambio.

Las teóricas que destacan en esta escuela son: Margaret Newman y Rosemarie Rizzo Parse.

- F. Escuela del Caring:** esta escuela considera que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad. Se basa en crear un concepto más humanístico pero sin olvidar los principios científicos. En esta escuela destacan Watson, Leininger, Benner y Wrubel.

## 5.4 TEORÍA GENERAL DEL AUTOCUIDADO

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore Maryland en 1914, inicio su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Wasington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. En 1934 entró a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un Berchelof sciences en Nursing Education y en 1946 un Master of sciences in Nurse Education.

La principal fuente de ideas sobre enfermería para Orem fueron sus experiencias. A través de la reflexión sobre situaciones de la práctica clínica, pudo identificar el objeto o foco real de la enfermería. La pregunta que guió el pensamiento de Orem fue ¿en qué estado está una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación?<sup>13</sup>

La teoría general del autocuidado de Dorothea Orem surge a partir de abordar los problemas observados durante la experiencia de la práctica, proporcionando un marco desde el cual contemplar la práctica, educación y la gestión de la enfermería; expuesta en 1958 por Orem se nos explica el concepto del autocuidado y como abordarlo a través de sus tres subteorías.

Dorothea Orem no reconoce la influencia directa de ningún líder en Enfermería, pero se cree que recibió una influencia de su antecesora Henderson quien expuso las 14 necesidades, desarrollando cuidados de enfermería basados en la satisfacción de necesidades humanas básicas y en la relación enfermera-paciente.<sup>14</sup>

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de abordar los cuidados básicos como el centro de ayuda al ser humano, proporcionando una

---

<sup>13</sup> Tomey A, Alligood M, Modelos y teorías de enfermería; sexta edición. Elsevier Mosby, 2014.

<sup>14</sup> Pereda M. Explorando la Teoría general del Autocuidado de Enfermería de Orem; Enf Neurol (Mex) 2013; Vol. 10 Núm. 3: 163-167.

calidad de vida a través del apoyo de enfermería. De igual manera conceptualiza a la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, proporcionándole medidas de apoyo y reemplazo, en lo que recupera su autocuidado.

## **FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES**

Son factores internos y externos que afectan a los individuos en sus capacidades de autocuidado. Estos factores fueron identificados y se han trabajado desde 1958 por el llamado grupo de enfermería de conferencias de desarrollo, al principio existían solo ocho factores y posteriormente se agregaron dos más. Los factores son los siguientes:

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo
- Estado de salud
- Orientación sociocultural
- Factores del sistema de cuidados de salud: por ejemplo: diagnóstico médico y modalidades de tratamiento
- Factores del sistema familiar
- Patrón de vida, incluyendo las actividades en que se ocupa regularmente
- Factores ambientales
- Disponibilidad y adecuación de los recursos

Cada uno de los factores básico condicionantes tiene un peso específico en la vulnerabilidad de las personas, esto se establece a través de los problemas de salud, es un valor resultante de la interrelación de los distintos factores básicos condicionantes (FCB) y que su intensidad es inversamente proporcional a la capacidad de autocuidado que tiene una persona. Por tanto a menor capacidad de autocuidado tenga una persona, mayor será su vulnerabilidad al enfrentarse a potenciales alteraciones de la salud.

Para Orem las personas son capaces de realizar acciones deliberadas entendidas como aquellas “realizadas por seres humanos individuales que tienen intenciones y son conscientes de sus acciones”. Una de estas acciones es el autocuidado y en tanto un individuo tiene esta capacidad, Orem lo considera como agente de autocuidado.

## **TEORÍA GENERAL DEL AUTOCUIDADO**

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por lo tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo.

Para alcanzar esta condición de bienestar es necesario que la persona realice ciertas actividades en áreas específicas, las cuales Orem las definió como requisitos universales; estas acciones constan de tres categorías en la teoría de Orem, las cuales se definen a continuación<sup>15</sup>.

## **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO**

Contribuyen una parte importante de la valoración del paciente, se han identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad nivel de desarrollo o entorno ambiental de un individuo.

El término requisito se usa para indicar una actividad que un individuo o persona debe realizar para cuidar de sí mismo; dentro de la teoría de Orem se encuentra

---

<sup>15</sup> Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. 2014; Vol. 36 Núm. 6: 835-845.



este término implícito en tres tipos requisitos: universales, de desarrollo y de desviación a la salud.

**UNIVERSALES:** requisitos fisiológicos comunes y en todos los individuos; aire, agua, la ingestión de alimentos y eliminación, actividad equilibrada, descanso, aislamiento e interacción social; la prevención de accidentes y promoción de la normalidad.

Los problemas que se lleguen a detectar dentro de estos requisitos pueden llegar a ser potencialmente mortales para la persona si no se manejan y abordan a tiempo, en un ambiente donde la persona es sana, el individuo debe ser capaz de realizar actividades de cuidado que mantengan a estos ocho requisitos en un balance, esto no sucede en el individuo enfermo, es por eso que enfermería debe contar con conocimientos específicos en el abordaje de cada uno de ellos, en caso de encontrarse alterados.

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

**DE DESARROLLO:** estos requisitos se encuentran relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo.

Estos requisitos son específicos en cuanto a la etapa de desarrollo y las diferentes consecuencias de una situación o suceso que requiere de la adaptación de la persona.

- Vida intrauterina
- Vida neonatal, ya sea un parto o término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso
- Lactancia
- Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven
- Etapas de desarrollo de la edad adulta
- Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

**DESVIACIÓN DE LA SALUD:** requisitos que son resultado de una enfermedad, lesión o alteración; incluye acciones de búsqueda de asistencia médica, la realización del tratamiento prescrito y aprender a vivir con los efectos de la enfermedad y sus efectos.

Para poder cuidar de sí mismo, un individuo debe poseer los siguientes requisitos:

1. Capacidad de mantener la atención y ejercer el requisito de vigilancia con respecto a sí mismo como agente de autocuidado.
2. Uso controlado de la energía física disponible que ha de ser suficiente para el inicio y continuación de las operaciones de autocuidado.
3. Aptitud de controlar la posición del cuerpo y de sus partes de ejecución de los movimientos.
4. Capacidad de razonar dentro del marco de referencia del autocuidado
5. Motivación

6. Capacidad de tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo y de llevar a la práctica estas decisiones
7. Capacidad de adquirir conocimientos técnicos sobre el autocuidado de fuentes autorizadas, retenerlo y llevarlo a la práctica
8. Un repertorio de capacidades cognitivas
9. Capacidad de ordenar acciones o sistemas de acción de autocuidado en relación con las acciones previstas y posteriores, para el logro de objetivos
10. Aptitud de realizar de modo coherente las operaciones.

### DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Las personas llegan a presentar demandas adicionales de cuidados, ya que en ocasiones los requerimientos del individuo superan su capacidad y si se le suma alguna alteración, discapacidad o patología, llegan a causar un desequilibrio evidente en la persona, obligándolo a solicitar ayuda de otros.

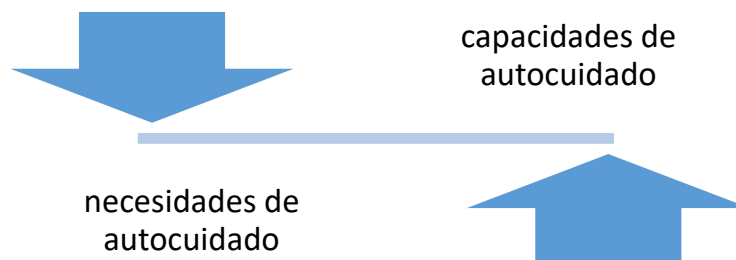


Fig. 2: persona que es capaz de mantener equilibrado su estado de salud y satisfacer sus necesidades<sup>16</sup>

El déficit de autocuidado es una forma de describir la relación entre la capacidad de los individuos para actuar y la demanda que ejerce el autocuidado. El déficit debe

<sup>16</sup> FIG 2. Balán GC, Franco OM. Teorías y Modelos de Enfermería, antología; bases teóricas para el cuidado especializado. 2ª ed. México: UNAM. ENEO; 2009

contemplarse como la relación entre las aptitudes del individuo y las demandas que se le hacen, considerando también los aspectos psicológicos, sociales y físicos<sup>17</sup>.

Ya que tenemos definido que es el déficit de autocuidado, debemos tener muy en cuenta los siguientes conceptos:

**DEMANDA DE AUTOCUIDADO:** conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos. Estas acciones van encaminadas en los términos de desarrollo, estructura y función.

**AGENCIA DE AUTOCUIDADO:** se define así a la persona se encuentra en óptimas condiciones para cuidarse de sí misma y satisfacer sus necesidades básicas.

**AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE:** es la persona que se encuentra capacitada para realizar un cuidado de otras personas.

La enfermera al observar que existe una desviación en las necesidades de la persona que está llevando puede realizar 5 métodos:

1. Actuar o hacer para
2. Guiar
3. Enseñar
4. Apoyar
5. Proporcionar un entorno que fomente la capacidad del paciente para satisfacer sus necesidades.

---

<sup>17</sup> Prado S, Liana A, et al. La teoría Déficit del autocuidado: Dorothea Orem, punto de partida para la calidad en la atención. Rev. Medi. Electron, Matanzas; 2014 Vol. 36 Núm.6 835-845.

## TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

El diseño de un sistema de enfermería incluye las siguientes tareas:

1. Crear un sistema de relaciones para autocuidado ahora y en el futuro
2. Especificar el momento y duración del contacto enfermera – paciente y las razones para él.
3. Identificar las contribuciones de la enfermera y del paciente en la satisfacción de las demandas de autocuidado, asegurando que:
  - Hay una rutina de tareas de autocuidado y una secuencia temporal para completarlas
  - Hay una regulación de la participación del paciente en su propio autocuidado
  - El paciente desarrolla un interés en su propio autocuidado y el deseo de cuidar de sí mismo
  - El paciente desarrolla, perfecciona o domina las capacidades de autocuidado existentes.
  - El paciente desarrolla nuevas aptitudes y habilidades para satisfacer las necesidades de autocuidado, sin desarrollar nuevas limitaciones<sup>16</sup>

La manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan son denominados sistemas de enfermería. Los elementos básicos constituyentes de un sistema de enfermería son:

- La enfermera
- El paciente o grupos de personas
- Los acontecimientos ocurridos incluyendo entre ellos, las interacciones con los familiares y amigos.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería:

- **SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO:** Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel ya que el paciente se encuentra en una situación de incapacidad, limitación o pérdida de la consciencia total, por lo que el personal de enfermería proporciona sus conocimientos así como su destreza física para apoyar al paciente en la realización total de sus actividades. La enfermera no solo debe ser la proveedora de cuidados, sino también formar los juicios y tomar las decisiones que sean necesarios en beneficio del paciente. Esta responsabilidad se extiende a los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y de la desviación de la salud.
- **SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO:** este tipo de sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio, el paciente puede satisfacer parte de sus necesidades o requisitos, pero necesita el apoyo de la enfermera; normalmente presenta limitación de movimiento por lo que no pueden realizar todas sus actividades. En este sistema se pueden resaltar cuatro puntos importantes:
  - +Realizar solo algunas medidas de autocuidado
  - +Compensar cualquier limitación en el paciente
  - +Ayudar al paciente según lo requiera
  - +Responsabilizar al paciente en su autocuidado<sup>16</sup>
- **APOYO EDUCATIVO:** se da orientación al paciente o al cuidador primario, con respecto a los temas de importancia en salud, existe una retroalimentación por parte de los dos lados.<sup>19</sup> La enfermera cuenta con un papel de consultora si solo se requiere información periódica o actualización.

---

<sup>19</sup> Berdayes Martínez D. Desarrollo teórico de enfermería. Conferencia impartida en la Facultad de Enfermería Lidia Doce. Jornada por el Día de la Enfermería. La Habana: Facultad de Enfermería Lidia Doce; 2014.

## 5.5 PROCESO ENFERMERO

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el conocido como Proceso Enfermero (PE), es una herramienta metodológica que permite a la enfermera prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto por cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método el PE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que al ponerlo en práctica las etapas se superponen.<sup>20</sup>

### ➤ VALORACIÓN

Esta primera fase permite a la enfermera recoger datos sobre la situación de salud de la persona que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de unos resultados (objetivos) concretos. Sobre la información obtenida se establecerán las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad. Consta de varias fases<sup>21</sup>:

Existen 2 tipos de valoración:

- **Valoración inicial:** es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona). Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos. Facilita la ejecución de las intervenciones.

---

<sup>20</sup> Facultad de Estudios Superiores Iztacala. El Proceso de Atención de Enfermería, UNAM; Fecha de actualización: 2014, Fecha de consulta 21/07/17. <http://mira.ired.unam.mx>

<sup>21</sup> Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los leguajes NNN, primera edición, España; 2014.

• **Valoración continua, posterior o focalizada.** Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Se realiza específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. Tiene como objetivo:

- Recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas.
- Realizar revisiones y actuaciones del plan.
- Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud según el objetivo al que vaya dirigido, la valoración.<sup>22</sup>

La información que se obtenga debe ser útil, necesaria y completa, sobre la persona que se está valorando, así como datos hereditarios y del entorno del paciente. Esto nos sirve para que la enfermera tenga un campo más amplio para aumentar sus posibilidades de actuación. Al tener esta información, los datos se deben clasificar para que sean más efectivos, por lo que la enfermera puede clasificarlos por grupos como son: “necesidades”, “patrones funcionales”, “déficit” o “requisitos”.

Esto ayuda a que la información se ordene y tome una forma más coherente y facilite el análisis del mismo.

Al momento de obtener información hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Las fuentes de datos, estas pueden ser:
  1. **PRIMARIAS:** paciente, familiares o amigos.
  2. **SECUNDARIAS:** expediente clínico, laboratorio, estudios de gabinete, personal de salud que se encuentre en interacción con el paciente, textos de referencia

---

<sup>22</sup> F.U.D.E; Valoración de enfermería; <http://www.ome.es> Fecha de actualización: diciembre 2013; fecha de consulta: 21/07/17.



➤ Tipo de datos:

1. **Subjetivos:** son aquellos datos que la persona expresa. Son sentimientos y percepciones.
2. **Objetivos:** son todos aquellos datos que se pueden medir a través de instrumentos o escalas.
3. **Históricos – antecedentes:** son todos aquellos hechos anteriores que han causado un impacto en el estado de salud del paciente. En esta parte entran los patrones conductuales, comportamiento, como percibe su salud la persona. Nos ayuda a referenciar los hechos en el tiempo.
4. **Actuales:** son los datos que actualmente aquejan al paciente.

- **MÉTODOS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS**

1. **ENTREVISTA CLÍNICA**

Es considerada una de las técnicas indispensables para la obtención de información, a través de ella se obtiene datos subjetivos acerca de la problemática del paciente y existen dos tipos de entrevista:

- ❖ **FORMAL:** consiste en contar con un propósito específico, en el cual la enfermera cuenta con un instrumento con preguntas ya seleccionadas, se realiza en un área cómoda para el paciente y la enfermera.
- ❖ **INFORMAL:** son preguntas que se realizan momentáneamente, mientras la enfermera proporciona ciertos cuidados, no cuentan con un fin en común.

El objetivo de realizar una entrevista es facilitar la identificación de los problemas y la planeación de objetivos ante las alteraciones encontradas. La entrevista debe contar con tres partes, las cuales son las siguientes: inicio, cuerpo y cierre.

El inicio se define como la presentación de la enfermera ante el paciente, es donde la enfermera a partir de ciertas cualidades como son la empatía, el respeto y la

autenticidad se gana la confianza del paciente, para que este le proporcione la información, también se conoce como la fase de aproximación.

La segunda parte es el cuerpo y tiene la finalidad de la conversación y la aplicación del instrumento, aquí se obtiene la información necesaria a través de una serie de preguntas ya formuladas que llevan un orden cronológico.

Y la última fase de cierra, es donde se da un resumen de los datos más significativos y constituye la base para establecer la primera fase de la planeación. Ya para terminar con la parte de la entrevista se debe considerar que existen dos técnicas dentro de la entrevista, las cuales son:

1. VERBALES: el interrogatorio como tal, la reflexión o reformulación de lo expresado por el paciente.
2. NO VERBAL: expresiones faciales, gestos, posición corporal, forma de hablar y contacto físico.

- **EXPLORACIÓN FÍSICA**

Esta es la segunda técnica que se aplica en la valoración, nos proporciona una serie de datos objetivos que a través del método clínico se obtendrán, se define como la revisión completa del paciente como tal (físicamente) a través de una serie de pasos metodológicos.

La realización de esta técnica exige paciencia, práctica y continuo perfeccionamiento. En todo momento se le debe decir al paciente lo que se le realizará y su objetivo es determinar a profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad.

El examen clínico o exploración física, se basa en la observación más precisa de los problemas que presenta el paciente, lo cual se lleva a través del método clínico

el cual consta en cuatro pasos: observación, palpación, auscultación y percusión, estos sencillos pasos se llevan por regiones desde la cabeza hasta los pies o aparatos y sistemas, según sea el caso.<sup>23</sup>

Siempre con el fin de investigar alteraciones o problemas funcionales significativos, esta parte de la valoración se complementa con los resultados de exámenes de laboratorio u algún otro estudio realizado. Se presentan los cuatro pasos del método clínico:

- **INSPECCIÓN:** es el examen visual, cuidadoso y global del paciente, su objetivo es determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos.
- **PALPACIÓN:** consiste en la utilización del tacto. Su objetivo es determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, consistencia, temperatura, pulsos, vibraciones, etc.).
- **PERCUSIÓN:** implica en dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.
- **AUSCULTACIÓN:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio para determinar las características sonoras de los diferentes órganos “huecos” (pulmones, estomago, intestino, corazón).

Antes de realizar cualquier técnica, la enfermera debe preparar el entorno, esto con el fin de hacer sentir seguro al paciente y al familiar, se deben verificar los instrumentos, que se encuentre funcionando de manera correcta, ambientar el lugar y respetar la privacidad del paciente en todo momento.

---

<sup>23</sup> Gleadle J. Historia Clínica y Exploración Física en una mirada Primera Edición. México D.F, McGraw-Hill, Interamericana, 2014.

- **APLICACIÓN DEL JUICIO CLÍNICO**

La realización de un juicio clínico es importante ya que al acomodar los datos ante la aplicación de una teoría, proporciona a la enfermera un medio para ordenar su información; al ya tenerlos así es necesario interpretar los datos, analizarlos y expresarlos de manera idónea en su clasificación.

- **DIAGNÓSTICO**

1. Análisis de los datos encontrados

- Presentar una síntesis de la información encontrada y ordenarla
- Priorizar alteraciones
- Analizar los datos más significativos y plantear el abordaje de los cuidados.

2. Formulación de problemas y diagnósticos de enfermería

En esta etapa es importante que el personal de enfermería no confunda la elaboración de un diagnóstico de cuidados con un diagnóstico clínico, hay que considerar que cada profesional cuenta con ciertas responsabilidades del área que le compete. Cada uno presenta formas de proceder y de conocimientos necesarios para la práctica clínica.

El diagnóstico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud o problemas, necesidades (requisitos) de los pacientes, que pueden modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos o disminuirlos.<sup>24</sup>

Los diagnósticos de enfermería se presentan de manera individualizada y específica ya que a cada persona es diferente, por lo que cambia por completo su manejo y la forma de actuar de la enfermera.

---

<sup>24</sup> Rosales S, Reyes E. fundamentos de enfermería; tercera edición, México D.F. Manual moderno, 2013.

Estos diagnósticos son flexibles y modificables según el estado de salud o enfermedad. Su redacción puede ser descriptiva, predictiva o explicativa. Para poder realizar un diagnóstico nos basaremos en las necesidades o problemas que presente el paciente

Los diagnósticos de enfermería son indispensables para la aplicación de actividades del profesional, y requiere de una práctica continua en el cuidado del paciente, se clasifican en tres tipos, los cuales son los siguientes:

1. **DIAGNÓSTICOS REALES:** signos y síntomas definitorios. Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principalmente identificables. Tiene tres componentes: enunciado, características definitorias y factores relacionados.
2. **DIAGNÓSTICOS DE RIESGO:** factores de riesgo sin características definitorias. Se define como el juicio clínico de un individuo, comunidad o familia, que presenta ciertas características de vulnerabilidad para desarrollar un problema. Estos diagnósticos constan de dos partes la etiología y los factores contribuyentes.
3. **DIAGNÓSTICOS DE BIENESTAR:** Ausencia de características definitorias y factores relacionados. Es un juicio clínico que tiene como objetivo llevar a la persona a un nivel de bienestar. Para llevarlo a cabo debe haber presente dos hechos: deseo de un mayor nivel de bienestar y un estado funcional eficaz actual.

Para que estos diagnósticos, cuente con un sentido de coherencia, cuentan con un formato el cual el formato es llamado PES:

(P) Problema + (E) Etiología + (S) Signos y síntomas

FIG 3. Esquema del diagnóstico de enfermería formato PES<sup>23</sup>

## ➤ PLANEACIÓN

En esta etapa del proceso enfermero las intervenciones de enfermería dependerán de las características del diagnóstico y del resultado esperado o deseado, de su viabilidad, aceptación y conocimientos por parte del personal de enfermería.

Una vez elaborados los diagnósticos de enfermería, se dará inicio a planificar los cuidados, se ordenaran de manera prioritaria, ayudando a solucionar, disminuir o reducir el efecto del problema. Debemos tener muy en cuenta tres aspectos importantes para esta fase:

- **Establecimiento de las prioridades:** la clasificación de prioridades es el proceso de establecer un orden de preferencias a los problemas más importantes en la distribución de los cuidados de enfermería, estos problemas se tratan de manera simultánea recordando que hay problemas que ponen en peligro la vida.

Para facilitar la priorización de estos problemas se pone en marcha el uso de teorías, modelos, conceptos y principios. Por lo que la enfermera ocupa un rol de coordinador en la planeación de atención a las necesidades y problemas de los pacientes.

- **Identificación de objetivos:** el trazar el objetivo es necesario, ya que permite conocer específicamente lo que desea lograrse.

Estos objetivos describen el resultado a futuro de una acción particular, que nos permite identificar el qué, cómo, cuándo y quién del actuar de la enfermera y el paciente.

Para la elaboración de objetivos puede incluirse una o las tres áreas de acción: cognitiva, efectiva y psicomotriz, que permite visualizar a la enfermera la dirección en la que va enfocada la atención para resolver el problema.<sup>2</sup>

Se tiene que tomar en cuenta que existen objetivos a corto y largo plazo. Los cortos son aquellos que se pueden lograr de modo favorable en un periodo muy corto de tiempo y de forma rápida. Y los objetivos a largo plazo requieren de un tiempo más largo.

- **Intervenciones de enfermería:** Se nombran así a las acciones específicas de enfermería, para ayudar al paciente a alcanzar dichos objetivos, siendo éste el fundamento o punto central de la atención del personal de enfermería.

Estos deben basarse en conocimientos y experiencias previas llevando una secuencia lógica entre las acciones y los objetivos planteados.

Las intervenciones de enfermería pueden ser directas o indirectas:

- **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DIRECTAS:** Es un tratamiento realizado directamente con el paciente y /o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo, tanto físicas como psicológicas.
- **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA INDIRECTAS:** es la aplicación de actividades sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes. Se incluyen en este grupo las acciones de cuidados que van dirigidos al medio ambiente del paciente y a la colaboración con otras disciplinas tanto medicas como de enfermería, apoyando la eficacia de los cuidados proporcionados.

Existe otra clasificación de las intervenciones proporcionadas las cuales pueden ser independientes o interdependientes:

- **INTERVENCIONES DE CUIDADO INDEPENDIENTE:** es una intervención iniciada por un enfermero en respuesta a un diagnóstico de enfermería; una acción autónoma basada en fundamentos científicos que se ejecuta en beneficio del paciente en una forma previsible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados.

- **INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES O DE COLABORACIÓN:** Son intervenciones iniciadas por otros miembros del equipo en respuesta a un diagnóstico médico, pero llevada a cabo por un profesional de enfermería. Pueden implicar la colaboración de trabajadores sociales, fisioterapeutas, médicos, etc.

### ➤ **EJECUCIÓN**

También es llamada implementación del plan, y es cuando se lleva a cabo en tiempo real el plan de cuidados ya de forma progresiva e integral<sup>25</sup>.

La ejecución se divide en cinco fases, las cuales son: validación del elemento, fundamentación científica en cada una de las acciones, otorgamiento de cuidados, continuidad y registro de éstos.

Para darle una validación al plan de cuidados, este debe contar con conocimientos y bases científicas en la implementación de las acciones de enfermería.

La fundamentación científica describe y explica la base de esos cuidados y se refiere al tópico, estrategia identificada y la individualización, se recomienda que cuente con los siguientes elementos:

- **Tópico:** Se refiere al contenido del plan u orden de enfermería, como son: nutrición, higiene, comunicación, ejercicio y manejo de alguna medida terapéutica.
- **Estrategia:** Especifica los métodos a través de los cuales se realiza la implementación.
- **Individualización:** Refleja la forma de vida y los aspectos del desarrollo sociocultural, biológico, físico, social, emocional y estado de salud del paciente.

---

<sup>25</sup> Reina N. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Rev. Redalyc. 2010; Vol. 17 Núm. 1: 83-23



Una vez validado el plan de cuidados de enfermería y fundamentados científicamente, se procederá a su ejecución. Pero se debe tomar en cuenta que durante esta ejecución se presentara problemas o situaciones que nos harán cambiar estas intervenciones o modificarlas de manera pertinente.

Al elaborar el plan de cuidados este debe llevar una continuidad por parte del personal de otros turnos, esto con el fin de llevar un seguimiento y cumplimiento de objetivos ante el manejo del paciente. En casos de que estos cuidados se vean modificados por algún tipo de acontecimiento, este se registrara ya que el manejo de la hoja de enfermería, en la actualidad ya se considera un documento legal; por lo que se le recomienda al personal de enfermería llevar un reporte permanente del paciente, donde quedaran plasmadas las evidencias de los diagnósticos, intervenciones, tratamientos y evaluación del plan de cuidados.

### ➤ **EVALUACIÓN**

En la última etapa del proceso enfermero se valoraran los progresos del paciente hacia los objetivos de salud establecidos. El propósito de esta etapa es:

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos
- Se realizar un juicio clínico con respecto a los planes, estrategias y cuidados de enfermería

La evaluación debe ser un proceso continuo, formal e integral de cada uno de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, por lo que se considera simultaneo con los demás elementos, por eso la enfermera debe encontrarse familiariza con las posibles respuestas que pueda presentar el paciente.

Como ya se mencionó antes que existen variables que afectaran los logros o cumplimientos de los objetivos. Por eso es necesario revisar qué sucedió durante las diferentes etapas, para determinar qué pudo afectar el logro de los objetivos.

El proceso de evaluación es un factor clave para la determinación de estándares, protocolos, normas y procedimientos que ayudaran a la enfermera a proporcionar un cuidado de calidad; es por ello que esta última etapa sirve para identificar aquellas estrategias eficaces y promover la investigación en enfermería.

## **5.6 LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA GENERAL DE OREM EN EL PROCESO ENFERMERO**

La evolución de la enfermería está íntimamente ligada a la estructura social, económica y política de cada época. Asimismo, los valores y filosofías dominantes han originado diferentes concepciones de salud y de persona, lo que han hecho que la atención de enfermería se adaptara y se desarrollara paralelamente a los cambios.

Enfermería es una ciencia joven, teniendo sus inicios desde la aparición de Florence Nightigale, a partir de este momento aparecieron nuevos modelos, cada modelo cuenta con una filosofía propia para entender la enfermería y el cuidado del paciente.

La enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, este nació con la primera teoría de enfermería. También las enfermeras centraban su atención a la adquisición de conocimientos técnicos que habían sido delegados.

En las décadas de 1950 y 1960 algunas enfermeras intentaron establecer la base científica de enfermería partiendo de las ciencias básicas, especialmente de la ciencia del comportamiento, orientadas en la idea de que la teoría siempre debe guiar la práctica<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Armendáriz A, teorías de enfermería y su relación con el proceso de atención de enfermería; Synthesis. <http://www.uach.mx> Fecha de actualización: Enero 2012 fecha de consulta: 13/02/18.

A medida que la enfermería ha llegado a la mayoría de edad, como profesión y como disciplina erudita, ha habido una preocupación reciente por delinear su base teórica.

Lo anterior da pie, al desarrollo de modelos conceptuales los cuales son definidos como un conjunto de conceptos abstractos y generales, con proporciones que se integran para dar un significado. Incorporan observaciones empíricas, intuiciones de los estudios, deducciones combinadas con las ideas creativas del campo de la investigación. Esto quiere decir que los modelos conceptuales son más complejos y generales dándole un sentido al fenómeno del cuidado.

La construcción de la disciplina enfermera estableció un marco teórico que contemple la finalidad y el sentido de la enfermería. Conociendo nuestro contexto histórico, y la esencia de la profesión, parece obvio que nuestro núcleo de estudio lo constituya el cuidado, para entonces es preciso preguntar qué es el cuidado. El cual definimos gracias a Collière: *“El arte que precede a todos los demás, acompañando las grandes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, permitiendo su continuidad y ayudando a la persona a atravesar las etapas más difíciles de la vida”*<sup>27</sup>.

Los modelos en general presentan visiones de ciertos fenómenos del mundo, pero representan solo una aproximación o simplificación de aquellos conceptos considerados relevantes para la comprensión del acontecimiento. Son representaciones de la realidad de la práctica y representan los factores implicados y la relación que guarda entre sí.

Todos estos conceptos se pueden caracterizar de la siguiente forma:

- La persona que recibe los cuidados
- El entorno en el que existe la persona

---

<sup>27</sup> Ortega C, el cuidado de enfermería; Revista Mexicana de Enfermería Cardiología. Vol. 10 Núm. 3 2002: 88-89.

- El concepto de salud, como meta de la persona en el momento de su interacción con la enfermera
- Las propias acciones de la enfermera

Entre los modelos conceptuales están el modelo del “Déficit de autocuidado”, de Dorothea Orem; el “Modelo de adaptación” de Sor Calixto Roy, el “Modelo de sistemas Comportamentales” de Dorothy Jonson, “Los cuatro principios de conservación” de Myra Astrid Levine.

La diferencia entre un modelo y una teoría consiste en el nivel de desarrollo alcanzado; las teorías muestran un ámbito menos extenso que los modelos y son más concretas de su nivel de abstracción, se centra en el desarrollo de enunciados teóricos para responder a cuestiones específicas de enfermería.

Entre las teorías se encuentran “La enfermera Psicodinámica” de Hildegard Peplau “Adopción del papel maternal” de Ramona Mecer y “Modelo de Promoción de la salud” de Nola Pender.

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.<sup>28</sup>

La enfermería es una disciplina práctica y por lo tanto las ideas innovadoras deben surgir de la práctica con una buena fundamentación teórica, en relación con las necesidades del cuidado para mantener la salud de los individuos y de la sociedad.

---

<sup>28</sup> Cisneros F. TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA, <http://artemisa.unicauca.edu.com>. Fecha de actualización 2014, Fecha de consulta 17/02/17

Al contar con estas teorías y modelos, el profesional de enfermería debe tener un instrumento el cual de base sólida a la práctica de enfermería. El proceso enfermero (PE) es un instrumento metodológico que se elabora de manera sistemática, planificando la ejecución de los cuidados de enfermería; compuesta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación

Las ventajas de este instrumento es que define el campo del ejercicio profesional y contiene as normas de calidad; el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería.

Actualmente enfermería se rige por la corriente que representa un cambio sin precedentes, donde se da una apertura social hacia el mundo. Logrando que la profesión de enfermería tome una forma más dinámica y compleja. El paradigma de la transformación consigue relacionar y crear la unión de los conceptos de persona, salud, entorno y cuidado.

El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de las personas que se relacionan con su medio ambiente y social continuamente, manteniendo experiencias entorno a su salud.

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme al individuo madura y estas pueden ser afectadas por creencias culturales, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, las etapas del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar sus actividades de autocuidado.

Los enfermeros al poner en práctica la teoría de Orem en su método de actuación, ayudaran a los pacientes a identificar las necesidades que se encuentran afectadas. Al realizar el proceso enfermero, detectamos cualquier alteración relacionada a su entorno, en el que se desarrolla y su estado de salud, con el fin de poder ayudar a diagnosticar y

a tratar la respuesta del individuo a los problemas reales o potenciales de salud existentes.

Además de conocer los requisitos de autocuidado relativos al desarrollo, la enfermera puede realizar el proceso de enfermería, en las diferentes etapas de la vida, trazándose acciones que promuevan el desarrollo del individuo y la prevención de enfermedades que afectan dicho desarrollo.

Orem describe tres etapas del proceso de enfermería, la primera implica determinación de "por qué una persona debe recibir atención de enfermería", esta se considera como la etapa de valoración, con la cual la enfermera encaminará su marcha, detectando las necesidades afectadas y enunciando su diagnóstico.<sup>29</sup>

Para Orem la segunda etapa incluye el diseño de un sistema de enfermería que dé por resultado la consecución de las metas de salud, esta etapa incluye básicamente la planificación de métodos para satisfacer las necesidades de autocuidado teniendo en cuenta las limitaciones existentes.

Se piensa que esta etapa no es más que la *intervención de enfermería*, donde la enfermera diseña y aplica un plan de acción para compensar las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado, poniendo de manifiesto la relación estrecha entre enfermera y paciente durante la realización del "plan de cuidado".

Plantea que la tercera etapa se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones de autocuidado, proporcionar atención terapéutica y prevenir el desarrollo de nuevas limitaciones de autocuidado.

El proceso de enfermería que se aplica en las instituciones de salud en la actualidad culmina, como bien dice Orem con una evaluación exhaustiva del plan de acción reflejando la respuesta del paciente a la intervención brindada. Los enfermeros no

---

<sup>29</sup> Ágora C. Manual EIR modelos y teorías de enfermería; Edición: 9. Las Palmas Gran Canaria: Academia ágora, 2015.

solo tendrán presente resolverle la necesidad existente sino después de evaluar el resultado, evitando la aparición de nuevas lesiones o déficit de requisitos<sup>2</sup>.

La teoría general del autocuidado de Orem es muy flexible ya que puede aplicarse tanto de manera individual así como en comunidad, el poder hacer conocer el paciente su falta de autocuidado y que por sus propios medios o con ayuda, pueden llegar a un equilibrio en sus vidas.

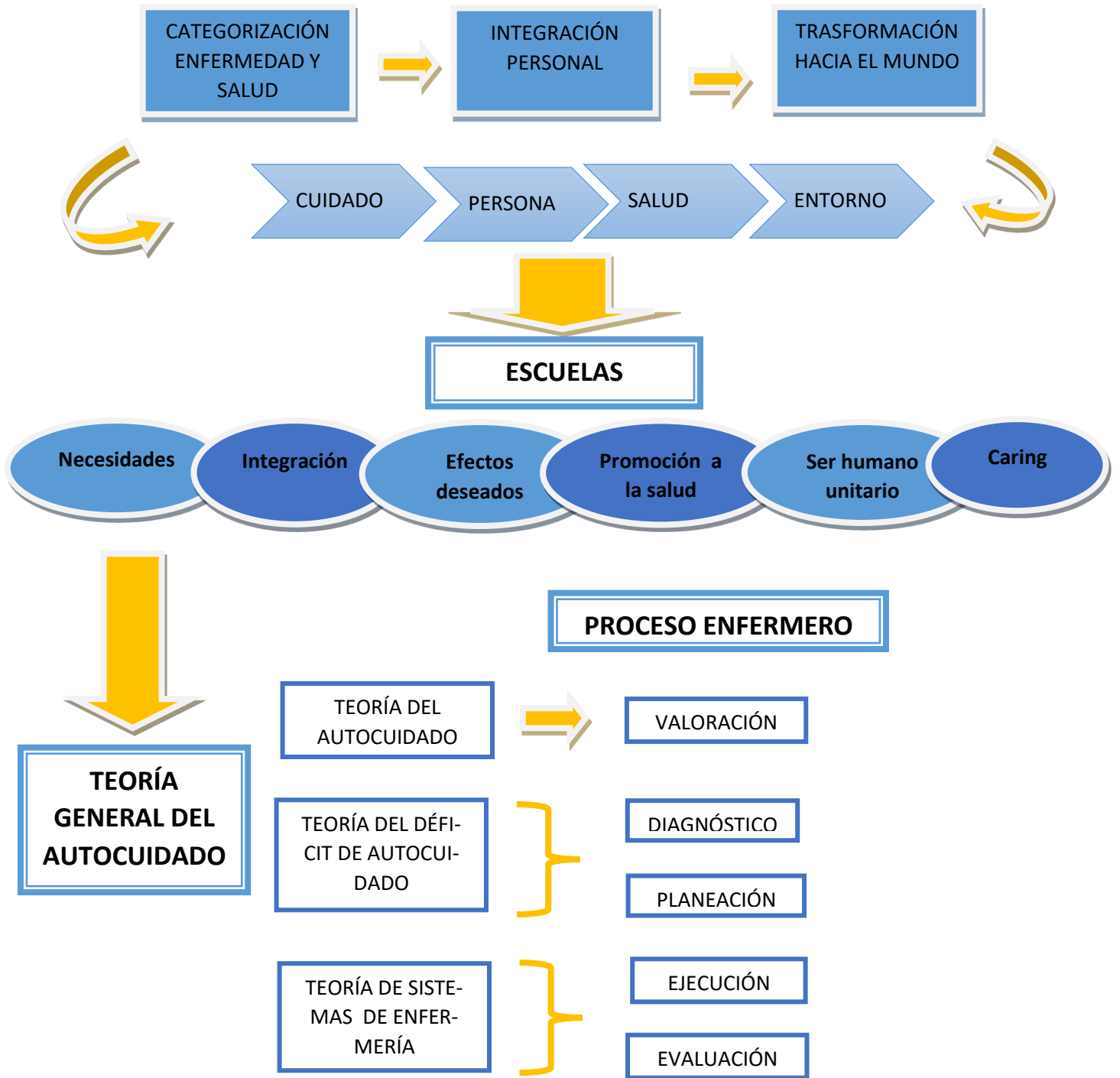


FIG 4. Lic. Enf Susana del Pilar Palacio Acuña



## 6. DAÑOS A LA SALUD

### ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA (EGC)

La Enfermedad Granulomatosa Crónica (EICH) es una inmunodeficiencia primaria, específicamente deficiencia de fagocitosis. Es causada por la dificultad de los neutrófilos para destruir eficazmente a los microorganismos fagocitados, debido a defectos en la nicotinamida adenina dinucleótido fosfato oxidasa (NADPH oxidasa), el complejo enzimático que realiza el “estallido respiratorio” en las células fagocíticas y produce los radicales libres de oxígeno para la eliminación de agentes patógenos. El padecimiento comprende alteraciones hereditarias en el complejo de NADPH oxidasa, todas con fenotipo similar que se distingue por infecciones recurrentes graves, ocasionadas por bacterias, hongos y formación de granulomas en cualquier parte del organismo.

La EGC se describió inicialmente por Janeway, en 1954, y se denominó “enfermedad granulomatosa fatal de la infancia”; desde entonces, la comprensión de la patogenia, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado han permitido la supervivencia de los pacientes con esta enfermedad.

La tasa de incidencia de EGC en la población general es de 1 por cada 200,000 recién nacidos vivos en todo el mundo. En Latinoamérica, los trastornos de la fagocitosis, en conjunto, comprenden 8.6% de las inmunodeficiencias primarias, y en México representan 14.1%. En general, se acepta que la frecuencia de la enfermedad y de todas las inmunodeficiencias primarias es más alta en todo el mundo, debido a los casos subdiagnosticados.

### CAUSAS

Se ha demostrado que la EGC tiene una base genética, que ante alguna mutación en los genes de la NADPH oxidasa, entorpece la función adecuada del complejo e impide la formación de radicales libres de oxígeno y en consecuencia, la destrucción de microorganismos fagocitados, lo que favorece las infecciones fúngicas y por

gérmenes positivos a catalasa, responsables de las manifestaciones clínicas. Las mutaciones en los genes que codifican para algunas unidades de la NADPH oxidasa son responsables de la enfermedad granulomatosa crónica.

## **PATRONES DE TRANSMISIÓN HEREDITARIA**

La EGC es una enfermedad hereditaria con dos patrones de herencia. En el patrón autosómico recesivo ambos padres son portadores de la mutación en uno de sus dos alelos; la posibilidad teórica de que sus hijos sean portadores, como los padres es de 50%, mientras hay un riesgo de 25% para hijos afectados por la enfermedad, y otro 25% ni afectados ni portadores, totalmente sanos y libres.

En el patrón de herencia recesiva ligada al cromosoma X los individuos afectados son del sexo masculino; esto se explica porque al tener la mujer dos cromosomas X, uno con un gen mutado y otro con un gen normal, el último va a liberar la enfermedad; como los hombres sólo tienen un cromosoma X, este contendrá un gen mutado que causará la enfermedad. La probabilidad de descendencia afectada dependerá del sexo del progenitor que porta la mutación. Un hombre enfermo tendrá 100% de hijas portadoras y 100% de hijos sanos. Una mujer portadora tendrá 50% de sus hijas portadoras y 50% de hijos varones enfermos<sup>30</sup>.

Existen diferentes clasificaciones con respecto al gen, que se encuentra alterado:

- **Enfermedad Granulomatosa Crónica por deficiencia de P22-PHOX**
- **Enfermedad Granulomatosa Crónica por deficiencia de P47-PHOX**
- **Enfermedad Granulomatosa Crónica por deficiencia de P67-PHOX**

---

<sup>30</sup> Martínez C, Ulloa V, Mosso C. Enfermedad granulomatosa crónica en paciente pediátrico y trasplante de médula ósea como tratamiento curativo; revista ANACEM 2015; Vol. 9 Núm. 1: 30-34.

## CUADRO CLÍNICO

Por lo general, los niños con EGC nacen sanos. Más adelante, en algún momento de sus primeros meses o años de vida, pueden desarrollar infecciones bacterianas o fúngicas recurrentes. La presentación clínica más común de la EGC en la infancia es una infección de piel o huesos por unas bacterias llamadas *Serratia marcescens*, *Staphylococcus aureus*, *Burkholderia cepacia*, *Nocardia* y *Aspergillus*. De hecho, cualquier niño que presente una infección grave de tejidos blandos o huesos por este microorganismo en particular suele someterse a una prueba para diagnosticar la EGC. Las infecciones en pacientes con EGC pueden afectar cualquier sistema de órganos o tejidos del cuerpo, pero la piel, los pulmones, los nódulos linfáticos, el hígado, los huesos y en ocasiones, el cerebro son los puntos de infección habituales.

Las lesiones infectadas pueden presentar supuración prolongada, dificultad para sanar y cicatrices residuales. Las infecciones de los ganglios linfáticos son un problema común en los enfermos de EGC y a menudo para curar la infección se precisan drenajes o la extirpación quirúrgica de los ganglios afectados. La neumonía es un problema común y recurrente en los pacientes con EGC. Casi el 50% de las neumonías de los pacientes con EGC están provocadas por hongos, particularmente al *Aspergillus*. Otros microorganismos como *Burkholderia cepacia*, *Serratia marcescens*, *Klebsiella pneumoniae* y *Nocardia* también suelen ser causas comunes de la neumonía<sup>31</sup>.

Las neumonías por hongos pueden surgir muy lentamente, causando en un principio apenas una sensación general de cansancio y sólo más tarde provocando tos y dolor de pecho. Sorprendentemente muchas neumonías por hongos no causan fiebre en las primeras fases de la infección. En cambio, las infecciones por bacterias suelen presentarse de forma aguda, con fiebre y tos.

---

<sup>31</sup> Marsán V, Lázaro O, Consuelo A. Enfermedad Granulomatosa Crónica, Revista cubana de Hematol, Inmunol y Hemoter. 2014; Vol. 30 Núm. 3:280-287.

Como las neumonías pueden ser causadas por un gran número de microorganismos diferentes y es importante detectar estas infecciones pronto y tratarlas agresivamente por un periodo de tiempo prolongado, es fundamental buscar atención médica rápidamente. Debe existir un umbral bajo de gravedad para realizar radiografías de pecho o incluso de tomografías computarizadas (TAC) del pecho, seguidas de otros procedimientos de diagnóstico a fin de obtener un diagnóstico específico.

El tratamiento requiere a menudo la administración de más de un antibiótico y para curar una infección pueden ser necesarias muchas semanas de antibióticos. Los pacientes con EGC también pueden sufrir abscesos en el hígado que se presentan con malestar general, pero a menudo se asocian a dolores leves sobre la zona del hígado o del abdomen. Se requieren de imágenes tipo escáner para el diagnóstico, así como una biopsia para determinar el organismo que causa el absceso. El *estafilococo* causa cerca del 90% de los abscesos del hígado. En ocasiones los abscesos del hígado no forman una bolsa de pus grande, fácil de drenar, sino bultos duros llamados granulomas, así como múltiples abscesos diminutos en el hígado. La curación de esta masa sólida de infección puede requerir de su extirpación quirúrgica.

La osteomielitis (infección de los huesos) afecta frecuentemente a los huesos pequeños de las manos y los pies, pero también puede afectar la columna vertebral, particularmente en casos de infecciones que se extienden desde los pulmones, como las de hongos (*Aspergillus*)<sup>8</sup>.

Algunas infecciones pueden dar lugar a la formación de masas infectadas de tejido inflamado muy localizadas. En algunos casos, estas inflamaciones pueden provocar una obstrucción del tracto intestinal o urinario, ya que generalmente contienen masas microscópicas de células llamadas granulomas. De hecho, la formación de granulomas es lo que da nombre a la enfermedad. Los granulomas pueden formarse también sin una causa infecciosa clara y ocasionar obstrucciones repentinas del

sistema urinario en niños de corta edad. De hecho, alrededor del 20% de los pacientes con EGC desarrollan algún tipo de inflamación intestinal como consecuencia de los granulomas de la EGC y en algunos casos, no se distingue de la enfermedad de Crohn<sup>32</sup>.

Las infecciones graves en estos pacientes pueden ocurrir en cualquier momento y tener escasas manifestaciones clínicas, especialmente los ocasionados por hongos. Es importante vigilar las alteraciones detectadas en la determinación de Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) y Proteína C Reactiva (PCR), sobre todo en pacientes con sospecha de infección, ya que pueden orientar alguna infección oculta.

## **DIAGNÓSTICO**

Como en todas las inmunodeficiencias primarias, el antecedente de infecciones recurrentes o inusualmente graves desde edades tempranas debe sugerir el diagnóstico. El patrón de herencia es sugerido por el antecedente familiar ligado al cromosoma X (antecedente de varones enfermos en la rama materna) o bien autosómico recesivo si existe consanguinidad. En el caso específico de la enfermedad granulomatosa crónica los abscesos, granulomas, neumonías recurrentes, linfadenitis, hepatomegalia, esplenomegalia, retraso en el crecimiento, retraso en la cicatrización o dehiscencia de heridas y aislamientos de gérmenes asociados con la enfermedad deben orientar las pruebas diagnósticas específicas.

La cuenta total de leucocitos no es sugerente de la enfermedad, pero la elevación en la velocidad de sedimentación globular y la proteína C reactiva son marcadores sensibles de infección en estos pacientes. Las pruebas diagnósticas de la enfermedad miden la producción de radicales libres o actividad de los mismos a través de<sup>8</sup>:

---

<sup>32</sup> Ramírez G, Berrón L, Blancas L. Diagnóstico de la enfermedad granulomatosa crónica; pacientes y portadoras; Rev. Alergia Mex. 2014; Vol.58 Núm. 2: 120- 125.

- Prueba de reducción de nitroazul de tetrazolio (NBT)
- Citometría de flujo, para identificar la oxidación de dehidrorodamina -123 (DHR)
- Análisis por quimioluminiscencias
- La reducción de citocromo- C, por Citometría de flujo.

## **TRATAMIENTO**

- **PROFILAXIS ANTIBACTERIANA**

Los pacientes deben empezar recibiendo cotrimoxazol aunque se ha asociado el síndrome de Stevens-Johnson con el uso de cotrimoxazol, por lo general es bien tolerado por los pacientes con EGC y ha mostrado que reduce la incidencia de infecciones graves. Presenta una actividad de amplio espectro contra los patógenos detectados en la EGC, es lipófila y por tanto se concentra en el interior de las células y no afecta a la flora anaeróbica del intestino.

- **PROFILAXIS CON ANTIFÚNGICOS**

Los pacientes deben empezar a recibir Itraconazol (5 mg/kg diarios), ya que presenta una buena actividad contra la especie *Aspergillus*.

Los efectos secundarios notificados son aumento de las enzimas hepáticas, neuropatía periférica y síndrome de Stevens-Johnson, pero Itraconazol es por lo general bien tolerado en pacientes con EGC y los estudios sugieren que es eficaz en la reducción de la incidencia de infecciones fúngicas. Deben comprobarse las enzimas hepáticas antes de comenzar el tratamiento y posteriormente cada seis meses.

## **TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES AGUDAS**

Cualquier enfermedad febril se debe tratar de inmediato con antibióticos, pasando a un tratamiento intravenoso apropiado en caso necesario. Aunque esto puede

causar cierta inquietud acerca del tratamiento inadecuado las infecciones víricas o el uso excesivo de antibióticos, para los pacientes con EGC debe darse siempre prioridad a la seguridad.

Pueden requerir tratamientos antibióticos más prolongados y en ocasiones en dosis más elevadas, o combinados, debido a la mala respuesta del anfitrión. Si la respuesta al tratamiento inicial es mala, se debe buscar la opinión de un centro especializado. Se debe tener siempre en consideración el espectro de bacterias que causan infecciones en la granulomatosis crónica, al plantearse la selección de los antibióticos.

El ciprofloxacino por vía oral es un fármaco de primera línea útil gracias a su espectro de actividad y su capacidad de penetrar en el interior de las células. Los beneficios de utilizar ciprofloxacino en niños en este contexto sobrepasan los riesgos de artropatía.

### **Medicamentos intravenosos**

Teicoplanina y ciprofloxacino intravenoso son una buena opción como tratamiento de primera línea en casos de sepsis grave, añadiendo metronidazol si se sospecha de infección bajo el diafragma. Si se aísla el estafilococo, se puede utilizar flucloxacilina y fucidina u otro antibiótico anti estafilocócico (Clindamicina y claritromicina).

Se deben tener en cuenta siempre las infecciones fúngicas en el diagnóstico diferencial de cualquier síndrome séptico. Si no se obtiene una respuesta rápida (en 7-10 días) a la antibiótico terapia, se debe considerar dar inicio al tratamiento antifúngico empírico (en colaboración con un centro especializado).

- **TRATAMIENTO DE REEMPLAZO**  
**TRASPLANTE DE MEDULA OSEA**

Trasplante de células madre hematopoyéticas en la granulomatosis crónica es muy altamente recomendado, aunque el tratamiento profiláctico antibacteriano y antifúngico de por vida con cotrimoxazol e Itraconazol ha mejorado la supervivencia a corto y medio plazo; los esteroides y amino salicilatos pueden mejorar la colitis y otras complicaciones inflamatorias, estos tratamientos no curan la anomalía genética.

El trasplante con células madre hematopoyéticas (TCMH) puede curar la granulomatosis, con la desaparición de las infecciones y la colitis. En aquellos pacientes con retraso en el crecimiento, que siguen teniendo potencial de crecimiento, el TCMH puede permitirles ponerse al día en el crecimiento hasta percentiles normales. En la mayoría de pacientes, la medicación profiláctica se puede abandonar tras el TCMH.

La supervivencia y la curación son equivalentes tanto con un hermano compatible como con un donante no emparentado pero con buena compatibilidad y llegan al 85-90 % en centros especializados designados para realizar trasplantes de pacientes con inmunodeficiencia primaria. Es difícil recomendar un tiempo específico para el trasplante, pero se debe considerar en etapas tempranas. Puesto que los peores resultados del trasplante se observan en pacientes con infecciones que no responden al tratamiento o con inflamaciones significativas, el trasplante se debe plantear poco después de realizar el diagnóstico o tras la aparición de síntomas pronósticos específicos, especialmente si se dispone de un donante compatible, de manera que se pueda asesorar a las familias de forma apropiada. Aunque el trasplante se tolera por lo general mejor en la infancia, es posible obtener buenos resultados en adultos con las nuevas técnicas de trasplante de células madre hematopoyéticas se ha realizado en pacientes con EGC.



Es el único tratamiento curativo y se acepta como indicación en quienes no responden adecuadamente al tratamiento convencional y que persisten con infecciones graves y recurrentes. Existen reportes de trasplante de células madre hematopoyéticas de donadores relacionados o no, con resultados alentadores. Los pacientes deben estar libres de infección para mejorar el éxito del tratamiento, el cual conlleva un riesgo considerable en quienes tienen función pulmonar disminuida antes del trasplante.<sup>33</sup>

- **COMPLICACIONES**

Desde el inicio del acondicionamiento y durante los primeros treinta días pos trasplante pueden producirse diversas complicaciones a dicho tratamiento. Su intensidad estará estrechamente relacionada con la intensidad del acondicionamiento. También pueden presentarse complicaciones relacionadas con las diferencias inmunológicas existentes entre donante y receptor.

En función del riesgo de contraer infecciones que tenga cada paciente se adoptarán diversas medidas preventivas. Más del 90 % de los pacientes presentarán fiebre durante el pos trasplante inmediato y deberán tratarse con antibióticos en función del germen que la produzca, aunque con frecuencia no es posible aislar un agente causal.

La Enfermedad injerto contra huésped (EICH) es una complicación propia del trasplante alogénico producida por los linfocitos T del donante que se administran junto con las células madre. Estos linfocitos tienen la capacidad de producir una respuesta inmunológica ante cualquier elemento extraño al organismo del que proceden (donante). Al ser introducidos en otro organismo (receptor) pueden reconocer los tejidos de este como extraños y atacarlos.

---

<sup>33</sup> Chronic Granulomatous Disorder (CGS). Enfermedad granulomatosa crónica, guía para profesionales médicos, 2014 <http://www.cgd-society.org>.

Las manifestaciones clínicas de este ataque constituyen en el EICH una reacción que se producirá aunque el donante y el receptor sean totalmente compatibles, ya que siempre hay diferencias entre ambos organismos. Únicamente en el caso de los trasplantes entre gemelos un vitelinos (trasplante singénico) no se producirá dicha reacción; en el resto, será tanto más intensa y grave cuanto menor sea el grado de compatibilidad donante-receptor.

Se intenta evitar esta complicación mediante el empleo de fármacos inmunodepresores (ciclosporina, metotrexato, tacrolimus, sirolimus, metilprednisona, micofenolato de mofetilo, globulina antitimocítica —ATG—) y/o la eliminación de los linfocitos T. En la actualidad también se está empleando ciclofosfamida, administrada 3-5 días después del trasplante. Existen dos formas de presentación de esta complicación: la EICH aguda y la EICH crónica.

El EICH agudo es la que ocurre los primeros tres meses pos trasplante y se caracteriza por la aparición de uno o más de los siguientes síntomas: lesiones en la piel, consistentes en una erupción cutánea que asemeja a la de un sarampión, que puede llegar a afectar a todo el cuerpo y excepcionalmente evolucionar a ampollas y vesículas similares a las de una quemadura; diarreas acuosas, resultado de la afectación del intestino e ictericia de la piel y la esclerótica, como manifestación de la afectación del hígado por la enfermedad.

Para establecer un diagnóstico de certeza es posible que deba realizarse una biopsia de alguno de los órganos afectados. El tratamiento de esta complicación se basa en la administración de dosis altas de cortisona. El EICH crónico es la que se presenta en fases más avanzadas del trasplante.

El tratamiento de la EICH crónica cutánea se concentra en la prevención y el manejo de manifestaciones como el prurito, el dolor, la despigmentación y el cuidado de las erosiones, úlceras e infecciones. El tratamiento tópico juega un rol muy importante en aliviar los síntomas. Debido a que la luz ultravioleta puede exacerbar la EICH

cutánea, se debe indicar una correcta fotoprotección, la lubricación regular con emolientes disminuye el prurito y mantiene la integridad cutánea. Las lesiones símil liquen plano pueden tener buena respuesta con corticoides. El PUVA, la fototerapia con UVA1 y el UVB de banda angosta pueden ser útiles, aunque incrementan el riesgo de desarrollo de cáncer cutáneo. Como tratamiento sistémico primario, la terapia con corticoides es de primera elección. En la era preciclosporina, múltiples agentes, como la ciclofosfamida, la procarbazona, la globulina antitumoral y la azatioprina, fueron evaluados en combinación con la prednisona en un intento por mejorar la respuesta. Sin embargo, ninguno de estos intentos disminuyó la mortalidad.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Matías F. Enfermedad injerto contra huésped cutáneo en el trasplante alogénico de medula ósea; Hosp Uni. Austria, Buenos Aires. Fecha de aprobación 28/06/2010, Fecha de consulta: 19/11/15.  
[file:///C:/Users/anasu\\_000/Desktop/estudio%20de%20caso/497-3064-1-PB.pdf](file:///C:/Users/anasu_000/Desktop/estudio%20de%20caso/497-3064-1-PB.pdf)

## 7. CONDICIONES ÉTICO LEGALES

La enfermería es una de las profesiones que implica gran interacción con seres humanos en su práctica clínica diaria y en la aplicación de sus cuidados, de allí la importancia de analizar la relación entre la ética y la investigación en esta profesión lo cual constituye el propósito de mencionar las principales condiciones éticas que se aplicaron en este estudio de caso. En el ámbito pediátrico se debe tener en cuenta, que se trabaja con pacientes que no tienen un completo sentido de responsabilidad sobre su estado de salud, por lo que la toman de decisiones con respecto a su tratamiento, manejo y cuidados, recaen sobre sus familias o cuidador primario, por lo que se le debe brindar información concreta y clara del estado de salud, tratamiento y medidas de cuidado aplicadas a sus pacientes.

Para la elaboración del siguiente estudio de caso se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones éticos legales con el fin de no violentar la integridad y dignidad del paciente.

### 7.1 Derechos de los niños

Los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes están previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los tratados internacionales y en las demás leyes aplicables, esencialmente en la convención sobre los derechos del niño y en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (publicada el 4 de diciembre de 2014), la cual reconoce a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos y en su artículo 13 de manera enunciativa y no limitativa señala los siguientes:

- I. **Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo**
- II. Derecho de prioridad
- III. Derecho a la identidad
- IV. Derecho a vivir en familia
- V. Derecho a la igualdad sustantiva
- VI. Derecho a no ser discriminado

- VII. Derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral
- VIII. Derecho a una vida libre de violencia y a la integridad personal
- IX. Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social**
- X. Derecho a la inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad
- XI. Derecho a la educación
- XII. Derecho al descanso y al esparcimiento
- XIII. Derecho a la libertad de convicciones éticas, pensamiento, conciencia, religión y cultura
- XIV. Derecho a la libertad de expresión y de acceso a la información**
- XV. Derecho de participación**
- XVI. Derecho de asociación y reunión
- XVII. Derecho a la intimidad
- XVIII. Derecho a la seguridad jurídica y al debido proceso
- XIX. Derechos de niñas, niños y adolescentes migrantes
- XX. Derecho de acceso a las tecnologías de la información y comunicación, así como a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones, incluido el de banda ancha e Internet

Los derechos que considere primordiales para mi estudio de caso son los siguientes y se desarrollan de manera más detallada:

**Todos los niños y niñas tienen los mismos derechos.** Todos los derechos están mutuamente relacionados y tienen la misma importancia. La convención hace hincapié en estos principios y se refiere la responsabilidad de los niños y niñas de respetar los derechos de los demás, especialmente sus progenitores. Por el mismo motivo, la comprensión que tienen los niños de los temas que se suscitan en la convención depende de su edad.

**Derechos a la supervivencia y el desarrollo:** Estos son derechos a los recursos, las aptitudes y las contribuciones necesarias para la supervivencia y el pleno desarrollo del niño. Incluyen derechos a recibir una alimentación adecuada,

vivienda, agua potable, educación de calidad, atención primaria de la salud, tiempo libre y recreación, actividades culturales e información sobre los derechos. Estos derechos exigen no solamente que existan los medios para lograr que se cumplan, sino también acceso a ellos.

**Derechos a la protección:** Estos derechos incluyen la protección contra todo tipo de malos tratos, abandono, explotación y crueldad e incluso el derecho a una protección especial en tiempos de guerra y protección contra los abusos del sistema de justicia criminal.

**Derechos a la participación:** Los niños y niñas tienen derecho a la libertad de expresión y a expresar su opinión sobre cuestiones que afecten su vida social, económica, religiosa, cultural y política. Los derechos a la participación incluyen el derecho a emitir sus opiniones y a que se les escuche, el derecho a la información y el derecho a la libertad de asociación.<sup>35</sup>

### **7.1.1 Derechos del niño hospitalizado**

Estos derechos que se presentan a continuación fueron declarados por el parlamento europeo y se han convertido en una forma para la acreditación de los hospitales que presentan servicios pediátricos<sup>4</sup>.

- a. Los niños serán hospitalizados solo cuando las curaciones que requiera su salud no se les pueda dar con calidad equivalente en su casa.
- b. Los niños tendrán derecho a la presencia continua de sus padres, si eso es de interés de los mismos niños. Se les ofrecerá facilidad de estancia a los progenitores en el hospital, ayudándolos y animándolos a permanecer cerca de sus hijos.
- c. Los niños y sus padres tienen derecho a recibir una información adaptada a su edad y a su comportamiento.

---

<sup>35</sup> UNICEF México; 2017. <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17054.htm>.

- d. Los niños y sus padres tienen el derecho de participar y decidir en todas las decisiones sobre el manejo terapéutico.
- e. Se tratará al niño con tacto y comprensión, también se respetará en todo momento su intimidad.
- f. Los niños tendrán derecho a recibir una atención de un equipo médico con formación adecuada, consciente de las necesidades físicas y morales de cada edad.
- g. Los niños podrán usar su ropa y conservar sus objetos personales
- h. Los niños se podrán colocar siempre que su patología lo permita con otros niños de su misma edad para convivir.
- i. Los niños gozarán del beneficio de un ambiente amueblado con equipo conforme a sus necesidades, respetando las normas de seguridad y vigilancia.
- j. Los niños tendrán completa libertad para jugar y distraerse y estudiar de manera adecuada a su edad y estado<sup>36</sup>.

Dentro de los derechos del niño hospitalizado se utilizaron todos ellos, ya que se trató que su abordaje fuera de la mejor calidad posible cumpliendo con la normativa de la institución.

## **7.2 Principios bioéticos**

La calidad de los servicios de salud consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda el máximo de beneficio para la salud sin aumentar con ello sus riesgos, es poner los recursos disponibles en función de lograr los mejores resultados en el paciente y la satisfacción del usuario externo o interno.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> García A, La hospitalización de la infancia en Europa: desafíos y retos para la educación; TABANQUE revista pedagógica. 2014; Vol. 26 89-112.

<sup>37</sup> Siruana C. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural; España; VERITAS 2013 Vol. 22. 121-157.

**BENEFICENCIA:** principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad, reduciendo los riesgos maléficos, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.

**AUTONOMÍA:** propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección, reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales.

**JUSTICIA:** es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual. Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos.

**FIDELIDAD:** crear confianza entre el profesional y el paciente. Se trata de hecho, de una obligación o compromiso de ser fiel en la relación con el paciente, en que el enfermero debe cumplir promesas y mantener la confiabilidad. La expectativa del paciente es que los profesionales cumplan las palabras dadas. Solamente en circunstancias excepcionales, cuando los beneficios de la ruptura de la promesa son mayores que su manutención, es que se puede quebrarla.

**VERACIDAD:** decir siempre la verdad, no mentir y ni engañar a los pacientes. En muchas culturas la veracidad ha sido considerada como base para el establecimiento y manutención de la confianza entre los individuos.

**CONFIDENCIALIDAD:** salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes. Evidentemente, observaciones técnicas



relacionadas con el diagnóstico o terapéutica deben ser registradas en las fichas clínicas, pues son de interés de todo el equipo de salud.<sup>38</sup>

En la elaboración del siguiente estudio de caso se utilizaron con mayor frecuencia los siguientes principios bioéticos; los cuales fueron, beneficencia, no maleficencia, justicia y confidencialidad, todo con el fin de ocasionar el menor daño al paciente y su cuidador primario, proporcionándoles una atención de calidad, basada en conocimientos científicos y atención de calidad. El poder contar con la plena confianza tanto del paciente como de su cuidador fomenta a que el personal de enfermería infantil se comprometa con el paciente en su deber, haciéndolo participe de su cuidado e integrándolo en una familia más amplia en la que se incluye a todo el personal de salud, que trabaja con el paciente, es por esto que se debe tomar con mucho respeto la confianza y la confidencialidad de la información proporcionada por el paciente.

### **7.3 Asentimiento Informado**

Para que realmente podamos hablar de asentimiento informado, se requieren tres elementos a saber: información completa, comprensión adecuada y ausencia de coacción (voluntariedad).

- *Información completa.* Los sujetos deben recibir del médico la información completa, adecuada y veraz. Esto implica utilizar un lenguaje adecuado y una terminología comprensible.
- *Comprensión.* Es necesario que el individuo comprenda la información proporcionada desde su ángulo, en función de su inteligencia, habilidad de razonamiento, madurez y lenguaje.

---

<sup>38</sup> Universidad Nacional de Asunción Politécnica. Principios bioéticos; Chile 2013. Fecha de consulta 21/11/2015 <http://www.pol.una.py>

- *Voluntariedad*. Los pacientes deben tener la posibilidad de decidir libremente si desean o no los procedimientos diagnósticos o terapéuticos. No debe existir coacción.<sup>39</sup>

El asentimiento no es más que el admitir como cierto o conveniente algo que otro ha afirmado o propuesto antes, esto es, el asentimiento es prestado por persona ajena a la relación obligacional complementando o dando fuerza operativa a aquella, pero en ningún caso constituyéndola. El asentimiento habrá de formalizarse bien antes de la propuesta, ante la correspondiente entidad, bien en documento público, bien por comparecencia ante el Juez<sup>40</sup>.

El asentimiento no es un documento que exhiba legitimidad en términos jurídicos; su validez se fundamenta en el contenido moral del proceso, en el cual, se fomenta en el niño su participación en la toma de decisiones con respecto a los procesos de salud y enfermedad. En el contexto de las prácticas de investigación, como hemos señalado anteriormente, el asentimiento informado sí tiene un valor jurídico y un carácter vinculante: la opinión del niño, la niña y el adolescente para participar en un proyecto experimental, debe ser considerado de forma categórica, salvo en los casos en que el protocolo ofrezca un beneficio para el paciente que no pueda ser ofrecido por fuera del ámbito de la investigación.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Martínez D, Rodríguez Y, Cuan M. Aspectos éticos en pediatría. Fecha de aprobación: 6 de Diciembre de 2013, Fecha de consulta: 08 de Octubre del 2015 <http://bvs.sld.cu>.

<sup>40</sup> Bilbao, año de última actualización 2016, fecha de consulta: julio 2016 <http://www.bizkaia.eus>.

<sup>41</sup> Pinto B. Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano; Revista Colombiana de bioética 2013; Vol. 8 Núm. 1. 145-165.

## 7.4 Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y cada circunstancia concreta. El decálogo de enfermería es la base ético-moral en el cual se rige el cuidado que proporciona el personal de enfermería, evitando el daño del paciente y mejorando la atención proporcionada.

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 el 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<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> FES IZTACALA, UNAM; Fecha de última actualización 2013, fecha de consulta julio 2016. <http://enfermeria.iztacala.unam.mx>.

## 8. DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL ESTUDIO DE CASO

### 8.1 Ficha de identificación

<b>FECHA:</b> 07 de Octubre del 2015	
<b>NOMBRE:</b> Juan A. T. O.	
<b>EXPEDIENTE:</b> 424583	<b>EDAD:</b> 16 años
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> 11 de septiembre de 1999	
<b>SEXO:</b> Masculino	
<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b> D.F	
<b>CUIDADOR PRIMARIO:</b> Madre	
<b>ALERGIAS:</b> Atún, pescado y tela adhesiva	<b>SERVICIO:</b> Pensionados

### 8.2 Motivo de la Consulta

Paciente masculino con diagnóstico médico de granulomatosis crónica en tratamiento, durante su consulta de trasplante de células hematopoyéticas refiere cefalea moderada de difícil manejo de una semana de evolución, a su valoración presenta una tensión arterial 149/ 95 mmHg, se decide ingresar a urgencias hospitalización para mantenerse en observación, por presentar picos hipertensivos continuos.

### 8.3 Factores Condicionantes Básicos

**EDAD: (factor condicionante)** 16 años.

La granulomatosa crónica es una enfermedad determinada genéticamente, su pronóstico de vida varía de acuerdo a la detección oportuna de la enfermedad, actualmente ha mejorado gracias al uso de profilaxis con un promedio de supervivencia de 40 años.<sup>43</sup>

**GÉNERO: (factor condicionante)** Masculino

La enfermedad granulomatosa crónica es de un patrón de herencia autosómico recesivo y otro patrón recesivo ligado al cromosoma X, por lo que los varones son

<sup>43</sup> Gonzalo D, Butte B, Palma P. Enfermedad granulomatosa crónica: tres casos clínicos con diferentes formas de presentación; Rev. Chil Pediatr. 2015; Vol. 86 Núm. 2: 112-116.

quienes desarrollan la enfermedad, mientras que las mujeres son portadoras del gen alterado.<sup>44</sup>

**ESTADO DE DESARROLLO: (factor condicionante)** Enfermedad presentada desde el nacimiento, sin conocimiento de la madre, con muerte de un hermano, aparentemente por la misma enfermedad.

Las manifestaciones clínicas de la EGC pueden aparecer desde la etapa de lactante hasta de la edad adulta. Los pacientes son susceptibles a infecciones recurrentes graves causadas por bacterias, hongos y formación de granulomas en cualquier parte del organismo. La vacuna BCG puede provocar en ellos una reacción inflamatoria localizada o diseminada.<sup>45</sup>

**ESTADO DE SALUD: (factor condicionante)** Es diagnosticado desde la etapa de lactante por infecciones recurrentes en sistema respiratorio así como aparición de granulomas.

La EGC se manifiesta en los primeros años de vida con infecciones pulmonares recurrentes o adenitis supurativas principalmente por hongos o bacterias intracelulares<sup>39</sup>

**SISTEMAS DE SALUD: (factor condicionante)**

Al ser una enfermedad hereditaria, no fue detectada a tiempo, por lo que lo condiciono, así como es portador del gen. Su manejo desde que se le diagnosticó la enfermedad ha sido dentro del Instituto Nacional de Pediatría.

---

<sup>44</sup> Martínez C, Ulloa V, Mosso C. Enfermedad granulomatosa crónica en paciente pediátrico y trasplante de médula ósea como tratamiento curativo; revista ANACEM 2015; Vol. 9 Núm. 1: 30-34.

<sup>45</sup> Ramírez G, Berrón L, Blancas L. Diagnóstico de la enfermedad granulomatosa crónica; pacientes y portadores; Rev. Alergia Mex. 2014; Vol.58 Núm. 2: 120- 125.

Actualmente puede diagnosticarse a través de pruebas genéticas y existen terapias que a un se encuentran en práctica como terapia genética.<sup>46</sup>

**FACTORES SOCIOCULTURALES: (factor no condicionante)**

Practicante del cristianismo, con estudios de secundaria trunca. No pertenece a ninguna etnia o grupo indígena.

**PATRÓN DE VIDA: (factor no condicionante)**

Se levanta a las 7 de la mañana a bañarse y desayunar, de las 8 a las 10 se presenta en la comunidad de su iglesia para ayudar en las actividades que se le encomienden, a las 12 toma un refrigerio. Llega a su casa las 13:30 se vuelve a bañar, en ocasiones realiza los ejercicios que le proporcionaron en rehabilitación, ayuda en su casa, ve televisión, se mete un rato al internet a jugar o platicar, come con todos los miembros de su familia.

Los miércoles da clases de catecismo; martes y jueves se presenta a sus clases de danza.

**FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR: (factor no condicionante)**

Viene de una familia nuclear compuesta por sus padres, hermanos y su abuela; se apoyan mutuamente, sus padres presentan problemas dentro de su relación, el paciente refiere que se van a separar.

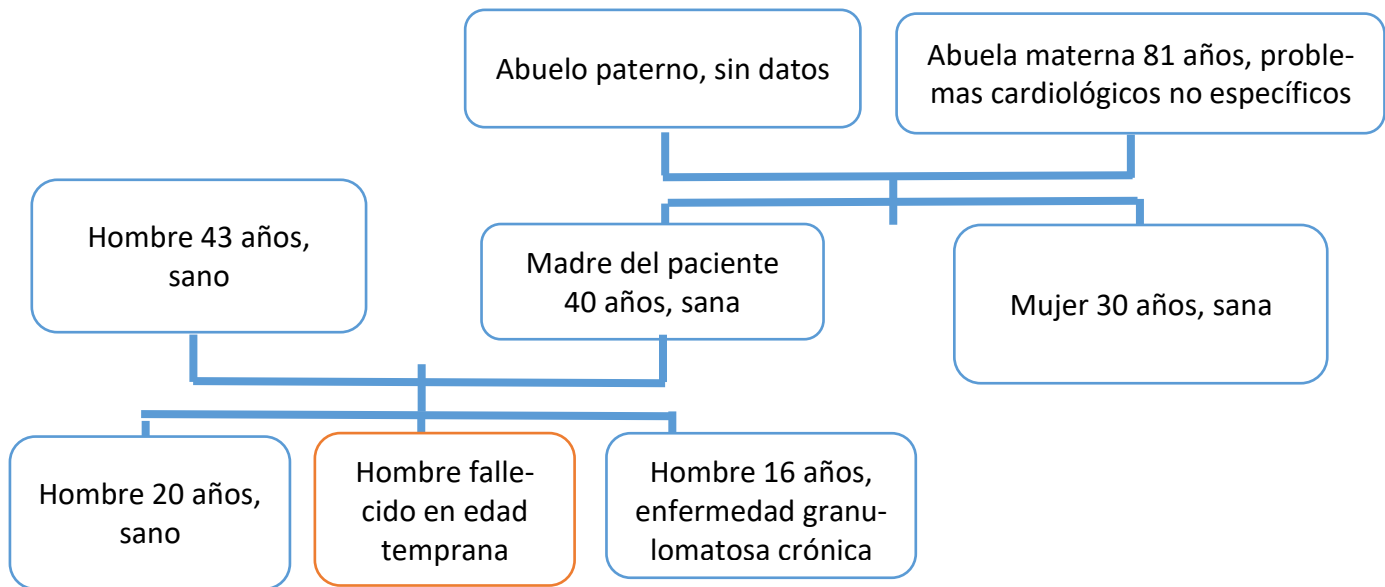
Su madre es la cuidadora primaria y es la encargada de llevarlo a sus citas, ha tratado de hacerlo más participativo en el tratamiento e independiente, refiere que él es muy aprensivo en algunas situaciones y llega a desesperarse, por lo que ella lo apoya.

En ocasiones su tía es quien lo lleva a las consultas o terapias.

---

<sup>46</sup> Velásquez M, Luz A, Arango R. Importancia de la terapia génica en la enfermedad granulomatosa crónica. Revista médica Universidad de Antioquia; 2017. Vol. 18 Núm. 3, 308-319.

## FAMILIOGRAMA



### **FACTORES AMBIENTALES: (factor no condicionante)**

Provenientes del estado de México, ciudad Nezahualcóyotl, zona urbana. Con vivienda propia (abuela materna), de concreto de dos pisos, con todos los servicios públicos (agua, drenaje, luz y ventilación), pisos de azulejo, techo de concreto. Con 6 habitaciones, cocina y baño aparte.

Sin presencia de fauna nociva, no tiene mascotas. La basura es transportada por los servicios que brinda el estado.

No se encuentra cerca fábricas o tiraderos de basura.

### **RECURSOS DISPONIBLES: (factor no condicionante)**

Los dos padres proporcionan el ingreso a la familiar, el padre es empleado en una empresa comercial, la madre en ocasiones tiene trabajos esporádicos que ayudan al ingreso familiar, la abuela materna también aporta económicamente gracias a un negocio que tiene.

## 8.4 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA INSPECCIÓN GENERAL

Paciente masculino adolescente que se encuentra consciente, alerta, ubicada dentro de sus tres esferas (espacio, tiempo y lugar). Con edad aparente a la cronológica, con ayuda en la marcha, integro físicamente.

### CRÁNEO

Cráneo normocéfalo, ovalado, simétrico y duro a la palpación; sin presencia de endostosis y exostosis, con suturas y fontanelas cerradas. Su tamaño se encuentra proporcional al tamaño de su cuerpo.

### CABELLO

Buena implantación folicular, con presencia de zonas de alopecia en área occipital, cabello delgado, corto, de color negro sin presencia de desprendimiento con facilidad, no presenta pediculosis o tiña, lesiones escamosas, reseca.

### CARA

Tez clara, hidratada, buena coloración de tegumentos, con presencia de lesiones tisulares visibles, frente amplia, se palpan senos paranasales, sin dolor o molestia a la percusión; **OIDOS**: simétricos, de tamaño proporcional a su cráneo, con buena implantación del pabellón auricular, lóbulo de la oreja se encuentra sin adherencia a la parte baja, sensibles a la manipulación. Sin alteración en su función auditiva, con integridad de ambas membranas timpánicas, presencia de cerumen; **OJOS**: con buena implantación de cejas y pestañas, palidez de la conjuntiva palpebral, ojos simétricos con escleróticas de color blanco brillante, con movimientos normales, pupilas isocóricas, normoreactivas y foto reactivas, iris de color café claro, permeabilidad del saco lagrimal. **NARIZ**: simétrica y alineada, sin desviación del tabique nasal, permeable, de coloración rosada clara, sin presencia de pólipos u obstrucciones, presencia de secreciones moderadas de color hialinas, con episodios ocasionales de tos productiva expectorante. **BOCA**: íntegra, hidratada, sin presencia de ulceraciones, lengua de tamaño normal con movimientos



coordinados, reflejo nauseoso presente, úvula en la línea media, con piezas dentales completas, premolares con presencia de caries.

## **CUELLO**

Cuello cilíndrico, largo y delgado, sin presencia de tumoraciones; con movimientos de flexión y extensión presentes, se palpan pulsos carotídeos rítmicos, continuos y regulares, sin adenomegalias, tiroides sin alteraciones, la tráquea se palpa en línea media, sin bordes o alteraciones.

## **TÓRAX**

Tórax cilíndrico, simétrico, con movimientos de inspiración y espiración; con presencia de murmullo vesicular, sin presencia de masas o hundimientos, se auscultan campos pulmonares ventilados, con buena entrada de aire, movimientos rítmicos, coordinados y profundos, se palpa y percute el esternón con tonos mates, sin presencia de malformaciones. Se auscultan sonidos cardíacos de buena intensidad, rítmicos, sin ruidos agregados o soplos.

Se observa espalda con hombros simétricos, con posición normal de la columna, con limitación de los movimientos de rotación y no presenta malformaciones.

Presenta catéter puerto de lado derecho del tórax de lado izquierdo, se mantiene cerrado.

## **EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES**

Miembros superiores con lesiones tisulares, sin presencia de malformaciones, con número de dedos completos, a la palpación se siente endurecimiento de la piel y descamación al contacto, con uñas integra, rosadas y cortas. Lesión abierta en antebrazo derecho.

## **ABDOMEN**

Se observa abdomen sin presencia de cicatrices, de forma cóncava, plano en posición de cubito, se auscultan ruidos intestinales normales, a la palpación no se

encuentran masas anormales, al percutir en cuadrante superior derecho se encuentra tono mate, izquierdo un tono más timpánico así como los cuadrantes inferiores, a la palpación el abdomen se encuentra blando depresible.

## SISTEMA URO-GENITAL

Acordes a la edad y sexo del paciente Tanner IV con presencia de micciones espontáneas al igual evacuaciones.

### 8.5 VALORACIÓN POR REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

#### 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

- **Signos vitales**

FECHA	<u>PS 112-128</u> mmHg	<u>PD 66-80</u> mmHg	<u>PM 82</u>	<u>FC 60-90</u> lpm	<u>FR 12-20</u> rpm	<u>Temperatura</u> 36.5-37 C
06-Oct-15	<b>145 mmHg</b>	<b>105mmHg</b>	<b>118</b>	<b>102 lpm</b>	20r pm	36.7 C
08-Oct-16	<b>145 mmHg</b>	<b>95mmHg</b>	<b>111</b>	85 lpm	18 rpm	36.5 C
24-Oct-16	<b>129 mmHg</b>	63 mmHg	<b>93</b>	85 lpm	<b>24 rpm</b>	27 C

Paciente que se encuentra consciente, alerta, ubicado dentro de sus tres esferas (tiempo, espacio y lugar) con un puntaje de 15/ 15 con escala de GLASGOW (ANEXO 1), coloración de tegumentos rosada, con narinas permeables, sin datos de dificultad respiratoria valorados con la escala de SCORE 0/12 (ANEXO 2), con episodios ocasionales de tos productiva expectorante, no cianosante, campos pulmonares ventilados, presencia de catéter puerto del tórax de lado derecho funcional, sin datos de infección. Pulsos periféricos y centrales de buena intensidad, tono y ritmo, se auscultan focos cardiacos de buena intensidad, sin ruidos anormales agregados o soplos. Se realiza electrocardiograma y placa de tórax el **8**

de **Octubre del 2016** donde se reportan sin anomalías, no se observan masas, infiltrados o cardiomegalia.

**+La alteración de los niveles de tensión arterial, serán manejado en el requisito de peligros para la vida y funcionamiento del bienestar humano.**

## 2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Líquidos para 24 horas 1500 ml/m <sup>2</sup> sc/día	2,160
--	-------

Presenta mucosas orales hidratadas, se mantiene sin aporte de líquidos intravenosos, los líquidos calculados son vía oral a libre demanda, con consumo de agua, té y leche (vasos de 250 ml); se valora con la escala de DESHIDRATACIÓN 0/8 (ANEXO 4), ya que se mantiene alerta, mucosas hidratadas y se encuentra orinando. La piel se mantiene seca y en proceso de descamación, con zonas de endurecimiento, llenado capilar de 3 segundos, un lienzo húmedo no valorable por las condiciones de endurecimiento de la piel signo de GODET (1+/ 4+) (ANEXO 5).

Las características de la piel son más relacionadas a las complicaciones del trasplante de médula ósea, no por alteraciones en el estado de hidratación.

- Valores de electrolitos séricos y Química sanguínea del día **06 de Octubre del 2015:**

Elementos 6/10/16	Valores obtenidos	Valores de referencia
Calcio	5.6 mg/dl	8.7- 10.2 mg/dl
Magnesio	1.9 mg/dl	1.5-2.3 mg/dl
Potasio	3.9 mEq/L	3.5-5 mEq/L
Sodio	133 mEq/L	135-145 mEq/L
Cloro	111 mEq/L	102-109 mEq/L

Presenta alteraciones en los niveles de presión arterial, se evalúa si posiblemente presente una alteración a nivel del sistema renina- angiotensina – aldosterona, el paciente no presenta alteraciones hemodinámicas.

### 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento

<b>Peso</b>	<b>46.4 Kg Por debajo del percentil 5</b>
<b>Talla</b>	<b>1.64 cm Por debajo del percentil 5</b>
<b>SC</b>	1. 44 m <sup>2</sup>
<b>IMC</b>	17 .3 kg/m <sup>2</sup> Por debajo del percentil 5 (ANEXO 6 )
<b>Puntuación Z</b>	con desviación de – 1 ( desviación del crecimiento para la edad)
<b>Talla blanco familiar</b>	174.7 =1.75

A la valoración mantiene una disminución de la masa muscular, tejido adiposo, con palidez tegumentaria ++, intolerancia a la actividad, bajo peso y talla para la edad. Refiere molestia a los alimentos proporcionados, no consume el total de sus alimentos correspondientes, de las tres comidas dentro del hospital consume del 30-50 % del total correspondiente y mantiene una disminución del aporte calórico. Con valoraciones semanales por el servicio de nutrición, ya que mantiene un aporte calórico de 989 Kcal al día muy por debajo de su requerimiento necesario; a través de la valoración del aporte calórico de 24 horas; con una falta de calorías de 1018.82 kcal. Mantiene una actitud apática, negativa y ansiosa, refiere sentirse saciado de manera rápida ante alimentos sólidos y no consume el aporte calórico correspondiente. Tolerando la vía oral, activo, reactivo, con perístalsis presente, ruidos intestinales de 10-20 segundos, perímetro abdominal 68 cm, blando depresible, sin presencia de adenomegalias. Con una desnutrición severa por indicador del IMC.

En el manejo nutricional, mantiene una dieta alta en proteínas con bajo contenido de sodio, refiere no tolerar la comida del hospital, ya que no es de su preferencia,

alérgico al pescado. Se considera por el personal de nutrición con una alteración de la conducta alimentaria por depresión, ya que no acude a valoraciones médicas y se observa por el personal de enfermería que no mantiene un apego al tratamiento.

Presenta glicemias capilares 90-110 mg/dl

Se mantiene con Pediasure por las mañanas, y licuados de 1000 Kcal en 900 ml para diluirse en tres turnos de 300 ml distribuidos en 12 % de proteínas y 35% lípidos.

Con dieta sólida, con alta densidad energética.

Medicamentos relacionados al requisito:

\* **Omeprazol** (de 20-40 mg/kg) 40 mg VO c/12 hr

\* **Sucrofato** (40-80 mg/kg/día) 1 gr VO c/24 horas

\* **Biotrefon complejo B** 1 sobre de 100mcg c/24 hrs en las mañanas

\* **Valmetrol vitamina D** 800 unidades internacionales, 1 pastilla c /24 hrs

\* **Gluconato de zinc** 50 mg c/24 hrs

\* **Selenio** 200mcg c/24 hrs

#### 4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria e intestinal.

<b>Gasto fecal</b>	92 ml en 24 horas
<b>Gasto Urinario</b>	46.6 ml/hr en 24 horas de 1118.4 ml

Paciente que presenta micciones y evacuaciones espontaneas, refiere realizar dos evacuaciones al día, las cuales le cuestan mucho, se valora con escala de BRISTOL (3/7) (ANEXO 7). Presenta micciones de 6 a 3 veces al día; amarilla paja, olor característico, sin sedimento o hematuria microscópica presente, con toma de Bililaxtis en orina por turno, con Ph de 7 y una densidad urinaria de 1.010, con restos negativos. Se evalúa función renal ya que se considera que los picos hipertensivos tienen relación con la función renal.

Se toma ultrasonido renal el cual reporta ambos riñones de tamaño normal, sin dilatación, con índices de resistencia de 0.4-0.55 considerados normales para la edad, sin zonas isquémicas o de baja perfusión.

## **5. Equilibrio entre la actividad y el reposo.**

Refiere dormir 8 horas diarias de manera intermitente ya que son interrumpidos sus periodos de sueño por procesos hospitalarios (horarios hospitalarios), presentando pesadillas; refiere sentirse cansado y con ansiedad; refiere cansancio, ansiedad y pesadilla; se valora con la escala de Hamilton 14/24 (ANEXO 8), menciona sentirse deprimido, sin energía, cansado, le cuesta trabajo concentrarse en actividades como el estudio, refiere que tiene el “humor variable”, en ocasiones le “zumban los oídos” y presenta dolor muscular en zona lumbar, se hace mención a los médicos para interconsulta con psicología.

Recibe apoyo para caminar, moverse y comer, presenta disminución de la movilidad en el arco de las articulaciones en miembros superiores, no flexiona codos ni muñecas, dedos sin movilidad para flexionar o agarrar las cosas con pinza fina. Refiere constantemente contracciones espasmódicas en brazo y antebrazos, que disminuyen al masaje, se valora para riesgo de caídas obteniendo un alto puntaje (3/3) (ANEXO 9), recibe apoyo a la movilización, se mantiene con manejo de antihipertensivos y presenta una alteración sensorial en extremidades pélvicas.

Valoramos el riesgo de desarrollar úlceras por presión con la escala de Braden con un puntaje de 14 puntos (ANEXO 10), considerándose paciente con riesgo moderado para desarrollar úlceras por presión, ya que presenta muy poca movilidad, se mantiene la mayor parte del tiempo en cama, se observa su estado nutricional deficiente y por las condiciones de la piel, se considera una amenaza potencial.

Se evalúa la fuerza muscular con escala de Daniels (4/5) en contra de la resistencia con valor de 4 puntos (ANEXO 11) y los reflejos tendinosos los cuales se encuentran

normales (2/+++) (ANEXO 12). Presenta endurecimiento y disminución de la movilidad en articulaciones de hasta de un 50 -70 %.

## **6. Equilibrio entre la sociedad y la interacción social.**

Refiere ser sociable y amigable, mantiene buena relación con sus padres y hermano, en ocasiones le cuesta trabajo confiar en la gente, refiere tener muchos amigos, convive dentro de un grupo religioso (cristiano), donde baila y da clases de catecismo. Le cuesta trabajo relacionarse con el personal de salud al demostrar sus dudas y miedos con respecto a los tratamientos, actualmente no va a la escuela (secundaria trunca).

En ocasiones se observa indiferente y molesto ante el personal de salud, ya que refiere sentirse estresado, porque el siente que no funcionan el tratamiento o lo que le comentan los médicos, refiere sentirse emocionalmente agotado, cansado y triste por momentos y en ocasiones presenta cambios emocionales como son irritabilidad, negatividad, apatía y depresión, se aplica el test de RCADS (ANEXO 14) con el cual se evalúa la conducta y estado emocional del paciente con resultados de 36 preguntas en las que hablan de su estado emocional y como se siente con una mayoría de respuestas de "A Menudo".

Se observa que no se presenta a ninguna de sus consultas de psicología.

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

### **ALTERACIONES HIPERTENSIVAS**

Paciente que se encuentra activo y reactivo, con escala GLASGOW 15/15 puntos (ANEXO 1). Presenta cefalea a la valoración se observa con facies de dolor y diaforesis, valorando el dolor con escala de EVA de 6/10 (ANEXO 3), acufenos y fosfenos. Se valoran parámetros de tensión arterial con respecto a las tablas de *Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents*, donde el paciente se mantiene en la percentil 5 y sus

parámetros de tensión arterial son por arriba de lo normal (145- 125/ 65- 101 mmHg), junto con periodos de taquicardia (85-102 lpm).

Se mantiene con manejo de antihipertensivos:

\***Enalapril (De 5- 20 mg / día)** 10 mg VO c/12 hrs

\***Amlodipino (5mg/día)** 5 mg VO c/24 hrs

\***Prazosin (0.5 mg/día)** 500 mcg VO si las T/A > 135/81

### **ALTERACIONES EN EL APEGO AL TRATAMIENTO**

Se observa que es un paciente que no mantiene un apego al tratamiento médico por la complejidad, menciona que no puede seguir los horarios de los medicamentos llegando a omitiendo algunos por olvido, así como también presenta malestar a la colocación de los ungüentos dermatológicos por su consistencia y costo.

Se valora con el test de Morisky Green 4/4 (ANEXO 13) y se observa y refiere que el paciente no conoce todos sus medicamentos, funciones y horarios, así como cuáles son sus efectos terapéuticos y adversos; no se muestra interesado y mantiene una conducta apática, negativa y en ocasiones se muestra irritable.

Refiere que no le ve el caso de apegarse al tratamiento sino ve resultados, se observa preocupado por su estado físico, así como conflicto en la toma de decisiones con respeto a su salud.

Menciona que le es complicado llevar su tratamiento de manera independiente, necesita apoyo de su madre, le es difícil integrarlo a su vida diaria, por lo que no puede alcanzar sus objetivos.

### **ALTERACIONES DE LA PIEL**

Se valora con la escala de FEDPALLA (ANEXO 15) con 15 puntos, presentando una serie de lesiones dérmicas descritas como placas eritematosas secas y descamativas, rígidas, que se rompen a la presión, ayudando a un deterioro continuo de la movilidad.



## VALORACIÓN DETALLADA DE LA PIEL:

Se observan zonas pigmentadas, así como rosadas (áreas de regeneración tisular), área de las axilas de color rojizo (fisuras), brazo con zonas blanquecinas y amarillentas, lesiones en proceso de cicatrización con tejido fibroso y queloide, la temperatura del cuerpo 36.6 C; No se puede realizar el signo de "lienzo húmedo", debido al endurecimiento de la piel, se observa seca y descamativas en exceso, hay que estarla humectando contantemente, no presenta edema.

Algunas lesiones se presentan en proceso de cicatrización, otras recientes pápulas internas, blandas de líquido ceroso.

Se valora el grado de afectación de órganos por el EICH (ANEXO 16), manteniéndose en un grado de 2-3 en piel, siendo el órgano más afectado debido a las lesiones maculopapularres en 50% de la superficie corporal, comprometiendo la movilidad de manera moderada y rigidez de las articulaciones.

Ante su estado inmunológico se mantiene en vigilancia de sus laboratorios.

- Recibe una dosis semanal cada martes de **metotrexato (0.3mg/kg/sema) (MTX)** 14mg/sem IV.
- Aplicación de **gammaglobulina al 10 % (0.5 g -1/kg) dividido en dos sesiones al mes.** 250 gr IV dos veces al mes.
- **Micofenolato MMF (26mg/kg/día)** 1.25 g/día IV
- Otros medicamentos que utiliza:

\***Aciclovir** (15mg/kg/día) 696 mg total 348mg VO al día en dos tomas

\***Prednisona** (0.05- 2 mg/kg/día) 46 mg VO c/12 hr

\* **Omeprazol** 40 mg VO c/12 hr

\***Paracetamol** (60mg/kg/día) 928mg VO c/8 hr.

Recibe sesiones cada tres semanas de fototerapia, en el Hosp. GEA González.

Interconsulta con nefrología y dermatología.

El 10 de Octubre del 2016 se realiza ultrasonido renal, el cual reporta que ambos riñones son de tamaño normal, sin dilatación y con un índice de resistencia que va

de 0.4 hasta 0.55, se observan perfundidos, sin datos de zonas isquémicas o bajo flujo sanguíneo.

Se toma EGO el cual se reporta normal, sin presencia de sedimentos, proteínas o sangre. Se mantiene con una filtración glomerular de 178 ml/min/ 1.73 m<sup>2</sup>, la cual se mantiene incrementada derivada de la hipertensión arterial (valores normales 15 a 75 ml/Min/1.73 m<sup>2</sup> ).

Los valores de la renina se regulan a través de la excreción de sodio del cuerpo por lo que si existen niveles bajos de sodio a nivel plasmático, los niveles de renina aumentarían considerablemente, así como los valores de volemia.

LABORATORIOS 5/10/16	VALORES PRESENTADOS	VALORES DE REFERENCIA
UREA	22.3 mg/dl	7-20 mg/dl
CREATININA	0.66 mg/dl	0.8 -1.4 mg/dl

## **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.**

El paciente refiere que quiere sentirse bien consigo mismo y su cuerpo, sabe que el apego al tratamiento es importante, pero muestra un estado negativo al no observar resultados positivos en su estado de salud, es un paciente que mantiene un estado de duelo constante, que niega que su enfermedad es crónica y que tiene que aprender a desarrollar conductas de prevención y cuidado.

Recibe apoyo de su familia y su comunidad religiosa, por lo que no se siente solo. Refiere que desea integrarse a la sociedad en cuanto desaparezcan sus lesiones de la piel, y poder terminar la secundaria.

Se le hace mención de la importancia de su autocuidado y que si el mantiene un apego al tratamiento adecuado, su deseo de ser normal será más rápido.

Se buscan grupos de apoyo para el paciente dentro del hospital, no se encontró ninguno relacionado a inmunodeficiencias primarias, recibe apoyo por parte del personal de salud inmunólogos y dermatólogos.

Se realiza test de Zarit (ANEXO 17) el cual valora el cansancio del rol del cuidador con 46 puntos, la madre del paciente refiere sentirse cansada, con estrés y frustración.

Durante la valoración el paciente refiere que quiere mejorar su estado de salud conocer acciones y medidas que le sea fáciles de aplicar para mejorar su autocuidado.

## **8.6 VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS DE DESARROLLO**

Sostiene la cabeza a los tres meses, sigue con la mirada, identifica la voz de su madre, a los 4 meses agarra objetos con las manos, los explora, inicia ablactación comenzando con papillas de manzana y chayote. Se complementa con seno materno y formula por las noches.

A los 6 meses se sienta, balbuceo, a los 8 meses gatea sigue con papillas de manzana, pera, chayote, zanahoria y se le comienza a dar caldos de la carne.

Al año camina con ayuda, se coloca en andadera para vigilarlo. Se introduce a la dieta familiar, dice de 15 a 20 palabras; aún no controla esfínteres, estos los controla hasta los dos años de vida.

Sus demás etapas las presenta sin ningún problema.

**SEXUAL:** Se valora físicamente con la escala de TANNER (ANEXO 16) con una puntuación de 4, sin inicio de vida sexual, refiere tener conocimientos en sexualidad por clases en la secundaria.

**EMOCIONAL:** Se considera una persona alegre, le cuesta trabajo ser independiente, muy accesible a las personas extrañas y sus conocidos. Con fácil expresión de sus emociones, pero no de sus ideas.

Pero al hablar sobre su enfermedad cambia su estado emocional a enojado, ansioso estresado, llegando en ocasiones a ser grosero.

**AUTOESTIMA:** Se observa levemente negativo y desmotivación, rechazando el tratamiento, solamente se observa esta conducta al hablar de su diagnóstico y tratamiento, de más temas no son molestias para el paciente.

Se observa ligeros niveles de estrés en el paciente, esto durante los periodos de hospitalización.

**INTERACCIÓN SOCIAL:** Pertenece a un grupo religiosos donde baila y toma clases de catecismo, donde se desenvuelve muy bien.

**RENDIMIENTO ESCOLAR:** Secundaria truncada.

## **8.7 REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD**

### **1. Capacidad de mantener la atención y ejercer el requisito de vigilancia con respecto a sí mismo como agente de autocuidado:**

Se observa que el paciente no mantiene un control sobre su tratamiento terapéutico, ya que no conoce algunos de los medicamentos que utiliza, así como su aplicación y su manejo.

### **2. Uso controlado de la energía física disponible que ha de ser suficiente para el inicio y continuación de las operaciones de autocuidado.**

Aún mantiene una dependencia estrecha con su madre, su cuidador primario es quien asume toda la responsabilidad del estado de salud del paciente.

### **3. Aptitud de controlar la posición del cuerpo y de sus partes de ejecución de los movimientos.**

Recibe apoyo para caminar debido al endurecimiento de sus articulaciones.

#### **4. Capacidad de razonar dentro del marco de referencia del autocuidado**

El paciente no presenta ninguna alteración a nivel cognitivo, sabe leer y escribir

#### **5. Motivación**

En ocasiones se observa apático ante los comentarios de su salud

#### **6. Capacidad de tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo y de llevar a la práctica estas decisiones**

El paciente se encuentra consciente de su estado de salud y refiere que quiere ser más independiente en la toma de decisiones del manejo terapéutico.

#### **7. Capacidad de adquirir conocimientos técnicos sobre el autocuidado de fuentes autorizadas, retenerlo y llevarlo a la práctica**

Se mantienen periodos de retroalimentación de la información proporcionada al paciente

#### **8. Un repertorio de capacidades cognitivas**

Refiere que quiere regresar a la secundaria e iniciar la preparatoria.

#### **9. Capacidad de ordenar acciones o sistemas de acción de autocuidado en relación con las acciones previstas y posteriores, para el logro de objetivos.**

Se valoran los logros obtenidos posteriores a las intervenciones, el paciente expresa con sus palabras sus dudas y experiencias obtenidas.

#### **10. Aptitud de realizar de modo coherente las operaciones.**

Se observa positivo cuando se le expresan de manera clara las intervenciones a aplicar, mostrando interés.

## 8.9 JERARQUIZACIÓN DE LOS REQUISITOS

REQUISITOS UNIVERSALES	PRIORIZA- CIÓN DE LOS REQUISITOS	DÉFICIT	SIN DÉFICT	CUANDO SE DETECTO	CUANDO SE REMITIO
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	6	+		08. OCT. 15	17.OCT.15
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	7		+	08. OCT. 15	SIN DE- FICT
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	3	+		08. OCT. 15	SE MANTIENE
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria e intestinal.	8		+	08. OCT. 15	SIN DE- FICT
5. Equilibrio entre la actividad y el reposo.	2	+		08. OCT. 15	17.MAY.16
6. Equilibrio entre la soledad y la interacción social	4	+		08. OCT. 15	27.OCT.15
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	1	+		08. OCT. 15	28.JUN.16
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.	5	+		08. OCT. 15	27.OCT.15

## 9. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

REQUISITOS UNIVERSALES	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	
Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de un aporte suficiente de alimentos r/c desagrado hacia los alimentos proporcionados en el hospital m/p expresión verbal de descontento hacia los alimentos y baja ingesta.</li> <li>• Déficit del aporte nutricional r/c ansiedad m/p aporte calórico por debajo lo requerido, bajo peso, palidez tegumentaria, debilidad muscular y conducta negativa.</li> </ul>
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria e intestinal.	
Equilibrio entre la actividad y el reposo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desequilibrio entre la actividad física y el reposo r/c disminución de la movilidad m/p expresa verbalmente dolor al flexionar rodillas, contracturas musculares, rigidez articular y apoyo para deambular.</li> <li>• Déficit del patrón del sueño r/c rutina y horarios hospitalarios m/p interrupción de los periodos de sueño y reposo de manera continua, refiere cansancio, ansiedad y pesadillas</li> <li>• Riesgo de caídas r/c disminución de la movilidad.</li> </ul>
Equilibrio entre la soledad y la interacción social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desequilibrio emocional y de la interacción social r/c hospitalizaciones prolongadas m/p cansancio emocional, ansiedad, depresión, irritabilidad, apatía, expresa verbalmente sentirse cansado y triste.</li> </ul>
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peligros para la vida r/c desapego al tratamiento terapéutico m/p falta de conocimientos,</li> </ul>

<p>humano, y el bienestar humano.</p>	<p>desinterés, exacerbación de lesiones de la piel e hipertensión arterial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración del estado de bienestar r/c dolor m/p cefalea, facies de dolor, diaforesis, taquicardia, fotosensibilidad, acufenos e hipertensión arterial</li> <li>• Lesiones cutáneas r/c alteración de la perfusión de la piel m/p retraso en el proceso de cicatrización, llenado capilar de tres segundos, aparición de lesiones granulosas descamativas.</li> <li>• Protección hacia infecciones y agentes lesivos r/c compromiso inmunológico m/p alteración de la primera barrera de protección.</li> <li>• Riesgo de desarrollar úlceras por presión r/c lesiones dérmicas, deterioro de la movilidad y condiciones de la piel</li> <li>• Disminución del estado de bienestar r/c alteraciones de la piel m/p lesiones granulosas, descamativas, endurecidas, presencia de prurito y rigidez muscular</li> <li>• Lesiones potenciales e infecciones r/c déficit inmunológico m /p llenado capilar de 3 segundos, se mantiene con alteraciones de la tensión arterial con tendencia a la hipertensión 130 /80 mmHg, picos febriles de 38 grados, palidez tegumentaria ++ y debilidad generalizada.</li> </ul>
<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cansancio del rol del cuidador r/c estado de salud del paciente m/p referir cansancio, estrés y frustración</li> <li>• Fomento al autocuidado m/p la verbalización por parte del paciente, para realizar acciones pequeñas que le ayuden a mejorar su autocuidado.</li> </ul>



## 10. PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

<b>RECEPTOR DEL CUIDADO:</b> Juan A.T.O		<b>ETAPA DE DESARROLLO:</b> Adolescente		
<b>AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:</b> Palacio Acuña Susana / Teresa O. G		<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo educativo y Parcialmente compensatorio.		
<b>REQUISITO DE AUTOCUIDADO</b>	<b>FACTORES BASICO CONDICIONANTES</b>	<b>FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO</b>	<b>DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO</b>	<b>CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO</b>
<b>Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano</b>  PELIGROS PARA LA VIDA	<b>Patrón de vida</b>  <b>Estado de salud</b>	Desapego al tratamiento terapéutico	Falta de conocimientos, desinterés, exacerbación de lesiones de la piel e hipertensión arterial	Motivación al autocuidado  Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Peligros para la vida r/c desapego al tratamiento terapéutico m/p falta de conocimientos, desinterés, exacerbación de lesiones de la piel e hipertensión arterial				

<b>DIAGNOSTICO:</b> Peligros para la vida r/c desapego al tratamiento terapéutico m/p falta de conocimientos, desinterés, exacerbación de lesiones de la piel e hipertensión arterial	
<b>OBJETIVOS:</b> El paciente adquirirá una correcta adherencia al tratamiento a través de los conocimientos proporcionados por el personal de enfermería, evitando más complicaciones.	
<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN:</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>
+Test de Morisk- Green	Del test de Morisk –Green de un puntaje de 4 llevar a 0 puntos.
+Expresión verbal de los conocimientos adquiridos	Manifestación de los conocimientos recibidos.
+Características de la piel	Disminución de lesiones descamativas
+Presión arterial	Mantener presión arterial dentro de 120/80 mmHg
<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo educativo y Parcialmente compensatorio	
<b>CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<b>INTERVENCIONES</b>	
(I) <b><u>Asesoramiento en el manejo de la medicación</u></b>	
<b>ACCIONES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el nivel de conocimientos del paciente y del cuidador primario.</li> <li>• Describir la función de cada medicamento al paciente y al cuidador primario, así como la forma aplicación a través de una plática.</li> <li>• Instruir al paciente y al cuidador primario en los posibles efectos</li> </ul>	<p>Es fundamental tener en cuenta que el tratamiento farmacológico es importante en el avance hacia una recuperación adecuada, evitando así las diferentes complicaciones, el uso adecuado de la medicación ocasiona en los pacientes un beneficio durante el resto de su vida, teniendo en cuenta que algunos pueden ser suspendidos o modificables.</p> <p>Es fundamental darle a conocer al paciente que padece esta entidad la importancia de tomar los respectivos medicamentos, por medio de una orientación y educación adecuada, que haga sentir al paciente responsable de</p>

<p>secundarios en la administración de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la aplicación de los ungüentos en horarios flexibles de la mañana o por la noche (6:00 AM – 22:00 PM), para evitar molestias durante el día con respecto a la consistencia.</li> <li>• La toma de medicamentos vía oral de la tensión arterial, se realizara antes de consumir algún alimento</li> <li>• Ajustar el lenguaje utilizado al nivel de conocimientos y comprensión del paciente</li> </ul> <p>(I) <b><u>Implementación de medidas de apoyo</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolver dudas en cuanto a la aplicación y manejo de medicamentos, antes del alta hospitalaria</li> <li>• Corroborar la dosis prescrita (kg/dosis) de cada medicamento indicado.</li> <li>• En caso de ser medicamentos en solución (jarabes, soluciones o suspensiones) proporcionar dosis en mililitros, para facilitar su administración.</li> <li>• En la aplicación de Gammaglobulina subcutánea, verificar la técnica de aplicación. (rotación de zonas de aplicación, aplicación a 45 grados, aseo del área y del lavado de manos)</li> </ul>	<p>su situación , y a la vez que se sienta importante dentro de su proceso de recuperación.</p> <p>La educación juega un papel importante en este aspecto, pues por medio de esta, se le informa al paciente que los medicamentos deben ser administrados a horas, es decir en un horario específico, ya que la combinación de varios no produce un mismo efecto, lo que ocasionaría posteriormente efectos no deseados y que no sean propios del medicamento.</p> <p>El profesional de enfermería juega un papel importante en el tratamiento del paciente con enfermedades crónicas, por lo que se deben buscar estrategias para que se logre tener una adherencia al tratamiento. Estas estrategias son de tipo educativo, informándoles acerca de su enfermedad, tratamientos y cuidados, lo que permite mejorar la percepción al paciente sobre su patología y la importancia de observar conductas generadoras de salud y que fomenten en el paciente cambios positivos que faciliten su recuperación.</p>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar el test de Morisk- Green (apego al tratamiento) una vez al mes, evaluando el avance al apego al tratamiento</li> <li>• Proporcionar un formato (CARDEX) donde el paciente anote sus medicamentos.</li> <li>• Corroborar la asistencia a consultas programadas</li> <li>• Fomentar el trabajo multidisciplinario</li> </ul>	<p>La colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo, debe existir un trabajo mutuo del paciente y el personal de salud, corroborar en cada consulta las dudas y errores que este presentado el paciente.</p> <p>Mónica G, Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel, Bogotá durante el mes de agosto del 2008</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b> Durante la retroalimentación de la información se observando que el paciente aún presenta un déficit de conocimientos en sus medicamentos, corroborándolo con el test de Morisk - Green el cual se logra bajar solo dos puntos de los cuatro que presentaba. Se mantiene con lesiones de la piel, sin presencia de nuevas, los rangos de presión arterial se logran bajar de 140/90 mmHg a 120/75 mmHg.</p>	

<b>RECEPTOR DEL CUIDADO:</b> Juan A.T.O		<b>ETAPA DE DESARROLLO:</b> Adolescente		
<b>AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:</b> Palacio Acuña Susana / Teresa O. G.		<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo educativo y Parcialmente compensatorio		
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
<b>Equilibrio entre la soledad y la interacción social</b>  DESEQUILIBRIO EMOCIONAL Y DE LA INTERACCIÓN SOCIAL	<b>Edad</b>  <b>Estado de desarrollo</b>  <b>Estado de salud</b>	Hospitalizaciones prologadas secundario a EICH cutáneo	Cansancio emocional, depresión, irritabilidad, apatía, expresa verbalmente sentirse cansado y triste	Habilidad para mantener la atención con respecto a uno mismo como agente de autocuidado y de los factores externos
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Desequilibrio emocional y de la interacción social r/c hospitalizaciones prolongadas m/p cansancio emocional, ansiedad, depresión, irritabilidad, apatía, expresa verbalmente sentirse cansado y triste.				

<b>DIAGNOSTICO:</b> Desequilibrio emocional y de la interacción social r/c hospitalizaciones prolongadas m/p cansancio emocional, ansiedad, depresión, irritabilidad, apatía, expresa verbalmente sentirse cansado y triste.	
<b>OBJETIVOS:</b> Mejorar el estado emocional y la interacción social del paciente a través de la terapia ocupacional.	
<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN:</b>  +Escala de Hamilton  +Escala HADS  +Expresión verbal de sus emociones	<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>  Pasar de 14 a 8 puntos  Pasar de 11 a 7 puntos  Percepción del paciente
<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo educativo y parcialmente compensatorio	
<b>CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<b>INTERVENCIONES</b>  <b><u>(I) Valorar niveles de ansiedad y depresión</u></b>  <b>ACCIONES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar la escala de HAMILTON y de HADS para detectar posibles alteraciones en el estado emocional, aplicándola una vez a la semana.</li> <li>• Canalizar con psicología o psiquiatría, si el caso lo amerita.</li> <li>• Fomentar la expresión de sentimientos de manera verbal o escrita en el paciente ante situaciones que le incomoden o frustren.</li> </ul>	<p>La escala de HADS y Hamilton ha resultado una herramienta útil para la detección de síntomas de ansiedad y depresión, en pacientes ingresados. La adecuada identificación de estos síntomas, puede alertar a los clínicos para una indicación de seguimiento de la evolución de los mismos en atención primaria o derivado a los dispositivos de psiquiatría en los casos necesarios.</p> <p>Costas M, Prado V, Crespo J. Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol; C. Med. Psicosom N 107, 2013</p>

<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p><b>(I) <u>Motivar la terapia ocupacional</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar al paciente a realizar cartas o pláticas con el personal de salud para exponer sus preocupaciones y puntos de vista con respecto a su tratamiento</li> <li>• Propiciar la ayuda a través de grupos de apoyo</li> <li>• Mejorar la comunicación con su cuidador primario</li> <li>• Motivar al paciente a mantener contacto vía telefónica o escrita, con sus amigos y familiares.</li> <li>• Fomentar el apoyo y la recreación del paciente durante sus visitas al hospital.</li> <li>• Iniciar actividades de distracción durante las estancias hospitalarias (escritura, dibujo o lectura)</li> </ul>	<p>La terapia ocupacional utiliza actividades significativas para ayudar a los niños y los jóvenes a participar en lo que necesitan y quieren hacer con el fin de promover la salud física, mental y el bienestar. Los terapeutas centran en la participación en las siguientes áreas: educación, juego y ocio</p> <p>Lizarbe T, Pérez B, Durán P. Intervención del terapeuta ocupacional en la atención a población infanto juvenil con problemas de salud mental en Navarra; COTONA-NALTE, abril 2014.</p>
<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p><b>(I) <u>Implementar técnicas de relajación</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar ejercicios de relajación, para disminuir el estrés y la ansiedad (lista de ejercicios en el plan de alta).</li> <li>• Crear un diario en el cual exprese con sus propias palabras, los sentimientos y disgustos.</li> <li>• Fomentar a realizar actividades recreativas (danza, pintura, dibujo, etc.), al gusto del paciente</li> <li>• Promover el dialogo y la resolución de dudas que presente el paciente a través de la promoción del autocuidado.</li> </ul>	<p>El estado de la relajación es una vivencia subjetiva de calma, de hipoactividad, que pretende devolver a la mente y al cuerpo el estado de salud necesario para que la persona pueda sentirse bien.</p> <p>C. Grau, M Fernández. Familia y enfermedad crónica pediátrica; <b>Anales</b> Sis. San Navarra, 2010 vol.33 no.2;</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b> el paciente expresa verbalmente sentirse menos ansioso, estresado e irritable, en la escala de Hamilton presenta una disminución de la puntuación de 14 a 8 puntos clasificándolo en una depresión leve, al igual en la escala de RCADS.</p>	

<b>RECEPTOR DEL CUIDADO:</b> Juan A.T.O		<b>ETAPA DE DESARROLLO:</b> Adolescente		
<b>AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:</b> Palacio Acuña Susana del Pilar		<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> apoyo educativo		
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICO CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
<p><b>Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.</b></p> <p>DISMINUCIÓN DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS</p>	<p><b>Estado de salud</b></p> <p><b>Patrón de vida</b></p>	<p>Desagrado hacia los alimentos proporcionados en el hospital</p>	<p>Expresión verbal de descontento hacia los alimentos y baja ingesta (consumo de un 20 % y un aporte calórico de 989 Kcal al día)</p>	<p>Habilidad para adquirir conocimientos técnicos sobre autocuidado</p>
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>  Disminución de un aporte suficiente de alimentos r/c desagrado hacia los alimentos proporcionados en el hospital m/p expresión verbal de descontento hacia los alimentos y baja ingesta.</p>				



<b>DIAGNOSTICO:</b> Disminución de un aporte suficiente de alimentos r/c desagrado hacia los alimentos proporcionados en el hospital m/p expresión verbal de descontento hacia los alimentos y baja ingesta.	
<b>OBJETIVOS:</b> Proporcionar medidas que ayuden a crear una dieta a complacencia con el aporte calórico correspondiente a sus necesidades.	
<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN:</b>  +Medición del consumo de alimentos en porcentaje  +Aporte calórico adecuado 1018.82 Kcal en 24 hrs  +Peso	<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>  Llevarlo de un 20% a un 80 % de los alimentos consumidos  De 989 Kcal en 24 horas pasar a 1018.82 Kcal diarias  Observar el incremento en gramos
<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo educativo	
<b>CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<b>INTERVENCIONES</b>  (I) <b><u>Monitorización del estado nutricional</u></b> <b>ACCIONES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener un control riguroso del peso a través de la graficación en percentiles con las tablas de la CDC, para evaluar pérdidas y ganancias</li> <li>• Vigilar que los instrumentos de antropometría se encuentren en buenas condiciones y calibrados</li> </ul> (I) <b><u>Manejo de la nutrición</u></b> <b>ACCIONES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con apoyo del paciente y una lista de alimentos con nivel de Kcal sustituir los alimentos que más le gustan al paciente</li> <li>• Implementar el uso de complementos multivitamínicos como: Pediasure por las</li> </ul>	El estado nutricional se evaluará mediante una buena historia clínica y se clasificará en función de los siguientes parámetros antropométricos.  Peso para la edad  Peso para la talla  Nivel A  Revisión sistemática de ECA con homogeneidad. Bhan MK 2003  La dieta debe ser culturalmente aceptable y tendrá que adaptarse a las condiciones económicas y a la disponibilidad de alimentos del hogar y de la comunidad. Esta tendrá que ser preparada y modificada por la familia.  A

<p>mañanas y licuados 1000 Kcal en 900 ml divididos en 3 tomas 12 % proteínas y 35 % lípidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar la dieta correspondiente en quintos para sobre estresar al paciente</li> <li>• Suplementos alimentación:</li> </ul> <p>* <b>Omeprazol</b> (de 20-40 mg/kg) 40 mg VO c/12 hrs</p> <p>*<b>Sucrofato</b> (40-80 mg/kg/día) 1 gr VO c/24 horas</p> <p>*<b>Biotrefon complejo B</b> 1 sobre de 100mcg c/24 hrs en las mañanas</p> <p>*<b>Valmetrol vitamina D</b> 800 unidades internacionales, 1 pastilla c /24 hrs</p> <p>*<b>Gluconato de zinc</b> 50 mg c/24 hrs</p> <p>*<b>Selenio</b> 200mcg c/24 hrs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medir el porcentaje de alimentos consumidos durante cada comida</li> <li>• A través de la fórmula de HARRIS – BENEDICT sacar el aporte calórico adecuado para el paciente el cual es de: 2007.82 kcal diarias.</li> <li>• Interconsulta en nutrición</li> <li>• Crear dieta a complacencia (enseñar la función del plato del buen comer)</li> <li>• Proporcionar lista de alimentos con kcal correspondientes</li> </ul>	<p>Revisión sistemática de ECA</p> <p>Butha Z, 2008</p> <p>El aporte protéico inicial será 1 a 1.5 g/kg/día y se incrementara de forma progresiva de 4 a 6 g/kg/día.</p> <p>B</p> <p>Investigación de resultados en salud. Bhatnagar S, 2007</p> <p>Zinc mg/kg/día</p> <p>B</p> <p>Investigación de resultados en salud. Bhatnagar S, 2007</p> <p>Es importante el uso de complementos alimentarios ya que su absorción es más rápida evitando que los pacientes presenten una descompensación de manera oportuna. Su uso será valorado a cada necesidad, sin reemplazar una dieta balanceada que cumpla con los aportes nutricionales adecuados para cada tipo de paciente.</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b> Se proporcionan alimentos a complacencia con apoyo de su cuidador primario aumentando el consumo de alimentos de un 20 % se llevó a 50%, su aporte nutricional aumento a 1000 kcal en 24 horas, el peso se mantiene dentro del percentil 5.</p>	

<b>RECEPTOR DEL CUIDADO:</b> Juan A.T.O		<b>ETAPA DE DESARROLLO:</b> Adolescente		
<b>AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:</b> Palacio Acuña Susana		<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Parcialmente compensatorio y Apoyo educativo		
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICO CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
<p><b>Prevención de peligros para la vida, funcionamiento o humano y el bienestar humano.</b></p> <p>PRESENCIA DE PELIGROS PARA LA VIDA Y DÉFICIT DEL BIENESTAR HUMANO</p>	<p><b>Estado de salud</b></p>	<p>Lesiones cutáneas secundarias a EICH</p>	<p>Retraso en el proceso de cicatrización, llenado capilar de tres segundos, parestesia aparición de lesiones granulosas descamativas</p>	<p>Motivación al autocuidado</p> <p>Repertorio de habilidades diversas de enfermería para llevar a cabo operaciones de autocuidado</p>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Presencia de peligros para la vida y déficit del bienestar humano r/c lesiones cutáneas m/p retraso en el proceso de cicatrización, llenado capilar de tres segundos, aparición de lesiones granulosas descamativas				

<b>DIAGNOSTICO:</b> Presencia de peligros para la vida y déficit del bienestar humano r/c lesiones cutáneas m/p retraso en el proceso de cicatrización, llenado capilar de tres segundos, aparición de lesiones granulosas descamativas.	
<b>OBJETIVOS:</b> Disminuir el número de lesiones evitando la presencia de peligros para la vida y mejorar el bienestar humano	
<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN:</b>  +Escala de FEDPALLA  +Llenado capilar	<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>  Disminuir de 10 puntos a 5 puntos  Pasar de 3 segundos a 2 segundos
<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Parcialmente compensatorio y Apoyo educativo	
<b>CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p><b>(I) <u>Vigilancia del estado de la piel</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar factores que puedan alterar el estado de la piel y la aparición de más lesiones dérmicas.</li> <li>• Explicar la importancia del tratamiento dermatológico y la aplicación.</li> <li>• Aplicar Tacrolimus 0.1% cada 12 hrs de preferencia por las mañanas y la noche, por un periodo de 11 días.</li> </ul> <p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p><b>(I) <u>Cuidados especializados de la piel</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene constante de la piel y las lesiones recientes encontradas así</li> </ul>	<p>Es importante que estás lesiones no alteren la circulación vascular de la zona ya que puede llegar a ocasionar zonas de isquemias, por lo que es importante mantener una vigilancia estrecha del tipo de lesiones que aparecen.</p> <p>El tratamiento de la EICH crónica cutánea se concentra en la prevención y el manejo de manifestaciones como el prurito, el dolor, la despigmentación y el cuidado de las erosiones, úlceras e infecciones.</p> <p>El tratamiento tópico juega un rol muy importante en aliviar los síntomas. Debido a que la luz ultravioleta puede exacerbar la EICH cutánea, se debe indicar una correcta fotoprotección. La lubricación regular con emolientes disminuye el prurito y mantiene la integridad cutánea. Las lesiones símil liquen plano pueden tener buena respuesta con corticosteroides.</p>

<p>como proporcionar humectación, cada que sea necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar zonas de fricción (ropa o zonas de contacto).</li> <li>• Evitar humectar la piel con crema o ungüentos, cuando asista a las sesiones de fototerapia.</li> <li>• Aumentar el consumo de líquidos a libre demanda, para favorecer la hidratación y humectación de la piel</li> </ul>	<p>Como alternativa se pueden utilizar los inhibidores de la calcineurina tópicos (Tacrolimus o pimecrolimus).</p> <p>E. Enfermedad injerto contra huésped; dermatología Rev. Mex 2011; 50: 174-84  <a href="http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2006/rmd065b.pdf">http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2006/rmd065b.pdf</a></p> <p>Todas aquellas lesiones que se lleguen a observar en la piel se deben manejar de manera específicas.</p> <p>La limpieza de las lesiones debe realizarse empleando la mínima fuerza mecánica eficaz.</p> <p>GRUPO CTO. Cuidados generales de la piel, 2011; España  <a href="http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_OPECaMa_CapM.pdf">http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_OPECaMa_CapM.pdf</a>  Rodríguez H, Velásquez</p> <p>Como tratamiento sistémico primario, la terapia con corticoides es de primera elección, la globulina antitimocítica y la azatioprina, fueron evaluados en combinación con la prednisona en un intento por mejorar la respuesta.</p> <p>GRUPO CTO. Cuidados generales de la piel, 2010; España  <a href="http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_OPECaMa_CapM.pdf">http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_OPECaMa_CapM.pdf</a>  Rodríguez H, Velásquez</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b> La piel se observa más hidratada, algunas lesiones han disminuido, presenta menos descamación, su llenado capilar disminuyo a 2 segundos, dentro de la escala de FEDPALLA mantiene una puntuación de 12 puntos</p>	

<b>RECEPTOR DEL CUIDADO:</b> Juan A.T.O		<b>ETAPA DE DESARROLLO:</b> Adolescente		
<b>AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:</b> Palacio Acuña Susana / Teresa O. G.		<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Parcialmente compensatorio y apoyo educativo		
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICO CONDICION ANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
<p><b>Equilibrio entre la actividad y el reposo</b></p> <p>Desequilibrio entre la actividad física y el reposo</p>	<p><b>Estado de salud</b></p>	<p>Disminución de la movilidad</p>	<p>Expresa verbalmente dolor 8/10 al flexionar rodillas, fuerza muscular disminuida 3 grados contracturas musculares, rigidez articular y apoyo para deambular</p>	<p>Habilidad para mantener la atención con respecto a uno mismo como agente de autocuidado</p> <p>Habilidad para controlar la posición corporal</p>
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Desequilibrio entre la actividad física y el reposo r/c disminución de la movilidad m/p expresa verbalmente dolor al flexionar rodillas, contracturas musculares, rigidez articular y apoyo para deambular.</p>				

<b>DIAGNOSTICO:</b> Desequilibrio entre la actividad física y el reposo r/c disminución de la movilidad m/p expresa verbalmente dolor al flexionar rodillas, contracturas musculares, rigidez articular y apoyo para deambular.	
<b>OBJETIVOS:</b> Descender o eliminar el dolor para mejorar la movilidad del paciente y proporcionarle más independencia a través de una serie de actividades terapéuticas	
<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN:</b>  + Escala de EVA  + Escala de Daniels  + Reflejos tendinosos	<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>  Llevar de 8 puntos a 0  Llevar de 3 grados a 5 grados recuperando fuerza muscular.  Llevarlo de una + a ++ con un reflejo normal
<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Parcialmente compensatorio y apoyo educativo.	
<b>CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<b>INTERVENCIONES</b>  <b>(I) <u>Manejo del dolor</u></b> <b>ACCIONES</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar la escala análoga del dolor EVA el puntaje, mantener el puntaje en 0 puntos.</li> <li>• Iniciar la aplicación de medidas no farmacológicas como la aplicación de calor seco, con el fin de disminuir la espasticidad y mitigar el dolor, sesiones de 5- 15 minutos cada tres horas, a tolerancia del paciente.</li> </ul> <b>INTERVENCIONES</b>  <b>(I) <u>Manejo de la medicación</u></b> <b>ACCIONES</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de los 10 correctos</li> <li>• Administrar paracetamol de 500mg VO c/8 hrs 600-1300 mg/4-6 hrs máx. 5g/día</li> </ul>	Considerar la terapia no farmacológica y farmacológica para el alivio del dolor  c  NICE  Evaluación de la postura (alineación de la columna, cifosis, lordosis), movilidad articular activa/pasiva y estabilidad articular en el rango del movimiento  IV  (E. Shekelle)  Miranda- Mayordomo, 2004.  Como ejercicios de rehabilitación en pacientes adolescentes, con

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar aparición de efectos adversos</li> </ul> <p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p><b>(I) <u>Evaluación de la mecánica corporal</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medir la fuerza muscular y los reflejos tendinosos, por turno manteniendo dos veces por turno.</li> </ul> <p><b>(I) <u>Rehabilitación: ejercicios</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar ejercicios pasivos en extremidades torácicas y pélvicas en periodos de 15 minutos una vez al día, durante un mes. Se anexan ejercicios en el plan de alta.</li> <li>• Realizar masajes tipo compresivos, para disminuir espasticidad, durante 10 minutos hasta disminuirla.</li> <li>• Fomentar el uso de dispositivos de ayuda, para la movilidad</li> </ul>	<p>alteración de la movilidad e recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas para relajar espasticidad</li> <li>• Ejercicios para conservar el arco de movilidad</li> <li>• Ejercicios de estiramiento para disminuir contracturas</li> <li>• Ejercicios de fortalecimiento dirigido a grupos musculares anti gravitatorios</li> <li>• Adiestramiento en actividades de la vida diaria</li> </ul> <p style="text-align: center;">C E. Shekelle Berker AN et al, 2008</p> <p style="text-align: center;">Guía de referencia Rápida, intervenciones de enfermería para la valoración y manejo del dolor agudo en pacientes de 3 a 16 años, México; Instituto Mexicano del Seguro Social , 2016</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b> El dolor logro disminuir de 8 a 2 en escala de EVA con el uso de medidas farmacológicas y no farmacológicas, mantiene la fuerza muscular en grado 3 y los reflejos tendinosos grado ++, disminuyen las contracturas musculares y la rigidez articular.</p>	



<b>RECEPTOR DEL CUIDADO:</b> Juan A.T. O		<b>ETAPA DE DESARROLLO:</b> Adolescente		
<b>AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:</b> Palacio Acuña Susana / Teresa O. G.		<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> parcialmente compensatorio		
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICO CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
<p><b>Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.</b></p> <p>ALTERACIÓN EN EL BIENESTAR HUMANO</p>	<p><b>Estado de salud</b></p>	<p>Dolor</p>	<p>Cefalea 8/10, facies de dolor, diaforesis, taquicardia (102 lpm) fotosensibilidad, acufenos e hipertensión arterial (145/106 mmHg).</p>	<p>Repertorio de habilidades por enfermería para llevar a cabo operaciones de autocuidado</p>
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>  Alteración del estado de bienestar r/c dolor m/p cefalea, facies de dolor, diaforesis, taquicardia, fotosensibilidad, acufenos e hipertensión arterial.</p>				

<b>DIAGNOSTICO:</b> Alteración del estado de bienestar r/c dolor m/p cefalea, facies de dolor, diaforesis, taquicardia, fotosensibilidad, acufenos e hipertensión arterial.	
<b>OBJETIVOS:</b> Mejorar el estado de bienestar a través de la disminución del grado de dolor	
<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN:</b>  +Escala de EVA para el dolor  +Presión arterial y frecuencia cardiaca  +Verbalización por parte del paciente sobre su estado de salud	<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>  Reducir la escala del dolor de 8 a 0 puntos  Mantener dentro de los parámetros de la presión arterial. Sistólicas de 112-128 y diastólicas de 66-80 y la frecuencia cardiaca de 60-80 lpm  Se siente bien o refiere alguna molestia
<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Parcialmente compensatorio	
<b>CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<b>INTERVENCIONES</b>  (I) <b><u>Manejo del Dolor.</u></b>  <b>ACCIONES</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar la escala análoga del dolor de EVA</li> <li>• Controlar el dolor a través de medidas no farmacológicas como son: uso de calor o frio por medio de compresas o geles, disminución de la exposición de ruidos y luz.</li> <li>• Uso de medicamentos aplicando los 10 correctos</li> <li>• Verificar la aparición de efectos adversos.</li> <li>• Administración de analgésicos de acuerdo a prescripción medica</li> </ul>	Un dolor que se mantiene de manera persistente, puede generar en el paciente una sensación de frustración que puede llegar a alterar los signos vitales, ocasionando que el paciente presente alteraciones que pueden llevar a ser letales para su estado de salud.  Guía en el manejo del dolor crónico, Fundación Josep Laporte; universidad de pacientes. Esp; 2012

\*Paracetamol 60mg/kg/día. 928mg VO c/8 hr

**(I) Monitorización de la tensión arterial y Frecuencia cardiaca**

**ACCIONES**

- Verificar que el material se encuentre funcional y calibrado
- Realizar monitorizaciones de la tensión arterial y frecuencia cardiaca cada hora en un periodo de 24 horas.
- Mantener parámetros de tensión arterial en 120/80 mmHg como mínimo y frecuencias cardiacas de 60-80 lpm.
- Medir la presión arterial y la frecuencia cardiaca tienen relación con el dolor del paciente
- Verificar si existe algún otro medio que condiciones los cambios de los signos vitales.

La toma periódica de la presión arterial mediante estrategias oportunistas en la consulta médica.

I

**ESCH/ESC, 2013**

**EVALUACIÓN:** Se disminuye la cefalea corroborando con la escala de EVA bajando de 8/0, los valores de presión arterial y frecuencia cardiaca disminuyen a (114/75mmHg y 65 lpm), refiere sentirse mucho mejor

<b>RECEPTOR DEL CUIDADO:</b> Juan A.T.O		<b>ETAPA DE DESARROLLO:</b> Adolescente		
<b>AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:</b> Palacio Acuña Susana / Teresa O. G.		<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo educativo		
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICO CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
<b>Equilibrio entre la actividad y el reposo</b>  DÉFICIT DEL PATRÓN DE SUEÑO	<b>Estado de salud</b>	Rutina y horarios Hospitalarios	Referir cansancio, ansiedad y pesadillas	Habilidades para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Déficit del patrón del sueño r/c rutina y horarios hospitalarios m/p interrupción de los periodos de sueño y reposo de manera continua, refiere cansancio, ansiedad y pesadillas				

<b>DIAGNOSTICO:</b> Déficit del patrón del sueño r/c rutina y horarios hospitalarios m/p interrupción de los periodos de sueño y reposo de manera continua, refiere cansancio, ansiedad y pesadillas	
<b>OBJETIVOS:</b> Establecer actividades que ayuden a mejorar el ciclo de sueño del paciente	
<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN:</b>  *Horas del sueño de 3 horas a 6 a 8 horas diarias  *Ciclo de vigilia y sueño  +Expresión verbal del paciente	<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>  Aumentar el número de horas de sueño.  Completar el ciclo de vigilia y sueño, viendo el estado ánimo que mantiene el paciente.  Disminución de la ansiedad
<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo educativo	
<b>CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<b>INTERVENCIONES</b>  <b>(I) <u>Mejora del sueño</u></b> <b>ACCIONES</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los factores que alteran el patrón de sueño del paciente.</li> <li>• Proporcionar un ambiente de confort (Ajustar el ambiente, agrupar actividades terapéuticas, para evitar molestar lo menos al paciente y permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.</li> <li>• Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.</li> <li>• Enseñar técnicas de relajación antes de dormir o tomar una siesta</li> </ul>	<b>Las Causas Ambientales</b> relevantes y sobre las que debemos dirigir las actividades.  Se ha comprobado que la reducción de intervenciones y el agrupamiento de actividades, ocasionan que el paciente se mentalice con respecto a las horas que tendrá ocupadas y con las que cuenta para poder descansar. El educar al paciente proporciona medidas extra en cuanto a la disminución de los factores que alteren el patrón del sueño.  Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del sueño, Referencia rápida. México CENETEC, 2011
<b>EVALUACIÓN:</b> El paciente refiere sentirse menos cansado, aumentaron el número de siestas tanto en frecuencia como tiempo, refiere sentirse menos cansado.	

<b>RECEPTOR DEL CUIDADO:</b> Juan A.T.O		<b>ETAPA DE DESARROLLO:</b> Adolescente		
<b>AGENTE DE CUIDADO</b> <b>DEPENDIENTE:</b> Palacio Acuña Susana / Teresa O. G.		<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo educativo y parcialmente compensatorio		
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICO CONDICIONAN TES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISTO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDA DO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
<b>Equilibrio entre la actividad y el reposo</b>  RIESGO DE CAIDAS	<b>Estado de salud</b>	Disminución de la movilidad	-----	Repertorio de habilidades diversas de enfermería para llevar a cabo operaciones de autocuidado.  Habilidad para mantener la atención con respecto a uno mismo como agente de autocuidado
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Riesgo de caídas r/c disminución de la movilidad.				

<b>DIAGNOSTICO:</b> Riesgo de caídas r/c disminución de la movilidad.	
<b>OBJETIVOS:</b> Proponer intervenciones que disminuyan el riesgo de presentar una caída dentro y fuera de la institución.	
<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN:</b>  + Escala de riesgo de caídas	<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>  Levarla de 3 puntos a 0
<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo educativo y Parcialmente compensatorio	
<b>CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p><b>(I) <u>Precauciones para prevenir caídas</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar medidas de apoyo para que el paciente pueda desplazarse</li> <li>• Ayudar al paciente a su incorporación a la cama como al iniciar la deambulaci3n</li> </ul> <p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p><b>(I) <u>Valorar condiciones del paciente</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar por turno el riesgo de caídas</li> <li>• Contar con formato para la valoraci3n del riesgo de caídas en pacientes, que se acople a las alteraciones m3s comunes que pueden presentar los pacientes pedi3tricos.</li> </ul> <p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p><b>(I) <u>Vigilar la deambulaci3n</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p>	<p>Evaluar el riesgo de caídas utilizando una escala validada en pacientes institucionalizados</p> <p><b>E: Shekelle</b></p> <p><b>Marín J, 2004. Bulechek G, 2009</b></p> <p>El objetivo de las medidas preventivas será el minimizar el riesgo de caídas, sin restringir la independencia</p> <p><b>IV</b></p> <p><b>E: Shekelle Marín J, 2004</b></p> <p>Para prevenir caídas es indispensable establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.</li> <li>• Ayudar al paciente a ponerse de pie y deambular medidas de apoyo, para evitar lesiones o accidentes en el paciente.</li> </ul> <p>Utilizar medidas de seguridad para evitar ca3das.</p>	<p>lesiones como utilizar barandillas laterales de longitud y altura.</p> <p style="text-align: center;"><b>D</b></p> <p><b>E: Shekelle Bulechek G, 2013</b></p> <p>Gu3a de pr3ctica cl3nica, Intervenciones de enfermer3a en la atenci3n del adulto mayor con s3ndrome de inmovilidad; 2014</p>
<p><b>EVALUACI3N:</b> El paciente se mantiene con apoyo para caminar de su cuidador primario, dentro de la escala para valorar el riesgo de ca3das mantiene un puntaje de 3 punto, lo cual quiere decir que mantiene un riesgo bajo de ca3das.</p>	



<b>RECEPTOR DEL CUIDADO:</b> Juan A.T.O		<b>ETAPA DE DESARROLLO:</b> Adolescente		
<b>AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:</b> Palacio Acuña Susana / Teresa O. G.		<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Parcialmente compensatorio y apoyo educativo		
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICO CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
<p><b>Prevención de peligros para la vida, funcionamiento humano y el bienestar humano.</b></p> <p>PROTECCIÓN HACIA INFECCIONES Y AGENTES LESIVOS</p>	<p><b>Estado de salud</b></p> <p><b>Estado de desarrollo</b></p>	Compromiso inmunológico	Alteración de la primera barrera de protección (piel)	Habilidad para mantener la atención con respecto a uno mismo como agente de autocuidado y de los factores externos
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Protección hacia infecciones y agentes lesivos r/c compromiso inmunológico m/p alteración de la primera barrera de protección.</p>				

<b>DIAGNOSTICO:</b> Protección hacia infecciones y agentes lesivos r/c compromiso inmunológico m/p alteración de la primera barrera de protección.	
<b>OBJETIVOS:</b> Implementar medidas de protección en el paciente durante su estancia hospitalaria y su egreso.	
<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN:</b>  Proporcionar signos de infección en heridas  Valores de laboratorio	<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>  Mantener las lesiones de la piel limpias y en buen estado  Hemoglobina: 12- 16 g/dl; Hto: 35-45 %  Serie blanca:  Leucocitos: 8000- 21.000 Ul; Neutrófilos: 18.4%-36.3%; Linfocitos:39.3- 60.7%; Monocitos:6.3-13.4%; Eosinofilos:0.0- 6.7%; Basófilos:0.0-2.4%
<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Parcialmente compensatorio	
<b>CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<b>INTERVENCIONES</b>  (I) <b><u>Vigilancia de signos y síntomas de infección</u></b>  <b>ACCIONES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay signos de infección sistémica y localizada.</li> <li>• Vigilar valores de laboratorio siempre que sea posible y valorar laboratorios en cada consulta médica, dándole prioridad a:</li> </ul> Hemoglobina: 12- 16 g/dl; Hto: 35-45 %	<p>La identificación oportuna de signos de infección proporciona al equipo médico, medidas correctivas oportunas ante procesos infecciosos, por lo que educar al paciente y al cuidador en la identificación de estos signos, ayuda a mantener al paciente en una fase latente de prevención y cuidado constante.</p> <p>Todo personal de salud debe conocer los valores estándares o de referencia de los laboratorios, esto con el fin de detectar oportunamente, cambios bioquímicos entro del cuerpo que si no se detectan de manera oportuna, pueden ocasionar lesiones graves al paciente, comprometiéndolo su estado de salud y vida. Contar con la-</p>

<p>Serie blanca:</p> <p>Leucocitos: 8000- 21.000 UI; Neutrófilos: 18.4%-36.3%; Linfocitos:39.3-60.7%; Monocitos:6.3-13.4%; Eosinófilos:0.0- 6.7%; Basófilos:0.0-2.4%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar las condiciones de la piel por turno.</li> </ul> <p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p>(I) <b><i>Fomento al higiene corporal</i></b> <b>Higiene básica de la piel</b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar medidas de higiene a través de un tríptico</li> </ul>	<p>laboratorios semanales o mensuales, deben encontrarse reportados en el expediente clínico del paciente.</p> <p>Vera H, Luengas E. Secretaria de salud, Manual para la prevención de infecciones y riesgos profesionales en la práctica de estomatología en la república mexicana <a href="https://c.ymcdn.com/sites/www.osap.org/resource/resmgr/Docs/3_manualprevencioncontroles.pdf">https://c.ymcdn.com/sites/www.osap.org/resource/resmgr/Docs/3_manualprevencioncontroles.pdf</a></p> <p>Cuellar L. Infecciones en huéspedes inmunocomprometidos; Instituto de enfermedades neoplásicas, Perú. Rev Med Hered. 2013; 24: 156-161. <a href="http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n2/v24n2r2.pdf">http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n2/v24n2r2.pdf</a></p> <p>Utilizar jabones con un Ph neutro y no irritativos.</p> <p>Lavar la piel con agua y jabón, aclarar y secar cuidadosamente por empapamiento los pliegues cutáneos.</p> <p>Aplicar lociones hidratantes específicas, hasta su absorción.</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b> Sus laboratorios se mantienen dentro de los parámetros normales, también se observa que tanto el paciente como el familiar realizan medidas de seguridad, para la prevención de trasmisión de enfermedades.</p>	

<b>RECEPTOR DEL CUIDADO:</b> Teresa Omaña García		<b>ETAPA DE DESARROLLO:</b> Adulto		
<b>AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:</b> Palacio Acuña Susana del Pilar		<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Parcialmente compensatorio y apoyo educativo		
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICO CONDICIONAN TES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
<p><b>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</b></p> <p>CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR PRIMARIO</p>	<p><b>Factores del sistema familiar</b></p>	<p>Estado de salud del paciente</p>	<p>Referir cansancio, estrés y frustración</p>	<p>Motivación del autocuidado</p> <p>Habilidad para controlar el uso de energía</p>
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Cansancio del rol del cuidador r/c estado de salud del paciente m/p referir cansancio, estrés y frustración</p>				

<b>DIAGNOSTICO:</b> Cansancio del rol del cuidador r/c estado de salud del paciente m/p cansancio, estrés y frustración	
<b>OBJETIVOS:</b> Proporcionar apoyo emocional y educativo al cuidador primario.	
<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN:</b>  +Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit  +Expresión verbal del cuidador primario	<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>  Llevar de una “sobre carga moderada” a “no sobre carga”. Menor de 46 puntos  Disminución de los sentimientos negativos que expresa
<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo educativo	
<b>CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p>(I) <u><b>Fomento de las expresiones y emociones</b></u></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear un ambiente de confianza entre el cuidador primario</li> <li>• Fomentar al cuidador primario a expresar dudas y miedos</li> <li>• Asesorar al cuidador primario ante la terapéutica.</li> <li>• Proporcionar medidas de descanso y confort para el cuidador.</li> </ul>	<p>Se recomienda evaluar si existen síntomas que nos hagan sospechar de colapso en el cuidador, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad, tristeza o depresión</li> <li>• Insomnio, miedo o angustia</li> <li>• Irritabilidad, ira o enojo</li> <li>• Labilidad emocional</li> <li>• Aislamiento y soledad</li> <li>• Cansancio y agotamiento físico</li> <li>• Sentimiento de culpa</li> <li>• Salud física deteriorada</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>C</b> <b>NICE</b> <b>Kim H, 2012, Recomendación</b> Detección y manejo del colapso del cuidador, México: Secretaria de salud: 2015</p> <p>Se debe recomendar la actividad física, ya que muestra beneficio en reducir el colapso del cuidador, mejorando el funcionamiento psicológico de los mismos, en particular entre los cuidadores de personas con demencia.</p> <p style="text-align: center;"><b>D</b></p>

<p>*Proporcionar ejercicios pasivos para relajación</p> <p>*Orientar con respecto a técnicas de relajación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la sustitución de eventos entre el cuidador y el paciente</li> </ul>	<p><b>NICE Vasiliki O, 2014.</b></p> <p>Todo el equipo de salud y en particular enfermería deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia</li> <li>• Favorecer una relación de confianza con la familia</li> <li>• Aceptar los valores familiares sin emitir juicios</li> <li>• Identificar la naturaleza del apoyo espiritual para la familia.</li> <li>• Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver problemas</li> </ul> <p><b>D</b></p> <p><b>NICE Herdman TH, 2012</b></p> <p>Detección y manejo del colapso del cuidador, México: Secretaría de salud: 2015</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b> cuidadora primaria refiere sentirse menos tensa y cansada, en ocasiones se siente frustrada por las actitudes de su hijo, dentro de la escala de Zarit se redujo la puntuación de 56 puntos a 43 puntos en la escala de Zarit</p>	

<b>RECEPTOR DEL CUIDADO:</b> Juan A.T.O		<b>ETAPA DE DESARROLLO:</b> Adolescente		
<b>AGENTE DE CUIDADO</b> <b>DEPENDIENTE:</b> Palacio Acuña Susana / Teresa O. G		<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo educativo		
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICO CONDICIONA NTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
<b>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</b>  <b>FOMENTO AL AUTOCUIDADO</b>	<b>Estado de salud</b>  <b>Patrón de vida</b>	-----	Verbalización por parte del paciente, para realizar acciones pequeñas que le ayuden a mejorar su autocuidado.	Motivación al autocuidado  Habilidad para adquirir conocimientos técnicos sobre autocuidado
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Fomento al autocuidado m/p la verbalización por parte del paciente, para realizar acciones pequeñas que le ayuden a mejorar su autocuidado.				

<b>DIAGNOSTICO:</b> Fomento al autocuidado m/p la verbalización por parte del paciente, para realizar acciones pequeñas que le ayuden a mejorar su autocuidado.	
<b>OBJETIVOS:</b> Lograr que el paciente a través de sus propias acciones, sea capaz de llevar a cabo una parte de su autocuidado sin las necesidad de apoyo	
<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN:</b>  Evaluación de su nivel de conocimientos a través de la reciprocidad de la información.	<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>  El paciente será capaz de realizar ciertas actividades que le ayudaran a promover y orientar mejor su autocuidado
<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo educativo	
<b>CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<b>INTERVENCIONES</b>  <b>(I) <u>Aplicación de las intervenciones de autocuidado proporcionadas por la enfermera</u></b>  <b>ACCIONES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la independencia del paciente</li> <li>• Resolver las dudas con respecto al tratamiento</li> <li>• Proporcionar información sencilla</li> <li>• Explicar técnicas y procedimientos</li> </ul>	<p>Los patrones de autocuidado nos muestran que la satisfacción de requisitos va más allá del ámbito físico, incluyendo los ámbitos emocional y espiritual como parte importante en la mantención y recuperación de la salud, teniendo como objetivo la recuperación de la normalidad.</p> <p>Cabrolier E, Sandoval Y. Autocuidado en adolescentes con cáncer. Chile Artículo recibido el 7 de enero, 2011. Aceptado en versión corregida el 17 de marzo, 2011. <a href="http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/22-1/autocuidado_adolescentes.pdf">http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/22-1/autocuidado_adolescentes.pdf</a>;</p> <p>Es importante que el adolescente exprese sus ideas con respecto al cuidado y el tratamiento, ya que con ayuda del personal de enfermería estos cuidados se reajustaran permitiendo que se acoplen a las necesidades del paciente.</p> <p>El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud, estas prácticas son de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad”.</p>
<b>INTERVENCIONES</b>  <b>(I) <u>Proporcionar un ambiente terapéutico</u></b>  <b>ACCIONES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear un ambiente de confianza que le ayude a mejorar su autocuidado.</li> </ul>	



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repetir la información que se le complique al paciente asimilar.</li> </ul> <p>Establecer una serie de actividades de rutina de autocuidado.</p> <p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p>(I) <b><u>Fomento del autocuidado</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar técnicas básicas de higiene corporal.</li> <li>• Informar a través de trípticos sobre la prevención de accidentes o lesiones.</li> </ul>	<p>Cabrolier E, Sandoval Y. Autocuidado en adolescentes con cáncer. Chile Artículo recibido el 7 de enero, 2011. Aceptado en versión corregida el 17 de marzo, 2011.  <a href="http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/22-1/autocuidado_adolescentes.pdf">http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/22-1/autocuidado_adolescentes.pdf</a></p> <p>Se requiere implementar estrategias que eleven el conocimiento e interés de los jóvenes, hacia el cuidado de su salud, tomando en cuenta las limitaciones de tiempo y actitud con las que cuentan para realizar estas acciones.</p> <p>Murphy E. la promoción de comportamientos saludables.  Fecha de consulta 09.12.15  <a href="http://www.prb.org/pdf06/PromotingHealthyBehaviorPB_SP.pdf">http://www.prb.org/pdf06/PromotingHealthyBehaviorPB_SP.pdf</a></p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b> El paciente refiere que aún existen actividades que se le complican para realizar por sí solo; se observan cambios conductas, mostrando más iniciativa e interés ante este cambio.</p>	

<b>RECEPTOR DEL CUIDADO:</b> Juan A.T.O		<b>ETAPA DE DESARROLLO:</b> Adolescente		
<b>AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:</b> Palacio Acuña Susana / Teresa O. G		<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Parcialmente compensatorio y Apoyo educativo		
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
<p><b>Prevención de peligros para la vida, funcionamiento humano y el bienestar humano.</b></p> <p>RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN</p>	<b>Estado de salud</b>	Lesiones dérmicas y deterioro de la movilidad	-----	Repertorio de habilidades diversas de enfermería para llevar a cabo operaciones de autocuidado
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Riesgo de desarrollar úlceras por presión r/c lesiones dérmicas, deterioro de la movilidad y condiciones de la piel				

<b>DIAGNOSTICO:</b> Riesgo de desarrollar úlceras por presión r/c lesiones dérmicas, deterioro de la movilidad y condiciones de la piel	
<b>OBJETIVOS:</b> Disminuir los riesgos del paciente para que presente una ulcera por presión, aplicando una escala de valoración (Braden) e implementando medidas de prevención.	
<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN:</b>  Escala de Braden	<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>  Mantener la escala de Braden en un puntaje de 20 a 18, con riesgo bajo
<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo educativo	
<b>CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p>(I) <u><b>Prevención en la formación de úlceras por presión</b></u></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizar herramientas de valoración de riesgo, para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de BRADEN)</li> </ul> <p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p>(I) <u><b>Vigilar cambios en el estado nutricional</b></u></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilar los cambios de peso y documenta cada uno de ellos. Pesarse al paciente lunes, miércoles y viernes.</li> </ul>	<p>Una adecuada prevención pasa por identificar adecuadamente a los pacientes de mayor riesgo para aplicar todas las medidas preventivas necesarias con los recursos disponibles.</p> <p>La valoración del riesgo para desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.</p> <p style="text-align: center;"><b>la. Shekelle</b></p> <p style="text-align: center;">Contreras C, Galicia E. SEDENA Y SEMAR; Guía de práctica clínica, prevención y tratamiento de úlceras por presión primer nivel, Secretaria de Salud. 2011  <a href="http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_Ulcpresion">http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_Ulcpresion</a></p> <p>El estado nutricional del paciente es uno de los factores importantes que la enfermera debe de tomar en cuenta ya que, los nutrientes condicionan la calidad de la piel y si el paciente se encuentra en estados extremadamente en cuanto a su peso lo condiciona a desarrollar una UPP.</p> <p style="text-align: center;"><b>IV. E. Shekelle Jiménez L, 2004</b></p>

**INTERVENCIONES****(I) Vigilancia y cuidados de la piel****ACCIONES**

- Lubricación regular con emolientes.
- Evitar el uso de agua muy caliente y el uso de jabones perfumados o muy suaves.
- Proteger la piel de los rayos ultravioleta, utilizando protectores solares y ropa de manga larga.

Contreras C, Galicia E. SEDENA Y SEMAR; Guía de práctica clínica, prevención y tratamiento de úlceras por presión primer nivel, Secretaria de Salud. 2011

**EVALUACIÓN:** A pesar de las lesiones en la piel, las condiciones de esta son adecuadas hidratada y elástica, se mantiene con cremas lubricantes y las medidas de higiene han mejorado, se mantiene con 18 puntos en la escala de Braden.

## 11. VALORACIONES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA FOCALIZADOS

- **24 DE NOVIEMBRE DEL 2015**

Realizamos valoración del paciente a tres semanas de su alta dentro del servicio de AQUA presentándose para su dosis semanal de Metotrexato intramuscular 14 mg semanales (0.3mg/kg/semana).

Se toman signos vitales y antropométricos, deambulando por sí solo, con ligero apoyo de su cuidador primario.

### **REQUISITOS ALTERADO:**

#### **REQUISITO NO. 7 Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento humano.**

Aun presenta lesiones dérmicas escamosas en piel que siguen en proceso de cicatrización, en los pliegues de las axilas se observa una mejoría en su cicatrización ya que eran lesiones abiertas.

Se valoran estas lesiones a partir de la escala de FEDPALLA con una puntuación de 15 (ANEXO 13), con un grado de epitelización moderado.

Los valores de su tensión arterial se encuentran dentro de los parámetros normales, refiere no haber presentado ningún signo hipertensivo durante su alta.

Durante la aplicación de su dosis de Metotrexato, no presenta ninguna complicación.

<b>SIGNOS VITALES</b>	
<b>FC</b>	96 lpm
<b>FR</b>	18 rpm
<b>T/A</b>	109/60 mmHg
<b>TEMP</b>	37 C

• 24 DE NOVIEMBRE DEL 2015

<b>RECEPTOR DEL CUIDADO:</b> Juan A.T.O		<b>ETAPA DE DESARROLLO:</b> Adolescente		
<b>AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:</b> Palacio Acuña Susana / Teresa O. G		<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo educativo y Parcialmente compensatorio		
<b>REQUISITO DE AUTOCUIDADO</b>	<b>FACTORES BASICO CONDICIONES</b>	<b>FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISTO</b>	<b>DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO</b>	<b>CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO</b>
<b>Prevención de peligros para la vida, funcionamiento humano y el bienestar humano.</b>  Disminución del estado de bienestar	<b>Estado de salud</b>	Alteraciones de la piel	Lesiones granulosas, descamativas, endurecidas, presencia de prurito y rigidez muscular	Repertorio de habilidades diversas de enfermería para llevar a cabo operaciones de autocuidado.
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Disminución del estado de bienestar r/c alteraciones de la piel m/p lesiones granulosas, descamativas, endurecidas, presencia de prurito y rigidez muscular				

<b>DIAGNOSTICO:</b> Disminución del estado de bienestar r/c alteraciones de la piel m/p lesiones granulosas, descamativas, endurecidas, presencia de prurito y rigidez muscular	
<b>OBJETIVOS:</b> Mejorar el estado general de la piel evitando la formación de nuevas lesiones	
<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN:</b>  +Escala de FEDPALLA  +Estado de la piel	<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>  Disminuir la puntuación de 15 a 10 puntos  Disminución de lesiones y condiciones
<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo educativo y Parcialmente compensatorio	
<b>CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p>(I) <b><u>Vigilancia de la piel</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <p>*Higiene e hidratación diaria.</p> <p>*Aplicar pomadas con corticoide según pauta médica en zonas eritematosas.</p> <p>*Evitar el rascado de la piel Evitar el rascado de la piel.</p> <p>*Administración de antihistamínicos si es preciso.</p> <p>*Humectar constantemente la piel, para disminuir el prurito y la descamación, solo cremas sin aroma neutral.</p> <p>*Aplicar crema de esteroides para disminuir el edema y la</p>	<p>El objetivo del tratamiento es inhibir la respuesta inmunitaria sin dañar las nuevas células. Los medicamentos que se utilizan comúnmente abarcan metotrexato, ciclosporina, tacrolimus, sirolimus, ATG y alemtuzumab, ya sea solos o combinados.</p> <p>Metotrexato (MTX) Antimetabolito, análogo del ácido fólico. 15 mg/ m2 día +1; 10 mg/m2 día +3, +6, +11.</p> <p>Stringa M, Enfermedad de Injerto Contra Huésped cutánea en el trasplante alogénico de medula ósea. Rep. De Argentina: Educación Médica Continua <a href="http://dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/viewFile/497/292">http://dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/viewFile/497/292</a></p> <p>El objetivo de los cuidados de la piel es mantener su integridad, evitando la aparición de nuevas lesiones que puedan ser potenciales. Para ello se examinará la piel, al menos una vez al día y se mantendrá una higiene básica de la piel.</p> <p style="text-align: center;"><b>C</b></p> <p>Guía de práctica clínica de enfermería: Prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas</p>

<p>descamación, una vez al día en todo el cuerpo.</p> <p><b>INTERVENCIONES</b> (I) <b><u>Cuidados de la piel: tratamiento</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Manejo adecuado de la gammaglobulina.</u></li> </ul> <p>*Aplicación de gammaglobulina al 10 % 25 Gr mensualmente y Vigilar signos vitales y reacciones adversas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Manejo adecuado de Metotrexato.</u></li> </ul> <p>*Dosis cada martes de Metotrexato 750 mg</p>	<p>crónicas, Generalitat valenciana Conselleria de sanitat 2010</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b> Las lesiones se observan menos endurecidas y a la colocación de los ungüentos mejora su hidratación, el paciente refiere que es muy lento el proceso de las cremas y medicamentos y que se siente desesperado. Dentro de la escala de FEDPALLA se mantiene en 15 puntos.</p>	



- **02 DE DICIEMBRE DEL 2015**

Se aborda al paciente en la consulta de nutrición, donde se menciona que el paciente no asiste a las citas consecutivas, se realiza valoración antropométrica, donde se clasifica con desnutrición severa. El paciente refiere que presenta sensación de llenado muy rápida, no tolera alimentos sólidos.

Se mantiene con licuados de 1000 Kcal en 900 ml para dividirlos en tres tomas de 300 ml distribuidas en 12 % proteínas y 35 % lípidos.

Hidratos de carbono adicionales con una medida de 30 grs de proteínas, más dieta sólida con alta densidad energética.

Se realiza comentario al médico que durante el abordaje hospitalario, el paciente refería que le desagradaba la comida del hospital y se observaba deprimido.

Se decide interconsulta con psicología, inicia manejo con suplementos alimentación y licuados proteicos para aumentar masa muscular.

VALORACIÓN ANTROPOMETRÍAS	
PESO	39.4 Kg
TALLA	1.67m
IMC	14.17
SC	1.26 m <sup>2</sup>

## REQUISITOS ALTERADOS

### REQUISITO NO. 7 Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.

El cabello se observa seco, con fácil desprendimiento, palidez generalizada +++, piel seca con lesiones ya mencionadas, mucosas orales hidratadas, refiere poca tolerancia a los alimentos sólidos, no presenta alteración en la mecánica de deglución, presenta náuseas posterior al desayuno, abdomen blando depresible, peristalsis presente, perímetro abdominal en 66.5 cm, se mantiene bajo la percentil 5 en peso, talla e índice de masa corporal, glicemias capilares de 80-90 mg /dl.

Se realiza valoración de los requerimientos calóricos con un resultado de 1, 936. 12 Kcal, con una ingesta de 829 kcal en 24 horas, muy por debajo lo necesario.

Sigue manteniendo una dieta baja en fibra, proteínas; solo come sopa, manzana en ocasiones y un trozo muy pequeño de carne, solo toma un vaso de agua al día, consume dulces, frituras y refresco.

Se pide interconsulta con psicología, solo se ha presentado a una cita en nutrición desde hace 6 meses. Se observa apático y enojado, niega estar delgado. La nutrióloga menciona que puede ser conductual, se valora con la escala de Hamilton (ANEXO 8) con una puntuación de 18/ 56 se mantiene en un estado clínicamente detectable, ya que presenta irritabilidad, se manifiesta en un estado de tensión, presenta insomnio, falta de interés por conservar su salud, variaciones en su estado de humor, dolores somáticos y se observa tenso e irritable.

• 02 DE DICIEMBRE DEL 2015

<b>RECEPTOR DEL CUIDADO:</b> Juan A.T.O		<b>ETAPA DE DESARROLLO:</b> Adolescente		
<b>AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:</b> Palacio Acuña Susana		<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Parcialmente compensatorio		
<b>REQUISITO DE AUTOCUIDADO</b>	<b>FACTORES BASICO CONDICIONANTES</b>	<b>FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO</b>	<b>DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO</b>	<b>CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO</b>
<b>Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.</b>  DÉFICIT DEL APOORTE NUTRICIONAL	<b>Estado de salud</b>	Ansiedad	Aporte calórico por debajo lo requerido, bajo peso, palidez tegumentaria, debilidad muscular y conducta negativa	Repertorio de habilidades diversas de enfermería para llevar a cabo operaciones de autocuidado
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Déficit del aporte nutricional r/c ansiedad m/p aporte calórico por debajo lo requerido, bajo peso, palidez tegumentaria, debilidad muscular y conducta negativa.				

<b>DIAGNOSTICO:</b> Déficit del aporte nutricional r/c ansiedad m/p aporte calórico por debajo lo requerido, bajo peso, palidez tegumentaria, debilidad muscular y conducta negativa.	
<b>OBJETIVOS:</b> Mejorar el aporte nutricional a través de dietas a complacencia y apoyo de multivitamínicos.	
<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN:</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>
+Peso	Elevar al paciente de la percentil 5 a la 10
+Aporte calórico	Aumentar de manera gradual Llevar de 829 Kcal a 1936.12
+Estado de salud	Mejorar condiciones de piel, cabello y dinámico
<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Parcialmente compensatorio	
<b>CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<b>INTERVENCIONES</b>  <b>(I) <u>Asesoramiento nutricional</u></b>  <b>ACCIONES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llevar un control de su talla y peso</li> <li>• Determinar el nivel de conocimientos del paciente</li> <li>• Animarlo a realizar auto registros de la alimentación</li> <li>• Interconsulta con nutrición</li> <li>• Fomentar el consumo de licuados proteicos y multivitamínicos</li> </ul>	<p>Dentro de las casusas de desnutrición asociada a la inadecuación nutricia se encuentran: inadecuación en la ingesta de macro y micronutrientes, alteraciones en la digestión, absorción, transporte, metabolismo, incremento en requerimientos nutricionales.</p> <p>Derivados de la patología de base e incremento en las pérdidas o catabolismo de nutrimentos.</p>

<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p><b>(I) Modificación de la conducta</b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la situación de hábitos deseables, animarle a examinar su propia conducta</li> <li>• Identificar la conducta que ha de cambiarse en términos específicos y concretos y motivar al cambio</li> <li>• Facilitar la implicación de familiares en el proceso de modificación</li> <li>• Motivarlo a la visita de las secciones de psicología</li> <li>• Realizar un seguimiento a largo plazo (contacto telefónico o personal)</li> </ul>	<p>El determinar la etapa del adolescente es de gran utilidad para brindar asesoramiento nutricional y para diseñar los programas educacionales</p> <p>Grosjean Nathalie. Caracterización de la conducta alimentaria, para el mantenimiento del peso corporal, en estudiantes mujeres de 12 - 18 años de edad, de un centro educativo público y un centro educativo privado de la ciudad capital; Guatemala, 2011</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b> El paciente se mantiene en la percentil 5, se observa más delgado y pálido, no se presenta en su consulta de nutrición</p>	

- **07 DE ENERO DEL 2016**

Se valora al paciente antes de la entrada a su consulta de trasplante, se le observa consciente, alerta, mucosas orales hidratadas, con mayor aumento de la movilidad en brazos, sin apoyo para deambular.

El paciente refiere que se encuentra en un nuevo tratamiento de transfusión de células mesenquimales, las cuales son para el mejoramiento del EICH cutáneo que presenta, el cual es bastante notable a la vista.

Este tratamiento inicio una semana posterior a la valoración realizada, con dosis semanales de las células a través de su catéter puerto.

Durante la entrevista la madre refería preocupación al manejo constante del catéter puerto, pero hasta el momento no había presentado datos de infección.

Solo el día sábado había presentado un pico febril en la noche de 37.8 C que había sido remitido con paracetamol 500mg VO.

El día 13 de enero del presente año, se encuentra al paciente en el servicio de UTIP con el diagnóstico de sepsis grave asociado a catéter puerto por Gram (-).

DATOS	10 de enero 2016	11 de enero 2016	12 de enero 2016
<b>FC</b>	160 POR MINUTO	72 POR MINUTO	63 POR MINUTO
<b>FR</b>	40 POR MINUTO	21 POR MINUTO	18 POR MINUTO
<b>T/A</b>	166/ 88mmHg	122/80 mmHg	100/65 mmHg
<b>TEMP</b>	37.9 C	36.5 C	36.5 C
<b>PESO</b>	39.4 Kg	-----	-----
<b>TALLA</b>	1.67 m	-----	-----

## REQUISITOS ALTERADOS

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

Se mantiene con los siguientes medicamentos:

\*Micotenolato 750 mg VO; La dosis recomendada de micotenolato mofetilo es de 600 mg/m<sup>2</sup>, administrada dos veces al día por vía oral (hasta un máximo de 2 g diarios), deben prescribirse únicamente a pacientes con una superficie corporal de 1,25 m<sup>2</sup> como mínimo. Los pacientes con una superficie corporal de 1,25 a 1,5 m<sup>2</sup> deben recibir una dosis de 750 mg dos veces al día.

\*Prednisona: 40 mg/día, IV; 20 mg

\*Amlodipino 2.4- 5 mg/día VO; 5 mg

\*Omeprazol 0.7-1 mg/kg/día IV; 40 mg

\*Paracetamol >20 Kg: 20 mg una vez al día IV: 500mg

\*Cefepime 4 g/día cada 8-12h IV; 150 mg

\*Vancomicina 10 mg/kg cada 6 h (40 mg/kg /día) IV 40 mg

Llenado capilar de 3 segundos, se mantiene con alteraciones de la tensión arterial con tendencia a la hipertensión 130 /80 mmHg, picos febriles de 38 grados, palidez tegumentaria ++ y debilidad generalizada.

- 07 enero del 2016

<b>RECEPTOR DEL CUIDADO:</b> Juan A.T.O		<b>ETAPA DE DESARROLLO:</b> Adolescente		
<b>AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:</b> Palacio Acuña Susana		<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Parcialmente compensatorio		
REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICO CONDICIONAN TES	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISTO	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	CAPACIDADES DEL AUTOCUIDADO
<p><b>Prevención de peligros para la vida, funcionamiento humano y el bienestar humano.</b></p> <p>LESIONES INFECCIOSAS POTENCIALES PARA LA VIDA</p>	<p><b>Estado de salud</b></p>	<p>Déficit inmunológico</p>	<p>Llenado capilar de 3 segundos, se mantiene con alteraciones de la tensión arterial con tendencia a la hipertensión 130 /80 mmHg, picos febriles de 38 grados, palidez tegumentaria ++ y debilidad generalizada.</p>	<p>Dependiente del personal de salud</p> <p>Utilización de los recursos hospitalarios</p>
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Lesiones potenciales e infecciones r/c déficit inmunológico m /p llenado capilar de 3 segundos, se mantiene con alteraciones de la tensión arterial con tendencia a la hipertensión 130 /80 mmHg, picos febriles de 38 grados, palidez tegumentaria ++ y debilidad generalizada.</p>				



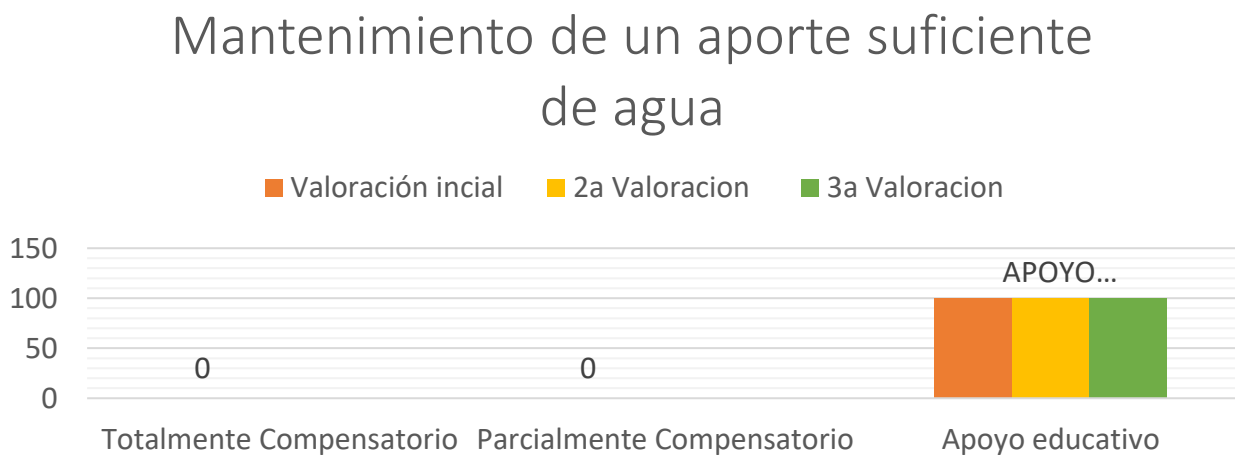
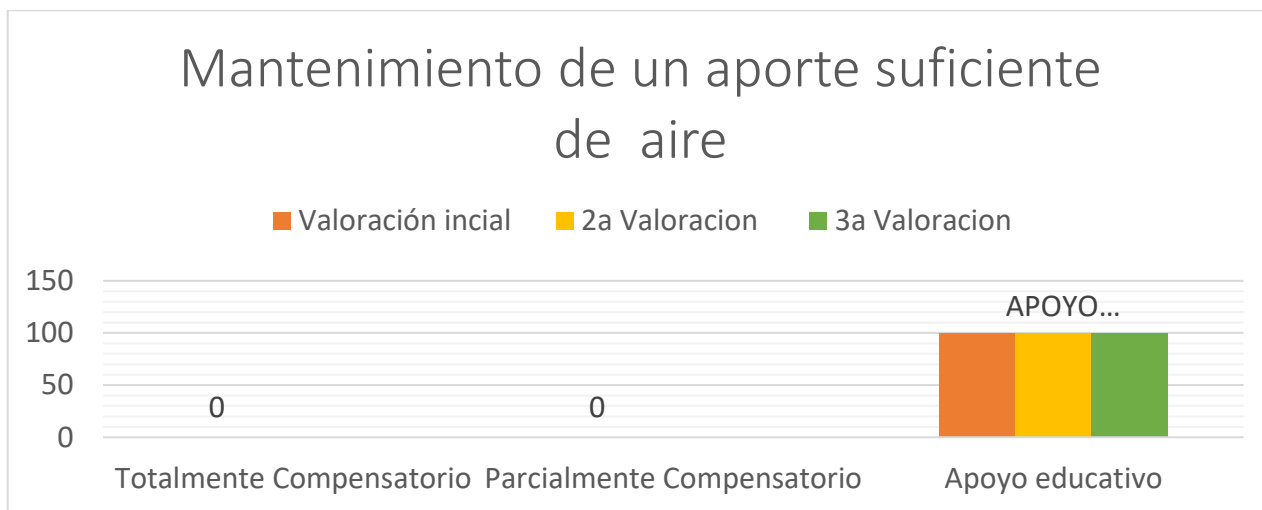
<p><b>DIAGNOSTICO:</b> Lesiones potenciales e infecciones r/c déficit inmunológico m /p llenado capilar de 3 segundos, se mantiene con alteraciones de la tensión arterial con tendencia a la hipertensión 130 /80 mmHg, picos febriles de 38 grados, palidez tegumentaria ++ y debilidad generalizada.</p>	
<p><b>OBJETIVOS:</b> Proporcionar un ambiente ideal para el paciente, con el fin de evitar nuevos agentes lesivos, que puedan comprometer su estado inmunológico</p>	
<p><b>INDICADORES DE EVALUACIÓN:</b></p> <p>Parámetros de laboratorio evitar leucopenia o leucocitosis.</p>	<p><b>RESULTADOS ESPERADOS:</b></p> <p>Leucocitos: 8000- 21.000 UI    Neutrófilos: 18.4%-36.3%    Linfocitos:39.3- 60.7%  Monocitos:6.3-13.4%    Eosinofilos:0.0- 6.7%  Basófilos:0.0-2.4%</p>
<p><b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Parcialmente compensatorio</p>	
<p><b>CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA</b></p>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN</b></p>
<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p><b>(I) <u>Control de la infección</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio, en especial de la serie blanca, que se mantengan dentro de sus parámetros normales. Vigilar valores de:</li> </ul> <p style="text-align: center;">Leucocitos: 8000- 21.000 UI</p> <p>Neutrófilos: 18.4%-36.3%    Linfocitos:39.3-60.7%    Monocitos:6.3-13.4%  Eosinofilos:0.0- 6.7%    Basófilos:0.0-2.4%</p>	<p>Los neutrófilos son los encargados de combatir a las bacterias extracelulares no encapsuladas y a los hongos levaduriformes y filamentosos. El defecto inmunológico más importante del componente fagocitario se denomina neutropenia, que puede ser clasificada en cualitativa o cuantitativa, pero también en: neutropenia significativa &lt; 1000 neutrófilos/mm<sup>3</sup>; neutropenia severa ≤ 500 neutrófilos/ mm<sup>3</sup>; y neutropenia muy severa ≤ 100 neutrófilos/mm<sup>3</sup>.</p> <p><small>Cuellar E, Infecciones en huéspedes inmunocomprometidos (REVISIÓN): Rev. Med Hered. 2013; 24: 156-161 Plan de vigilancia y control de infección nosocomial, servicio de medicina preventiva y salud pública; España. 2011</small></p>
<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p><b>(I) <u>Vigilancia de signos vitales</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar que el material se encuentre calibrado y en buen estado</li> </ul>	<p>La clasificación de los episodios febriles es importante desde punto de vista epidemiológico, clínico, terapéutico y pronóstico. Los focos clínicos más frecuentes son el orofaríngeo, sanguíneo, pulmonar y gastrointestinal. En el diagnóstico de neutropenia febril se deben considerar los</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Checar signos vitales por hora</li> <li>• Mantener parámetros de signos vitales dentro de los valores normales.</li> </ul>	<p>aspectos epidemiológico, clínico y los exámenes auxiliares.</p> <p>Cuellar E, Infecciones en huéspedes inmunocomprometidos (REVISIÓN): Rev Med Hered. 2013; 24: 156-161 Plan de vigilancia y control de infección nosocomial, servicio de medicina preventiva y salud pública; España. 2011</p>
<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p><b>(I) <u>Identificación de riesgos</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos y síntomas de presencia de una infección.</li> <li>• Mantener al paciente bajo aislamiento protector</li> <li>• Realizar aseo de manos aplicando los 5 momentos.</li> <li>• Utilizar dispositivos de barrera cada que se utilice el catéter (guantes, cubre bocas y bata).</li> </ul>	<p>Los pacientes inmunodeprimidos varían su susceptibilidad a infecciones nosocomiales dependiendo de la gravedad y duración de la inmunodepresión.</p> <p>Las medidas de prevención de infecciones en neutropenia son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Precauciones estándar (principalmente higiene de manos y uso de barreras)</li> <li>-Aislamiento en habitación individual con presión positiva y filtros HEPA y</li> <li>– Profilaxis anti-infecciosas.</li> </ul> <p>El AISLAMIENTO PROTECTOR consiste en proporcionar un medioambiente seguro para aquellos pacientes susceptibles de padecer una infección debido a su inmunodepresión. Se aplicarán las PRECAUCIONES ESTÁNDAR. Ello reducirá la adquisición de microorganismos desde otros pacientes, trabajadores, familiares o desde el medioambiente.</p> <p>Duarte M. FunLarguía; <a href="http://www.funlargaia.org.ar/Herramientas/Guia-de-Prevencion-de-Infecciones-Intra-Hospitalarias/Aislamientos">http://www.funlargaia.org.ar/Herramientas/Guia-de-Prevencion-de-Infecciones-Intra-Hospitalarias/Aislamientos</a>. Argentina; 2011. Fecha de consulta febrero 2016.</p>
<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p><b>(I) <u>Seguimiento de las políticas sanitarias (manejo y control de catéter)</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar manipulación del catéter por parte del personal capacitado contando con un área adecuada y equipada.</li> <li>• Realizar técnica aséptica antes de abrir el catéter, realizando aseo con agua y</li> </ul>	<p>El uso de dispositivos intravenosos incrementa el riesgo de contraer infecciones para el paciente dentro del hospital. Se ha demostrado que la mayoría de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, son prevenibles y su eliminación es posible, particularmente para las infecciones del torrente sanguíneo. Para la prevención de bacteriemias asociadas a catéteres venosos centrales se deben seguir los seis componentes básicos de la Campaña Sectorial “Bacteriemia Cero”</p>

<p>jabón y posteriormente el uso de clorhexidina</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener a la mano el material necesario para su manipulación como son las agujas quirúrgicas con aleta de HUBER.</li> </ul>	<p>Villalobos S. cuidados y generalidades sobre catéteres venosos centrales; Rev. Enferm IMSS, 2012; 11 (1): 29-34.</p>
<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p><b>(I) <u>Control de la medicación</u></b></p> <p><b>ACCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener vigilada la aplicación de antibióticos</li> <li>• Aplicación de los 10 correctos</li> <li>• Vigilancia de reacciones adversas</li> </ul> <p>* Cefepime 150 mg IV c/8</p> <p>*Vancomicina 40 mg IV c/12</p>	<p><b>DOSIFICACIÓN DEL CEFEPIME:</b></p> <p>Niños mayores de 12 años pero con peso menor de 40 Kg: 100 mg/kg/día c /12horas</p> <p>En infecciones graves la dosis aumenta a 150 mg/kg/dosis cada 8 horas</p> <p>Niños mayores de 12 años que pesan más de 40 kg 4 g/día cada 8-12 hrs.</p> <p><b>DOSIFICACIÓN DE LA VANCOMICINA:</b></p> <p>10 mg/kg cada 6 horas (40 mg/kg/día) la dosis no debe de exceder de los 2 gramos al día</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b> El paciente mantiene en parámetros de laboratorio normales, solo presento durante la semana un pico febril de 38 grados, que es remitido a través de medios físicos y sigue con esquema microbiano por el momento.</p>	

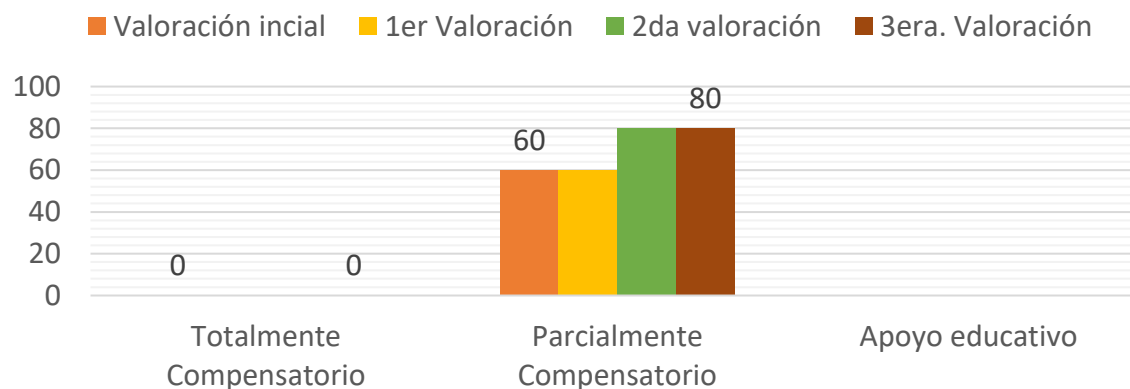
## 11. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presenta los resultados obtenidos de manera gráfica, mostrando el uso de los sistemas de enfermería y como estos influyeron en el manejo del paciente con respecto a su estado de salud y a la efectividad observada del plan de cuidados establecido.



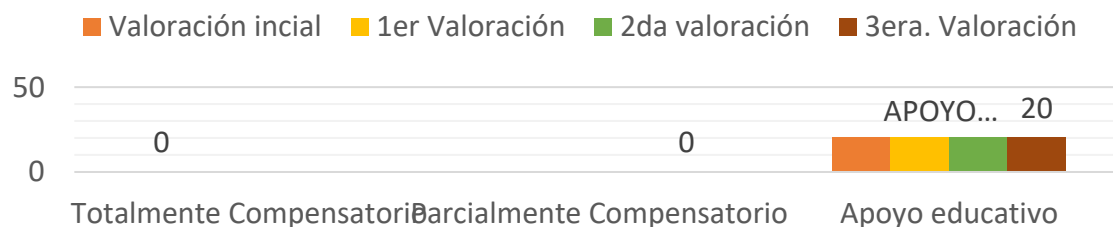
Dentro del requisito de un aporte suficiente de aire y agua se mantuvo un apoyo educativo, capacitando al paciente en el control de la presión arterial, así como el de hidratación con el fin de evitar posibles riesgos.

## Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos



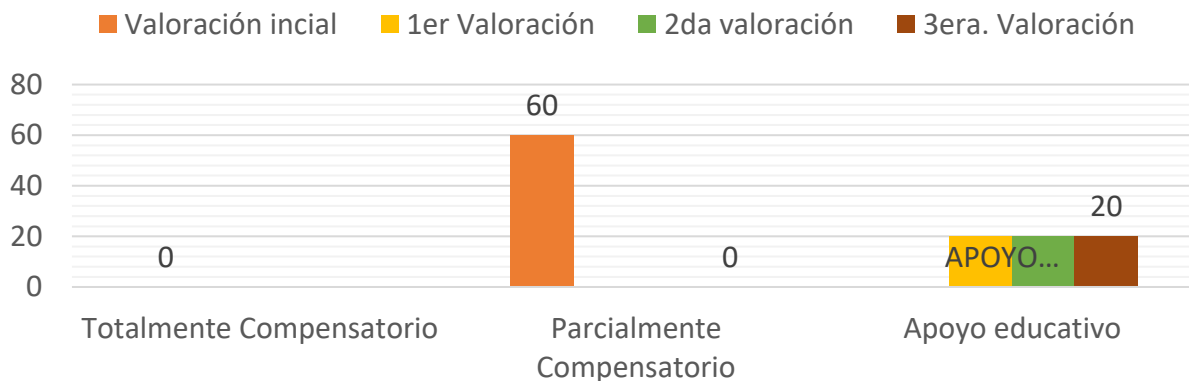
En el requisito de un aporte suficiente de alimentos su manejo fue parcialmente compensatorio ya que contaba con un plan nutricional, solo se buscó el poder integrarlo a su vida cotidiana y proporcionando las medidas que ayudaran al paciente aplicarlo, fue un requisito que requirió de más tiempo de abordaje. Pero en la última valoración focalizada el paciente se observó un descenso drástico, necesitando de apoyo multidisciplinario, el cual rehusó el paciente.

## Provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos



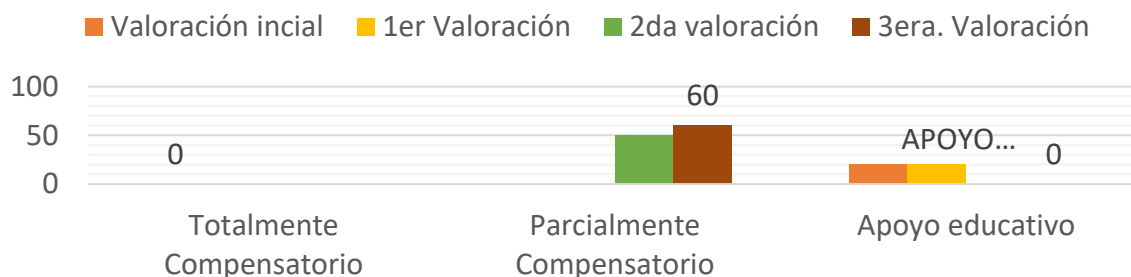
En el requisito de provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos, no se vio alterado durante la valoración del paciente, se da apoyo educativo.

## Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo



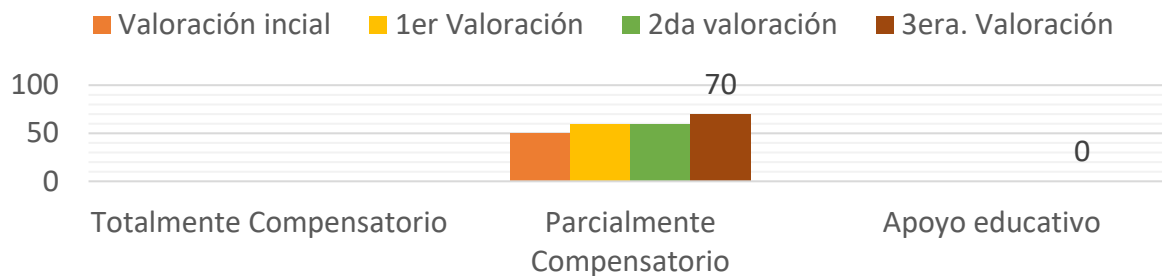
Dentro del requisito de mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo el sistema de enfermería que se utilizó más fue el de parcialmente compensatorio, proporcionando medidas de apoyo tanto al familiar como al paciente, tanto la alteración del patrón de sueño como los diagnósticos de movilidad se vieron mejorados.

## Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social



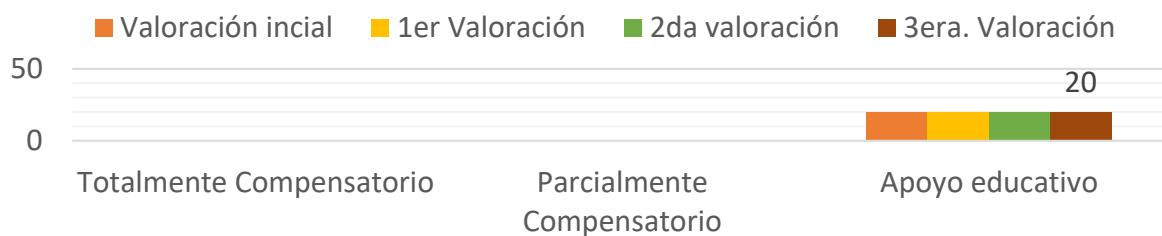
En el requisito de mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social, se apoyó al paciente primero con apoyo educativo, mejorando su estado conductual y sus emociones, se comenzó un manejo multidisciplinario, pero el paciente no se presentó a las consultas de psicología.

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



Dentro del requisito de peligros para la vida, el funcionamiento humano y bienestar humano, fue el requisito más alterado durante todo su abordaje, dentro de este requisito se abordaron diferentes problemas, pero teniendo de base siempre el desapego al tratamiento terapéutica, se crearon estrategias de abordaje así como el manejo multidisciplinario, se convirtió en totalmente compensatorio, durante la tercera valoración al encontrarlo en la terapia intensiva.

## 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...



Dentro de este requisito el apoyo educativo fue esencial para que el paciente estuviera consciente de su estado de salud y que es importante su abordaje oportuno.

## 12. PLAN DE ALTA

El plan de alta consiste en una serie de recomendaciones que se le dan a conocer al paciente de forma oral o escrita; de tal manera que sea comprendido por el paciente o su cuidador.

La promoción a la salud y la prevención de la enfermedad son estrategias no exclusivas del trabajo en la comunidad: por el contrario, deben estar presentes a lo largo de todo el proceso salud- enfermedad y tiene aplicación tanto individual como grupal y los que se encuentran muy presentes en este ámbito son el personal de enfermería.

El elaborar un plan de alta es con la función de obtener una herramienta fundamental que apoye al paciente al salir de la institución, en el abordaje de su salud. Dotándolo de nuevos conocimientos y actitudes.

Los conocimientos que se van a plasmar en el plan de alta son toda la información que requiere tanto el paciente como su familia para responder adecuadamente a las necesidades generadas por la enfermedad. Esto para prevenir recaídas, complicaciones o aparición de nuevas enfermedades.

LETRA	SIGNIFICADO	OBSERVACIONES
<p><b>Motivación al autocuidado</b></p> <p><b>Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo</b></p>	COMUNICACIÓN	<p>CITAS:</p> <p>Todos los martes cita en AQUA para dosis semanal de Metotrexato.</p> <p>Cita jueves 5 de Noviembre 2015 en el consultorio de trasplante, para su seguimiento.</p> <p>Cita mensual en el servicio de la unidad de inmunoterapia</p>



		<p>de corta estancia, para su aplicación de Gammaglobulina Humana</p> <p>+El mantener en control las citas terapéuticas permite llevar un mejor control del progreso del paciente en cuanto a los requisitos alterados ya abordados.</p> <p>Se proporciona teléfono personal de la enfermera para resolver dudas con respecto al tratamiento, así como para tener mejor abordaje.</p>
<p><b>U</b></p>	<p>URGENCIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolores de cabeza intensos</li> <li>• Mareos y/o vómitos</li> <li>• Perdida de la consciencia o alteración a nivel neurológico</li> <li>• Valores de T/A elevados</li> <li>• Fiebre de difícil control</li> <li>• Presencia de acufenos o fosfenos</li> <li>• Presencia de signos de infección de heridas o catéter</li> </ul> <p>Se explica el abordaje adecuado con respecto a los signos de alarma, que él podría presentar; ya que al ser un paciente inmunocomprometido corre un mayor riesgo de presentar una complicación.</p> <p>Por lo que sensibiliza a él y a su cuidador primario, para abordar de manera oportuna los signos de alarma.</p>

<b>I</b>	INFOR- MACIÓN	Se proporciona información en cuando a dieta, higiene y toma de tensión arterial
<b>D</b>	DIETA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja en sales, grasas y azucares</li> <li>• Aumento en el consumo de agua natural</li> <li>• Se proporciona plato del buen comer</li> <li>• Lista de alimentos con aporte calórico adecuado</li> </ul>
<b>A</b>	AM- BIENTE	<p>Manejo de ropa de algodón y humectación de la piel. Se realiza hincapié en recibir apoyo para deambular.</p> <p>Baño diario, con jabones neutros, evitar el uso de talcos o perfumes</p> <p>Protección de la piel al sol</p>
<b>R</b>	RECREA- CIÓN	Seguir con sus actividades cotidianas, se le motiva a que continúe con sus estudios y se le proporciona apoyo para resolver dudas en cuanto a su salud.
<b>M</b>	MEDICA- MENTOS	<p>*Aciclovir 425 mg VO al día en dos tomas</p> <p>*Prednisona 20 mg VO c/12 hr</p> <p>* Omeprazol 40 mg VO c/12 hr</p>

		<p>*Sucrofalto 1 gr VO c/24 horas</p> <p>*Amlodipino 2.5 mg VO c/24 hr.</p> <p>*Enalapril 5 mg VO por las mañanas</p> <p>Se entrega un pequeño cuadro con la información más relevante de los medicamentos.</p>
<b>E</b>	<b>ESPIRITUALIDAD</b>	<p>Se le proporciona apoyo y acompañamiento tanto al paciente como a su madre.</p> <p>Cuentan con el apoyo ante cualquier duda o problema que se presente durante el manejo del paciente.</p>

## TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

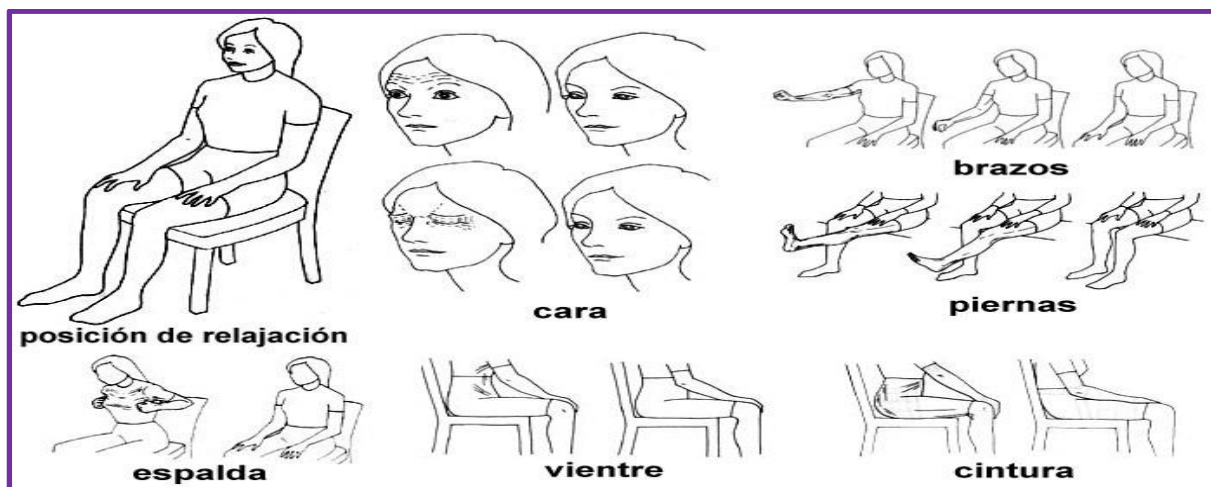
Para evitar crisis de ansiedad y estrés se pueden aplicar de manera sencilla y rápida los siguientes ejercicios, los cuales puede aplicar en casa o en el hospital.

**RESPIRACIÓN:** Se comienza inspirando muy lentamente, dejando que el aire entre por los pulmones hasta el abdomen. Mientras inspiramos, notamos como se llenan los pulmones. Después, lentamente vamos sacando el aire, imaginando que los pulmones son un globo que vamos desinflando poco a poco.

Repetimos esta respiración, y visualización varias veces hasta que nos notemos relajados.



**TÉCNICA DE JABSON:** Esta técnica en una serie de ejercicios, lo cuales; se pueden realizar ya sea acostados o sentados, se inician con ejercicios de la cara abrimos nuestros ojos y los cerramos arrugando la frente esto por cinco segundos, notando la tensión que se hace en la zona, después iremos relajando despacio; haremos lo mismo con la nariz y la boca y con las extremidades.



## HORARIO PARA MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS	DOSIS	HORARIOS

## CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL

FECHA Y HORA	VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL

## HIGIENE DE LA PIEL

**¿Qué importancia tiene la piel?**

La piel constituye una de las primeras barreras del organismo para defender el cuerpo.



**¿Por qué es importante la higiene de la piel?**

Es importante por que disminuye la acumulación del sudor que favorece la aparición de infecciones y del mal olor.



**¿Qué materiales se debe de utilizar para una buena higiene de la piel?**

- Jabón
- Agua
- Toalla personal
- Desodorante



**¿Por qué es importante la higiene del cabello?**

Es importante porque nos ayuda a disminuir la suciedad de cuero cabelludo; ya que se ensucia con mucha facilidad, como también retiene el polvo, por las secreciones propias del cuero cabelludo; también ayuda a prevenir la aparición de pediculosis.



## EJERCICIOS ACTIVOS Y PASIVOS



## LISTA DE ALIMENTOS PERMITIDOS

TIPO ALIMENTO	NO PERMITIDO	PERMITIDO
<b>FARINACEOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PRODUCTOS DE GRANOS CRUDOS</li> <li>PAN CON GRANOS, SEMILLAS O FRUTOS SECOS</li> <li>AVENA</li> <li>PASTA FRESCA NO COCIDA</li> <li>ENSALADA DE PASTA CON VERDURA O HUEVO CRUDO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PAN Y BOLLERÍA: tostadas, galletas, magdalena</li> <li>SIEMPRE EN ENVASE INDIVIDUAL</li> <li>PASTA Y ARROZ COCINADOS</li> </ul>
<b>VERDURAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>VERDURA CRUDA</li> <li>LECHUGA</li> <li>ZUMO DE VERDURA NO PASTEURIZADO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TODO TIPO DE VERDURA COCIDA</li> <li>ZUMO DE VERDURA ENVASADO DE FORMA INDIVIDUAL (PASTEURIZADO)</li> </ul>
<b>FRUTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FRUTA FRESCA SIN LAVAR</li> <li>ZUMOS NO ENVASADOS ( NO PASTEURIZADOS)</li> <li>FRUTA NO PERMITIDA</li> <li>KIWI, FRESA, MELOCOTÓN, UVA Y CEREZA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ZUMOS ENVASADOS Y/O PASTEURIZADOS</li> <li>FRUTA LAVADA, excepto la no permitida, aunque tengan la piel gruesa tipo naranja pítano se debe lavar</li> <li>SANDÍA Y MELÓN, se lavará y se podrá comer siempre que se emplee en ese momento, el resto se desechará</li> </ul>
<b>LÁCTEOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LÁCTEOS NO PASTEURIZADOS: tipo yogurt, quesos fermentados y/o curados</li> <li>QUESO NO PASTEURIZADO: tipo maduro con moho y quesos azules, brie, camembert, roquefort, stilton, gorgonzola, blue</li> <li>QUESOS CON HIERBAS O VERDURAS SIN COCER</li> <li>QUESO FRESCO/BLANCO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LECHE PASTEURIZADA, siempre re-dén a abierta o envasada individual</li> <li>POSTRES LÁCTEOS PASTEURIZADOS</li> <li>QUESO PASTEURIZADO: tipo americano, suizo, parmesano, mozzarella y cheddar ligero o medio</li> <li>SIEMPRE ENVASADO DE FORMA INDIVIDUAL</li> <li>EJEMPLO: CASERÍO, QUESO EN LONGHAS...</li> </ul>
<b>SOPAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOPAS FRÍAS: GAZPACHO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOPAS COCINADAS</li> </ul>
<b>CARNES Y PESCADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CARNES, PESCADOS Y AVES CRUDOS, POCO COCIDO O MEDIO COCIDO</li> <li>PESCADO AHUMADO, tipo salmón</li> <li>PESCADO EN ESCABECHE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CARNES, PESCADOS Y AVES BIEN COCINADO. Tipo bistec, canelones, albóndigas, butifarra, salchichas, lomo, hamburguesas, pollo...</li> </ul>
<b>BEBIDAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AGUA DEL GRIFO</li> <li>INFUSIONES</li> <li>TÉ FRÍO ENVASADO (tipo Nestlé) O NATURAL</li> <li>HIELO DE LAS MÁQUINAS COMERCIALES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AGUA SIEMPRE EMBOTELLADA</li> <li>CAFÉ SIEMPRE CON AGUA HERVIDA Y EN ENVASE INDIVIDUAL</li> <li>REFRESCOS CON O SIN GAS EMBOTELLADOS INDIVIDUALMENTE</li> <li>SUPLEMENTOS NUTRITIVOS ENLATADOS, LÍQUIDOS O EN POLVO</li> </ul>
<b>ACEITE, SAL Y CONDIMENTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CONDIMENTOS CRUDOS Y/O ESPECIES. Tipo ajo, perejil, menta, pimentón...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ACEITE VEGETAL</li> <li>MARGARINA</li> <li>MAYONESA</li> <li>SAL SIEMPRE ENVASADOS DE FORMA INDIVIDUAL</li> </ul>
<b>DULCES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MIEL CRUDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AZÚCAR GRANULADA, AZÚCAR NEGRA Y/O SACARINA</li> <li>MERMELADA</li> <li>ALMÍBAR</li> <li>MIEL PASTEURIZADA. SIEMPRE ENVASADOS DE FORMA INDIVIDUAL</li> </ul>

### **13. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

El manejo de pacientes con problemas inmunológicas, presentan alteraciones en todos los requisitos universales, por lo que la prevención es un factor importante.

Dentro de los artículos consultados, se observa que existe muy poca información, en el área de enfermería, por lo que, esto motiva a seguir realizando investigaciones y medidas de manejo para este tipo de pacientes. Enfermería es una disciplina que crece de manera desproporcionada y empieza abarcar áreas inimaginables, y la inmunología es una de ellas. Es por eso, que como personal de salud debemos conocer la importancia del sistema inmunológico y cómo poder desarrollar guías preventivas y de cuidado para los pacientes que presentan alteración en este sistema; poder proporcionar una base científica fundamentada, para la aplicación de intervenciones de enfermería.

La finalidad de este estudio de caso fue brindar medidas de apoyo al paciente y su cuidador primario, para mejorar el estado de salud del mismo paciente, éste al encontrarse en la adolescencia, debe adquirir una serie de conocimientos que aplique de manera independiente, para mejorar su calidad de vida y que pueda llegar a una etapa adulta de manera óptima.

Por lo que uno de mis objetivos en este trabajo fue el de brindarle conocimientos flexibles al paciente, para fomentar el autocuidado y mantener un apego más riguroso al tratamiento.

Al ser un paciente inmunocomprometido, las restricciones a ciertas actividades y alimentos, son muy comunes; por lo que informar y orientar a los pacientes con respecto a estas situaciones y el promover medidas alternativas a estas situaciones; es una medida de apoyo.

El manejo de los pacientes con problemas inmunológicos es muy complejo ya que se ven alterados todos sus requisitos universales, por lo que su abordaje es amplio; por lo tanto el poder realizar de manera óptima una valoración clínica, permite idear un plan de cuidados que prevenga futuras complicaciones. Además el manejo de



estos pacientes es tan flexible y cambiante que se presta a encontrar nuevas medidas e intervenciones de cuidado.

El poder trabajar con un paciente adolescente proporciona ciertas ventajas, ya que se presta a recibir información nueva, además de que se muestran más conscientes de la importancia de autocuidarse.

Para el paciente adolescente con una enfermedad crónica, surgen nuevos retos en su vida; ya que deben aprender a sobrellevar una enfermedad y a combinarla con sus actividades diarias, sin que estas se vean bloqueadas. Por lo que su interés dentro de esta etapa es encontrar medidas simples y sencillas para su cuidado. Y estas son desde un cuidado de la higiene constante, hasta llevar simplemente una alimentación balanceada, sin aplicar mucho esfuerzo y tiempo en llevar a cabo lo antes mencionado.

Por lo que educar y buscar medidas de apoyo para el paciente adolescente es una prioridad, crear el ambiente adecuado, entre paciente- enfermera, ayuda a que el adolescente se sienta con la libre confianza de preguntar y resolver sus dudas.

La elaboración de este estudio de caso me permitió ayudar al paciente, aplicando nuevas técnicas que aprendí como estudiante de posgrado en enfermería infantil.

El poder aplicar todos los conocimientos adquiridos en el salón de clase; ya que el realizar una valoración clínica detallada, oriento a visualizar el panorama que se me presentaba, por lo que fue más amplio el abordaje correcto del paciente, esto con el único fin de fomentar el autocuidado del paciente, así como medidas de ayuda a su cuidador primario. Al elaborar este estudio de caso espero fomentar a las nuevas investigaciones en el área de inmunología por parte de enfermería, con el fin de que vayan enfocadas a educar a los pacientes, y explicarles la importancia del apego a los tratamientos, que mejoran el sistema inmunológico.

## **SUGERENCIAS.**

Para la disciplina de enfermería es importante concientizar a las nuevas generaciones creando en ellas un gran sentido de responsabilidad con la profesión, esto a través de fomentar la investigación, ayudando a mejorar la calidad de los cuidados proporcionados.

El estudio de caso presentado espera cumplir con guía de apoyo para todo el personal de enfermería que se interese en el cuidado de los pacientes inmunológicos con enfermedades crónicas y como nuestras intervenciones pueden impactar en la calidad de vida de los pacientes que se encuentran con un desapego al tratamiento.

## 14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

15. Al- Herz W, Boushifa A, Casanova JL, Chapel H, Conley ME, Cunningham – Rudeless Ch, et al. Primary immunodeficiency diseases: an update on the classification from the International Union of Immunodeficiency. *Front Immunol.*2014; 2:54
16. García JM, Santos – Díez L, Dopazo L. Diagnóstico de las inmunodeficiencias primarias. *Protoc diagn ter pediatr.* 2013; 1: 81-92.
17. Informe: estudios genéticos en inmunodeficiencias primarias. Grupo de Trabajo de Inmunología clínica (Sociedad española de Inmunología clínica y Alergología Pediátrica) 2012 (en línea). Disponible en: <http://www.seicap.es>.
18. Domínguez M, Rodas A. Enfermedad Injerto Contra Huésped; *Rev. Cent Dermatol Pascua.* Vol. 21, Núm. 3. Sep- Dic 2014.
19. Beirana A, Alcalá D, Franco A. Enfermedad Injerto contra huésped; *Rev Cent Dermatol Pascua* Vol. 9, Núm. 2. May- Ago 2000.
20. Flores D, Urzúa A. Propuesta de evaluación de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad crónica en adolescentes. *Rev. Chil Pediatr.* 2016; Vol. 87 Núm. 3 169-174.
21. Vargas J, García E, Ibáñez E. Adolescencia y enfermedades crónicas: una aproximación desde la teoría de la diferenciación; *Revista electrónica de psicología de Iztacala, UNAM.* 2011 Vol. 14 Núm. 1
22. Fulmer T, Melnyk B, Thorpe K, Van Orman S. The Forgotten chronic disease: Mental health among teens and Young adults. 2015 *Health Affairs. org.* Disponible: <http://healthaffairs.org/blog/2015/10/01/the-forgotten-chronic-disease-mental-health-among-teens-and-young-adults/>
23. Zubarew T, Correa L, Bedregal P, Besoin C, Reinosos A, Velarde M et al. Transición de adolescentes portadores de enfermedades crónicas desde servicios pediátricos a servicios adultos: Recomendaciones de la rama de adolescencia de la sociedad chilena de pediatría. *Rev Chil. Pediatr.* 2017 Vol. 88 Núm. 4 553- 560.
24. Pascual A, Caballo C. Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enferm. Glob.* 2017 Vol. 16 Núm. 46 281- 294.
25. Ibarra O, Morillo R, Rudi N. Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados del “Día de la adherencia” del 2013. *Farm Hosp.* 2015; 39 (2):109-113.
26. Kjeldsen J. Organización Mundial de la Salud, 2017. Fecha de consulta febrero 2017 <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
27. García N, Cárdenas L, Arana B. construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería; *Texto Contexto Enferm, Florianópolis,* 2013; 20 (Esp): 74-80.
28. Espinosa A, Morán L. Paradigmas que subyacen en la investigación de enfermería, ENEO, 2015.
29. Martínez L, Olvera G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería; *Rev. Enferm Inst Mex Soc.* 2013; Vol. 19 Núm. 2 105-108.
30. Galvis A. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica, *revista cuidarte.* Colombia, 2015; Vol. 6 Núm. 2: 1108-1120.
31. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orém punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron.* 2014; Vol. 36 Núm. 6: 835-845.

32. Álvarez R, González F. El paradigma de la transformación: Escuela de cuidado (cuidado Caring), 2014 <https://mraquin.files.wordpress.com/2014/04/escuela-del-caring.pdf> fecha de consulta: 17/07/2017.
33. Tomey A, Alligood M, Modelos y teorías de enfermería; sexta edición. Elsevier Mosby, 2014.
34. Pereda M. Explorando la Teoría general del Autocuidado de Enfermería de Orem; *Enf Neurol (Mex)* 2013; Vol. 10 Núm. 3: 163-167.
35. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron.* 2014; Vol. 36 Núm. 6: 835-845.
36. Balán GC, Franco OM. Teorías y Modelos de Enfermería, antología; bases teóricas para el cuidado especializado. 2ª ed. México: UNAM. ENEO; 2009.
37. Berdayes Martínez D. Desarrollo teórico de enfermería. Conferencia impartida en la Facultad de Enfermería Lidia Doce. Jornada por el Día de la Enfermería. La Habana: Facultad de Enfermería Lidia Doce; 2014.
38. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. El Proceso de Atención de Enfermería, UNAM; 2014. <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>
39. Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los leguajes NNN, primera edición, España; 2014.
40. F.U.D.E; Valoración de enfermería; [http://www.ome.es/media/docs/G1-Doc.%20Valoraci%C3%B3n\\_enfermera.pdf](http://www.ome.es/media/docs/G1-Doc.%20Valoraci%C3%B3n_enfermera.pdf) Fecha de actualización: diciembre 2013; fecha de consulta: 21/07/17.
41. Gleadle J. Historia Clínica y Exploración Física en una mirada Primera Edición. México D.F, McGraw-Hill, Inter-americana, 2014.
42. Rosales S, Reyes E. fundamentos de enfermería; tercera edición, México D.F. Manual moderno, 2013
43. Reina N. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Rev. Redalyc.* 2010; Vol. 17 Núm. 1: 83-23.
44. Gómez L, Rodríguez L. Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atención de enfermería. *Rev. Cuid.* 2013. Vol. 4 Núm. 1: 544-549.
45. Armendáriz A, teorías de enfermería y su relación con el proceso de atención de enfermería; *Synthesis.* <http://www.uach.mx> Fecha de actualización: Enero 2012 fecha de consulta: 13/02/18.
46. Ortega C, el cuidado de enfermería; *Revista Mexicana de Enfermería Cardiología.* Vol. 10 Núm. 3 2002: 88-89.
47. Cisneros F. TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA, <http://artemisa.unicauca.edu.com>. Fecha de actualización 2014, Fecha de consulta 17/02/17.
48. Ágora C. Manual EIR modelos y teorías de enfermería; Edición: 9. Las Palmas Gran Canaria: Academia ágora, 2015.
49. Martínez C, Ulloa V, Mosso C. Enfermedad granulomatosa crónica en paciente pediátrico y trasplante de medula ósea como tratamiento curativo; *revista ANACEM* 2015; Vol. 9 Núm. 1: 30-34.
50. Marsán V, Lázaro O, Consuelo A. Enfermedad Granulomatosa Crónica, *Revista cubana de Hematol, Inmunol y Hemoter.* 2014; Vol. 30 Núm. 3:280-287.

51. Ramírez G, Berrón L, Blancas L. Diagnóstico de la enfermedad granulomatosa crónica; pacientes y portadoras; Rev. Alergia Mex. 2014; Vol.58 Núm. 2: 120- 125.
52. Chronic Granulomatous Disorder (CGS). Enfermedad granulomatosa crónica, guía para profesionales médicos, 2014 <http://www.cgdsociety.org>.
53. Matías F. Enfermedad injerto contra huésped cutáneo en el trasplante alogénico de médula ósea; Hosp Uni. Austria, Buenos Aires. Fecha de aprobación 28/06/2010, Fecha de consulta: 19/11/15. [file:///C:/Users/anasu\\_000/Desktop/estudio%20de%20caso/497-3064-1-PB.pdf](file:///C:/Users/anasu_000/Desktop/estudio%20de%20caso/497-3064-1-PB.pdf)
54. UNICEF México; 2017. <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17054.htm>.
55. García A, La hospitalización de la infancia en Europa: desafíos y retos para la educación; TABANQUE revista pedagógica. 2014; Vol. 26 89-112.
56. Siruana C. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural; España; VERITAS 2013 Vol. 22. 121-157.
57. Universidad Nacional de Asunción Politécnica. Principios bioéticos; Chile 2013. Fecha de consulta 21/11/2015 <http://www.pol.una.py>
58. Martínez D, Rodríguez Y, Cuan M. Aspectos éticos en pediatría. Fecha de aprobación: 6 de Diciembre de 2013, Fecha de consulta: 08 de Octubre del 2015 <http://bvs.sld.cu>.
59. Bilbao, año de última actualización 2016, fecha de consulta: julio 2016 <http://www.biz-kaia.eus>
60. Pinto B. Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano; Revista Colombiana de bioética 2013; Vol. 8 Núm. 1. 145-165.
61. FES IZTACALA, UNAM; Fecha de última actualización 2013, fecha de consulta julio 2016. <http://enfermeria.iztacala.unam.mx>.
62. Gonzalo D, Butte B, Palma P. Enfermedad granulomatosa crónica: tres casos clínicos con diferentes formas de presentación; Rev. Chil Pediatr. 2015; Vol. 86 Núm. 2: 112-116.
63. Velásquez M, Luz A, Arango R. Importancia de la terapia génica en la enfermedad granulomatosa crónica. Revista médica Universidad de Antioquia; 2017. Vol. 18 Núm. 3, 308.
64. IMSS. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y manejo de la dermatitis atópica desde el nacimiento hasta 16 años de edad en el primer nivel de atención médica, 2009
65. IMSS. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del hipertensión arterial en el primer nivel de atención, 2014
66. IMSS. Guía de práctica clínica: tratamiento farmacológico en la granulomatosis de Wegener, 2014.
67. IMSS. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto, 2015.
68. IMSS. Guías de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto, 2010.
69. Guía de práctica clínica para el abordaje del adolescente con infección de VIH, octubre 2015
70. Guía de práctica clínica para el abordaje del adolescente con infección, 2010
71. C. Grau, M Fernández. Familia y enfermedad crónica pediátrica; **Anales** Sis. San Navarra, 2010 vol.33 no.2;
72. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. NICE, 2013

73. Guía de práctica clínica Intervenciones de enfermería para detección, atención y control de los trastornos de la conducta, en niños y adolescentes en el primer nivel de atención, 2017.
74. Guía en el manejo del dolor crónico, Fundación Josep Laporte; universidad de pacientes. Esp; 2012
75. Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención; 2011
76. Guía de referencia Rápida, intervenciones de enfermería para la valoración y manejo del dolor agudo en pacientes de 3 a 16 años, México; Instituto Mexicano del Seguro Social , 2016
77. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del sueño, Referencia rápida. México CENETEC, 2011
78. Guía de práctica clínica, Intervenciones de enfermería en la atención del adulto mayor con síndrome de inmovilidad; 2014
79. GRUPO CTO. Cuidados generales de la piel, 2011; España  
[http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN\\_OPECaMa\\_CapM.pdf](http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_OPECaMa_CapM.pdf) Rodríguez H, Velásquez
80. E. Enfermedad injerto contra huésped; dermatología Rev Mex 2011; 50: 174-84  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2006/rmd065b.pdf>
81. Vera H, Luengas E. Secretaria de salud, Manual para la prevención de infecciones y riesgos profesionales en la práctica de estomatología en la república mexicana  
[https://c.ymcdn.com/sites/www.osap.org/resource/resmgr/Docs/3\\_manualprevencioncontroles.pdf](https://c.ymcdn.com/sites/www.osap.org/resource/resmgr/Docs/3_manualprevencioncontroles.pdf)
82. Cuellar L. Infecciones en huéspedes inmunocomprometidos; Instituto de enfermedades neoplásicas, Perú. Rev Med Hered. 2013; 24: 156-161.  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n2/v24n2r2.pdf>
83. Detección y manejo del colapso del cuidador, México: Secretaria de salud: 2015
84. Cabrolier E, Sandoval Y. Autocuidado en adolescentes con cáncer. Chile Artículo recibido el 7 de enero, 2011. Aceptado en versión corregida el 17 de marzo, 2011.  
[http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/22-1/autocuidado\\_adolescentes.pdf](http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/22-1/autocuidado_adolescentes.pdf);
85. Murphy E. la promoción de comportamientos saludables. Fecha de consulta 09.12.15  
[http://www.prb.org/pdf06/PromotingHealthyBehaviorPB\\_SP.pdf](http://www.prb.org/pdf06/PromotingHealthyBehaviorPB_SP.pdf)
86. Contreras C, Galicia E. SEDENA Y SEMAR; Guía de práctica clínica, prevención y tratamiento de úlceras por presión primer nivel, Secretaria de Salud. 2011  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105\\_GPC\\_Ulcpresion](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_Ulcpresion)
87. Mónica G, Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel, Bogotá durante el mes de agosto del 2008.
88. Costas M, Prado V, Crespo J. Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol; C. Med. Psicosom N 107, 2013
89. Lizarbe T, Pérez B, Durán P. Intervención del terapeuta ocupacional en la atención a población infanto juvenil con problemas de salud mental en Navarra; COTONA-NALTE, abril 2014.

## 15.ANEXOS

### ANEXO 1.- ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

PUNTAJE: 15 PUNTOS consciente

### ANEXO 2.- ESCALA DE SCORE, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Score de Insuficiencia Respiratoria Aguda				
Puntaje	Frec. resp.	Sibilancias*	Cianosis	Uso musculatura
0	<40 > 30	No	No	No
1	41-55 31-45	Sólo final espiración	Peri oral Con llanto	(+)Subcostal
2	56-70 46-60	Esp Insp. con fonendo	Peri oral En reposo	(++) Sub e intercostal
3	> 70 > 60	Esp Insp sin fonendo o ausentes	Generalizada En reposo	(+++) Supraesternal Sub e intercostal

\* Sibilancias pueden no auscultarse en obstrucción muy grave. Obstrucción  
 Leve: 0 a 5 Moderada: 6 a 8 Grave: 9 a 12

### ANEXO 3.- Escala de EVA análoga del dolor

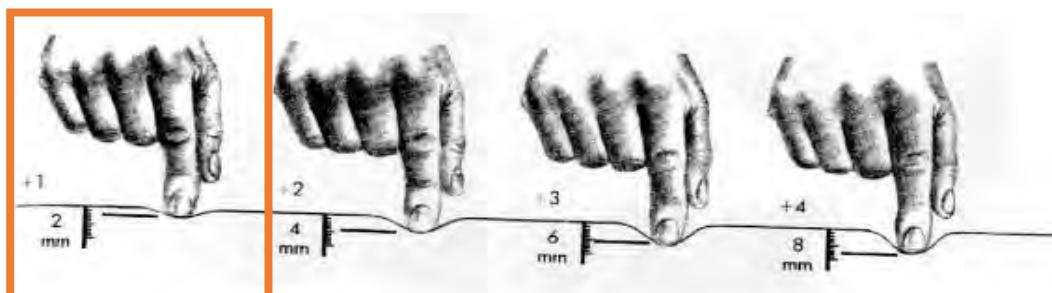


### ANEXO 4.- ESCALA DE DESHIDRATACIÓN

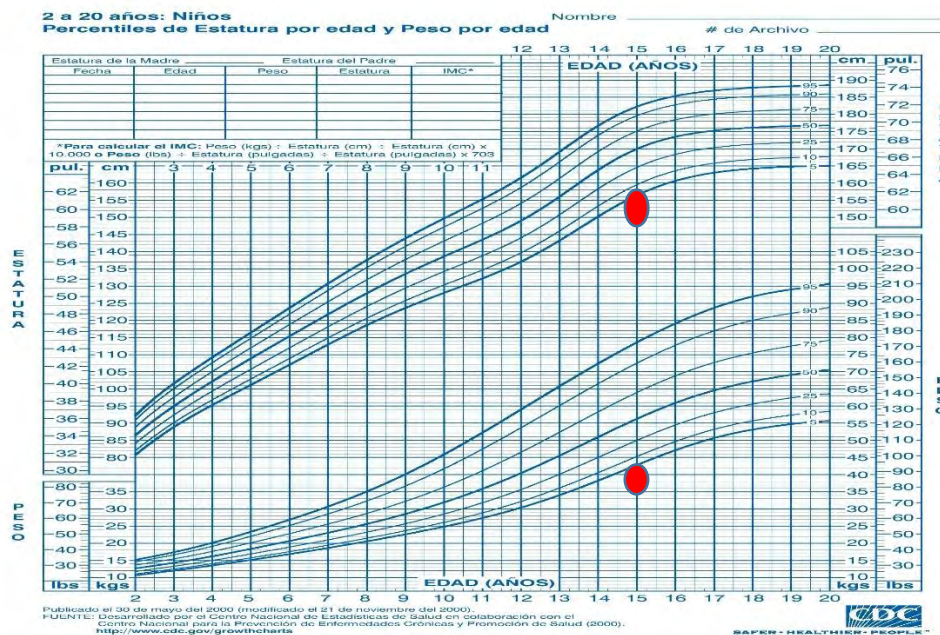
	LEVE	MODERADA	SEVERA
% DE PESO PERDIDO EN FORMA DE AGUA	LACTANTE 5% NIÑO MAYOR 3-5%	LACTANTE 10% NIÑO MAYOR 6%	LACTANTE 15% NIÑO MAYOR 9%
Presión sanguínea	normal	Normal/baja	Baja.
Pulsos	Rápido.	Rápido.	Rápido/débil
Globo ocular.	Normal.	Hundido.	Hundido.
Lagrimas.	Normal.	Ausente.	Ausente.
Membrana mucosa	Semihidratada.	Seca.	Seca.
Turgencia de la piel	Disminución leve.	Deprimida.	Disminución grave.
fontanela.	Plana.	Hundida.	Hundida.

0 puntos de 8- normal

### ANEXO 5.- ESCALA DE GODET



### ANEXO 6.- PERCENTILES





## ANEXO 7.- ESCALA DE BRISTON

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. <b>Enteramente líquido</b>

## ANEXO 8.- ESCALA DE HAMILTON

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

### ANEXO 9.- ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS

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

3/3

### ANEXO 10.- ESCALA DE BRADEN. Ulceras por presión

Escala de Braden Bergstrom						
	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	En cama	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

ALTO RIESGO: <12 **RIESGO MODERADO: 13-14 PUNTOS** BAJO RIESGO> 15

### ANEXO 11.- DANIELS, FUERZA MUSCULAR

## Daniels

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

### ANEXO 12.- REFLEJOS TENDINOSOS

**Tabla 5. escala de graduación de los reflejos.**

Grado	Descripción
0 0 +	Ausentes
1 0 ++	Hipoactivos
2 0 +++	Normal
3 0 ++++	Hiperactivos sin clonus
4 0 +++++	Hiperactivos con clonus

ESCALA: 4 mm

### ANEXO 13.- FEDPALLA, LESIONES CUTÁNEAS

Hidratación	Dermatitis	Vascularización	Bordes	Depósitos	Punt.
piel normal	piel normal	eritema rojo	Lisos	Escamas	1
macerada 1cm	eczema seco	eritema violáceo	inflamados y mamelones	Costras	2
macerada >1cm	eczema exudativo	negro-azulado- marrón	romos o excavados	hiperquerato sis	3
Seca	eczema vesiculoso	eritema>2cm y calor (celulitis)	esclerosados	pústulassero- purulentas	4
Seca + esclerosis	eczema con erosión o liquenificado	Negro (trombosado)	necrosado	edema, linfedema	5

PUNTOS: 15 PUNTOS

## ANEXO 14.- ESCALA DE EICH

Grado de afectación del órgano			
Etapas	Piel	Hígado (bilirrubina)	Intestinos (producción de heces por día)
0	Erupción no vinculada a una EICH	<2 mg/dL	≤50 mL/día o náuseas persistentes (niños: <10 mL/kg/día)
1	Erupción maculopapular <25% de SC	2 a 3 mg/dL	500-999 mL/día (niños: 10 a 19.9 mL/kg/día) o náuseas persistentes, vómitos o anorexia, con biopsia de GI superior positiva
2	Erupción maculopapular 25-50% de la SC	3.1 a 6 mg/dL	1000-1500 mL/día (niños: 20-30 mL/kg/día)
3	Erupción maculopapular ≥50% de la SC	6.1 a 15 mg/dL	Adultos: >1500 mL/día (niños: >30 mL/día)
4	Eritema generalizado más formación de ampollas	>15 mg/dL	Dolor abdominal intenso con o sin íleo
Grado	Piel	Hígado (bilirrubina)	Intestinos (producción de heces por día)
I	Etapas 1-2	Ninguna	Ninguna
II	Etapas 3 o	Etapas 1 o	Etapas 1
III	-	Etapas 2-3 o	Etapas 2-4
IV	Etapas 4 o	Etapas 4	-

Abreviaturas: SC = superficie corporal; GI = gastrointestinal; EICH = enfermedad de injerto contra huésped.

## ANEXO 15. - TEST DE MORISKY – GREEN

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? **si**
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? **A veces**
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? **si**
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? **Si**

## ANEXO 16.- TEST RCADS

**ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO Y CONFIRMATORIO DE LA RCADS**

Anexo I. Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS)

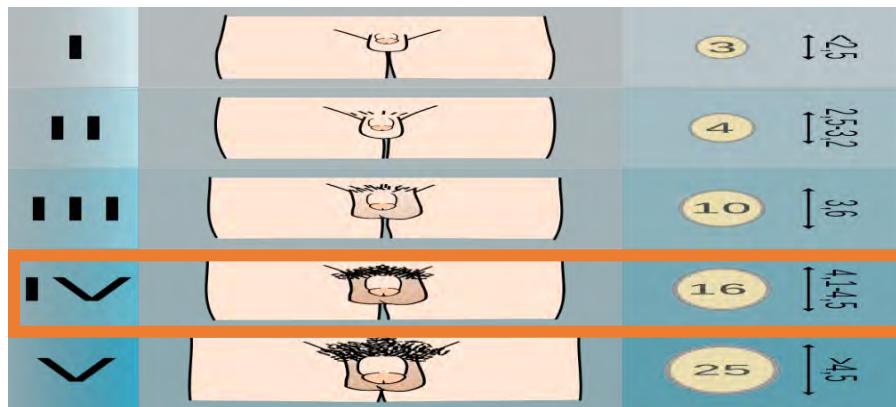
Nombre: ..... Edad: ..... Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

**Instrucciones:** Por favor, rodea con un círculo en la columna de la derecha la palabra que mejor se refleje la frecuencia con que te ocurren cada una de las siguientes cosas. No hay respuestas buenas ni malas.

		NUNCA	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE
1.-	Me preocupo mucho por las cosas.				
2.-	Me siento triste o decaído/a.				
3.-	Cuando tengo algún problema, noto sensaciones raras en mi estómago.				
4.-	Me preocupa cuando creo que he hecho algo mal en algo.				
5.-	Sentiría miedo si estuviera solo/a en casa.				
6.-	Me cuesta divertirme o pasarla bien.				
7.-	Siento miedo cuando tengo que hacer un examen.				
8.-	Me siento mal cuando creo que alguna persona está enfadada conmigo.				
9.-	Cuando estoy lejos de mis padres siento miedo.				
10.-	Me siento mal por tener pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi cabeza.				
11.-	Duermo mal.				
12.-	Me da miedo que vaya a hacer mal mis tareas del colegio.				
13.-	Me preocupa que le ocurra algo terrible a alguno de mis familiares.				
14.-	De repente siento como si no pudiera respirar sin saber por qué.				
15.-	Mi apetito para comer es malo.				
16.-	Tengo que seguir comprobando que he hecho las cosas bien (como que el interruptor está apagado o la puerta cerrada).				
17.-	Si tengo que dormir solo/a siento miedo.				
18.-	Por las mañanas al colegio me da miedo separarme de mis padres.				
19.-	Me siento con muy poca energía para hacer las cosas.				
20.-	Me preocupa parecer tonto/a ante la gente.				
21.-	Estoy muy cansado/a.				
22.-	Me preocupa que me ocurran cosas malas.				
23.-	Tengo pensamientos malos o tontos que no puedo quitar de mi cabeza.				
24.-	Cuando tengo un problema, mi corazón late bastante rápido.				
25.-	Me resulta muy difícil pensar con claridad.				
26.-	De repente empiezo a temblar o a agitarme sin saber por qué.				
27.-	Me preocupa que me ocurra algo malo.				
28.-	Cuando tengo un problema siento que tiemblo.				
29.-	Siento que no valgo para nada.				
30.-	Me da miedo hacer las cosas mal.				
31.-	Tengo que concentrarme en pensamientos especiales (como números o palabras) para que no ocurran cosas mal.				
32.-	Me preocupa lo que otras personas piensen de mí.				
33.-	Me asusta estar en sitios donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, el patio del colegio).				
34.-	De repente me siento muy asustado/a sin saber por qué.				
35.-	Me preocupa lo que vaya a ocurrir.				
36.-	De repente, me siento mareado/a o me desmayo sin que exista ninguna razón para ello.				

Fuente: Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. NICE, 2013

**ANEXO 17.- TANNER**



**ANEXO 14.- ESCALA DEL CUIDADOR, ZARIT**

**Cuadro 3. Escala de sobrecarga de cuidador de Zarit abreviada**

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntaje	NUNCA 1	RARA VEZ 2	ALGUNAS VECES 3	BASTANTES VECES 4	CASI SIEMPRE 5
1. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
2. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
3. ¿Piensa que cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
4. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
5. ¿Se siente tenso cuándo está cerca de su familiar?					
6. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
7. Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos.

Este resultado clasifica al cuidador en:

- "Ausencia de sobrecarga" = de 7 a 16 puntos.
- "Sobrecarga Intensa mayor o igual a 17 puntos.

Adaptado de: Breinbauer KH, Vásquez VH, Mayanz SS, Guerra C, Millán KT. Validación en Chile de Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Med Chil. 2009 May;137(5):657-65.



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



## ASENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ certifico que fui informado (a) con claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que el estudiante de posgrado en enfermería infantil, por lo que autorizo que se me entreviste.

Se le invita a participar de manera libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conecedor (a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita.

Confío en que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Estudiante de posgrado en enfermería infantil: \_\_\_\_\_

Cuidador primario: \_\_\_\_\_

















