



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL

ESTUDIO DE CASO

**“PREESCOLAR MASCULINO CON DEFICIT EN LOS
REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO POR
FIBROSIS QUISTICA”**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA INFANTIL**

PRESENTA: L.E.O. REBECA SALAZAR CANO

ASESORADO POR:

MTRA. MARGARITA HERNÁNDEZ ZAVALA



México, D.F.

Noviembre-2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

CONTENIDO	PAG.
I. INTRODUCCION.....	1
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO (GENERAL Y ESPECIFICOS).....	3
III. FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO.....	5
3.1 ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS).....	5
3.2 CONCEPTUALIZACION DE LA ENFERMERIA.....	13
3.3 PARADIGMAS.....	14
3.4 TEORIA DE DOROTHEA OREM.....	20
3.5 PROCESO DE ENFERMERIA.....	71
3.6 RELACION DE LA TEORIA DE DOROTHEA OREM Y PROCESO DE ENFERMERIA.....	85
3.7 DAÑOS A LA SALUD (PATOLOGIA).....	86
3.8 CONSIDERACIONES ETICAS.....	101
IV. METODOLOGIA (FUENTES DE INFORMACION).....	116
V. SELECCIÓN Y DESCRIPCION DEL CASO.....	117
5.1 FICHA DE IDENTIFICACION.....	117
5.2 MOTIVO DE CONSULTA.....	121
5.3 ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLOGICOS.....	122
5.4 ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS.....	122
5.5 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS (CRECIMIENTO Y DESARROLLO).....	124
5.6 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.....	124
5.7 DESCRIPCION DEL CASO (EVOLUCION).....	125

VI.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA.....	128
6.1	VALORACION DE ENFERMERIA (POR TEORIA, EXPLORACION FISICA, ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE).....	128
6.2	JERARQUIZACION DE REQUISITOS UNIVERSALES.....	135
6.3	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (FORMATO PES).....	145
6.4	PLANEACION E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (DIAGNOSTICO/OBJETIVOS PARA EL PACIENTE/SISTEMA DE ENFERMERIA/INTERVENCIONES DE ENFERMERIA/FUNDAMENTACION/EVALUACION.....	147
VII.	PLAN DE ALTA.....	175
VIII.	CONCLUSIONES.....	180
IX.	SUGERENCIAS.....	181
X.	BIBLIOGRAFIA.....	182
XI.	ANEXOS.....	186

I. INTRODUCCION

El dominio de una teoría general de enfermería es el primer paso para llegar a ser capaces de mantener el conocimiento de la relación entre lo que se sabe y lo que se hace como profesional. Los elementos conceptuales de una teoría general de enfermería constituyen una ayuda esencial para saber a que se debe prestar atención y que se debe de observar en las situaciones prácticas de enfermería, desarrollar una imagen apropiada de la enfermería; por ejemplo sobre lo que ocurrirá si no se brindan cuidados de enfermería cuando existe una combinación determinada de condiciones; caracterizar y expresar lo que se observa; conferir un significado general y de enfermería a lo que se observa; conocer los límites y la gama de posibles cursos de acción que están abiertos a las enfermeras y a sus pacientes en determinados tipos y combinaciones de condiciones y circunstancias prevalentes.

La práctica de enfermería exige que los profesionales comprendamos los sistemas de operaciones de trabajo y las tareas definidas en términos de resultados específicos que cada uno produce y en termino de su contribución al logro de objetivos específicos de enfermería para las personas que reciben cuidados. La producción de las acciones de las enfermeras, los pacientes y los que ayudan en realización de tareas es o deberían ser un sistema de acción unificado, dinámico y continuo (sistema de enfermería) atreves del cual se satisfacen las demandas del paciente de autocuidado de calidad terapéutica y se regula sus capacidad de ocuparse en su autocuidado.

El estudio de caso está estructurado en primer lugar por una revisión previa de estudios relacionados sobre la enfermedad del paciente seleccionado previamente.

Posteriormente se aborda paradigmas y metaparadigmas propios de enfermería en donde se encuentra el modelo del autocuidado de Dorothea Orem ,se describirá su teoría general de enfermería denominada Teoría de enfermería del déficit de autocuidado que es el sustento teórico de nuestro trabajo.

A continuación se describirá las etapas que integran el Proceso enfermero las cuales son: Valoración, diagnostico, planeación, ejecución evaluación.

Se realizara la relación que existe entre el modelo de Dorothea Orem y el proceso de enfermería.

Posteriormente se desarrolla la patología que padece el paciente, la cual es Fibrosis quística.

Se abordan las consideraciones éticas que son básicas para llevar a cabo el estudio de caso.

Se describe la metodología realizada en el desarrollo del estudio de caso.

Y finalmente se emiten las conclusiones del estudio de caso y algunas sugerencias.

Con la elaboración del estudio de caso se pretende que sirva de evidencia científica para futuros estudios relacionados al mismo problema de salud.

Contribuyendo así al desarrollo científico de la disciplina de enfermería.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

OBJETIVO GENERAL

Realizar estudio de caso, integrando los conocimientos teórico-prácticos a preescolar masculino con déficit en los requisitos universales de autocuidado secundario a FIBROSIS QUÍSTICA, fundamentado en la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado, utilizando como herramienta metodológica el Proceso Enfermero.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Valorar las demandas de autocuidado del preescolar masculino a través de la entrevista y el método clínico, para determinar el déficit de los requisitos universales de autocuidado secundario a Fibrosis Quística.
- Identificar la demanda de autocuidado terapéutico para cubrir los requisitos de autocuidado en el preescolar masculino.
- Elaborar diagnósticos de enfermería reales y potenciales de acuerdo a las demandas de autocuidado terapéutico detectadas en el preescolar masculino para cubrir sus requisitos universales de autocuidado.
- Fundar un plan de cuidados especializado para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico en el preescolar masculino de acuerdo al déficit de los requisitos universales de autocuidado, con sustento científico, holístico e integral.

- Ejecutar el sistema de enfermería con acciones dependientes, independientes y/o interdependientes a fin de asegurar que las demandas de autocuidado terapéutica lleven a una mejor respuesta para compensar las limitaciones del preescolar masculino receptor de autocuidado.
- Evaluar al sistema de enfermería y modificar el plan de cuidados, así como replantearlo según se requiera.
- Efectuar plan de alta a fin de dar continuidad a los cuidados del niño, para favorecer su bienestar físico, emocional social y espiritual.

III. FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO

3.1 ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS)

Se llevo a cabo una revisión bibliográfica basada en guías Clínicas de Fibrosis Quística de diversos países, México, Chile, Argentina Reino Unido, España, así como artículos en revistas de investigación clínica médica y de enfermería para el conocimiento y sustento teórico del estudio abordado.

DRA. Lorena Orozco del laboratorio de Genómica de Enfermedades Multifactoriales, Instituto Nacional de Medicina Genómica. Escribió un artículo titulado **"Fibrosis Quística: la frontera del conocimiento molecular y sus aplicaciones"** .

En el cual se discutieron los fundamentos para el entendimiento de la fisiopatología de la FQ, desde los aspectos clínicos hasta los avances moleculares más recientes.¹

Una de las aportaciones más importantes de estos avances es su aplicación clínica, pues gracias a esto se ha logrado mejorar las estrategias de diagnóstico, prevención y tratamiento de la FQ; diagnóstico médico que coincide con mi paciente.

¹ Orozco.(2006)Fibrosis Quística: La frontera del conocimiento molecular y sus aplicaciones. Revista de investigación clínica, 58(2) pp.50.

En **Guías Clínicas para el diagnóstico y tratamiento de la FQ**, realizadas por Lezana F²

Se basan en evidencias científicas para su elaboración y son guías prácticas de manejo realizadas y utilizadas en México, donde resumen los estándares del manejo médico de Fibrosis Quística, lo cual es de gran interés para estandarizar el manejo de los pacientes en las instituciones de salud.

Ya que si se logra estandarizar el manejo, la calidad de vida de Cristian y de otros pacientes con FQ mejorará.

La **Guía Clínica de Fibrosis quística Santiago de Chile**. Muestra el manejo y el abordaje de la patología en ese país³.

Este artículo es de gran interés, ya que al comparar el manejo de la FQ con México resulta similar; lo cual garantiza la calidad de la atención recibida a los pacientes, en este caso a Cristian.

La Dra. Isabel Largo García de la Universidad de Chile en el artículo **Fibrosis Quística**. menciona que es una enfermedad caracterizada por el espesamiento del moco producido por las glándulas exocrinas induciendo compromiso sinopulmonar con daño pulmonar progresivo, insuficiencia pancreática y por lo tanto síndrome de mala-absorción, con consecuente desnutrición, compromiso hepático cuya mayor incidencia está en la primera década de la vida, Este compromiso puede llegar a la cirrosis y a la necesidad de un trasplante

² Lezana F (2008). Fibrosis Quística. Guías Clínicas para el diagnóstico y tratamiento. México. Intersistemas, S.A. pp.104

³ Ministerio de salud (2007). Guía Clínica de Fibrosis quística Santiago de Chile. Serie. Minsal no.51. Subsecretaría de Salud Pública. pp1-34

hepático, esterilidad masculina por atrofia de los conductos deferentes y elevación de electrolitos en el sudor.

Estudios realizados relacionando test del sudor y DNA simultáneos han postulado nuevos valores: positivos iguales o superiores a 40 mEq/lit, límite 30 a 39 mEq/lit y negativos inferiores a 30.

En el túbulo de la glándula sudorípara se produce un bloqueo del reingreso de cloro a la célula, lo que induce una mayor cantidad de éste electrolito y de sodio en el sudor, manteniendo el volumen de agua inalterado. El mayor contenido de sodio y cloro en el sudor hace que en momentos de gran sudoración, se produzca deshidratación hipotónica con riesgo de vida si no se corrige rápidamente.⁴

El artículo es de suma importancia, ya que nos muestra la evidencia científica de la fisiopatología de la FQ.

La Unión Argentina de instituciones de Fibrosis Quística, en **un protocolo de atención a pacientes portadores de FQ** describe que la sobrevivencia de las personas afectadas con FQ y su calidad de vida están directamente relacionadas con la oportunidad del diagnóstico. La expectativa de vida en países desarrollados llega a la 3a o 4a década de la vida. Los resultados actuales hacen pensar que un paciente que nazca hoy con FQ puede llegar a la 6a década. Según estudios realizados transcritos en los fundamentos del Programa Médico Obligatorio (Res. 1/2001) ⁵Ley Nacional (Nº 24.438).

⁴ Largo. (2009, abril) Fibrosis Quística .Rev. de pediatría (en línea),6(1)de/http://www.revista pediatría c/vol.6no1.html.pp52.

⁵Protocolo de atención para pacientes portadores de fibrosis Quística (2010) .En <http://www.svp.org.uy/descarga/Fibrosisquistica.pdf>.

Seguimiento médico multidisciplinario, Dieta hipercalórica, Fisioterapia respiratoria. Medicamentos específicos. Esto es de gran importancia ya que Nos muestra la esperanza de vida que pudiese obtener Cristian.

El artículo del Dr. Héctor Escobar y de la Dra. Amaya Sojo, que forma parte de **los protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría** describe con detalle la fisiopatología, los criterios diagnosticos, tratamiento⁶

Promovidos por la fundación Americana de Fibrosis Quística.nos aporta un conocimiento importante sobre el abordaje de la patología que cursa Cristian.

El artículo de Fibrosis quística: **Actualizaciones en sus aspectos básicos Vega-Briseño**⁷ hacen referencia sobre la inflamación y los neutrofilos en Fibrosis Quística muestra que los pacientes con esta patología sufren una progresiva destrucción de la vía aérea causada por la infección, inflamación crónica y en parte por los mismos neutrofilos.aun existe mucho por aprender acerca de estos procesos. El entendimiento de los aspectos básicos y sus implicaciones clínicas brindan futuras y nuevas aproximaciones terapéuticas y ayudara a establecer conductas más efectivas en términos de sobrevida.

⁶Escobar., Sojo.,(2010).Fibrosis Quística .En Protocolos de gastroenterología,hepatología y nutrición(pp.77-84).Madrid. España::Ergo S.A

⁷ Vega-Briseño, Luis E.(2005,oct)Fibrosis Quística :Actualización en sus aspectos básicos, Revista de.chile.pediatr.(online)v.76 n.5 (2009-11-29),464-470.En <http://www.scielo.cl/scielo.php>

El artículo de **Fibrosis quística. Aspectos diagnósticos** por Ortigosa L, M.D.⁸ considera que los avances en la investigación del defecto básico de la enfermedad, y el mejor conocimiento de la fisiopatología y mecanismos etiopatogénicos de la FQ (conseguido fundamentalmente en las últimas décadas), con importantes y novedosos logros en los métodos de diagnóstico y en el manejo y tratamiento de estos pacientes, se alcanzan mejoras en la calidad y esperanza de vida para estos pacientes, inimaginables hace tan sólo treinta años.

Hepatopatía crónica asociada a fibrosis quística: gasto energético en reposo, factores de riesgo y repercusión en la evolución de la enfermedad.

El artículo de S. Taberero da Veiga es importante debido a que la malnutrición es otra de las complicaciones frecuentes en la evolución de niños con Fibrosis Quística⁹

Realizar el diagnóstico de FQ de manera oportuna es uno de los aspectos más importantes de la enfermedad. Es la mejor manera de iniciar un tratamiento efectivo que tendrá una influencia tremendamente positiva en la calidad y esperanza de vida del paciente.

Muchas veces el desconocimiento del diagnóstico representa un enorme desgaste desde el punto de vista emocional y económico, por lo que el impacto de un diagnóstico definitivo puede representar un descanso para la familia al

⁸ Ortigosa L.(2007).Fibrosis Quística. Aspectos diagnósticos.Colombia Med.vol 38 (1), pp41-49.

⁹ Taberero V.(2004)Hepatopatía Crónica asociada a fibrosis quística:gasto energético en reposo, factores de riesgo y repercusión en la evolución de la enfermedad. Nutrición Hospitalaria.19(1) Madrid ,España.pp19-27

tomar conciencia del problema real del paciente. Esto se logra mediante la Prueba del Sudor.

El diagnóstico de FQ se establece al demostrar un cuadro clínico sugestivo más la evidencia de una concentración elevada en los niveles de cloro en el sudor.¹⁰ Con esta prueba se confirmó la patología de Cristian debido a que se encontró una cantidad superior a los rangos establecidos.

INGESTA ENERGÉTICA DE NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA COMPARADA CON RECOMENDACIONES TEÓRICAS PARA LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

Oliveros Leal L, Garfía Castillo C, Manzanares López-Manzanares J, García Hernández G, Martínez M^aT. Unidad de Fibrosis Quística. Hospital 12 de Octubre. Madrid. Llevaron a cabo un estudio para Evaluar la ingesta energética de pacientes pediátricos diagnosticados de FQ y compararla con las recomendaciones para su edad y sexo.

Edad Ingesta media realizada Ingesta media recomendada

Niños

1-3 años 1.699 Kcal 1.250 Kcal

4-5 años 1.633 Kcal 1.700 Kcal

6-9 años 2.075 Kcal 2.000 Kcal

Hombres

10-12 años 2.339 Kcal 2.450 Kcal

13-15 años 2.558 Kcal 2.750 Kcal

¹⁰ Garza. (2003) Métodos de diagnóstico de fibrosis Quística. *Avances*,1(1)pp,27-30

16-19 años 1.930 Kcal 3.000 Kcal

Mujeres

10-12 años 1.886 Kcal 2.300 Kcal

13-15 años – –

16-19 años 1.790 Kcal 2.300 Kcal

Los niños en el rango de edad 1-3 años realizan una ingesta dietética suficiente para cubrir los requerimientos de energía teóricos y los derivados de la enfermedad. De los 4 a 9 años, las calorías ingeridas sólo cubren las necesidades teóricas, siendo claramente insuficientes, incluso para cubrir los requerimientos teóricos, a partir de los 10 años.¹¹

Salvo en un pequeño período de su vida (1-3 años de edad), los pacientes con FQ no ingieren suficiente energía para cubrir los requerimientos derivados de su enfermedad, no llegando a ingerir en la adolescencia —período de máximo crecimiento- ni las necesidades teóricas para la población sana.

Este artículo considera los requerimientos que debe de tener la alimentación de Cristian para lograr una adecuada curva pondero-estatura. Ya que se encuentra con un déficit nutricional.

¹¹ Ontiveros L.(2004)Ingesta energética de niños con fibrosis quística comparada con las recomendaciones teóricas para la población española. Nutrición Hospitalaria 19(1)pp69

Eficacia del cuidado de enfermería en niños con déficit nutricional

Martínez Reyes María del Carmen, Martínez González María Dolores, Cerezo Bautista Ana María. Realizado en la Paz Tlascalpan Puebla. ¹²

Este estudio es de suma importancia ya que particularmente en México la desnutrición infantil es un problema de salud pública de gran magnitud, ataca principalmente al individuo en etapas tempranas de la vida, donde tiene efectos significativos, pues existe la certeza de que durante las etapas tempranas de la vida del organismo demanda mayor cantidad de nutrientes para incrementar el número y tamaño de las células que integran sus tejidos. Como consecuencia del crecimiento tisular ocurre un incremento pondero-estatural que se ve restringido cuando se deteriora el estado de nutrición. Se sabe que la desnutrición grave afecta al cerebro tanto anatómicamente como funcionalmente: área cognoscitiva y del comportamiento.

La enfermería infantil y los cuidados centrados en la familia

López de Di castillo O, Cheung P. realizado en el Reino Unido. ¹³

Este estudio es importante debido a que la familia desempeña un papel importante durante la hospitalización de sus hijos, y experimentan una carencia de recursos básicos que les ayudaría a afrontar más eficazmente la enfermedad y dicha hospitalización. El cuidado centrado en la familia tiene un papel crucial en la vida del niño, por tanto, es imprescindible una adaptación de los sistemas de salud para conseguir una atención integral y de calidad a la familia que propicie una mejor atención infantil.

¹² Martínez Reyes M. (2003, Julio) "Eficacia del cuidado de enfermería en niños con déficit nutricional", Desarrollo Científico enfermería. 11(6) ,pp.175-180.

¹³ López de Di castillo O. (2004, Mar-Abr.) "La enfermería infantil y los cuidados centrados en la familia", Enfermería Clínica. 14(2):83-92.

3.2 CONCEPTUALIZACION DE LA ENFERMERIA

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias. De ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo, tanto profesionales como de la comunidad a la que brinda sus cuidados.¹⁴

A partir de la década de los 60, el inicio de la investigación en enfermería constató la falta de sistemas teóricos sólidos que pudieran ofrecer conexiones conceptuales válidas para el ejercicio profesional. Con estas observaciones en el área de la ciencia de enfermería se comienza a usar el concepto de paradigma como referente para el desarrollo de la ciencia y base para múltiples ciencias. Al utilizar este concepto debe hacerse referencia a *Thomas Khun*, que lo utiliza como eje central de su visión de la ciencia a partir de su concepción de "ciencia normal" y de la naturaleza de las evoluciones científicas.¹ Es evidente que la filosofía de la ciencia, dictada por *Khun*, ha servido de gran ayuda para comprender la evolución de la teoría de la enfermería mediante los modelos paradigmáticos de la ciencia.

¹⁴ Sanabria. (2002) Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. rev. Cubana Educ Med Super; 16(4).

En los años 80, el desarrollo en las teorías de enfermería fue el característico de los períodos de transición, del modelo de preparadigma al de paradigma

Los paradigmas dominantes (modelos) proyectaban diversas perspectivas sobre la práctica de enfermería, la administración de ciencias, la investigación y los posteriores desarrollos técnicos, es decir, dirigían las actividades de una disciplina y como tal fue aceptada por la mayoría de sus miembros. Es por ello, que en el trabajo que realizan los enfermos se observan características de los distintos paradigmas que se han ido manifestando a lo largo de la historia, los cuales en período de transición se superponen sin que una forma de pensamiento supere totalmente a la anterior. Esto es aplicable a cualquiera de los campos en que se puede orientar el trabajo de enfermería.

3.3 PARADIGMA componentes esenciales de cualquier disciplina científica. Para Khun, es sinónimo de comunidad científica o individuos contemplados en el ámbito de una disciplina dotando al término de un significado que corresponde al conjunto de elementos comunes compartidos por los miembros de la comunidad científica el paradigma dominante dirige las actividades de una disciplina.

También es un <diagrama conceptual>

Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas paradigmas, principalmente por el filósofo Jun. (1970) y el físico Copra (1982)¹⁵. Estos pensadores han precisado los Paradigmas dominantes del mundo Occidental o paradigmas que han influenciado todas las disciplinas:

¹⁵ MARRINER,T,ALLIGOOD(1999) Modelos y Teorías en enfermería (4ª,ed)Madrid .España;pp62-63

Paradigma de Categorización según éste, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables medibles, ordenados, secuenciales con una relación lineal causal o manifestaciones simplificables. Este ha inspirado dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Paradigma de Integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa el fenómeno, contiene elementos múltiples una relación circular interaccional. Ha inspirado la orientación Enfermera hacia la persona.¹⁶

Paradigma de la transformación 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, es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, un mundo que lo rodea. Conocido desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del Pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera (**Newman, 1983, Parse, 1981, Royers, 1970,**).

METAPARADIGMA. Según Kerovac et cols es la perspectiva del conjunto de una disciplina, que precisa de los conceptos centrales de la misma (Cuidado,

¹⁶ Kerovac, S., Pepin, Ducharme, F.; Duquette, Mayor, F. (1996) Grandes Corrientes del pensamiento, En: Pensamiento Enfermero (pp1-21). Barcelona, España: Masson.

persona, salud, entorno) e intenta explicar sus relaciones.

Las Teorías

Se han clasificado:

- 1.- Según su función como **descriptiva, explicativa, predictivas, prescriptivas.**
- 2.- Según la posibilidad de generalización de sus principios: **metateorías, Grandes teorías, teorías de mediano rango, teorías prácticas.**
- 3.- Según los fundamentos filosóficos que las soportan: **teorías de Necesidades, teorías de interacción, teorías de resultados y teorías Humanísticas**

Escuelas del pensamiento¹⁷ según sus bases filosóficas y científicas se pueden Agrupar en seis escuelas a saber:

Nightingale (1859-1962) fue la primera en presentar una concepción de la disciplina enfermera que guio la práctica, la formación y la gestión de los cuidados enfermeros.

Escuela de las Necesidades que por el hecho de reservar un lugar importante a la enfermedad y a los problemas de salud han marcado el origen de un centro de interés específico de la disciplina enfermera o una orientación hacia la persona, la persona es percibida con necesidades jerárquicas sus principales teorizadoras son Virginia Henderson (Independencia en la satisfacción de las Necesidades Fundamentales), **Dorothea Orem (Modelo del autocuidado)** y Faye Abdellah.

Escuela de la Interacción que considera que el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de

¹⁷ Ibid.pag.23-58

ofrecerle esta ayuda. Con el fin de ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado. Además 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, y que se debe de mantener la integridad de la persona, que la persona es capaz de reconocer sus necesidades y que tiende a su actualización, la enfermedad es considerada como una experiencia humana que puede permitir el crecimiento si la persona comprende su significado. Estas enfermeras teorizadoras introducen de nuevo la intuición y la subjetividad en los cuidados enfermeros (Meleis, 1991) Sus teóricas son Hildegard Peplau, Josefina Paterson, Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King.

Escuela de los Efectos Deseables propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros destinados a la persona que es vista como un sistema sus teóricas son Dorothy Johnson, Lidia Hall, Mayra Levine, Callista Roy y Betty Newman.¹⁸

Escuela de la promoción de la Salud, el punto de mira de los cuidados se amplía a la familia de salud, su teorizadora es Moyra Allen.

Escuela del Ser Unitario. Considera un proceso de cambio continuo, en el cual la persona y la enfermera son colaboradores y es la persona misma quién precisa la dirección de su cambio, La practica enfermera ya no es tributaria del enfoque tradicional de resolución de problemas, sino que orienta, más bien hacia un proceso de actualización para los dos, enfermera-cliente. Este nuevo

¹⁸ Ibid,pag.59

enfoque representa un cambio importante de valores y creencias para la enfermera (Michel, 1990).

Escuela del Caringa considera que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a la espiritualidad (Watson, 1985:1988) y la Cultura (Leininger, 1988) y si se integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones. Son parte de esta escuela la teoría del cuidado humano (human caring), de Jean Watson, y la teoría de la diversidad y de la universalidad del cuidado cultural, de Madeleine Leininger.

Dorothea Elizabeth Orem¹⁹

Autora teórica de enfermería que nació 1914 en Baltimore, Maryland. Su padre trabajaba como obrero de la construcción y era un apasionado de la pesca mientras que su madre ama de casa era muy aficionada a la lectura. La menor de dos hermanas, Orem inicio su carrera profesional en la escuela de enfermería del Providence hospital, de Washington, D, C., donde obtuvo el diploma de enfermería a principios de la década de 1930. Continuo después su formación y consiguió el B, S, N de la Católica University of América 1939 y el M.S, en educación de enfermería por esta misma universidad en 1945.

En el desempeño de su profesión, trabajo como enfermera privada y del hospital y ejerció la docencia. Desde 1940 a 1949 fue directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería del Providence Hospital de Detroit. Tras abandonar esta ciudad, paso 7 años (1949-1957) en Indiana donde trabajo en la División de Servicios Hospitalarios e Institucionales del

¹⁹ Ibid.pag.60

Board of Health del estado de Indiana ,En estos años su meta principal fue siempre mejorar la calidad de enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Fue en esta época cuando perfilo su definición de la práctica de la enfermería.

En 1957 se traslado a Washington D.C, contratada por el Departamento de Sanidad, educación y Bienestar del Office of Education de los Estados Unidos, como asesora del programa de estudios desde 1958 hasta 1960.Durante su permanencia en este departamento trabajo en un proyecto para mejorar la formación en enfermería practica, lo que la indujo a plantearse cual era verdaderamente el ámbito de interés de esta disciplina. Su respuesta a esta pregunta Curricula for the education of Practical Nurses publicada en 1959.

En este mismo año ²⁰ Orem se convirtió en profesora adjunta de enfermería en el Catholic University of América. Mas ejerció como decana en funciones de la escuela de enfermería de esta universidad y como profesora asociada de educación de enfermería .Durante su estancia durante su estancia en el Catholic University siguió depurando sus conceptos de enfermería y autocuidado. Allí escribió “The Hope of Nursing” (1962), publicada en el Journal of Nursing Education. En 1970 abandono the Catholic University y fundó su propia empresa de Consultoría llamada Orem and Shields.Inc con sede en Chevy Chase, Meryland.El primer gran libro de Orem publicado en 1971, fue Nursing: Concepts de practice, seguido de Concept Formalizatiòn in Nursing: Process And Product (1972), 1976 la Universidad de Georgetowza. Homenajeo a esta autora otorgándole el título Honorifico de doctora en Ciencias. En 1979 se publico en la revista de alumnos de la escuela de enfermería del John Hopkins su artículo “Levels of Nursing Education y Practice”. Al año siguiente, Orem recibió el Alumni Association Award for Nursing Theory de the Catholic

²⁰ Ibid.pag.61

University of América. Entre otras distinciones que se le han otorgado cabe reseñar los títulos honoríficos de doctora en ciencias del Incarnate Word College en 1980, y de doctora en letras de la universidad de Illinois Wesleyan, en 1988; el premio Linda Richard, conocido

Por la National League for Nursing en 1991; Nombramiento como miembro honorario de la American Academy of Nursing en 1992.

De su obra Nursing Concepts of Practice se publicaron nuevas ediciones en 1980, 1985, 1991 y 1995. Orem se retiró en 1984 y, desde entonces residió en Savannah, Georgia, dedicándose a leer y a viajar y de forma ocasional, a ofrecer su colaboración como asesora y conferenciante para explicar sus teorías en reuniones de enfermería. A lo largo de su carrera trabajó en solitario y en colaboración con otros colegas para el desarrollo conceptual de la llamada teoría del déficit de autocuidado en enfermería, posteriormente se dedicó a impartir conferencias y a redactar artículos sobre diversos elementos conceptuales de su teoría, también contribuyó al trabajo de sus colegas a través de debates sobre la estructura de esta teoría y su aplicación en el campo de la enfermería. **Murió el 22 de Junio de 2007 en su casa de Savannah, GA.**²¹

3.4 TEORIA DE DOROTHEA OREM

La unión de tres teorías constituye una teoría general de enfermería denominada Teoría de enfermería del déficit de autocuidado. Se describirá primero la teoría del autocuidado porque es básica para la comprensión de la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería.

En esta se explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "el autocuidado es una actividad

²¹ G.Taylor, Sisan, y cols (1998) "Teoría del déficit de autocuidado. DOROTHEA OREM "En: Modelos y Teorías en enfermería. (pp75-194)Madrid. España, Mosby.

aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Se define además tres requisitos de autocuidado entendiendo por tales objetivos o resultados que se requieren alcanzar con el autocuidado:

Requisito de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de actividad humana.²²

Requisitos de autocuidado del desarrollo: para promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dicha situación, los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano:

Vida intrauterina y nacimiento

Vida neonatal, ya sea parto a término o prematuro, o un niño con peso normal o con peso bajo.

Lactancia

Etapas del desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven

Etapas del desarrollo de la edad adulta.

Embarazo ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Condiciones adversas:

Derivación educacional

Problemas de adaptación social

²² Orem, D. (1993) Autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda de autocuidado terapéutico. En Modelo de Orem. conceptos de enfermería en la práctica.(pp141-148) Barcelona, España: Masson- Salvat

Perdida de familiares, amigos o colaboradores
Perdida de posesión o del trabajo
Cambio súbito de las condiciones de vida
Cambio de posición, ya sea social o económico²³
Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad
Enfermedad terminal o muerte esperada
Peligros ambientales

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría del déficit de autocuidado es el elemento crítico de la teoría de enfermería del déficit del autocuidado. Esta teoría tiene su origen en la finalidad propia de la enfermería, a saber los seres humanos como sometidos a limitaciones a causa de su salud, o relacionada con ella, para ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente.

Teoría del sistema de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del paciente y las de la enfermera

En esta se identifican tres tipos de sistemas:

- a) Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** la enfermera suple al individuo.
- b) Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** el personal de enfermería proporciona cuidados.
- c) Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.²⁴

²³Ibid.pag.324.

Orem define el objetivo de la enfermería como “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de la salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad e autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el auto cuidado) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, en las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada con respecto a las medidas de higiene en las escuelas.
- 4.- Enseñar a las personas que se ayuda en la educación de un enfermo

²⁴ ibid,pag.325

colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Concibe a la **persona**²⁵ como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten al mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su experiencia y hechos colaterales. A fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente

La salud es considerada como un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Enfermería es proporcionar a las personas y /o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a sus incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismos, acciones de autocuidado para conservar la salud y vida, recuperarse la de la enfermedad y afrontar las consecuencia esta experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y cuidado.

²⁵ Ibid, pag.199-207.

Obstáculos y otros factores que afectan a la satisfacción de los requisitos de autocuidado universal ²⁶

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Los factores que intervienen en la satisfacción de este requisito están organizados en amplios tipos (grupos), subtipos (números romanos), características típicas de los factores (A,B,C), y condiciones asociadas con los factores caracterizados(1,2,3a,b,c)

Primer grupo: interferencia ambiental, disponibilidad y composición del aire

- I. Composición y presión parcial de oxígeno del aire atmosférico en desacuerdo con los requisitos fisiológicos.
 - A. Baja presión parcial de oxígeno en el aire atmosférico
 1. A alturas de unos 3500 metros, provoca hipoxia arterial en todas las personas.
 2. En espacios cerrados provoca hipoxia arterial.
 - B. Aumento del dióxido de carbono del aire inspirado por encima del 10 al 20%, provocando una disminución del volumen respiratorio por minuto y crisis convulsivas.
 - C. Presencia de gases irritantes que estimulan las ramas nasales del quinto par craneal, causando una brusca inhibición temporal de la respiración.

II. Disponibilidad de aire

²⁶Ibid, pp.383.

- A. Entornos en los que el aire ha sido contaminado con sustancias, tales como humos, desplazados por gases mas pesados que el aire.
- B. Supresión mecánica del aire ha sido contaminado con sustancias, del aire disponible por bloque externo de los conductos de paso de aire.

Segundo grupo: interferencias con el proceso de ventilación pulmonar

I. Interferencias en el flujo de aire.

- A. Obstrucción de las vías aéreas por objetos y materiales extraños.
 - 1. Presencia en la nariz, nasofaringe, laringe, traque o bronquios de objetos extraños deliberadamente colocados o inspirados.²⁷
 - 2. Presencia de sangre en las vías aéreas resultante, por ejemplo:
 - a) Sangrado de la nariz o nasofaringe
 - b) Sangrado de la traque, por ejemplo, debido a un tubo de traqueotomía, situado bajo, que a sido erosionado el tronco innominado:
 - c) Hemorragia pulmonar.
 - 3. Presencia de sangre, liquido o vomito en la laringe o traque asociado con:

²⁷ Ibíd. ,pag.384

- a) Fallo en el cierre de la glotis durante la deglución o atragantamiento debido a la parálisis de las fibras aductoras del vago:
- b) Paso de alimentos o líquidos del esófago a la tráquea a través de una conexión fistulosa.

A. Anomalías que interfieren el flujo de aire y aumentan la resistencia de la vía aérea.

1. Obstrucción de las vías aéreas superiores por:

- a) Inflamación de la mucosa de la boca, nariz, faringe o laringe con exudado, oclusión de la vía aérea y dificultad para respirar asociada, por ejemplo con infecciones respiratorias, fiebre del heno u otras reacciones alérgicas:
- b) Pólipos, módulos, agrandamiento de las adenoides y amígdalas:
- c) Deformidades como desviación del tabique nasal, atresia laríngea:
- d) Formación de abscesos periamigdalares, sublinguales
- e) Estenosis laríngea o traqueal.²⁸

2. Disfunciones que interfieren el flujo de aire:

- a) Incapacidades en la glotis para abrirse debido a una parálisis de las fibras abductoras del vago:

²⁸ Orem, D. (1993), op.cit. pag. 385.

- b) Laringoespasma:
- c) Depresión o supresión del reflejo de la tos y del estornudo, resultando incapacidad para limpiar las vías aéreas:
- d) Estrechamiento difuso del árbol bronquial q obstruye el flujo aéreo y aumenta la resistencia de las vías aéreas(enfermedad obstructiva generalizada):
 - 1)Reversible, como el asma bronquial o infecciones con exceso de secreción:
 - 2)Irreversible, como en la fibrosis que sigue a las infecciones, bronquitis crónica.²⁹

II. Factores asociados con cambios en la adaptabilidad (compliance) pulmonar y la capacidad pulmonar vital.

A. Grandes factores estructurales u posicionales que restringen la adaptabilidad (compliance) pulmonar y la capacidad vital.

1. Limitaciones del movimiento de toda la caja torácica como en la cifoescoliosis
2. Inmovilidad de las articulaciones costo vertebrales, como en la espondilitis.
3. Adopción de posiciones corporales que impiden la expansión pulmonar.

²⁹ ibíd., pag.385

- B. Factores de presión asociados con disminución de la adaptabilidad (compliance) pulmonar.
1. Cambio de la presión intrapleural negativa normal a una presión intrapleural positiva con neumotórax.
 2. Aumento de la presión del pulmón no afectado en el neumotórax a tensión, debido a la desviación del mediastino hacia el lado no afectado.
 3. Aumento de la presión intraabdominal con restricción del movimiento diafragmático.
- C. Alteraciones del tejido pulmonar que afectan a la adaptabilidad (compliance) pulmonar vital.
1. Aumento de la rigidez del parénquima pulmonar con disminución de la adaptabilidad (compliance) y disminución de la capacidad vital.³⁰
 2. Disminución del número de unidades disponibles en el pulmón con disminución de la adaptabilidad compliance asociada, por ejemplo: con lesiones del tejido pulmonar debidas a agentes biológicos o químicos.
 3. Disminución de la adaptabilidad compliance pulmonar llegando a atelectasias asociadas con déficit de surfactante en recubrimiento de las factores
- a) Niños prematuros:

³⁰ ibíd.pag.386.

- b) Neonatos a término:
 - c) Adultos con distrés respiratorio del adulto:
 - d) Individuos sometidos a interrupciones cardiopulmonares como cuando se utilizan maquinas de circulación extracorpórea.
4. Disminución en la elasticidad del parénquima pulmonar con aumento de la adaptabilidad compliance y disminución de la capacidad vital, como en el enfisema pulmonar obstructivo.³¹
- D. Restricción voluntaria de la expansión torácica durante la respiración debido a dolor asociado, como en la pleuritis y fracturas de costillas
- E. Factores musculares y neuromusculares asociados con disminución de adaptabilidad pulmonar o de la capacidad vital.
- 1. Parálisis de los músculos de la inspiración, especialmente el diafragma.
 - 2. Parálisis de los músculos accesorios de la respiración.
 - 3. Espasmo de los músculos respiratorios con cese temporal de la respiración, como las convulsiones generalizadas.
 - 4. Fibrosis muscular.
 - 5. Trastornos neuromusculares específicos:

³¹ ibíd.pag.386.

- a) Distrofia muscular progresiva:
- b) Distrofia miotónica.

III. Interferencias en la óptima ventilación alveolar con o sin deterioro de la difusión.³²

A. Alveolos no funcionales asociados con acumulaciones intracelulares que obstruyen los sacos de los alveolos.

- 1. Edema alveolar.
- 2. Sangrado intraalveolar.
- 3. Neumonía intersticial.
- 4. Proteinosis
- 5. Microlitiasis.

B. Disminución del número de alveolos y del área de superficie alveolar total debido a la obstrucción de los septos alveolares, como en el enfisema.

C. Pérdida de los alveolos y de los capilares pulmonares debido a la extirpación, destrucción o cambios patológicos del tejido pulmonar.

- 1. Neumectomía, lobectomía.
- 2. Infarto pulmonar.

³²Ibíd., pp.387.

3. Fibrosis pulmonar: cicatrización difusa del pulmón debido a hipertensión

Pulmonar (enfermedades pulmonares restrictivas).

IV. Interferencias en el mantenimiento del equilibrio gaseoso entre el aire alveolar y la sangre pulmonar.³³

- A. Hipoventilación alveolar, general o regional asociada, por ejemplo con condiciones que disminuyen la capacidad de expansión del pulmón.
- B. Engrosamiento de las membranas alveolar, general o regional, asociada por ejemplo que se separan la sangre y la sangre alveolar (más estricta de la difusión de oxígeno que del CO_2)
- C. Baja proporción entre el flujo sanguíneo pulmonar y la ventilación, como en:
 1. Insuficiencia cardíaca y disnea.
 2. Vasoespasmo, trombosis, émbolos.
 3. Anomalías cardiovasculares congénitas que afectan a la circulación pulmonar.
 4. Trastornos cardiovasculares adquiridos (por ejemplo isquemia cardíaca)
 5. Asma cardíaca

³³ ibid,pp.387

D. Disminución de la capacidad de oxígeno del flujo sanguíneo pulmonar asociado con:

1. Bajo contenido de hemoglobina de la sangre, como en todas las formas de anemia.
2. Combinación de la hemoglobina con algo distinto del oxígeno por ejemplo monóxido de carbono.
3. Alteración de la hemoglobina que no puede combinarse con oxígeno, por ejemplo metahemoglobina en el envenenamiento por cloratos, nitratos, acetanilida y ferrocianuros

V. Factores que afectan a los mecanismos reguladores nerviosos centrales y neuroquímicos de la respiración.³⁴

A. Interferencias en la actividad rítmica automática del centro respiratorio medular con sus centros inspiratorios y espiratorios.

1. Interferencias en el funcionamiento neuronal de los centros asociados con:

- a) Depresión del centro respiratorio medular en relación con altas concentraciones de CO_2 o anoxia:
- b) Cambios tisulares en el centro asociados con tumores, enfermedad inflamatoria, accidentes musculares, edema:
- c) Irrigación inadecuada del centro respiratorio

2. Interferencias en la inhibición periódica normal de la actividad

³⁴ ibid.pag.388

en el centro inspiratorio para que pueda producirse la espiración en aire.

- B. Interferencias en los receptores químicos, reguladores y en los mecanismos que ajustan la ventilación para mantener la presión parcial de CO_2 alveolar constante y elevar la presión parcial de O_2 cuando desciende hasta niveles peligrosos.

Tercer grupo: cambios de la respiración normal asociados con estados fisiológicos y psicológicos seleccionados³⁵

- I Estados caracterizados, en parte por el cese temporal de la respiración, por ejemplo:
 - A. Convulsiones generalizadas con espasmo continuo de los músculos respiratorios, dando paso a movimientos tónico de estos músculos (la respiración cesa y se produce luego la entrada de aire en los pulmones en bocanadas cortas, convulsivas).
 - B. Periodos de contención de la respiración en, los niños pequeños cuando los llantos y gritos van seguidos de apnea de un minuto duración.
- II Ausencia de la respiración
 - A. Apnea en niños aparentemente sanos caracterizada por: 1) un episodio de panea durante el sueño con cambio de color, y 2)

³⁵Ibíd. , pag.388.

falta de respuesta a la estimulación suave. Para restaurar la respiración en preciso la respiración boca a boca o agitarlos prolongadamente y vigorosamente.

- B. Apnea en neonatos a pretermino hospitalizados sometidos a bajos niveles de estimulación somática y vestibular como la producida al cogerlos en brazos y mecerlos o asociada con inestabilidad térmica en el niño o en su entorno.
- C. Apnea en las primeras 24 horas de vida secundaria a una sepsis.
- D. Apnea asociada con enfermedades cardiorespiratorio como en la enfermedad de la membrana hialina o el conducto arterioso permeable.³⁶
- E. Apnea debida a causas metabólicas, como hipocalcemia, hipoglucemia.

III. Estados caracterizados, en parte, por experiencias de distrés respiratorio o por cambios en la profundidad y frecuencia de la respiración, por ejemplo:

- A. Estados de ansiedad en personas que experimentan dificultad para respirar, espasmo laríngeo, una sensación de ahogo o sofocación a veces con hiperventilación pronunciada (síntomas de miedo, cólera)
- B. Histeria y trastornos emocionales en personas que

³⁶ ibíd., pag.388.

experimentas disnea dolorosa, sensación de ahogo, necesidad de mas oxigeno, espasmo de los músculos torácicos.

C. Estados patológicos pulmonares o cardiacos con disnea.

1) De ejercicio

2) En reposo

D. Respiración periódica en lactantes a pretermino

E. Disnea y cianosis en neonatos asociada con hipoplasia de la mandíbula y glosoptosis.

IV. Estados caracterizados, en parte por descenso de la frecuencia respiratoria con disminución de la ventilación pulmonar y de la capacidad vital.

A. Caquexia

B. Malnutrición

V. Estados en los que hay un marcado aumento del esfuerzo respiratorio por ejemplo, estados fisiológicos característicos de:³⁷

A. Lesiones

B. Enfermedad aguda

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos.

Primer grupo: interferencia en la ingesta y mantenimiento de agua y

³⁷ Ibíd., pag.389

alimentos en la boca.³⁸

I. Condiciones y circunstancias que interfieren el acceso al agua y a los alimentos.

A. Condiciones de comunicación.

1. Limitación de la capacidad, o incapacidad para comunicar las necesidades o deseos de agua y alimentos: por ejemplo, etapas tempranas del desarrollo, bajos niveles de desarrollo cognitivo, limitación de falta de conciencia, defectos del habla o trastornos del habla, afasia.

2. Incomprensión de los modos de comunicación con las personas que pueden proporcionar el agua y los alimentos, por ejemplo. Hablar en una lengua extranjera o mediante los signos.

3. Fallo en la comunicación de las necesidades de agua y alimentos a las personas adecuadas, por ejemplo por falta de conocimiento sobre el modo de proceder, resistencia a pedir agua o alimentos, miedo a las personas que puedan procurar el agua o los alimentos.

B. Condiciones de acceso.

1. Incapacidad para procurarse agua o alimentos por uno mismo.

2. Falta de accesibilidad a la provisión de agua y alimentos.

³⁸ *Ibíd.*, pp.389

3. No disponibilidad de agua y alimentos cuando son necesarios o deseados.

II. Características del agua y los alimentos disponibles que provocan resistencia o rechazo a ingerir o mantener en la boca el agua y los alimentos.

A. Agua y alimentos que no se ajustan a las formas culturales.

1. Fuente de agua diferente a la habitual.
2. Alimentos extraños o preparación poco habitual de los mismos.
3. Alimentos en desacuerdo con los principios culturales o religiosos

B. Agua y/o alimentos que no cumplen los estándares personales para ser aceptados.³⁹

1. Desagrado por los alimentos disponibles.
2. El agua o alimentos son desagradables para la vista, el olfato o el gusto.
3. La textura de los alimentos es desagradable.
4. El agua o los alimentos son repugnantes de acuerdo con los estándares de aceptabilidad del individuo.

C. El agua y/o los alimentos son incompatibles con las

³⁹Ibíd., pag.390.

condiciones estructurales o funcionales del individuo o con su estado general de salud.

1. Incompatibilidad con las capacidades existentes para la masticación o deglución.
2. Incompatibilidad fisiológica como en la alergia.
3. En desacuerdo con el estado nutricional o con las capacidades digestivas o metabólicas.⁴⁰

III. Condiciones internas y externas que interfieren la atención o suprimen el deseo o la disponibilidad para ingerir, recibir, mantener en la boca el agua y los alimentos.

A. Interferencias en la atención.

1. Pérdida de interés en comer y beber.
2. Deprivación sensorial, sobrecarga sensorial.
3. Alto nivel de ansiedad, con reducción del campo receptivo y agitación.
4. Confusión, estupor o coma.

B. Interferencia en el deseo o disponibilidad de ingerir agua o alimentos.

1. Condiciones humanas que interfieren el deseo o la disponibilidad:

⁴⁰ Ibid., pag.390

- a) Saciedad, anorexia:
 - b) Desaparición de la sensación de sed:
 - c) Nauseas, vómitos, regurgitación de gas o pequeñas cantidades de alimentos procedentes del estomago:
 - d) Miedo al atragantamiento:
 - e) Limitación de la capacidad o incapacidad para percibir el color, la textura o el aroma de los alimentos o el sabor de los mismos.
 - f) Alucinaciones visuales o auditivas.
2. Ausencia del estímulo psíquico que promueve la salivación como visión de los alimentos aroma, sonidos producidos al cocinar, descripciones verbales de los alimentos.⁴¹
- a) Conductas que están en desacuerdo con la realidad de los requerimientos de agua y alimentos
 - b) Negación de la sensación de hambre con incapacidad para comer o beber:
 - c) Rechazo a comer cuando se dispone de alimentos.
 - d) Auto concepto que niega la necesidad de un aporte suficiente de alimentos.
 - e) Bulimia

⁴¹ibid.,pag.390

3. Conductas que no están de acuerdo con las características reales de agua y alimentos como ilusiones sobre las características del agua o alimentos, percepciones distorsionadas de ellos o alucinaciones olfativas.
4. Condiciones ambientales que pueden afectar adversamente al deseo de agua y alimentos o a la disponibilidad para tomarlos.
 - a) Condiciones sociales: falta de las situaciones sociales preferidas para comer, relaciones tensas, condiciones estéticamente desagradables:
 - b) Condiciones biológicas: infestación por parásitos, condiciones insalubres, condiciones estéticamente desagradables:
 - c) Condiciones físicas: nivel de ruido ofensivo y molesto, condiciones climáticas indeseables, niveles de luz inadecuados, condiciones estéticamente desagradables.

IV. Condiciones y circunstancias que interfieren los procesos naturales de ingestión y mantenimientos del agua y los alimentos en la boca.⁴²

- I. Estados de desarrollo y constitucionales como ausencia de habilidad de reflejo de succión en los lactantes.
- II. Anomalías de la boca y cara incluyendo labio leporino, fisura palatina, alteraciones de la articulación temporomandibular, defectos de desarrollo de la lengua o labios.

⁴² *ibid.*, pag.391

III. Condiciones dolorosas y obstructivas: inflamaciones y lesiones, inflamación de los tejidos blandos, tumores intrabucales, tumores en la boca, cara y cuello.⁴³

1. Estomatitis, gingivitis, glositis, fisuras de la lengua.
2. Tumores de la membrana mucosa, lengua o estructuras óseas de la boca.
3. Abscesos orales
4. Paperas

IV. Excesivo flujo de secreciones de la boca y nariz.

1. Flujo salival excesivo, como en la enfermedad de Parkinson, uso de agentes farmacológicos, aumento de la acidez sanguínea.
2. Flujo excesivo de secreciones nasofaríngeas y líquido lagrimal como en las infecciones respiratorias altas.

V. Dificultad o incapacidad para abrir o cerrar la boca

1. Alteraciones de la articulación temporomandibular
2. Procedimientos quirúrgicos que temporalmente evitan la apertura o cierre de la boca por ejemplo cerclaje de los dientes en oclusión.
3. Condiciones neurológicas que afectan por ejemplo a la

⁴³Ibíd., pag.391.

capacidad para abrir la boca y el mantenimiento de la oclusión

VI. Procedimientos quirúrgicos en la boca, mandíbula y lengua que implican escisión y reconstrucción, restringiendo la ingestión y mantenimiento del agua y los alimentos en la boca; por ejemplo, cirugía de labios, resección maxilar o mandibular, resección del paladar blando o duro, hemiglosectomía o glosectomía total.⁴⁴

VII. Cambios del tejido blando de la boca.

1. Efectos de deficiencias dietéticas y restricción o ausencia de ingestión oral de agua sobre los tejidos y órganos de la cavidad bucal:

a) Ulceración bucal asociada con degeneración del tejido conectivo de las encías y ligamentos periodontales y atrofia del epitelio de la lengua.

b) Aumento de la sensibilidad del tejido periodontal a los irritantes y traumatismos locales.

c) Deshidratación de los tejidos.

2. Atrofia de la mucosa oral en las personas ancianas con la resultante percepción anormal de los sabores y sensación de quemazón en la boca.

⁴⁴ *ibid.*, pag.391.

VIII. Posiciones del cuerpo que entorpecen la ingestión y el mantenimiento del agua y los alimentos incluyendo las posiciones del trendelemburg y en pronación.⁴⁵

IX. Rechazo a abrir la boca para comer basándose en falsas ideas sobre las consecuencias.

Segundo grupo: interferencias en la masticación

1. Condiciones que interfieren el aplastamiento y desmenuzamiento de los alimentos.

A. Condiciones de los dientes y mandíbulas, incluyendo:

- 1 Mala oclusión de las mandíbulas y dientes
- 2 Ausencia de dientes incisivos, molares
- 3 Alteraciones de la articulación temporomandibular: rigidez o fijación, dislocación mandibular.

B. Condiciones de los músculos de la masticación incluyendo:

- 1 Debilidad con fatiga muscular después de limitados movimientos, como en la miastenia gravis o en la astenia por enfermedad metabólica.
- 2 Debilidad y atrofia de los músculos asociados con la distrofia muscular.
- 3 Atrofia, como en la miotonía y miastenia de larga duración.
- 4 Parálisis total o parcial asociada con lesiones del tronco encefálico.
- 5 Trastornos del funcionamiento motor que afectan a la coordinación.

C. Dolor asociado con la masticación, como en las lesiones de los tejidos blandos y huesos.

⁴⁵ ibíd., pag.392.

- D. Disminución de la cantidad de saliva o ausencia de la misma, lo que dificulta la humidificación de los alimentos y la lubricación de la mucosa bucal.
 - E. Ingestión habitual de alimentos no masticados
- II Condiciones y circunstancias que entorpecen la mezcla de los alimentos con la saliva.⁴⁶
- A. Condiciones y circunstancias relacionadas con el flujo salival y su composición.
 - 1 Disminución o cese de la secreción salival (asialismo) asociada con, p. ej.
 - a) Deshidratación corporal
 - b) Supresión de la ingesta de agua y alimentos por la boca:
 - c) Cese de la función salival asociado con inflamación de las glándulas salivales produciendo una boca seca (xerostomía)
 - d) Deficiencia de vitamina A
 - e) Uso de atropina y otros agentes bloqueantes colinérgicos
 - f) Miedo, depresión, ansiedad, excitación
 - 2 Obstrucción de los conductos salivales por cálculos, tumores, procesos inflamatorios.
 - B. Condiciones de los músculos de la lengua y mejillas que interfieren con la colocación de los alimentos entre los arcos dentales y formación de una masa o bolo con la comida.
 - 1. Condiciones de la lengua:
 - a) microglosia, aglosia, macroglosia y anquiloglosia
 - b) resección total o parcial de la lengua
 - c) parálisis d la mitad de la lengua con atrofia que se produce en la

⁴⁶ Ibid., pag.392

oclusión de la arteria vertebral

d) parálisis de los músculos intrínsecos y extrínsecos de la lengua.

2. Condiciones de los músculos faciales, incluyendo debilidad, atrofia y parálisis.

C. Deglución de alimentos no masticados.

Tercer grupo: interferencias en la deglución

I. Condiciones y circunstancias que interfieren al movimiento de los líquidos o los alimentos masticados y humedecidos desde la boca al espacio entre la base de la lengua y la pared posterior de la faringe (fase oral, voluntaria de la deglución).

A. Incapacidad para iniciar o regular la acción voluntaria, como en el estupor o el coma

B. Interferencias en los acontecimientos de la fase oral de la deglución: cerrar los labios y la mandíbula; elevar la punta de la lengua hasta el paladar duro después de la separación de un bolo alimenticio o de la toma de líquido; empujar el dorso de la lengua hacia arriba y hacia atrás contra el paladar moviendo o el bolo de alimento o líquidos al interior de la faringe; cierre de la nasofaringe por elevación del paladar blando.

1. Trastornos del funcionamiento motor que interfieren:⁴⁷

A. La compresión de los labios (orbicular) y la compresión de las mandíbulas (buccinador);

B. La elevación de la mandíbula: músculos temporales, masetero y

⁴⁷ *ibíd.*, pag.393.

pterigoideo interno.

2. Anomalías de los labios, paladar y lengua
 3. Parálisis parcial o total de la lengua, resección o extirpación de la lengua.
 4. Condiciones dolorosas y obstructivas de la cavidad bucal, de la cara y del cuello.
- II Condiciones y circunstancias que interfieren la llegada de alimentos o líquidos a la faringe, el paso a través de la faringe y del esfínter faringoesofágico hasta el esófago (fase del reflejo faríngeo de la deglución).
- A. Condiciones obstructivas y dolorosas de la faringe
1. Bolsa o dilatación faríngea asociada con la pérdida de soporte de las fibras musculares
 2. masas tumorales obstructivas y cuerpos extraños
 3. anomalías del esfínter faríngeo cricoideo incluyendo espasmo, retraso en el inicio de la relajación, concentraciones prematuras con acortamiento de la relajación.⁴⁸
 4. condiciones inflamatorias y lesiones de los tejidos blandos.
- B. Trastornos de los mecanismos nerviosos del reflejo de la deglución.
1. Lesiones centrales: protuberancia, hipotálamo, córtex frontal, médula.
 2. Lesiones de receptores de boca y faringe, fibras aferentes del nervio glossofaríngeo y ramas laríngeas superiores del nervio vago.
 3. Lesiones de los músculos faríngeos
- C. Lesiones que dificulten el movimiento de la laringe
- D. Alojamiento de los alimentos en la faringe debido al tamaño del bolo o a la consistencia de los alimentos.

⁴⁸ ibíd., pag.393.

- III Condiciones y circunstancias que interfieren el paso de alimentos y líquidos a través del esófago y a través del esfínter esofágico inferior al estómago (fase del reflejo esofágico de la deglución).
 - A. Condiciones obstructivas incluyendo, p. ej.
 - 1. Atresia
 - 2 Estenosis congénita o secundaria a enfermedad o lesión
 - 3. Membranas esofágicas
 - 4. Compresión del esófago con desplazamiento del orificio faríngeo alejándolo del eje por una bolsa o dilatación faríngea
 - 5 Obstrucción de la luz por cuerpos extraños, tumores.
 - B anomalías incluyendo ausencia del esófago, fístula traqueoesofágica, divertículos esofágicos.⁴⁹
 - C Condiciones dolorosas y que afectan la integridad de los tejidos del esófago.
 - 1 Esofagitis aguda o crónica asociada con:
 - A Compromiso del esfínter esofágico inferior:
 - 1. Incompetencia primaria
 - 2. Extirpación quirúrgica o destrucción, conducentes ambas a la existencia de reflujo
 - B hernia hiatal, esófago congénitamente corto
 - C enfermedades como la esclerodermia, neoplasias;
 - D Embarazo;
 - E secundaria a diversos factores:
 - 1) vómitos
 - 2) intubación
 - 3) anestesia;

⁴⁹ Ibid., pag.394

- 4) hipo prolongado
- 5) reacción de estrés;
- 6) Posición de decúbito forzada o asociada con inconsistencia de larga duración;
- 7) Lesiones del sistema nervioso
- 8) Fase Terminal de una enfermedad
- 9) Uso de alcohol secundario a radiación y quimioterapia concurrente en personas con carcinoma pulmonar de células pequeñas.

- 1 Úlcera esofágica⁵⁰
- 2 Varices esofágicas
- 3 Perforación esofágica

A como complicación de esofagitis, úlceras pépticas, neoplasias, presencias de cuerpos extraños;

B rotura espontánea durante el vómito o la tos, o asociada con glotonería.

- 4 Laceraciones verticales del esófago en la unión gastroesofágica con hemorragia severa.

D trastornos de los mecanismos neuronales del reflejo de la deglución, lesiones centrales, lesiones de los receptores, lesiones neuromusculares del esófago y de las fibras nerviosas eferentes.

E Cambios en la motilidad y disfunción motora asociados con edad avanzada, consumo de alcohol, disminución o ausencia de peristaltismo cuando las fibras musculares lisas son reemplazadas por dentro, como en la esclerodermia.

F Reflujo gastroesofagico en el neonato debido a una presión en reposo del esfínter gastroesofagico por debajo de la normalidad.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los

⁵⁰ Ibid., pag.395

excrementos.

Primer grupo: evacuación intestinal

I. Cambios en los patrones de evacuación intestinal, heces e integridad intestinal

A Cambios en el patrón de evacuación intestinal del individuo: estreñimiento, diarrea.

A. Cambios en la forma, color y otras características de las heces

B. Cambios en la integridad intestinal: cambios de funcionamientos estructurales.

II. Sensaciones y emociones asociadas a la evacuación intestinal

A. malestar o dolor

B ansiedad o temor asociado con el patrón de eliminación intestinal o las características de las heces

III. Realización de cuidados

A Es difícil o imposible realizar los movimientos corporales requeridos

B Malestar o dolor asociado con la realización de los movimientos requeridos

IV. Entorno⁵¹

A.No se dispone de recursos para recoger y desechar las heces, o los que existen no son adecuados o seguros

B.No se dispone de recursos para el cuidado posterior de las partes corporales, con propósitos sanitarios y estéticos, o los existentes no con adecuados o seguros

C.El entorno social y físico no proporciona intimidad para la evacuación

⁵¹ Íbid.,pag.395

intestinal o los cuidados posteriores

D. Las prácticas prevalentes sobre la evacuación intestinal y los cuidados posteriores no son congruentes con las del individuo.

Segundo grupo: micción.

I. Cambios en los patrones de micción, en la orina y en la integridad de los órganos.

A. Cambio del patrón normal de la micción del individuo.

B. Cambios cuantitativos y cualitativos en la orina.

C. Cambios en la integridad estructural o funcional de los órganos.

1. Incontinencia

2. Parálisis de la vejiga

3. Obstrucción de la uretra, cuello vesical, uréter.

4. Cambios estructurales en los uréteres, vejiga o uretra, resultantes de la lesión patología o intervenciones quirúrgicas.

Tercer grupo: perspiración.⁵²

I. Cambios de los patrones normales de sudoración en condiciones y circunstancias específicas.

A. Disminuida o ausente.

B. Aumentada.

⁵² *Ibíd.*, pag.396

- I I. Reacciones y sentimientos asociados con:
 - A. Disminuida o ausente
 - B. Aumentada.
- VI. Realización de cuidados
 - A. Es difícil o imposible realizar los movimientos corporales requeridos.
 - B. Malestar o dolor asociado con la realización de movimientos.
- VII. Entorno: no se dispone de recursos para el cuidado o lo que no son adecuados.

Cuarto grupo: menstruación⁵³

- I. Cambio del patrón normal de la menstruación o supresión de está
 - A. Cambio en el momento y la duración del sangrado o en la cantidad del mismo
 - B. Supresión de la menstruación
- II. Sensaciones y emociones asociadas con la menstruación o la ausencia de ella
 - A. Malestar o dolor
 - B. Ansiedad o temor asociado con cambios en el patrón de la menstruación
- III. Realización de cuidados.
 - A. Dificultad o imposibilidad para realizar los movimientos corporales

⁵³ ibíd., pag.396.

requeridos

B. Malestar o dolor asociado con el uso de medidas de cuidado o requeridos para las mismas.

IV. Entorno

A. No se dispone de recursos para los cuidados o los existentes no son adecuados o seguros.

B. Las prácticas de cuidados prevalentes no son congruentes con las del individuo.

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Primer grupo: factores humanos.⁵⁴

- I. Factores que interfieren en el equilibrio entre la actividad y el reposo.
 - A. Debilidad
 - B. Estados emocionales de apatía o excitación.
 - C. Insomnio
 - D. Narcosis, estados comatosos.
 - E. Intereses y preocupaciones acuciantes por algún problema o asunto de la vida diaria.
 - F. Incapacidad
 - G. Inactividad o inmovilidad prescrita con propósitos terapéuticos

- II. Condiciones específicas que interfieren en el equilibrio entre la actividad y

⁵⁴ ibíd. pag.397.

el reposo.

- A. Disnea de esfuerzo.
- B. Dolor no controlado.
- C. Malestar continuo
- D. Sobrecarga sensorial, deprivación sensorial.
- E. Ansiedad o temor asociado con:
 - 1. Estar en reposo o estar activo.
 - 2. Estar solo o estar en contacto con otras personas.

Segundo grupo: factores ambientales.⁵⁵

- I. Entorno social: lo quieren, permiten, recomiendan o demandan las personas significativas.
- I. Los recursos y el tiempo son inadecuados para:
 - A. El cambio de una actividad a otros tipos d actividad
 - B. El cambio de estar activo a un estado de reposo.
 - C. Obtener suficiente reposo y sueño.
 - D. Mantener las condiciones físicas necesarias o deseables.
- III. Entorno físico:
 - A. Condiciones climáticas que dificultan la actividad o el reposo.

⁵⁵ ibid.pag.397.

- B. Ruido que impide el reposo y el sueño, o la concentración requerida para la actividad.
 - C. Silencio desacostumbrado o necesidad personal del mismo.
- IV. Situación ambiental
- A. Crisis situacional en la familia o residencia
 - B. Condiciones de desastre resultantes de terremotos, huracanes, inundaciones, incendios.
 - C. Condiciones de desastre a consecuencia de la guerra.

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL⁵⁶

Primer grupo: condiciones de vida

- I. Aislamiento de otras personas
 - A. Contacto mínimo, infrecuente o falta de contacto debido a la localización de la residencia.
 - B. Aislamiento auto impuesto en un entorno social no restringido.
 - C. Aislamiento impuesto dentro del grupo social
- II. Demanda continua de interacción con otras personas durante las horas de vigilia.
- III. Continúa implicación en la provisión de cuidados asociados con una lesión o enfermedad aguda o crónica.

⁵⁶ibid.pag. 398

Segundo grupo: factores humanos⁵⁷

Características del I Factores personales.

- A. temperamento y la personalidad.
- B. Edad cronológica y edad de desarrollo
- C. Ansiedad o temor a estar solo o de estar con otros.
- D. Características personales, incluyendo las físicas que provocan conductas de evitación en los demás.

II .Interferencias específicas

- A. Deterioro sensorial
 - 1. Habilidades inadecuadas de comunicación.
- B. Falta de habilidades y de formación de hábitos para estar solo.
- C. Búsqueda continúa de contactos con otros.

Tercer grupo: factores ambientales.

I. Las personas para el contacto e interacción social

- A. Son o no son agradables
- B. Son o no son las preferidas
- C. Están o no disponibles cuando son necesarias

II. Condiciones y recurso físicos ambientales que facilitan o dificultan:

⁵⁷ ibíd., pag.398.

A. Los contactos e interacciones sociales.

B. La soledad.

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

Primer grupo: factores humanos.

I. Estados

A. Intensos estados emocionales que restringen la atención y la conciencia.

B. Estados de sueño y somnolencia.

C. Coma de grado ligero o profundo.

D. Debilidad.

II. Interferencias específicas.⁵⁸

A. Discapacidades que interfieren el control de la posición y el movimiento en el espacio.

B. Limitación de la conciencia de uno mismo y del entorno en un marco temporal específico, independientemente de la causa.

C. Falta de conocimiento de los peligros específicos o de los medios para controlarlos o evitarlos.

D. Modos de funcionamiento cognitivo que no son capaces de manejar las abstracciones y no tienen en cuenta lo que no ha sucedido o no ha sido experimentado.

⁵⁸ibid, pag.399.

- E. Falta de una preocupación razonable por los peligros.
- F. Preocupación excesiva y temor a los peligros.

⁵⁹**Segundo grupo: factores ambientales.**

I. Peligros físicos

- A. Condiciones atmosféricas y meteorológicas
- B. Peligros geológicos.
- C. Peligros físicos en el hogar, situación laboral o situaciones recreativas.

II. Condiciones sociales.

A. Dependencia del individuo que son:

1. Indiferentes al incumplimiento de sus responsabilidades de cuidar de los que dependen de ellos.
2. Sobreprotectores de los que dependen de ellos, no permitiéndoles la libertad necesaria para el desarrollo.

B. Abandono.

C. Exposición a abusos personales.

1. Psicológicos
2. Físicos y psicológicos.

III. Recursos: no se dispone de los recursos necesarios para la vida y la

⁵⁹ Ibid, pag.399.

salud, o no son adecuados.

IV. Grupo social.

A. Falta de actuación para prevenir o controlar las condiciones peligrosas conocidas.

B. Falta de comunicación de la información sobre los peligros existentes y las medidas para prevenirlos o mitigar sus efectos.

1. En las condiciones de vida habituales.

2. En condiciones de desastre.

PROMOCION DE LA NORMALIDAD⁶⁰

Los factores que centran la atención en la necesidad de satisfacer este requisito o en los métodos para satisfacerlo están organizados en grupos de factores humanos y ambientales.

Primer grupo: factores humanos

I. Estados.

A. Estados de vigilia que provocan una restricción del conocimiento o un conocimiento incorrecto del yo, del entorno y de las situaciones de acción.

1. Sueño y ensueño.

2. Coma ligero y profundo.

3. Estados emocionales intensos que restringen la atención e interfieren en la percepción.

⁶⁰ ibíd., pag.400.

- B. Estados de desarrollo cognitivo en que las personas no son capaces de manejar las abstracciones o lo que no ha sido experimentado.
- C. Estados de discapacidad física que interfieran la sensación y la percepción y la capacidad para controlar la posición y el movimiento en el espacio.
- D. Estados impuestos de restricción de la movilidad física, con resultado de un entorno limitado.

II. Factores específicos.⁶¹

- A. Deterioro de la comunicación, el razonamiento o la memoria.
- B. Ausencia o defectos de las partes corporales visibles o no invisibles.
- C. Ansiedad, temor o cólera asociados con cambios en el yo y en el estilo de vida.
- D. Reticencia o rechazo prestar atención a las condiciones existentes en el yo o en el entorno.
- E. Interés y preocupaciones dominantes que restan atención a las condiciones del yo o en el entorno que deberían ser reguladas.
- F. Disminución de las capacidades para manejarse y para cuidar del yo y cumplir las responsabilidades del rol.
- G. Condiciones de vida no satisfactorias.

⁶¹ibíd., pag.400

Segundo grupo: factores ambientales

I. Sociales.

- A. Exclusión o rechazo por la familia o grupo social íntimo.
- B. Exclusión de la sociedad en general.

II. Condiciones y recursos que no apoyan el desarrollo personal y no son adecuados para mantener condiciones de vidas satisfactorias.

LIMITACIONES DEL AUTOCUIDADO⁶²

Las personas que realizan el autocuidado son conocedoras de sí mismas, de sus estados funcionales y de los cuidados que necesitan. Quieren saber. Valoran, investigan, emitan juicios y toman decisiones. Se ocupan de cursos de acción para el logro de resultados y son capaces de autodirigirse en sus ambientes. Las habilidades del autocuidado son expresiones de lo que las personas han aprendido hacer y saben hacer en la fase de la investigación y toma de decisiones del autocuidado en su fase de producción en las presentes condiciones humanas y ambienteles. Las limitaciones de autocuidado son expresiones de la que impide a los individuos proporcionar la cantidad y clase de autocuidado que necesitan en las condiciones y circunstancias existentes y cambiantes.

Las limitaciones del autocuidado se expresan en términos de influencia restrictivas en las operaciones del autocuidado. Se han identificado tres clases de restricciones: restricciones de conocimiento, restricciones de juicio y toma de

⁶² Orem D. (1993) Agencia de autocuidado y agencia de cuidados dependientes. En Modelos de Orem. Concepto de enfermería en la práctica (pp190) Barcelona, España; Masson-Salvat.

decisiones de autocuidado son expresiones de lo que impide a los individuos proporcionar la cantidad y las clases de autocuidado que necesitan las condiciones y circunstancias existentes y cambiantes.

Las limitaciones del conocimiento sobre el propio funcionamiento sobre la necesidad del autocuidado están asociadas con las experiencias anteriores de los individuos y con lo que están experimentando en el presente. Algunas de las condiciones y factores asociados a las limitaciones del conocimiento se identifican en tres grupos:

Primer grupo

- 1.- Cambio de modos de funcionamiento que son nuevos y no se comprenden; falta de correspondencia entre lo que uno ha experimentado y lo que experimenta.
- 2.- Nuevo requerimientos de autocuidado no reconocidos asociados con los cambios de los estados funcionales.
- 3.- Nuevos requisitos de autocuidado que son régimen de cuidado de la salud prescrito y que no se comprenden.
- 4.- Falta de conocimiento esencial para realizar las operaciones necesarias para satisfacer requisitos de autocuidado específico usando los métodos y las medidas de cuidados especificados

SEGUNDO GRUPO⁶³

- 1.- Deterioro del funcionamiento sensorial de la percepción y de la memoria que interfiere la adquisición de conocimiento empírico o el recuerdo del conocimiento.
- 2.- Trastorno del funcionamiento humano integrado que afecta adversamente la conciencia empírica al funcionamiento cognitivo y la racionalidad, asociados como por ejemplo, con: 1) condiciones orgánicas que producen estados tóxicos;

⁶³ Ibid, pag.191.

2) enfermedades mentales y emocionales 3) alteraciones cerebrales; 4) efectos de sustancias tales como fármacos prescritos o no.

Tercer grupo⁶⁴

1.- Disposiciones y orientaciones que tienen como resultado percepciones significados y valoraciones d situaciones que no están de acuerdo con la realidad.

2.- Alejamiento de la accione para adquirir el conocimiento nuevo y esencial.

3.-Modos de funcionamiento cognitivo que afectan a las superaciones mentales asociadas con el conocimiento cuando se va ha emprender la acción ha ajustar la acción a las condiciones existente o a las que empiezan ha aparecer y a parar la acción; y con la organización de los grupos de acciones en secuencias significativas para el logro de los resultados.

Los tres grupos de limitaciones del conocimiento son de distinta clase, ´por lo tanto las personas con tales limitaciones requieren diferentes tipos de ayuda con respecto al autocuidado. El primer grupo indica limitaciones para el conocimiento de las limitaciones ambientales para el conocimiento de una mismo y del entorno. El tercer grupo indica limitaciones psíquicas y cognitivas para el desarrollo de limitaciones sobre las situaciones, para la búsqueda para adquirir nuevos conocimientos, y para el conocimiento que es básico realizar en las conductas de busque da de resultados.

Las limitaciones para formular juicios y tomar dediciones sobre los componentes de una demanda de autocuidado terapéutico están asociadas con la visión que los individuos de si mismos sus hábitos d investigación y reflexiones antes de tomar decisiones sobre la acción a emprender sus deseos de emprenden la acción que sea apropiada y beneficiosa y el conocimiento y habilidades que tengan. Se expresan ocho factores o condiciones que imponen

⁶⁴ Ibid, pag.191.

limitaciones y toma de decisiones de los individuos respecto a los asuntos del autocuidado.

PRIMER GRUPO.

1.- Falta de familiaridad con las situaciones y falta de conocimientos sobre las cuestiones apropiadas para la investigación.

2.-Conocimiento insuficiente o falta de las habilidades innecesarias para buscar y adquirir los conocimientos técnicos y adecuados de los individuos o del material de referencia.

3.-Falta de conocimiento empírico y antecedente válido y suficiente para pensar y razonar dentro del marco de autocuidado de referencia.

SEGUNDO GRUPO.⁶⁵

4.- Interferencias con la dirección y mantenimiento de la atención voluntaria necesaria para investigar situaciones desde la perspectiva del autocuidado; por ejemplo limitaciones de la conciencia, estados emocionales intensos, preferencias y desagradados súbitos o intensos, intereses y preocupaciones dominantes.

5.- Incapacidad o limitación de la habilidad para imaginar cursos alternativos de acción que podrían emprenderse las consecuencias cada uno de ellos.

TERCER GRUPO.

6.- Reticencia o rechazo de los individuos a investigar situaciones de autocuidado como base para determinar que puede hacerse y que debería hacerse.

7.-Apatía para reflexión y tomar una decisión una vez ya identificado y entendido un curso de acción deseable y adecuado.

8.-Rechazo a tomar una decisión sobre un posible curso de autocuidado o bien sobre el ejercicio o quizá desarrollo de la agencia de autocuidado.

⁶⁵ *Ibíd.*, pag.192.

Las limitaciones expresadas en los grupo primero y segundo interfieren con el hecho de que los individuos tengan u obtengan una base de información adecuada para en emitir juicios y tomar decisiones. Las limitaciones del tercer grupo indican evitación de la toma de decisiones. Las limitaciones pueden reflejar patrones de conducta típicos de los individuos o pueden reflejar el significado que los individuos confieren a una situación y el alejamiento para evitar implicarse en ella.

Las limitaciones para ocuparse en cursos de acción para el logro de resultados dentro de las fases de autocuidado de investigación y producción, incluyendo las limitaciones para el autogobierno, están asociados con estados humanos funcionales y con condiciones y circunstancias ambientales. Los siguientes ejemplos de factores y condiciones limitantes se expresan en cuatro grupos.

Primer grupo

1.- Falta de los conocimientos o de desarrollo de las habilidades necesarias para ser operativas las decisiones del autocuidado.

2.- Falta de recursos del autocuidado

Segundo grupo⁶⁶

1.-Falta de energía suficiente para mantener la acción en las fases del autocuidado investigadora y de producción.

2.- Incapacidad o limitación de la habilidad para controlar los movimientos corporales del desempeño de las acciones requeridas en una o ambas fases del cuidado tres.

3.- Incapacidad o limitación de la habilidad de los individuos para atenderse así mismos como agentes de autocuidado y para ejercer vigilancia respecto a las condiciones externas existentes y cambiantes.

Tercer grupo.

⁶⁶ Ibid., pag.193.

- 1.- Falta de interés para satisfacer los requisitos de autocuidado.
- 2.- Falta de deseo de satisfacer las necesidades de autocuidado percibidas.
- 3.- Orientación de los objetivos y ubicación de las necesidades en autocuidado inadecuados para mantener el desempeño de las acciones de investigación y producción esenciales para el conocimiento y satisfacción de las demandas de autocuidado terapéutico.

Cuarto grupo⁶⁷

- 1.- Interferencias deliberadas de los miembros de la familia o de otras personas en el desempeño de los cursos de acción necesarios para que los individuos tengan conocimiento y satisfagan sus demandas de autocuidado terapéutico
- 2.- Patrones de vida personal familiar que restringen la ocupación en acciones de autocuidado
- 3.- Falta de los sistemas de desarrollo necesario para sostener a los individuos cuando el cuidado es complejo largo y estresante
- 4.- Situaciones de crisis familiar o domésticas que interfieren con el autocuidado.
- 5.- Situaciones de desastre que interfieren con la ocupación del autocuidado con y las formas de autocuidado.

Los tres primeros grupos de interferencias en la ocupación en cursos de acción requeridas en las fases de cuidado expresan ausencia de las condiciones de necesarias para el autocuidado. El cuarto grupo de interferencias está asociado con las condiciones de vida del individuo.

En el enfoque de la formulación y expresión de los tipos de limitación del autocuidado se tomó porque está de acuerdo con las condiciones encontradas en situaciones concretas en las prácticas. La evidencia de presencia de los tipos de limitaciones enumeradas, sola o en diversas condiciones en personas

⁶⁷ Ibid, pag.193.

bajo los cuidados de enfermería proporcionan una base para que las enfermeras terminan la cantidad y tipos de cuidados de enfermería y requeridos. Proporcionan una base para el juicio de las enfermeras sobre métodos validos de ayuda, así como sobre los procesos interpersonales para reforzar o mantener la disponibilidad por parte de los pacientes, para recibir ayuda atrás de la enfermería.

DEFICIT DE AUTOUIDADO⁶⁸

El termino déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en los que las capacidades de autocuidado, debido a las limitaciones de autocuidado existentes no están a la altura suficiente para satisfacer todas o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico. Los déficit de autocuidado están asociados con los componentes que forman la demanda de autocuidado terapéutico y con el número y variedad y limitaciones del autocuidado.

Los déficit de autocuidado se identifican como completos parciales. Déficit de autocuidado cumple significa que no hay capacidad para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico.

El déficit parcial en el autocuidado puede ser extenso o pueden limitarse a una incapacidad de satisfacer uno o varios requisitos de autocuidado dentro de la demanda de autocuidado terapéutico.

El conocimiento de las enfermeras sobre las características distintivas de los déficit de autocuidado en individuos y situaciones concretas de la práctica de la

⁶⁸ *Ibíd.*, pag.194.

enfermera es un resultado de las actitudes diagnosticas de enfermería realizadas para determinar las habilidades y limitaciones de autocuidado de los individuos y de la identificación y particularización de sus requisitos de autocuidado

La presencia de las siguientes condiciones, o de una combinación de ellas, constituiría una evidencia patente de que existe un déficit de autocuidado:

Falta de ocupación continuada en el autocuidado, o clara falta de adecuación de lo que se hace para cubrir los requisitos de autocuidado.

Toma de conciencia limitada, falta de conciencia, del yo y del entorno, excluyendo la debida al sueño natural.

Incapacidad para recordar pasadas experiencias en el control de la conducta

Limitaciones para el juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado asociadas con la falta de conocimiento y de familiaridad con las condiciones internas y externas.

Acontecimientos indicadores de funcionamiento desordenado o alterado, que dan lugar a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de salud y al ajuste de uno o más requisitos de autocuidado universal.⁶⁹

Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas de autocuidado medidas de autocuidado complejas, recientemente prescriptas, cuya realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia.

El déficit de autocuidado está asociado no solo con las limitaciones de los individuos para realizar medidas de cuidados, sino también con la falta de

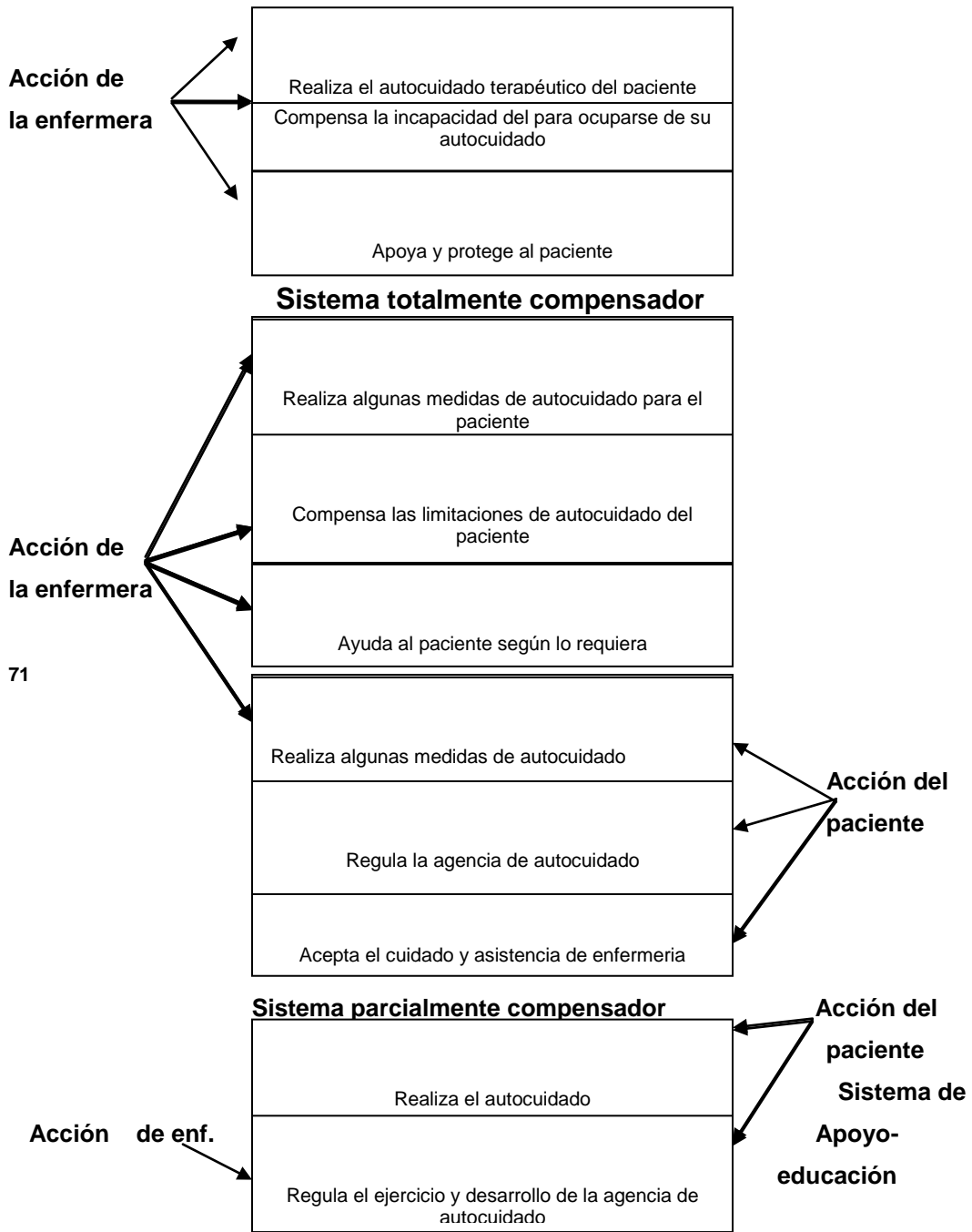
⁶⁹ Ibid, pag.194.

validez o efectividad del cuidado que realizan.

AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE⁷⁰

Agencia de cuidado dependiente es la habilidad compleja, adquirida, de las personas maduras o en proceso de maduración, para conocer y satisfacer algunos o todos los requisitos de autocuidado de las personas adultas o adolescentes que tienen limitaciones de la agencia de autocuidado derivadas o relacionadas con la salud, lo que los sitúa en lugares de relaciones de cuidado socialmente dependiente. Con respecto a los lactantes y niños, la agencia de autocuidado dependiente es la compleja habilidad adquirida de incorporar el conocimiento y satisfacción de los requerimientos de autocuidado de desviación de la salud de los lactantes y niños, así como hacer los ajustes necesarios en los requisitos de autocuidado del tipo universal y del desarrollo en los sistemas continuos del cuidado del lactante y del niño y de las actividades de los padres. El desarrollo de la agencia de autocuidado dependiente por los individuos generalmente es una respuesta de los miembros de la familia o amigos para ayudarles en su continuo autocuidado. La agencia de autocuidado dependiente se desarrolla para satisfacer las necesidades conocidas existentes y, a veces en proceso de aparición, de las personas que hay que ayudar, o cuidar. Con toda probabilidad el principal foco de desarrollo es el dominio de la producción de operaciones de autocuidado.

⁷⁰Ibid, pag.196.



71

⁷¹Fuente. Orem D. (1993) sistemas básicos de enfermería. En Modelo de Orem (pp322) Barcelona, España; Masson-Salvat.

3.5 PROCESO ENFERMERO⁷²

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

Característica:

Intencionado: El profesional de enfermería utiliza las fases del proceso para ofrecer una atención de calidad centrada en el paciente.

Sistemático: Consta de cinco pasos en los que se lleva a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.

Dinámico: está sometido a constantes cambios.

Interactivo: basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el personal de enfermería y el paciente, la familia y otros profesionales, para lograr Objetivos comunes.

Humanístico: por considerar a la persona como un ser holístico, que es la suma de sus partes, un ser único y complejo.

Flexible: debido a que se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupo o comunidades, y a que sus fases se pueden utilizar en forma consecutiva y concurrente.

⁷² Alfaro R. Aplicación (1999) Perspectiva general del proceso enfermero. En Aplicación del proceso enfermero (pp.4). Barcelona. España, Spinger-Verlag Iberica.

Tiene una base teórica parte de una amplia base de conocimientos incluyendo ciencias y humanidades y se aplica a cualquier modelo teórico de enfermería.

Este centrado en los objetivos: sus pasos están diseñados para centrar la atención en la persona que demanda los cuidados de salud de la manera más eficiente.

Etapas del Proceso Enfermero:

VALORACIÓN⁷³. Durante la fase de valoración necesitara reunir y examinar la información (datos) con el fin de obtener todos los hechos necesarios para determinar el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas. Este proceso de recogida de información incluye las siguientes actividades: A) Recogida de datos. Reunir información sobre el paciente/cliente, en forma directa o Primaria (a partir de la entrevista y la exploración física) y indirecta o Secundaria (personas significativas, registros enfermeros, registros médicos, los estudios diagnósticos, literatura relacionada) mediante una valoración general que se reúne en el contacto con la persona y que contempla todos los aspectos de su estado de salud y una valoración focalizada que se realiza para valorar un aspecto específico.

Datos subjetivos: síntomas o datos encubiertos que solo son evidentes para la persona afectada y solo dicha persona puede describirlos o verificarlos es una percepción de carácter individual.

Datos Objetivos es la información que se puede observar y medir, a través de los órganos de los sentidos.

⁷³ Alfaro R. Aplicación (1999) Valoración. En Aplicación del proceso enfermero (pp.28) Barcelona. España, Spinger-Verlag Iberica.

La entrevista es una comunicación planificada, o bien una conversación con una finalidad. Se establece a través de la comunicación con el objetivo de recoger o proporcionar información, identificar problemas que preocupan a ambas partes, evaluar cambios, instruir, proporcionar apoyo u ofrecer asesoramiento.

Entrevista dirigida: está muy estructurada y se obtiene información específica.

Entrevista no dirigida el personal de enfermería deja que el paciente controle el propósito, el tema y el ritmo.

Tipos de preguntas de la entrevista: Preguntas cerradas se emplean en la entrevista dirigida, son restrictivas, solo requieren de un “sí” o un “no”

Preguntas abiertas se asocian a la entrevista no dirigida, invitan al paciente a descubrir, a elaborar, clarificar o ilustrar sus pensamientos o sus sentimientos.⁷⁴

Pregunta neutra es una pregunta que el paciente puede contestar sin que el profesional de enfermería presione o dirija la respuesta, se utiliza en entrevista no dirigida (“como le hace sentir esto”).

Pregunta inductora suele ser cerrada se utiliza en la entrevista dirigida y dirige la respuesta del paciente.

Etapas de la entrevista:

a) Comienzo o Introducción: el objetivo es establecer una relación de comprensión y orientación al entrevistado. La comprensión es el establecimiento de la confianza y buena voluntad, puede comenzar con un saludo, acompañado con una sonrisa o un apretón de manos.

Explicar el propósito y naturaleza de la entrevista, tiempo estimado de la entrevista, lo que se espera del paciente y la utilización de la información.

⁷⁴Ibid, pag.41.

b) Tema o idea principal o cuerpo: al abordar el tema, el paciente trasmite lo que piensa, como se siente, lo que sabe, lo que percibe en respuesta a lo que pregunta el profesional de enfermería, es necesario utilizar adecuadamente las técnicas de comunicación para que ambas partes se sientan cómodas y sirvan al propósito de la entrevista.

c) La finalización o cierre⁷⁵: cuando se ha obtenido la información necesaria, cuando el paciente está cansado o cuando no quiere contestar las preguntas, habitualmente se emplean las siguientes técnicas, ofrecerse a responder preguntas y dar tiempo para responder, concluir dando las gracias y expresando su preocupación por el bienestar y el futuro del paciente.

Planificar el siguiente encuentro, hacer resumen de la entrevista, esto tranquiliza al paciente y le hace saber que escuchamos sus respuestas y nos permite hacer hincapié en las situaciones del problema que identificamos, con la esperanza de darle solución a la situación.

Observación: es el proceso de obtención de datos utilizando los sentidos y es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla mediante el esfuerzo y con un enfoque organizado.

Que se observa:

Vista: aspectos generales; tamaño corporal, peso, postura, signos de sufrimiento o incomodidad, gestos faciales y corporales, color, lesiones cutáneas, anormalidades del movimiento, conducta no verbal etc.

Olfato: olores corporales, aliento, olores ambientales.

Oído; Sonidos cardiacos, pulmones, ruidos intestinales, capacidad para comunicarse, idioma hablado, capacidad para iniciar una conversación,

⁷⁵ **Ibíd., pag.48.**

capacidad para responder cuando se le habla, orientación en tiempo, espacio y persona, etc.

Tacto: Temperatura y humedad cutánea, fuerza muscular, frecuencia, ritmo y volumen del pulso, lesiones detectadas mediante palpación, etc.

Exploración física o valoración física⁷⁶:

Es un método sistemático de recogida de datos subjetivos y objetivos que utiliza la observación para detectar problemas de salud.

Para llevar a cabo la exploración se utilizan las técnicas de:

Inspección; es sistemática céfalo-caudal, sistemas orgánicos y si es necesario se hace una revisión selectiva (de una área específica).

Auscultación: es el proceso de escuchar los sonidos producidos dentro del cuerpo.

Directa: es a través del oído, sin ayuda de algún tipo de aparato.

Indirecta: Es mediante aparatos que nos ayudan a amplificar los sonidos.

Palpación Es la valoración del cuerpo, apoyado en el sentido del tacto, utilizando las yemas de los dedos. Se utiliza para determinar la textura, temperatura, posición, tamaño, consistencia, masas, presencia y frecuencia de pulso, molestias y dolor.

Percusión: La superficie del cuerpo es golpeado con el objeto de producir sonidos que se puedan oír o puedan sentir vibraciones hay dos tipos a) Directa se golpea directamente el área con las yemas de los dedos. b) Indirecta es el golpe de un objeto que se mantiene contra la zona del cuerpo que se va a examinar.

⁷⁶Ibid, pag.53.

Se determina el tamaño, la forma de los órganos internos estableciendo su borde, si el tejido está lleno de líquido, aire o sólido.

También se incluyen determinaciones antropométricas.

Validación de los datos .Asegúrese de que conoce los datos que son hechos reales y los que son cuestionables. C) Organización de los datos. Organizar los datos en grupos de información que ayudarán a identificar patrones de salud o enfermedad. D) Comunicación / anotación de datos. Informar de los datos significativos para acelerar el tratamiento, y completar la recogida de la base de datos. La validación consiste en un doble examen de los datos para confirmar que son exactos y objetivos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA⁷⁷

DEFINICION (NANDA- I, 2005)

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales. Los diagnósticos enfermero proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería, para conseguir los resultados que son responsabilidad de la enfermera.

Diagnostico: es la fase final de la valoración. Es el juicio o conclusión que emite la enfermera después de hacer una valoración.

El proceso de analizar los datos y reunirlos para formular un diagnostico, se denomina razonamiento diagnostico que tiene las siguientes etapas: **a)** agrupar las claves (signos y síntomas) relacionadas ayuda obtener una imagen del problema. **b)** crear una lista con los problemas que se sospecha que existen.

⁷⁷ Alfaro R. Aplicación (1999) Diagnostico. En Aplicación del proceso enfermero (pp.70). Barcelona. España, Spinger-Verlag Iberica.

c) excluir los diagnósticos similares d) elegir las etiquetas diagnosticas mas especificas. e) establecer el problema y sus causas. f) Identificar los puntos fuertes, los recursos y las aéreas que hay que mejorar.

Las formulaciones de los **problemas reales** se escriben usando el formato **FES** (problema, factor relacionado, signos y síntomas) o **PES** (problema, etiología, signos y síntomas).

Los **diagnósticos de riesgo** se usa el mismo formato pero **sin los signos y síntomas**.

Los **diagnósticos de salud** son formulaciones con una sola parte que usan como descriptor la frase potencial de **mejora de**.

Los **síndromes diagnósticos** son formulaciones en una sola parte en la que simplemente consta el **síndrome**.

Los **problemas de colaboración** se centran en las complicaciones potenciales y se escriben usando (**CP**).⁷⁸

Tipos	Partes del enunciado
Diagnostico real (dx)	=etiqueta Dx+ etiología (signos/ síntomas)
Potencial dx	=modificador+ etiqueta dx + factor de riesgo
Posible dx	=modificador+ etiqueta dx (+ fuente desconocida)
Punto fuerte dx	=modificador+ etiqueta dx (+ factores positivos)

- Los paréntesis indican información opcional.

Los diagnósticos de enfermería se escriben como un enunciado descriptivo y etiológico.

a) La primera parte de la declaración es descriptiva.

Identifica la respuesta del paciente a “una alteración real o potencial en los procesos, patrones, funciones o desarrollo de la vida” (Gordon 1976). La parte

⁷⁸ Ibid, pag.96.

descriptiva es la etiqueta específica para la respuesta y puede ser cualquiera de las 98 etiquetas diagnósticas de la NANDA.

b) La segunda parte de la declaración es la etiología.

La etiología establece los factores que contribuyen o influyen en la relación con la salud. Esta parte indica la percepción de la enfermera de los posibles factores causales y debe permitir flexibilidad y exploración. Es posible que la relación pueda estar influida por varios factores tales como:

- Ambientales: olores, iluminación, ruidos.
- Sociológicos: lenguaje, finanzas, sistema de apoyo.
- Espirituales: rituales, prácticas, creencias.
- Fisiológicos: deficiencia o exceso de fluidos, hipotermia.
- Psicológicos: miedo ansiedad, baja autoestima.

c) Los enunciados diagnósticos pueden escribirse en tres partes: descriptiva, etiológica y claves agrupadas.

d) Las partes descriptiva y etiológica del enunciado del diagnóstico se unen por las palabras “relacionado con” indica que existe una relación entre la correspondencia con la salud y un factor contribuyente o de influencia.

Los diagnósticos son concisos y claros. Esto facilita la comunicación entre colegas y miembros del personal de la salud.

Los diagnósticos⁷⁹ se centran en el paciente, son específicos y exactos. Los diagnósticos centrados en el paciente se establecen en términos de la respuesta del paciente a los agentes estresantes interpersonales y ambientales. Las diagnósticos de enfermería se enfocan sobre el paciente más que sobre el agente estresante por ejemplo “deterioro de la administración del hogar

⁷⁹ Ibid, pag 97.

relacionado con una organización o planeación insuficiente de la familia según la evidencia del desorden circundante y la acumulación de suciedad y alimento” Las partes descriptivas y etiológica de los diagnósticos son la base para la planeación de las intervenciones de enfermería. La parte descriptiva de la declaración que refleja la respuesta del paciente representa el fundamento de las metas del paciente de promoción de la salud, restablecimiento y mantenimiento de la respuesta/ condición/situación. Las consecuencias específicas para el paciente con Las estrategias de enfermería asociadas se obtienen de la parte etiológica del enunciado. Las estrategias de enfermería varían de acuerdo con el (los) factor(es) etiológico(s).

Los diagnósticos deben de estar dentro de los parámetros legales y educacionales de enfermería. En las que se requiere Las intervenciones independientes son actividades de promoción y educación para la salud, prevención de la enfermedad tratamiento de la enfermería (restablecimiento o mantenimiento) y de transferencia. La enfermera identifica todas las aéreas relacionadas con la salud, incluyendo aquellas en las que se requiere la experiencia de otros. La acción independiente debe de ser para referirse al recurso apropiado.⁸⁰

Los diagnósticos e intervenciones colaborativas de enfermería se relacionan con una relación interprofesional con el médico, quien es responsable del diagnostico, prescripción y tratamiento de la condición patológica del paciente. Las enfermeras son responsables de que se expresen en cuestiones de evaluación y reporte de las respuestas del paciente a los diagnósticos médicos y al régimen del tratamiento. El conocimiento y experiencia de la enfermera con

⁸⁰ Ibid, pag. 82.

respecto a signos y síntomas de progreso o complicaciones potenciales de la condición patológica del paciente contribuyen al aspecto biomédico del cuidado del paciente. Igualmente importante, sin embargo, es el enfoque holístico de la enfermera respecto a las relaciones con el paciente y la identificación de concordancias apropiadas para las intervenciones de enfermería con el fin de promover, mantener o restablecer la salud.

Errores en el proceso diagnóstico

- Recogida incorrecta o incompleta de datos.
- Interpretación incorrecta de datos.
- . Falta de conocimientos clínicos

PLANEACIÓN⁸¹. Una vez identificadas las capacidades y problemas en el momento de trabajar con el paciente (y familia) para desarrollar un plan de acción que reducirá o eliminará los problemas y promoverá la salud. La planificación incluye las siguientes actividades:

- a) Establecer prioridades: se da mayor prioridad al diagnóstico que de alguna manera interactúa con los demás y a la vez se observa con mayor alteración.
- b) Determinación de Objetivos: deben estar dirigidos a la restauración, mantenimiento y promoción de la salud de la persona, familia comunidad.

Los objetivos planteados, deben cumplir con ciertas características como:

Dar solución al problema, deben ser claros y preciso, centrados en el paciente.

⁸¹ Alfaro R. Aplicación (1999) Planeación. En Aplicación del proceso enfermero (pp.112) Barcelona. España, Spinger-Verlag Iberica.

Tipos de objetivos:

Corto plazo: Son aquellos que se pueden llevar a cabo a través de horas, así como de un modo favorable y rápido. Son óptimos para establecer una atención inmediata en situaciones de urgencia cuando la persona es inestable y los resultados a largo plazo son inciertos.

Mediano plazo: Son para llevarse a cabo en un tiempo intermedio de forma que podemos utilizarlos para reconocer los logros de la persona y mantener la motivación.

Largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo prolongado.

c) Decisión de las intervenciones de enfermería: las acciones de enfermería se deben proporcionar de forma individualizada con el fin de lograr los objetivos.

Anotación del plan de cuidados de enfermería: otras enfermeras necesitan conocer el plan de cuidados prescrito y los objetivos que se esperan lograr.

EJECUCIÓN⁸². Es el momento de poner el plan de acción lo que implica las siguientes actividades:

Seguir recogiendo la información sobre el paciente para determinar como ha respondido a las acciones e identificar nuevos problemas.

Realizar las intervenciones y actividades prescritas durante la fase de planeación

Actividades independientes: son las que se realizan como resultado del propio conocimiento y capacidad, siendo responsable tanto de las decisiones como de las actividades.

⁸² Alfaro R. Aplicación (1999) Ejecución. En Aplicación del proceso enfermero (pp154). Barcelona. España, Spinger-Verlag Iberica.

Actividades dependientes: se realizan bajo la orden o la supervisión de un médico u otro profesionalista.

Actividades de colaboración: se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud.⁸³

Anotar (registrar) y comunicar el estado de salud del paciente en respuesta a las actividades de enfermería. Los registros sirven de respaldo legal de las intervenciones de enfermería y deben de incluir fecha, hora, datos de valoración intervenciones de enfermería, resultados obtenidos, así como nombre y firma de la enfermera responsable.

La ejecución requiere que se ponga en práctica el plan con una mente abierta una mente que constantemente valore y vuelva a valorar tanto las respuestas del paciente como el propio ejercicio profesional. Las personas son imprevisibles. Se debe controlar con gran cuidado a los enfermos y debe estar dispuesto a ser flexible y a cambiar el enfoque a diario (incluso cada hora) a medida que sea necesario. Con la actual reducción de las estancias hospitalarias y el aumento del trabajo del personal, aproveche todos los encuentros con el paciente como una oportunidad para valorar su estado mental y físico. Asegúrese de que sabe como delegar efectivamente. Esfuércese en ser competente en transmitir los cuidados del enfermo (registrar y dar informes verbales) en fijar prioridades y en delegar tareas efectivamente

EVALUACION⁸⁴. La enfermera y el paciente deben decidir si el plan ha sido efectivo y si hay que hacer algún cambio en el mismo. La evaluación crítica-

⁸³ Ibid, pp181.

⁸⁴ Alfaro R. Aplicación (1999) Evaluación .En Aplicación del proceso enfermero (pp.180). Barcelona. España, Spinger-Verlag Iberica.

evaluación cuidadosa, detallada y deliberada de diversos aspectos del cuidado del paciente- es la clave de la excelencia en la provisión de cuidados de la salud. La evaluación en el contexto de los cuidados enfermeros normalmente se refiere a determinar la efectividad de un plan de cuidados individual. En el contexto de la MC, la evaluación se refiere a los estudios continuados de grupo de pacientes para examinar la efectividad de las prácticas de cuidados.

Los estudios de MC, completos evalúan los objetivos (resultados), el proceso (como se dieron los cuidados) y la estructura (el entorno en el que se dieron los cuidados)

Debemos de responder a las siguientes preguntas:

Nosotros y el paciente alcanzamos los objetivos que nos habíamos fijado durante la fase de planeación Si es así, ¿Se han desarrollado nuevos problemas que aún no se han orientado? ¿Podría haber avanzado más de lo previsto en un principio? ¿Debería fijar nuevos objetivos? ¿Que es lo ha hecho que el plan funcionase? ¿Podía haber hecho alguna otra cosa para facilitar el plan?

¿Han logrado los objetivos solo parcialmente o no los han logrado en absoluto? En tal caso ¿Por qué no los han logrado? ¿Los objetivos eran realistas? ¿El paciente estaba de acuerdo con ellos? ¿Aún son importantes esos objetivos? ¿Han surgido otros problemas que le hayan impedido progresar? ¿Se prescribieron las intervenciones tal como estaban prescritas? ¿Que cambios va introducir?⁸⁵

⁸⁵ Ibid, pag.180-189.

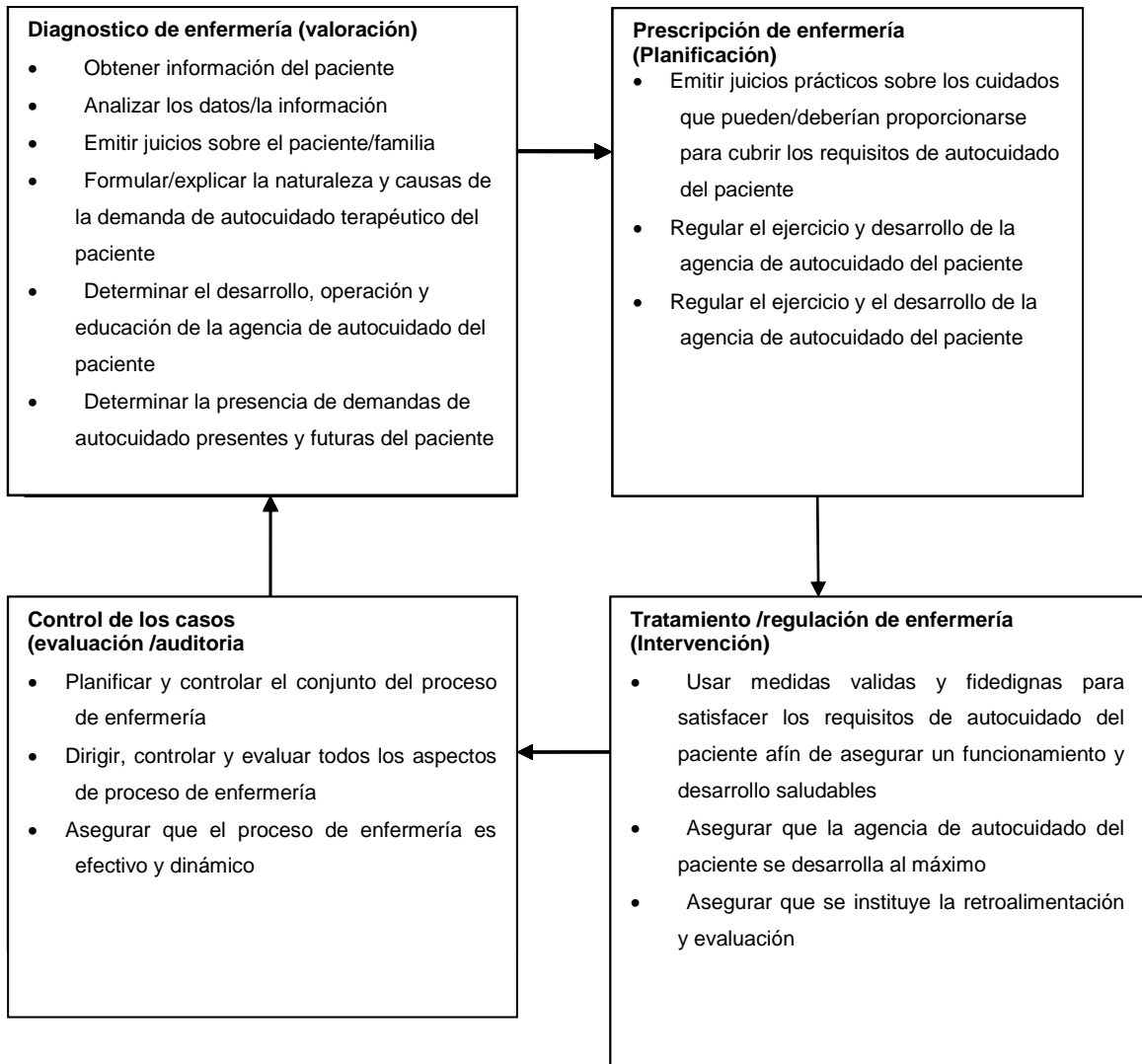
EVALUACION CONTINUA: se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de enfermería y permite a la enfermera realizar modificaciones puntuales en una intervención.

EVALUACIÓN INTERMITENTE: realizada a intervalos determinados, muestra el grado de progreso hacia la consecución del objetivo y permite a la enfermera corregir cualquier deficiencia, así como modificar el plan de cuidados.

EVALUACIÓN FINAL: indica el estado del paciente en el momento de ser dado de alta, incluye la consecución de objetivos y la evaluación de la capacidad del paciente para cuidarse con respecto a la atención de seguimiento.

3.6 RELACION DE LA TEORIA DE DOROTHEA OREM Y EL PROCESO DE ENFERMERIA⁸⁶

⁸⁶ Cavanagh, S, S. (1993) Modelo de Orem Aplicación Práctica. Barcelona, España, Masson-Salvat.



3.7 DAÑOS A LA SALUD

PATOLOGIA

Descubierta apenas en 1936 por el Dr. Guido Fanconi⁸⁷, la **Fibrosis Quística** debe su nombre a las descripciones originales, ya que las anormalidades más aparentes eran pancreáticas y se ha conservado el título por tradición; también se le conoce como fibrosis pancreática, mucoviscidosis, mucosis y enfermedad fibroquística del páncreas.

La Fibrosis Quística (FQ) es una enfermedad que refleja la evolución de la medicina a lo largo de las últimas décadas. De 1938 a la fecha, pasó de la delimitación clínica de un nuevo padecimiento, al conocimiento profundo de su causa, y alteraciones en los distintos órganos del cuerpo. Su historia natural también ha evolucionado, desde haberse considerado como un proceso fatal en los primeros años de vida, hasta ser una enfermedad crónica con la esperanza de un tratamiento definitivo. Se trata de una enfermedad hereditaria, que afecta distintos órganos y sistemas del cuerpo, de carácter congénito que resulta de una alteración en transporte de agua y sales en las células que recubren los distintos órganos y tejidos.

⁸⁷ Ortigosa, G.(2007),op,cit.,pag.41-49

1938	Carl Von Rokintanski	Primera descripción clínica de fibrosis quística
1938	Dra. Dorothy Andersen	Publicación de detallada revisión de características Clínico-patológicas, asociación con Íleo metabólico
40s		Diagnostico se realiza por autopsia cuando fallecían como resultado de desnutrición neumonías o una combinación de estas.
50s		Diagnostico mediante prueba de sudor, se desarrollan las primeras enzimas sustitutivas pancreáticas y antibióticos para combatir la enfermedad pulmonar, esperanza de vida de 4 años en promedio.
60s		Se mejora el diagnostico, los compuestos enzimáticos, identificación gérmenes de la infección pulmonar, antibióticos específicos, se incrementa esperanza de vida a 7 años.
70s		Diagnostico en edades más tempranas, tratamiento básico dormir en tiendas húmedas, fisioterapia pulmonar, suplementos vitamínicos, compuestos enzimáticos más potentes, antibióticos inhalados, esperanza de vida se incrementa a 14 años.
80s		Se identifica la alteración básica <u>producción de secreciones espesas</u> , inician estudios de investigación para compuestos que las modifiquen, así como más eficaces antibióticos, se descubre el gen responsable (1989) de la Fibrosis quística permitiendo avances científicos, alcanzándose esperanza de vida a 25 años en promedio.
90s		85 % de los pacientes se diagnostican antes de 1 año de edad, se establece diagnostico prenatal, se identifican 900 mutaciones del gen de FQ y proteína (CFTR) proteína transportadora de transmembrana .Se inicia programa de trasplante pulmonar, terapia génica sobrevida promedio 35 años.
2000		Estudios de terapia génica en humanos, desarrollo de medicamentos que detienen progresión de enfermedad pulmonar y otros que corrigen el defecto genético básico de la enfermedad, se incrementa el programa de trasplante pulmonar en más de 12 países, la esperanza de vida promedio se incrementa de 50 años... hasta alcanzar la curación de la enfermedad

Fibrosis Quística⁸⁸ (usualmente llamada FQ) es una de las enfermedades genéticas más graves y frecuentes en niños, la cual sin un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado lleva a la muerte en etapas tempranas de la vida.

Fibrosis Quística es una enfermedad que afecta los pulmones, el sistema digestivo y las glándulas del sudor y otras.

En los pulmones, el defecto genético ocasiona la producción de un moco anormal, espeso y pegajoso, el cual bloquea los conductos respiratorios y proporciona un medio ambiente ideal para el desarrollo de gérmenes no habituales que inducen una respuesta inflamatoria, principalmente en base a polimorfo nucleares, los cuales liberan enzimas proteolíticas y radicales libres que destruyen el parénquima pulmonar llevando a la pérdida de la estructura elástica con lo cual se producen bronquiectasias y fibrosis.

Estos procesos infecciosos se repiten con mayor frecuencia conforme aumenta la vida del individuo dañando sus pulmones y provocando un deterioro progresivo de su función, con falla respiratoria y muerte en etapas tempranas de la vida.

En cavidades perinasales se desarrollan cambios inflamatorios de la mucosa rinosinusal que puede llevar a engrosamiento, acumulación de líquido y poliposis, siendo un reservorio de gérmenes patógenos con difícil llegada para los antibióticos. Se sabe que aun en portadores de una mutación de fibrosis Quística, la prevalencia es más alta que en aquella población no portadora.

En el aparato digestivo, el espesamiento de las secreciones del intestino unido al bloqueo del flujo de enzimas pancreáticas necesarias para la digestión normal de los alimentos. Se manifiesta ya en el periodo de gestación con

⁸⁸ Asociación Española de Pediatría (2010) Fibrosis quística. Protocolos diagnósticos terapéuticos la AEP.gastroenterología, hepatología y nutrición Pediátrica de la AEP (2 ed.)pp79

obstrucción del intestino, perforaciones y peritonitis meconial pudiéndose ver calcificaciones en el peritoneo de las ecografías, en el recién nacido puede presentarse como Íleo meconial o eliminación tardía del tapón meconial y en niños y adultos puede manifestarse como el síndrome de obstrucción del intestino distal el cual se presenta en genotipos severos. Esta falla en la digestión ocasiona un mal aprovechamiento de los nutrientes y lleva a una desnutrición progresiva.

Compromiso hepático por el mismo mecanismo de obstrucción se produce daño hepático que va desde hígado graso hasta cirrosis, condicionando hipertensión portal, varices esofágicas y sangramiento digestivo de difícil manejo. El compromiso severo de éste órgano es probable la segunda causal de mortalidad en esta enfermedad. Los antecedentes de Íleo Meconial e Insuficiencia Pancreática son predictivos de compromiso hepático, no así las mutaciones involucradas ni la severidad de enfermedad respiratoria; la mayor incidencia está en la primera década de la vida llegando a un 4% a los 12 años, el compromiso puede llegar a la cirrosis y a la necesidad de un trasplante hepático.

El compromiso pancreático ⁸⁹comienza durante el periodo de gestación con el espesamiento de las secreciones pancreáticas y el aumento de la presión retrograda hacia el parénquima que comienza a autodigerirse, induciendo a la aparición de quistes y fibrosis progresiva, con lo cual se produce insuficiente producción y llegada al intestino de enzimas pancreáticas. Se sabe que con un 5% de producción que llegue al intestino puede haber una absorción adecuada con una ingesta normal. La insuficiencia pancreática esta presente en el 75% a 90% de los enfermos.

⁸⁹ *Ibíd.*, pag.80.

La diabetes secundaria al compromiso fibrotico de los islotes de Langerhans llamada diabetes relacionada con fibrosis Quística es más común en adolescentes y adultos con enfermedad más severa, con mayor compromiso pulmonar, mas exacerbaciones y peor estado nutricional. La **Diabetes relacionada con fibrosis quística (CFRD)** empeora el pronóstico de sobrevida, la función pulmonar y el estado nutricional. Está presente en el 5 a 10 % de los niños llegando al 25% en adolescentes, 30 a 40% en adultos jóvenes y alcanzando el 70% a los 50 años, especialmente en adultos con Insuficiencia pancreática y la correlación genotípico-fenotipo es alta. Esta diabetes da complicaciones micro y macrovasculares, aunque la retinopatía y nefropatía son menos frecuentes que en otros tipos de diabetes. Los pacientes con severa enfermedad hepática tienen mayor riesgo de desarrollar CFRD.

Las glándulas del sudor también están afectadas en FQ, el sudor producido en FQ no es espeso ni pegajoso, su consistencia líquida y cantidad permanecen normales, sin embargo contiene una cantidad excesiva de sal, de 5 a 10 veces mayor de lo normal, el mayor contenido de sodio y cloro en el sudor hace que en momentos de gran sudoración, se produzca deshidratación hipotónica con riesgo de vida si no se corrige rápidamente, la prevención debe de ir dirigida especialmente a momentos de fiebre y a deportistas en épocas de calor. Este alto contenido de sal es la base para el diagnóstico de FQ - el examen del sudor.⁹⁰

⁹⁰ Cuppens H, Cassiman JJ.(2004)CFTR mutations and polymorphisms in male infertility. Int J Androl. 2004 Oct. 27 (5):pp251-256

Compromiso genital el 98 % de los varones con FQ son infértiles por ausencia bilateral congénita de vasos deferentes, en algunos casos ésta es la única manifestación de la enfermedad estando esta condición asociada a mutaciones menos severas.

Además sea demostrado déficit de hormonas sexuales en varones con adolescencia tardía por enfermedad severa en esa etapa de la vida constituyendo un hegonadismo lo que ha sido indicado como un factor contribuyente a la osteoporosis y osteopenia en FQ masculina, encontrándose niveles más bajos de estas hormonas en estos adolescentes con FQ que en los controles normales, los enfermos saludables en el periodo de adolescencia no tiene esta condición.

En mujeres solo se ve dificultad para embarazarse debido al espesamiento de las secreciones en el cuello uterino, rara vez hay ausencia congénita de útero y vagina.⁹¹

Cada niño que nace con FQ se enfrenta a una enfermedad hereditaria que empieza al momento de la concepción. Los síntomas aparecen conforme aumenta la edad del niño y la gravedad de estos varia de una persona a otra. Para que un niño nazca con FQ es necesario que ambos padres sean portadores de la enfermedad.

El ser portador del gene de FQ significa, que se puede transmitir la enfermedad, no padecerla. Se considera que 1 de cada 40 personas es portadora del gene FQ.

⁹¹ Jarzabek K, Zbucka M (2004).Cystic fibrosis as a cause of infertility. *Reprod Biol.* 4(2):119-123.

La FQ es una enfermedad congénita de carácter “autosómico recesivo”; autonómico significa que tanto hombres como mujeres pueden padecerla. Recesivo significa que si el gene de FQ forma un par con un gene normal, este último dominará (el gene de FQ será recesivo) y la persona no tendrá FQ. Esta persona sin embargo, es portador del gene de FQ.

De esta manera, cuando ambos padres son portadores del gene de FQ, tendrán las siguientes posibilidades de herencia para cada embarazo:

Una posibilidad en cuatro (25%) de que el niño nazca con FQ

Dos posibilidades en cuatro (50%) de que el niño sea portador del gene pero que no tenga la enfermedad.

Una posibilidad en cuatro (25%) de que el niño no tenga FQ y no sea portador del gene de FQ.

Estas posibilidades se aplican para cada uno de los embarazos. Independientemente de que ya tengan un niño con FQ o no.

Fibrosis Quística tiene una gran variedad de síntomas. Los más comunes son:

Pérdida excesiva de sal por el sudor (deshidratación)

Infecciones respiratorias frecuentes (bronconeumonías, neumonías, bronquiolitis).⁹²

Diarrea crónica o evacuaciones con grasa

Aspecto delgado e incapacidad para ganar peso a pesar de un buen apetito.

Desnutrición en diversos grados y el abdomen ligeramente abultado

Tos crónica

Falta de aire con la actividad física

Sinusitis crónica

Diagnóstico

Es fundamental que se realice en forma precoz ya que el pronóstico está

⁹² Ibid. pag.129.

directamente relacionado con ello, hay cuatro instancias para realizarlo.

1.- Diagnostico prenatal: analizando el DNA de células de vellosidades corionicas o de líquido amniótico. Se realiza si los padres son portadores o si existe un hermano con FQ. en etapas posteriores permite conocer mutaciones que presenta el paciente a que tipo pertenecen y hacer un acercamiento a la gravedad a que está expuesto y el pronóstico de sobrevivida⁹³

2.-Screening neonatal basándose en el hecho que los niveles séricos de tripsina de aquellos enfermos con insuficiencia pancreática pueden llegar a ser hasta 8 veces lo normal se puede estudiar tripsina, tripsinogeno o complejo tripsina, antitripsina; el primero se realiza entre el primero y quinto día si es positivo se repite entre la segunda y octava semana, si se mantiene elevado se hace test de sudor y estudio genético.

3.-Test del sudor: iontoforesis de pilocarpina por el método de Gibson y Cooke permite medir los valores de sodio y cloro en el sudor; se considera los siguientes valores: positivo > 60 mEq/lit, limítrofe 40 a 59 mEq/lit, negativo < 40 mEq/lit. Estudios relacionados simultáneamente con DNA han postulado nuevos valores positivos iguales o superiores a 40, limítrofe 30 a 39 y negativos inferiores a 30 se debe solicitar a partir de las 4 semanas de vida en Neumonía recurrente, tos crónica de causa no determinada, retardo en el crecimiento, desnutrición crónica, íleo meconial, ictericia neonatal prolongada,hipoproteinemia y edema en el lactante, esteatorrea, diarrea crónica, prolapso rectal, obstrucción de intestino distal, hepatomegalia y/ o

⁹³ Groman JD, (2005) "Phenotypic and genetic characterization of patients with features of "nonclassic" forms of cystic fibrosis. Journal Pediatrics; 146(5):675.

enfermedad hepática inexplicada esterilidad por azoospermia, hipocratismo digital, presencia de Pseudomonas aeruginosa o Staphylococcus aureus en esputo a cualquier edad, imágenes radiológicas intersticiales o retículo-nodulares persistentes o crónicas, bronquiectasias, antecedentes de hermano con FQ.

4.-hemograma, VHS, PCR, perfil bioquímico, lipídico, electrolitos plasmáticos, inmunoglobulinas séricas.

5.-Evaluación respiratoria: radiografía de tórax antero-posterior y lateral al momento del diagnóstico para establecer severidad, como control dos veces por año y en cada descompensación, TAC de tórax, los cambios tomográficos son precoces aparecen antes de los cambios en la radiografía de tórax y de los espirométricos debe realizarse una vez por año, tomografía computada de cavidades perinasales solicitar una vez al año en busca de sinusitis y poliposis, estudio bacteriológico en secreción bronquial en cada control mensual y en cada exacerbación la muestra debe tomarse durante una kinesioterapia, en niños mayores y adultos puede ser por expectoración espontánea.⁹⁴

6.-Función pulmonar: espirometría con curva flujo-volumen, volúmenes pulmonares y resistencia de la vía aérea se solicita desde los 5 años permite una evaluación del estado pulmonar y del avance de la enfermedad o del grado de descompensación debe de hacerse en cada control o al menos cada 3 meses, en cada exacerbación y al alta del tratamiento de ésta.

7.-Saturación arterial de oxígeno: oximetría de pulso con cifras < o igual 93%

⁹⁴ Ibid,pag.680

se debe considerar el uso de O₂ nocturno y bajo 90% permanente.

8.-IgE total y específica⁹⁵

Evaluación pancreática y de absorción intestinal: test secretina pancreozimina, amilasa sérica, lipasa sérica, esteatocrito ácido y clásico, test de Van de Kamer, carotinemia basal, niveles séricos de vitamina A,D,E, test de tolerancia a la glucosa en pacientes mayores de 10 años, pérdida inexplicable de peso, síntomas atribuibles a diabetes o antecedentes familiares y con enfermedad severa.

Evaluación Hepática: pruebas hepáticas completas que incluyan además GGT y protrombina cada 3 meses o antes en presencia de compromiso severo hepático.

Ecografía abdominal al diagnóstico, luego de control una vez al año y cada vez que se sospeche obstrucción intestinal.

Evaluación estado nutricional: Peso-talla- índice de masa corporal, el cálculo de IMC permite una adecuada valoración del estado nutricional en niños mayores, adolescentes y adultos. Proteinemia-albumina, magnesemia.

Evaluación de fertilidad masculina: espermiograma a partir de los 18 años.

Densitometría ósea con grave compromiso pulmonar y nutricional a partir de los 7 años y de rutina a partir de la adolescencia, una vez al año.

Tratamiento

Debe ser individualizado, riguroso y cubrir todas las necesidades terapéuticas del enfermo en todas las etapas tanto estables como en las exacerbaciones.

Durante todas las etapas del tratamiento es necesario tomar en consideración la posición familiar frente al tratamiento y la conciencia y aceptación de este por el paciente en las distintas etapas de su vida.

⁹⁵ Asociación Española de Pediatría(2010),op.cit.pp78

Respiratorio

El manejo se hace interviniendo en cada nivel de complicación.

I.- Infecciones: identificación de los gérmenes, usar antibiótico de acuerdo a la sensibilidad. Staphylococcus aureus metilcilina :Cloxacilina 100 a 200 mg/kg/día c/ 6 h por 21 días oral o endovenoso o Flucloxacilina 50 a75 mg/kg/d c/8 h por 21 días, oral.; hemophilus influenzae lactamasa negativo Amoxicilina 90mg/kg/d c/12 h por 14 días oral; Hemophilus influenzae lactamasa positivo Amoxicilina-acido clavulanico: 90mg/kg/d c/12h por 14 días; Cefotaxima 100mg/kg/d c/6 h por 14 días endovenoso; Pseudomonas aeuroginosa: Ceftazidima 200^a 250 mg/kg/d c/6h por 14 a 21 días endovenoso mas Amikacina 20 a 30 mg/kg/d I.V o Tobramicina 10mg/kg/d I.V ,Meropenem 60-120mg/kg/d c/8 h asociado a un aminoglucosido.

II.-Obstrucciones: debe determinarse la presencia y reversibilidad de la obstrucción; Salbutamol: 2 puff c/4h. Corticoides sistémicos por 5-7 días oral.

III.-Inflamacion: Ibuprofeno 10 a 20 mg/kg/d c/8h oral, Aztromicina 10mg/kg/d hasta 24 kg, desde los 25 a los 39kg 250 mg/d y 500mg/d sobre 40Kg.⁹⁶

IV.- Secreciones: nebulización con solución hipertónica se usa 4 cc de solución salina al 7% 2 veces al día y broncodilatador previo para evitar la hiperreactividad bronquial secundaria a esta solución.

V.- Kinesioterapia respiratoria: debe de ser diaria, aun en etapa estable dos veces por día, a partir de los 5 años el flutter es de gran ayuda como complemento 20 minutos por día. El uso de chalecos vibradores simultáneos con el flutter ha demostrado gran utilidad en la movilización y eliminación de secreciones bronquiales.

VI.-Nutricion: hay relación directa entre estado nutritivo y función pulmonar,

⁹⁶ Ibid,pag.82

debe llevarse control sobre ingesta alimentaria y perdidas. Habitualmente presentan mal apetito por el estado infeccioso pulmonar y la sensación de saciedad dada por la ingesta permanente de secreciones espesas e infectadas esto unido a que tienen vaciamiento gástrico lento y presentan mayor frecuencia de reflujo gastroesofagico que les produce esofagitis. El monitoreo muy cercano del progreso pondo- estatural de estos pacientes es fundamental; La recomendación del subcomité para el crecimiento y nutrición de la fundación Norteamericana de Fibrosis Quística es alcanzar y mantener una relación peso talla >50% a los 2 años.

Régimen se ha demostrado que la alimentación con leche materna exclusiva por lo menos 6 meses ha disminuido la necesidad del uso de antibióticos.

Aporte calórico para los pacientes con Insuficiencia Pancreática debe ser de 110 a 200 % de los requerimientos estimados. El paciente con suficiencia pancreática sin o mínimo compromiso respiratorio y estado nutritivo normal los requerimientos son los de un niño normal de su edad: hiperproteico, normo o hipergraso, aporte de hidratos de carbono no superiores al 40% del total de las calorías.⁹⁷

VII.-Enzimas pancreáticas: una vez demostrada la Insuficiencia Pancreática comenzar con 2000 a 400 unidades de lipasa por 120 ml de formula o leche materna o 450 a 900 unidades de lipasa por gramo de grasa día y adecuar la dosis evaluando la esteatorrea con esteatocrito clásico y ácido, hasta lograr una disminución de ésta y una buena curva ponderal.

VIII.-AquADEKs: vitaminas liposolubles formuladas para ser absorbidas sin necesidad de enzimas pancreáticas; lactantes y pre-escolares 20 gotas 2

⁹⁷ Ibid, pag.83.

veces al día.

IX.-Osteoporosis: el uso de bifosfanatos y calcitonina aún no está determinado en pediatría.⁹⁸

X.-Diabetes: la terapia con insulina debe ser el tratamiento de elección y la hiperglucemias de ayunos persistentes por más de 48 h. los aportes calóricos no deben restringirse y deben ser manejados por especialistas.

XI.-Higado: Acido ursodeoxicòlico 30 a 40 mg/kg/d c/8 h permanentemente basándose en la elevación permanente de la fracción hepática de la fosfatasa alcalina y de la gamaglutamitranspeptidasa. No se conoce bien la patogénesis ni los factores que influyen en la variabilidad y severidad.

Es fundamental la información y el apoyo dado al paciente. Se puede lograr fecundación por fertilización asistida a partir de toma de espermios por punción y aspiración testicular. El embarazo debe ser controlado cercanamente, cuidando la función pulmonar, el estado nutricional y diabético en especial.

Apoyo Psicológico debe estar disponible por especialistas que conozcan bien la patología de base, no solo para el enfermo, sino también para la familia. Momentos claves son el diagnostico, la adolescencia, la sexualidad unida a fertilidad, la conciencia de mortalidad precoz y etapa terminal.

Trasplante pulmonar: la caída sostenida e irrecuperable del volumen espiratorio forzado del 1º segundo bajo 30% hacen plantear la necesidad del trasplante. Se requiere la aceptación del paciente, el apoyo familiar y el adecuado estado clínico del resto de su organismo, además de la sustentación económica de la terapia inmunosupresora post-trasplante. En Pediatría han sido en adolescentes, siendo las mayores complicaciones,

⁹⁸Ibid,pag.84

alteraciones en el crecimiento, enfermedad linfoproliferativa y falta de adhesión al tratamiento. La bronquiolitis obliterativa es la complicación tardía que mas limita la calidad de vida y la duración de la sobrevida, en el adulto y niños sin embargo es menos frecuente en niños muy jóvenes y en aquellos que reciben de donante vivo.

Tramientos futuros están orientados a la terapia génica y activación de formas mutadas de la CFTR.

Fertilidad: es fundamental la información

Fibrosis Quística es una enfermedad compleja para la cual no existe hoy en día una curación definitiva, sin embargo cada año mejoran o aparecen nuevas formas de tratamiento, que permiten al paciente un desarrollo adecuado y la posibilidad de llegar a una vida adulta plena y productiva, tan normal como la de cualquier individuo.

La Enfermedad en México⁹⁹

Alrededor de 400 niños nacen cada año en México con Fibrosis Quística sin embargo con los recursos e infraestructura actuales, solamente el 15% de ellos son diagnosticados con vida, el resto fallece antes de cumplir los 4 años de edad por complicaciones respiratorias y desnutrición. Se cree que existen actualmente en México alrededor de 6000 niños con Fibrosis Quística de los cuales no tienen acceso a un tratamiento especializado.

⁹⁹Lezana. (2008).op.cit.pag.1-99.

Actualmente gracias a un diagnóstico precoz y mejores formas de tratamiento, cada vez son más los pacientes en México alcanzan la vida adulta plena y productiva.

El tratamiento del paciente con FQ debe ser multidisciplinario y para toda la vida, representando un costo difícil de absorber para la mayoría de las familias que no cuentan con los servicios de salud o seguridad social, con los recursos e infraestructura actuales los pacientes alcanzan en promedio de vida de 12 años.

Actualmente el laboratorio de la Asociación Mexicana de Fibrosis Quística es el único en México que cumple con las normas y regulaciones Internacionales (National Clinical Committee for Laboratory Standards) para el diagnóstico de Fibrosis Quística.

No existe en México un centro de Fibrosis Quística donde se integre un equipo de especialistas y la infraestructura integral necesaria para el manejo integral del paciente con Fibrosis Quística.¹⁰⁰

¹⁰⁰ Ibid, pag.99.

3.8 CONSIDERACIONES ETICAS¹⁰¹

Etimológicamente “Ética” viene de ethos que significa carácter, el modo de ser que una persona va adquiriendo por su modo de actuar; ese modo de habitual actuar se va sedimentando en unos hábitos buenos (virtudes) y malos (vicios) que a su vez inclinan, predisponen y facilitan seguir actuando en el mismo sentido. La ética profesional se centra ante todo en el tema del bien: que es bueno hacer, al servicio de que vienes esta una profesión, cual es el tipo de bien que busca como finalidad constitutiva y en relación a esto quien es un buen profesionalista.

La ética se ocupa de decir que los profesionales deben ser competentes y responsables en el ejercicio de su profesión. En que consiste tal competencia en concreto, que compete y que no compete al profesional, y cuales son sus Destrezas sin las que su actuación difícilmente merece calificación de actuación profesional, va configurándose históricamente.

La deontología profesional formula ante todo los deberes y obligaciones del profesional, aquello que hay que exigir de todo profesional en el desempeño de sus funciones profesionales recogidas en un código escrito y aprobadas por el colectivo (colegio) profesional; los profesionales que no cumplen pueden ser objeto de denuncia y recriminación por parte del mismo colectivo profesional en el comité deontológico.

El estudio de la ética se refiere al significado de palabras como lo correcto, lo incorrecto, lo bueno o lo malo, lo que debería hacerse y el deber.

¹⁰¹ Augusto Horta A. (2002) Ética de las profesiones. España. Centros Universitarios de la compañía de Jesús.

Describe la base sobre el cual las personas, de manera individual o colectiva deciden que ciertas acciones son correctas o incorrectas, y si es deber de una persona hacer algo, o si tiene el derecho de hacerlo.

Es importante que las enfermeras y otros profesionales de la salud estudien ética por diversos motivos, en primer lugar en su trabajo cotidiano tienen que afrontar problemas de naturaleza ética o moral.

En ocasiones la naturaleza ética del problema es muy explícita, por ejemplo cuando la enfermera decide o no revelar la verdad a un paciente con una enfermedad terminal, o si debe o no participar en un aborto. En otras ocasiones el elemento moral es menos evidente, pues la decisión es fundamental de tipo clínico, sin embargo, estará influenciada tal vez de manera inconsciente, por las creencias y valores éticos de la persona.¹⁰²

Código Internacional de Ética de Enfermería

Adoptado por el Consejo del Consejo Internacional de Enfermeras

(São Paulo, Brasil, 10 de julio de 1953)

La responsabilidad fundamental de la enfermera tiene tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud. La enfermera debe aplicar en todo momento las normas más elevadas de los cuidados de enfermería y conducta profesional.

La enfermera no sólo tiene que estar bien preparada para ejercer sino que tiene que mantener sus conocimientos y capacidades al elevado nivel que corresponda.

Deben respetarse las creencias religiosas del paciente.

¹⁰² AQUILES MENENDEZ (2000).ETICA PROFESIONAL.HERRERO HERMANOS, SUCS., S.A.EDITORES México.

La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba

La enfermera conoce no sólo sus responsabilidades sino también limitaciones de su función profesional; recomienda o da tratamiento médico sin orden del médico sólo en caso de urgencia e informa a éste lo más pronto posible.

La enfermera tiene la obligación de llevar a cabo con inteligencia y lealtad las órdenes del médico y de negarse a participar en procedimientos no éticos.

La enfermera mantiene la confianza en el médico y demás miembros del equipo de salud: la incompetencia o conducta no ética de los miembros del equipo sólo deben exponerse a la autoridad competente.

La enfermera tiene derecho a una remuneración justa y sólo acepta esa compensación según prevea el contrato real o implícito.

La enfermera no permite que su nombre sea utilizado para la publicidad de productos ni en relación con ninguna otra forma de publicidad personal.

La enfermera coopera y mantiene una relación armoniosa con los miembros de otras profesiones y con sus colegas de enfermería.

La enfermera en su vida privada mantiene una conducta irreprochable que acredite a su profesión. ¹⁰³

La conducta personal de la enfermera no debe descuidar conscientemente las normas de comportamiento aceptadas de la comunidad en que vive y trabaja.

La enfermera debe participar y compartir con otros ciudadanos y otras profesiones de salud la responsabilidad de iniciativas tendientes a satisfacer las necesidades de salud del público locales, estatales, nacionales e internacionales.

¹⁰³ **Íbid, pag.54.**

DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS¹⁰⁴.

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal: conducirse con intereses de la persona.

Actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

¹⁰⁴ Comisión interinstitucional de enfermería (2001) Código de ética para enfermeras y enfermeros en México. México, DF.pp.16

DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESIÓN

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de las diferentes estrategias, incluyendo la investigación y su disciplina

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegial.

DECALOGO DEL CODIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MEXICO ¹⁰⁵

Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.

Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.

Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando cuidados hacia la salud y prevención del daño guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a tercero

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.

Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería

Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

¹⁰⁵ Ibid, pag.17.

Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
Fomentar la participación y espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.
A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

A finales de los años 70 comienzan sus trabajos la comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de experimentación biomédica y conductual, tras un año de trabajos preliminares celebra dicha comisión la Conferencia de Belmont donde se puso en marcha la formulación de los principios de la Bioética.

Que pronto llegaron a convertirse en canon, cuya invocación adquiere en ocasiones las propiedades mágicas de un “mantra” de la Bioética, de la ética médica y por extensión del resto de las profesiones.¹⁰⁶

En un primer momento los cuatro principios de la bioética fueron tres .A Jonsen (1998) los introduce así, Tres principios básicos que están entre los que se aceptan en nuestra tradición cultural: Los principios de respeto a las personas, de beneficencia y justicia.

BENEFICENCIA Y NO MALEFICIENCIA

Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada .Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de las personas, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas

¹⁰⁶ Hortal, A. (2002) opt.cit., pag.30.

institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad: esto tiene una aplicación individual y social

JUSTICIA¹⁰⁷

La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traduce en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales aclarar y organizativos, como las asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

AUTONOMIA

Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad consiente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen mediante el consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO¹⁰⁸

¹⁰⁷ Ibid,pag.31

El concepto de consentimiento informado, se apoya en dos pilares básicos a saber la información y la determinación de la voluntad para realizar determinado acto estando ambos componentes tan íntimamente relacionados que no es posible la existencia del uno sin el otro, o más propiamente, la información no alcanza su plena realización si de ella no se sigue un acto querido por voluntad, ni es posible querer verdaderamente un acto si no se conoce todos los aspectos que inciden en el mismo

Características:

Los receptores de la información son el paciente y sus familiares.

La información ha de darse en términos comprensibles a la capacidad u al nivel cultural del paciente.

La información que se otorgue debe ser completa y continuada.

La responsabilidad de la información recae en todos los profesionales de la salud, cada cual en su ámbito competencial. En este sentido, y en los que a las enfermeras respecta, las implicaciones de la falta de información, y por ende de consentimiento, son más de carácter ético que legal, generalmente la relación con el paciente se verá afectada y desde luego el respeto a la autonomía se verá muy reducido.

Una vez proporcionada la información, el consentimiento se configura como la facultad del paciente de optar entre las diversas alternativas que le propone el personal sanitario, si no trata de ofertar al paciente todos los recursos sanitarios, terapéuticos que existen, pero si los pros y los contras de cada uno de ellos.

En cuanto a la forma del consentimiento, la ley exige que se formule por escrito Intervención o actuación profesional que se vaya a llevar a cabo

¹⁰⁸ Media, C.C., (2000) *Ética y legislación*, (pp.254-261)(1ª.ed), Madrid. McGraw-Hill.

PRIVACIDAD

Es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona.

Es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

FIDELIDAD

Sin Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violados **un** motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando en bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.¹⁰⁹

VERACIDAD

Principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

CONFIABILIDAD

Este principio se refiere q que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y

¹⁰⁹Horta.(2002).opt.cit.,pag .33

acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

SOLIDARIDAD

Es un principio de convivencia humana, es adherirse con las personas en situaciones adversas o propicias, es compartir intereses derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Éste principio es fundamental en la practica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

TOLERANCIA.

Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta. La enfermera debe de ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un mal entendido respeto a la libertad y a la democracia.¹¹⁰

LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS

Con el propósito de garantizar los derechos de los niños y de las niñas, a nivel internacional se ha aprobado por la asamblea general de la ONU, documentos como LA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO nacute;

¹¹⁰ **ibid.pag.34.**

LA CONVENCION SOBRE LOS DERCHOS DEL NIÑO NACUTE; los cuales en seguida se analizan.¹¹¹

A por El derecho de la vida conocer a sus padres y ser cuidados, a la supervivencia y desarrollo.

El derecho a tener un nombre y una nacionalidad. A preservar su identidad.

A no ser separados de sus padres, salvo que las autoridades competentes lo consideren necesario, en beneficio del niño (por maltrato o descuido de sus padres o porque estos vivan separados y deba tomarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño).

A el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión.

La libertad de expresión, de asociación y reunión.

El respeto a la vida privada y a su familia.

A la inviolabilidad de su domicilio y de su correspondencia.

El respeto a su dignidad, a su honra y a su reputación.

El derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud de los servicios para el tratamiento de enfermedades y rehabilitación.

El derecho a una alimentación nutritiva e higiénica

A beneficiarse de la seguridad social.

A la educación, la que estará encaminada a desarrollar la personalidad, las actitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades, así como inculcarle el respeto de los derechos humanos, el respeto a sus padres, el cuidado y conservación, su propia identidad cultural, de su lengua, sus valores, del medio ambiente y el amor por su patria, con el fin de que asuma una vida responsable en esta sociedad libre

¹¹¹ <http://www.org/spanishDeptss/dpi/boletín/Infancia/index.html>.

Su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social el derecho que tienen los niños que pertenecen a grupos étnicos a disfrutar y a que se respete su propia vida cultural.

El derecho al descanso y al esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias para su edad, así como a participar libremente en la vida cultural y en las artes.

El derecho a ser protegido contra toda clase de explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación o que sea nocivo para; por ello, los estados deben fijar la edad mínima para poder trabajar, el derecho a ser protegido contra el uso ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas así como impedir que se utilice a niños en la producción y tráfico de estas sustancias.

Derecho a ser protegidos El contra toda clase de torturas, tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.

A no ser privado de su libertad ilegal o arbitrariamente, en caso de que se alegue que en un niño ha infringido las leyes penales, deben ser los establecimientos especializados quienes conozcan de ellos, con base a las leyes aplicables a los menores y con las formas que al efecto se establezca.

CARTA EUROPEA SOBRE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS (Resolución del parlamento Europeo Doc. 2-25/86 DOCE 13 de Mayo de 1986)¹¹²

Derecho del niño a que no se hospitalice sino en el caso de que no pueda recibir los cuidados necesarios en su casa o en un ambulatorio y si se coordinan oportunamente con el fin que la hospitalización sea lo mas breve y rápida posible.

¹¹² [http://www.Pediatriasocial.com/Carta Europea.pdf](http://www.Pediatriasocial.com/Carta%20Europea.pdf).

- a) Derecho del niño a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo de tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso comporte costos adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño.
- b) Derecho del niño a la hospitalización diurna, sin que ello suponga una carga económica adicional a los padres.
- c) Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.
- d) Derecho del niño a una recepción y a seguimiento individual destinándose en la medida de lo posible los mismos enfermeros y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios.
- e) El derecho a negarse (por boca de sus padres o de la persona que los sustituya) como sujetos de investigación y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico.
- f) Derecho de sus padres o de las personas que los sustituya a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste al respecto de su intimidad no se vea afectado por ello.¹¹³
- g) Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.

¹¹³ Ibid, pag.69.

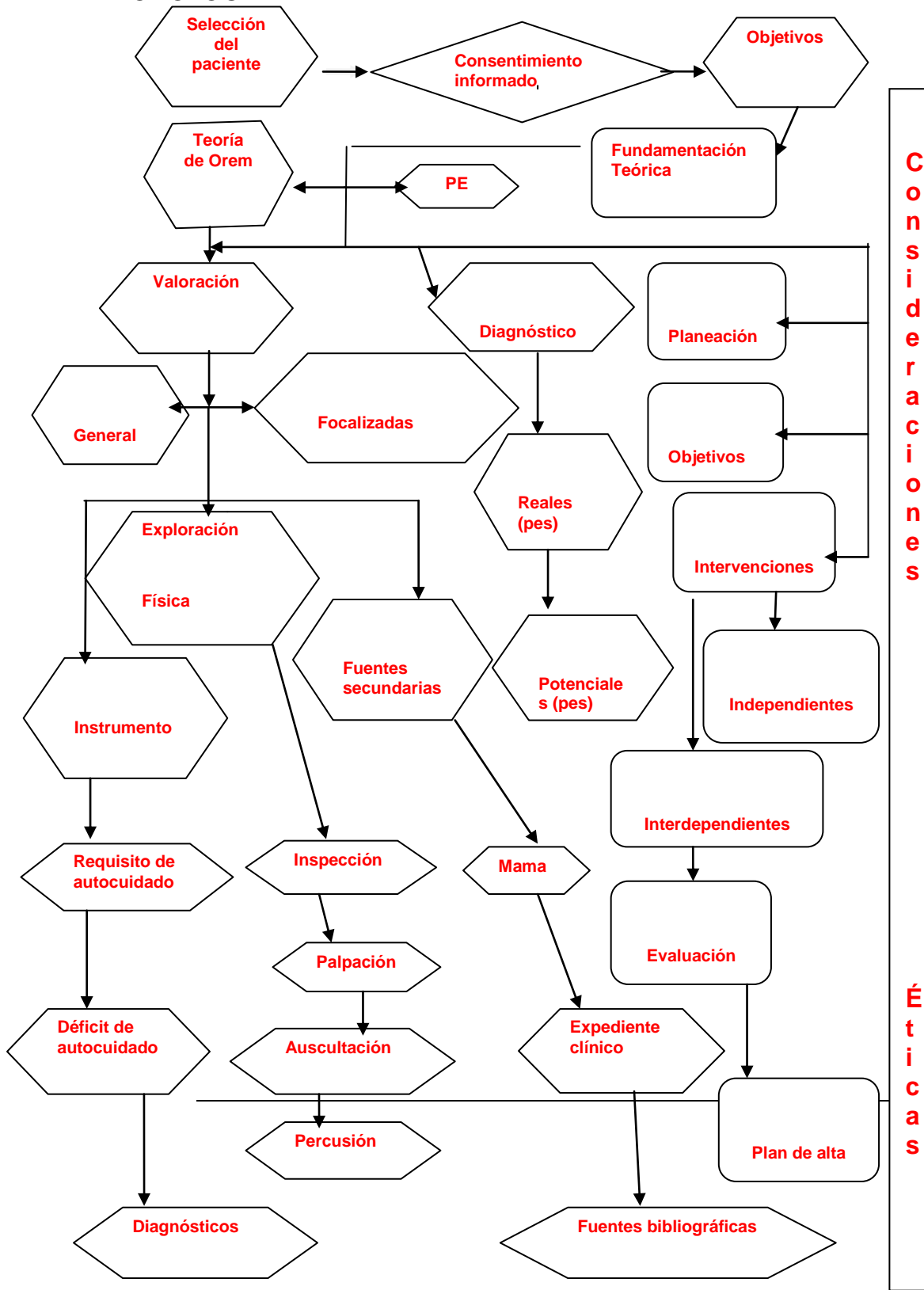
- h) Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y aun seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada.
- i) Derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Solo los padres o quien los sustituya debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como retirarla.
- j) Derecho del niño hospitalizado, cuando este sometido a experimentación terapéutica, a estar protegido por la declaración de Helsinki de la asamblea medica mundial y sus subsiguientes actualizaciones.¹¹⁴
- k) Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.
- l) Derecho (y medios) de contactar con sus padres o con la persona que los sustituya, en momentos de tensión.
- m)Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.
- n) Derecho a recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por un personal calificado, que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad tanto en el plano físico como en el afectivo.
- o) Derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos.

¹¹⁴Ibid, pag.70.

- p) Derecho a disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a su necesidad en materia de cuidados, de educación y de juegos, así como a las normas oficiales de seguridad.
- q) Derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicios a su bienestar y/o que no obstaculice los tratamientos que se siguen.
- r) Derecho a disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales.
- s) Derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio.
- t) Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita – incluso en caso de que fuese necesario la intervención de la justicia- si los padres o la persona que los sustituye se los niega por razones religiosas, de retraso cultural de perjuicios o no están en condiciones de dar pasos oportunos para ser frente a la urgencia.
- u) Derecho del niño a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial para ser sometido a exámenes y/ o tratamientos que deban efectuarse necesariamente en el extranjero.
- v) Derecho de los padres o de la persona que los sustituye a pedir la aplicación de la presente carta en el caso de que el niño tenga necesidad de hospitalización o de examen médico en países que no forman parte de la Comunidad Europea.¹¹⁵

¹¹⁵¹¹⁵Ibid.pag.71.

METODOLOGIA



SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO

5.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VALORACIÓN BAJO LA PERSPECTIVA TEÓRICA DEL AUTOCUIDADO

1. FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Factores descriptivos

Nombre del paciente: CRISTIAN Sexo: masculino

Fecha de Nac. 13-07-2004 Fecha de Ing. INP: 29 de Octubre 2009

Edad cronológica: 5 años 3/12 Edad de desarrollo: 4 años 4/12

Estado de desarrollo: Peso nac. 3.200kg Talla nac. 48 cm

Talla: 106 cm. peso: 17 kg Talla blanco: 160mt. IMC 13

Signos Vitales:

FR: 22 x minuto

FC: 88 x minuto

T/A: 100/60 mmHg

Temperatura: 36°C

Tipo y factor RH: O+

Estado de salud: Enfermedad Crónica

Escolaridad: 3° preprimaria Lugar en la familia: 2°

Lugar de nacimiento: Estado de Michoacán.

Domicilio: Calle Herminia Mazo núm. 116 Coalcomán Municipio Tepalcatepec.

Cuidador primario: mamá Alergias: si, a la proteína de la leche

Control prenatal: Si No. De consultas: 10

Gesta: 2 Abortos: 0 Cesáreas: 1 partos: 1

Vía de nacimiento: Cesárea APGAR: desconoce

Esquema de vacunación completo: si,

Inspección general (observación cefalocaudal):

Cráneo: Normocefalo

Forma: Simétrico

Implantación de cuero cabelludo: Adecuada

Características del cabello: Delgado

Piel:

Coloración: pálido Hidratación: hidratado

Afecciones cutáneas: no

Mucosa oral: hidratada

Amígdalas: Características: normal

Ojos: Simetrías: si

Cejas: pobladas

Pestañas: adecuada implantación

Conjuntivas: ictéricas

Pupilas: isocóricas

Agudeza visual: normal

Nariz:

Simetría: centro

Mucosas: rosadas

Oído:

Implantación: adecuada

Simetría: adecuada

Audición: adecuada

Boca:

Mucosa: hidratada

Labios: pálidos

Encías: rosadas

Dientes: 20.

Lengua: rosada

Paladar: integro

Amígdalas: sin alteración.

Cuello: regurgitación yugular III-IV

Tipo: normal

Movilidad: adecuada

Adenomegalias: hipertrofia parótida

Tórax: simétrico

Respiración: tendencia a la polipnea

Movimientos Toraco abdominales: adecuados

Columna vertebral: alineada

Campos pulmonares: murmullo vesicular disminuido

Estertores: crepitantes en región basal derecha

Auscultación cardiaca:

Focos cardíacos: con buen tono e intensidad.

Ruidos cardíacos: rítmicos, reforzamiento del segundo ruido soplo sistólico
GIII no irradiado

Abdomen: globoso circulación colateral Perímetro abdominal 83 cm, resistencia muscular generalizada

Regiones

Hipocondrios: izquierdo se palpa Tumoración (esplenomegalia)

Epigastrio: hígado 6-7 cm por debajo de reborde costal

Flancos: circulación colateral

Hipogastrio: circulación colateral

Movimientos

Perístasis: presente y adecuada

Percusiones de cuadrantes:

Palpación de masas: hepatomegalia

Palpación de borde hepático: 6-7 cm Cicatrices: no.

Miembros superiores

Simetría: si

Piel: pálida

Tono muscular: disminuido

Articulaciones: sin alteración

Movimientos: coordinados

Manos: con acropaquia

Llenado capilar: inmediato a 2 segundos

Uñas: acropaquia

Miembros inferiores: hipotrofias, hiporeflexicas

Pulsos: distales sincronicos, buena intensidad

Simetría. Si

Piel: pálida

Tono muscular: disminuido

Articulaciones: sin alteración

Movimientos: coordinados

Pies: sin alteraciones

Genitales: de acuerdo a sexo

Pene: de acuerdo a la edad

Implantación: adecuada

Testículos: descendidos en su bolsa escrotal

Ano y recto: sin alteración

Esfínter: control adecuado

Exploración neurológica:

Conciencia: si en sus 3 esferas

Estado emocional: triste

Intelecto: normal para la edad

Exploración de pares craneales:

I.- Olfatorio: Identifica adecuadamente los olores

II.-Óptico: No fue posible valorar agudeza visual, pero si distingue adecuadamente los colores.

III.-Motor ocular común: pupila normoreflexicas integra.

IV.-Patético-: movimiento hacia arriba y hacia abajo adecuado de los ojos.

V.-Trigémino: sensibilidad adecuada de la cara

VI.-Motor ocular externo: adecuada sensibilidad de la cara y de los reflejos corneales.

VII.-Facial: cierra adecuadamente los ojos, puede chiflar y soplar adecuadamente.

VIII.-Estado acústico: camina derecho sobre una línea trazada.

IX.- Glossofaríngeo: sentido del gusto adecuado

X.-Neumogástrico: Reflejo nauseoso presente

XI.-Espinal: elevación de los hombros y movimiento del esternocleidomastoideo adecuado.

XII.- Hipogloso: Movilidad de la lengua hacia los lados adecuadamente.

¿Lesiones o defectos evidentes?: si ¿Motivo?: toma de biopsia hepática

Factores del sistema de cuidados de salud

Control del niño sano: si

Antecedentes Patológicos: *Durante el primer año de edad curso con procesos bronquiales en tres ocasiones requiriendo antibióticos ampicilina, amikacina, 9 meses proceso Diarreico con deshidratación ameritando internamiento durante 3 días.*

Cirrosis Hepática de etiología a determinar, Hepatopatía Crónica, Desnutrición crónica.

Diagnóstico Médico: hepatopatía crónica en estudio, cirrosis hepática

Orientación sociocultural

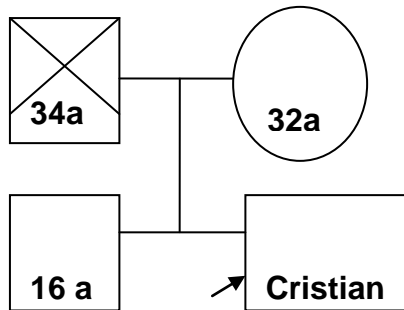
Religión: católica





Acciones permitidas y no permitidas derivadas de las prácticas religiosas: se permite prácticamente todo.

Actividades recreativas: pintar dibujo

Factores del sistema familiar:

Tipo de familia: Nuclear



-  Padre finado accidente automovilístico
-  Madre, primaria incompleta, empleada domestica
-  Hermano sano, estudiante
-  Paciente

Patrón de vida

Descripción de un día cotidiano: actualmente en el hospital refiere realizar casi siempre las mismas actividades, dormir, comer, pintar.

Hábitos higiénicos:

Baño: diario

Cambio de ropa: diario

Aseo dental: 2 veces al día

Lavado de manos: cada que va comer y después de ir al baño.

Hábitos dietéticos: toma leche deslactosada

Comidas al día: tres

Numero de tomas de leche en 24 horas : 2

Horarios de alimentación: desayuno, comida y cena

Factores Ambientales

Zona geográfica: urbana

Flora: árboles

Fauna: perros

Servicios domiciliarios: agua, luz, drenaje, alumbrado público
pavimentación, gas.

Características de la vivienda: de interés social pagándola

Número de habitaciones: 3-4

Construcción

Techo: concreto

Paredes: tabique

Piso: cemento

Ventilación: adecuada

Iluminación: adecuada

Eliminación de basura: diario

Disponibilidad y adecuación de los recursos

Seguridad Social: no

Disponibilidad de los servicios de salud:

Refiere que hay centros de salud y de ahí los refieren a hospital de Colima

Ingreso económico mensual en la familia: \$2000 mensuales

Distribución de los recursos

Salud: refiere ser un niño enfermizo

Alimentación: \$1500 aprox.

Educación: \$600

Recreación y cultura: \$ 400

Factores del sistema familiar

Tipo de familia: nuclear

Integrantes de la familia: 3

Rutina Familiar: convivencia con su mamá y su hermano, acude a la escuela, su mamá trabaja, su hermano estudia.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

VALORACION DEL DESARROLLO DEL MOTOR GRUESO

Corre,salta,lanza objetos, pateo con cierta precisión
Atrapa pelotas que rebotan
Salta en un pie con cierta dificultad
Camina apoyándose de talón a punta

VALORACION DEL DESARROLLO MOTOR FINO

dibuja círculos ,cuadros, triángulos
dibuja personas con 3 partes
utiliza tijeras con cierta precisión
se viste solo
maneja bien la cuchara y tenedor

VALORACION DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Tiene un vocabulario de un 90% para su edad	Utiliza la mayor parte de las formas gramaticales en forma correcta, utiliza oraciones completas	Poca omisión de las consonantes iniciales y finales	Inteligible en el 100%
---	--	---	------------------------

VALORACION DEL DESARROLLO PERSONAL SOCIAL

Independiente	Sociable
Muestra cambios en el estado de animo	Sigue reglas

Requisitos de Autocuidado de desviación de La Salud

Motivo de consulta: Hepatopatía en estudio. Cirrosis hepática.

Motivo de ingreso: el mismo

Antecedentes de desviación de la salud (evolución del padecimiento actual):

Inicia en el mes de Abril caracterizado por distensión abdominal progresiva, Dolor abdominal difuso, hiporexia, coluria, acolia, escalofrío, pérdida de peso 1 kilo aproximadamente, astenia, adinamia, fiebre no cuantificada, infección respiratoria con tos productiva, rinorea hialina. Diagnosticándole Hepatitis A con tratamiento con virazide, posteriormente se observa edema en miembros inferiores ,hiperhidrosis plantar, palmar ,cefalea frontal, dolor abdominal , distensión abdominal postprandial, oliguria 11mlxm^2 por probable compresión de vejiga, realizándole US se encuentra hepatoesplenomegalia hepatopatía crónica, ascitis en cavidad abdominal , hígado 4 cm por debajo del borde costal ,mediante realización de TAC hepático se encuentra tumor hepático que abarca todos los segmentos, presencia de zonas quísticas, tabicado en su interior heterogéneo ganglios en retroperitoneo diagnosticándose Hemartoma Hepático .se realiza biopsia hepática en cuña y se observa en estudio histopatológico : macroscópica cuña de hígado finamente nodular verde pálido, consistencia ahulada , microscópica, perdida de la estructura hepática gran estenosis de gota gruesa así como tabiques de fibrosis que rodea a múltiples nódulos con proliferación de ductos en ellos, observándose en luz tapones de bilis. Se observa uresis horaria 93mlxm^2 mediante tratamiento con administración de furosemide y espirinolactona.

Ingresa al INP procedente del estado de colima 29-X-2009

INSPECCION GENERAL. Consiente orientado cooperador, palidez generalizada, hidratado, aparentemente integro, bien conformado, marcha normal. Normocefalo, ojos simétricos, pupilas isocóricas.

Cuello con Ingurgitación yugular III-IV. Hipertofia parótida

Tórax, tendencia a la polipnea, tórax bajo. Soplo sistólico G III-IV no irradiado.

Abdomen con red venosa colateral, globoso a expensas de hepatomegalia 6-7 cm por debajo de reborde costa derecho resistencia muscular generalizada, tumoración en hipocondrio izquierdo, acropaquia en manos

6 Nov. Ictericia generalizada, hidratado cooperador, adecuada interacción con el medio, neurológicamente integro, oftalmológicamente sin patología aparente orofaríngea normal. Tórax simétrico movimientos respiratorios simétricos regulares, sin datos de dificultad respiratoria, murmullo pulmonar disminuido en ambas regiones infra escapulares con estertores crepitantes en región basal derecha. Rx tórax patrón intersticial e imágenes sugestivas de dilatación bronquial, crecimiento de cavidades derechas y rectificación del cono de la pulmonar.

Corazón ruidos rítmicos, reforzamiento del segundo ruido.

Abdomen globoso con circulación colateral, hepatoesplenomegalia (hígado 7 cm, bazo 7 cm) perístasis presente, no acropaquia, pulsos periféricos con adecuada intensidad. Perímetro abdominal 83 cm.

Prueba de cloro en sudor positiva por método de conductividad 124mmol.

7 Nov. Se encuentra alerta, reactivo sin datos de ictericia, campos pulmonares bien ventilados, sin datos de dificultad respiratoria, abdomen globoso no doloroso con perístasis presente. Hígado 7 cm, Mslnf hipotrofias con acropaquia .Fc 100x/min, FR 20 min T/A 90/60 T 37°C peso 14.1 kg PA 57 cm.

Hb 9.7 por lo que se transfunde unidad de paquete globular.

8 Nov. Se encuentra alerta, reactivo, sin datos de ictericia, campos pulmonares bien ventilados, sin datos de dificultad respiratoria, abdomen con PA 55cm borde hepático 2, 3,5 cm rebasa línea media. Pt 7 cm borde filante, esplenomegalia 5 cm, no ascitis. PA 57 cm, Fc 100x min, Fr. 32 T/A 90/60, T 36°C, Peso 13.800 kg.

9 Nov. Se encuentra alerta, reactivo, Glasgow 15, pupilas isocóricas, cardio respiratorio sin alteraciones, abdomen globoso a expensas de esplenomegalia /hepatomegalia 7 cm por percusión total, presencia de red venosa colateral, PA 56 cm, Peso, 14.120 kg, Fc.102 min, FR 20x/min T/A 90/60 T 37.8°C. extremidades hiporreflexicas, pulsos distales sincrónicos de buena intensidad.

11 Nov. .Alerta, reactivo, campos pulmonares sin datos de dificultad respiratoria, presenta clonus, respuesta plantar indiferente REMS MT ++/4, MP+++/4, acrocianosis, curso la noche agitado con alteraciones del patrón de sueño vigilia, lenguaje incoherente. (Datos clínicos y neurológicos a nivel de tallo mesencefalico).reporte encefalografico: muestra lenificación generalizada de predominio en la región temporal izquierda, sin actividad paroxística.

13Nov. Alerta, reactivo, cardio respiratorio sin alteraciones, descarga nasal hialina escasa del lado derecho .Fc 88 Fr. 22 TA 100/60, peso13.560 Kg. PA 49.

VI. APLICACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA

6.1 VALORACION DE ENFERMERIA

Dirigido a la enfermedad

Conocimiento de la fisiopatología incluida lo efectos sobre el desarrollo:

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE DE AIRE SUFICIENTE

Valoración de la vía aérea

Obstrucciones: a la inspección no se observan datos de obstrucción de la via aérea.

Fallas anatómicas: a la inspección y palpación no se encuentran alteraciones anatómicas de la vía aérea.

Valoración de la composición y disponibilidad del aire: a la inspección se encuentra tórax simétrico, con buen esfuerzo respiratorio.

Valoración del proceso de ventilación pulmonar: a la auscultación campos pulmonares con murmullo vesicular disminuido y crepitaciones en región basal derecha

FR: 22 por minuto

Ventilación: ritmo, profundidad, sincronía: se observa movimientos respiratorios simétricos y regulares y ausencia de datos de dificultad respiratorio

Difusión: Saturación de oxígeno: 90%

Perfusión: llenado capilar: 2 segundos

Fase de Ventilación: fase I

Fases	Apoyo de la ventilación	
Fase I	CC	Mas
	PN	OI
Fase II	CPAP	Nasal
		Faríngeo
Fase III	CMV	AC
	SIMV	VAFO

Auscultación de Campos Pulmonares: estertores basales

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Retracción costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia taraco-abdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

Valoración de Silverman- Anderson: 0

Adaptabilidad pulmonar: si alteración

Factores fisiológicos:

Factores psicológicos: se siente triste porque está hospitalizado, y extraña a su hermano

2 Y 3 MANTENIMIENTO DE UN APORTE DE AGUA Y ALIMENTO SUFICIENTE

Consumo de agua al día (ml): medio al día

Tipo de agua que consume: simple

Ingesta de leche (ml): leche 200ml

Valoración física

Mucosa oral: hidratada

Lengua: húmeda

Fontanelas: normales

Globos oculares: sin alteración

Signos de lienzo: normal

Volumen urinario: disminuido

Gasto fecal: normal

Aporte de líquidos intravenosos en 24 horas: Glucosa da 5%250 ml

Nutrición enterar: si

Tipo de dieta: leche deslactosada Número de alimentos en 24 horas: 3

Tipo de alimentación: adecuada, pero normalmente ingiere la tercera parte de la dieta que le llevan diario.

Alimentos preferidos: caldo de pollo

Alimentos permitidos.

Factores mecánicos: masticación

Factores físicos

Tolerancia a la vía oral: si

Suplementos alimenticios: no

Dispositivos de apoyo para la alimentación: no ninguno

Ablactación

Edad: 6/12

Tipo de alimento: inicio de ablactación 6/12, a base de papillas, manzana cocida, pera, se integra a la dieta familiar a los 8/12.

Cavidad oral: sin alteraciones

Hábitos alimenticios: 3 veces al día

¿Quién cocina los alimentos en casa? La mamá

¿Rechazo a algún tipo de alimento y/o líquido? Leche entera

¿Rechazo a algún tipo de alimento o líquido por no ajustarse a normas culturales o gustos personales? no

¿Rechazo a algún tipo de alimento o líquido por incompatibilidad fisiológica (absorción, patología o alergias)? si, la leche

PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACION Y LOS EXCREMENTOS

Evacuaciones

Cantidad en 24 horas: 1 vez por día

Características: formadas y amarillas, esteatorrea

Alteraciones anatómicas: no

Uresis

Cantidad en 24 horas: 500 ml

Características: amarilla

Alteraciones anatómicas: no

Dificultad o dolor para la evacuación: no

Drenajes y/o dispositivos de apoyo: no

Factores que dificultan los procesos de eliminación asociados en el ambiente, entorno social y/o psicológicos

Realiza alguna actividad que favorezcan los procesos de eliminación: No.

Auscultación, percusión y palpación de abdomen y sistema genitourinario:

Cuadrante superior derecho: hepatomegalia borde hepático 6-7 cm. por debajo de reborde costal, resistencia muscular generalizada.

Cuadrante superior izquierdo: esplenomegalia

Cuadrante inferior derecho: circulación colateral

Cuadrante inferior izquierdo: circulación colateral

Sistema genitourinario: sin alteración

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Trastornos del sueño: debido a rutina hospitalaria.

Estado de conciencia: consciente

Actividad: periodos de hipoactividad

Factores humanos que intervienen en la movilidad: debilidad muscular

Realiza alguna actividad física, social, cultural que fomente su desarrollo: si

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL

Actitud: se siente muy triste y ansioso.

Comunicación con los demás: es sociable.

Cuenta con personas fuera del ambiente familiar con quien conviva: si

Siente miedo por algún motivo: no

Tipo de personalidad: amoroso y bondadoso.

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

Historial de Infecciones

Métodos Invasivos: venoclisis por estudios

Participación del agente de cuidado dependiente: si

Exposición a abusos: no

Busca apoyo para desarrollo personal: no

Se siente aceptado en la familia o grupo social: en su familia si, en la sociedad también.

Puntuación: 4

DETERMINAR EL GRADO DE RIESGO DE CAIDAS		
NIVEL	PUNTOS	CÓDIGO
Alto riesgo	4 a 10	<u>ROJO</u>
Mediano riesgo	2 a 3	AMARILLO
Bajo riesgo	0 a 1	VERDE

Fecha	hb	hto	ret	leu	lin	mon o	seg	eo s	bas	Vcm/c mhb	Pla mil	TP	TTP	INR	AST/ALT
30oct	10.0	30	1.8	98	98	87	52	0.6	0.6	98/33.2	111	20.36/38 %	71.7/66.5	1.7	120/42
11nov	11.9	35.4	1.62	12.8	37	9	53	1		463/ 32.4	136	16.6/33.6 %	60.1	1.41	
31oct	ego	bas	uro	leu	erit	color		Ph	Células epit.						
		+	0-2	2	7	amarillo		8	escasas						
heces				Sangre +			Ph 6		Grasa++++						
30oct	Inmunología			Ig G (449-1186)			1786			PCR: 0.362			Tac senos para nasales		
				Ig M (40-186)			519			Cultivo de asp.nasofaríngeo			Sin patología		
				Ig A(24-152)			653			Sin desarrollo					
30oct	US:Higado 8 cm parénquima hiperecogénico, bordes festoneados, Vesícula Biliar pares discretamente engrosada, Bazo 112cm ³														
Biopsia hepática percutánea				4 fragmentos de consistencia sólida y color oscuro											
Prueba de cloro en sudor (por conductividad)				124mmol/l											

ESTUDIO MOECULAR DE CFTR (INMEGEN)

Gen modificado MDL2 (Leptina de unión a manosa)

6.2 JERARQUIZACION DE REQUISITOS UNIVERSALES

JERARQUIZACION DE REQUISITOS				
Receptor de cuidado :CRISTIAN			Etapas de desarrollo	
Agente de cuidado dependiente: ENFERMERA,FAMILIA			PREESCOLAR	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Déficit del autocuidado	Factores que alteran el requisito	Capacidades de autocuidado
Mantenimiento de un aporte de aire suficiente	Estado de salud. Factor ambiental	Requiere de ayuda cuando hay ascitis o acumulo de secreciones que dificultan la respiración	Aumento de la presión intraabdominal con restricción del movimiento diafragmático. Interferencia en la óptima ventilación con y sin deterioro de la difusión	Satisface sus necesidades respiratorias la mayor parte del tiempo, no hay datos de infección de las vías respiratorias, existe buen automatismo respiratorio

JERARQUIZACION DE REQUISITOS				
Receptor de cuidado :CRISTIAN			Etapa de desarrollo	
Agente de cuidado dependiente: ENFERMERA,FAMILIA			PREESCOLAR	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Déficit del autocuidado	Factores que alteran el requisito	Capacidades de autocuidado
El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.	Estado de salud, Factor del sistema de cuidados de salud	Necesita ayuda para obtener agua Si no se le recuerda olvida que tiene que beber Estado de salud, Factor del sistema de cuidados de salud	Condiciones de acceso Condiciones humanas que interfieren el deseo o la disponibilidad Características de agua que provocan rechazo a ingerir	Es capaz de consumirla por sí mismo, hay condiciones fisiológicas y orgánicas adecuadas Deglución.

JERARQUIZACION DE REQUISITOS				
Receptor de cuidado :CRISTIAN			Etapas de desarrollo	
Agente de cuidado dependiente: ENFERMERA,FAMILIA			PREESCOLAR	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Déficit del autocuidado	Factores que alteran el requisito	Capacidades de autocuidado
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento	Edad estado de salud estado de desarrollo sistema de cuidados disponibilidad y adecuación de los recursos	necesita que se le suministre dieta hipercalórica y alta en grasas	Condiciones de acceso Características de los alimentos disponibles que provocan rechazo Condiciones internas externas que interfieren la atención o suprimen el deseo para ingerir y recibir, o mantener en la boca los alimentos Condiciones y circunstancias que entorpecen la mezcla de los alimentos con la saliva	Es capaz de consumirla por sí mismo, hay condiciones de deglución masticación

JERARQUIZACION DE REQUISITOS				
Receptor de cuidado :CRISTIAN			Etapas de desarrollo	
Agente de cuidado dependiente: ENFERMERA,FAMILIA			PREESCOLAR	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Déficit del autocuidado	Factores que alteran el requisito	Capacidades de autocuidado
Provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos	Estado de salud, estado de desarrollo sistema de cuidado de salud	Requiere de ayuda en temperaturas ambientales altas por sudoración excesiva Procesos febriles Procesos intestinales y urinarios alterados	Cambios en los patrones de micción integridad de órganos cambio en los patrones normales de saturación	Satisface los procesos de eliminación la mayor parte del tiempo, hay buena peristalsis, deambulacion

JERARQUIZACION DE REQUISITOS				
Receptor de cuidado :CRISTIAN			Etapa de desarrollo	
Agente de cuidado dependiente: ENFERMERA,FAMILIA			PREESCOLAR	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Déficit del autocuidado	Factores que alteran el requisito	Capacidades de autocuidado
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad el reposo	Estado de salud sistema del cuidado de salud estado de desarrollo factores ambientales	No se encuentra déficit	Inactividad Inmovilidad prescrita con propósitos terapéuticos sobre carga sensorial Ansiedad o temor asociado a estar solo en contacto con otras personas Ruido que impide el reposo y el sueño	Es capaz de participar en casi todas las actividades, no hay limitaciones físicas

JERARQUIZACION DE REQUISITOS				
Receptor de cuidado :CRISTIAN			Etapas de desarrollo	
Agente de cuidado dependiente: ENFERMERA,FAMILIA			PREESCOLAR	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Déficit del autocuidado	Factores que alteran el requisito	Capacidades de autocuidado
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	Edad estado de salud sistemas de cuidados de salud factor ambiental	Periodos de ansiedad por separación de familia falta de habilidad y de formación de hábitos para estar solo	Aislamiento de otras personas Demanda continua de interacción con otras personas durante las horas de vigilia continua implicación de en la provisión de cuidados asociados con enfermedad crónica características de temperamento personalidad edad cronológica y de desarrollo ansiedad o	Capacidad de comunicar deseos y necesidades seguimiento de instrucciones

			temor de estar solo o estar con otros	
--	--	--	---------------------------------------	--

JERARQUIZACION DE REQUISITOS				
Receptor de cuidado :CRISTIAN			Etapa de desarrollo	
Agente de cuidado dependiente: ENFERMERA,FAMILIA			PREESCOLAR	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Déficit del autocuidado	Factores que alteran el requisito	Capacidades de autocuidado
Prevencion de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar	Estado de salud edad Sistema de cuidado de salud factor ambiental sexo disponibilidad y adecuación de los recursos	Requiere de ayuda y vigilancia continua	Intensos estados emocionales que restringen la atención y la conciencia debilidad Falta de conocimiento de los peligros específicos o de los medios para controlarlos o evitarlos peligros físicos Falta de actuación para prevenir y controlar las condiciones peligrosas conocidas	Integridad neurológica. física establece comunicación

JERARQUIZACION DE REQUISITOS				
Receptor de cuidado :CRISTIAN			Etapa de desarrollo	
Agente de cuidado dependiente: ENFERMERA,FAMILIA			PREESCOLAR	
Requisito de autocuidado	Factores básicos condicionantes	Déficit del autocuidado	Factores que alteran el requisito	Capacidades de autocuidado
Promoción de la normalidad	Edad estado de salud sistema de cuidado de salud sexo patrón de vida factores ambientales sistema familiar disponibilidad y adecuación de los recursos	Estilo de vida conductas alimentarias	Estados de vigilia que provocan restricción del conocimiento un conocimiento del yo, entorno situaciones de acción estado de desarrollo cognitivo incapacidad de manejar abstracciones y lo no experimentado Estados de restricción de movilidad física entorno limitado Deterioro de la comunicación razonamiento la	Seguimiento de instrucciones Manipulación de objetos deambulación masticación deglución Eliminación adecuada comunicación interpersonal

			memoria ansiedad temor cólera asociada con cambios en el o estilo de vida condición de de vida no saludable	
--	--	--	--	--

6.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Déficit en el aporte suficiente de aire **r/c** desequilibrio de la ventilación perfusión **m/p** murmullo pulmonar bilateral disminuido y estertores crepitantes en región basal derecha.

Riesgo potencial de alteración de la función respiratoria **r/c** la presión en el diafragma secundario a ascitis

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Déficit en el aporte suficiente de alimento **r/c** malnutrición **m/p** anorexia, fatiga (peso 17 kg y talla 106, percentil 25)

Déficit en el aporte suficiente de alimento **r/c** ambiente hospitalario **m/p** pérdida del apetito, baja ingesta.

Riesgo potencial de alteración en el crecimiento y el desarrollo **r/c** a las limitaciones de la enfermedad y los tratamientos que incapacitan el logro de tareas propias de la edad.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Riesgo potencial de déficit de volumen de líquidos **r/c** disminución de la ingesta de líquidos y aumento del trabajo de respiración.

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

Déficit en el bienestar emocional **r/c** ambiente hospitalario **m/p** apatía, baja participación en las actividades recreativas del hospital y tristeza.

Riesgo del déficit en el funcionamiento y bienestar humano **r/c** deterioro de la coagulación sanguínea, debido a la hipertensión portal.

Riesgo de úlceras por presión **r/c** alteración del estado metabólico

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

Déficit en la interacción social **r/c** entorno Hospitalario **m/p** aislamiento social.

Déficit de actividades recreativas **r/c** entorno monótono y tratamientos prolongados **m/p** baja participación en las actividades del hospital

Previsión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos

Déficit **r/c** sudoración excesiva **m/p** alcalosis metabólica por hipocloremia e hipocalemia y deshidratación

Déficit del proceso de eliminación intestinal **r/c** reemplazo de enzimas pancreáticas **m/p** constipación

6.4. PLANEACION E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO: Riesgo potencial de alteración de la función respiratoria **r/c** la presión en el diafragma secundario a ascitis.

OBJETIVO: Cristian y su madre serán capaces de mantener la función respiratoria en presencia de ascitis mediante el aprendizaje de posiciones adecuadas durante la hospitalización.

SISTEMA DE ENFERMERIA: totalmente compensatorio y de apoyo-educación.

INTERVENCION DE ENFERMERIA

INDEPENDIENTE:

1.- Ayudar al paciente y a la madre a identificar signos y síntomas que indiquen alteración del patrón respiratorio durante su estancia hospitalaria.

FUNDAMENTACION

Los padres perciben que controlan más la situación; se sienten útiles y su satisfacción aumenta; son más autónomos, los niños están más contentos cuando sus padres cuidan de ellos, saben que siempre habrá una enfermera cerca si la necesitan, de esta manera aprenden lo que tienen que hacer, como hacerlo y cuando necesitan pedir ayuda a los profesionales. (López de Dicastillo O; 2004, pag.36)

INDEPENDIENTE

2.-Ayudar en el mantenimiento de la respiración, colocando al niño en su cama o en un sillón en posición alta de fowler, hasta la disminución de ascitis, realizando cambios de posición cada 2 hrs.

FUNDAMENTACION

La posición semisentada con respaldo elevado a 45 grados, las rodillas ligeramente flexionadas y apoyadas sobre almohadas o mediante adaptación

de la cama, favorece la expansión pulmonar adecuada e incrementa la oxigenación y la ventilación. (Alice L.Price; 1996, pag.94)

INDEPENDIENTE

3.- Registrar ingestión y producción de líquidos, pesar diariamente a Cristian por las mañanas con el mínimo de ropa

INDEPENDIENTE

4.- Valorar por turno la presencia de edema y documentar el grado y la localización.

FUNDAMENTACION

Edema de miembros inferiores por disminución de albumina sérica y la capacidad del hígado para metabolizar la aldosterona (Luckmann; 2000, pp1283)

INDEPENDIENTE

5.- Vigilar los valores séricos de electrolitos (en especial sodio, potasio) albumina y amoniaco

INDEPENDIENTE

6.- Realizar exploración abdominal utilizando las cuatro técnicas de examen (inspección, auscultación, percusión, palpación) y medición por turno la circunferencia abdominal a fin de detectar ascitis e informar de cualquier cambio esta se realizara colocando al niño en posición supina, rodear con la cinta de medir, el diámetro mayor del abdomen, antes de quitar la cinta marcar su posición en los flancos del niño y en la línea media para asegurar que la medición sea siempre igual.

FUNDAMENTACION

Ascitis derivada de la disminución de la albumina, que resulta en una reducción de la presión osmótica coloidal vascular e hipertensión portal. Un abdomen protuberante con flancos abultados sugiere la formación de líquido, conocido como ascitis y origina un dato que se llama "matidez cambiante". Cuando se percute hacia afuera del ombligo, normalmente los tonos de

percusión pasan del timpánico al mate. Si hay ascitis, cuando la persona gire hacia un lado, cambian estos tonos. La matidez se traslada a las aéreas situadas mas abajo (Luckmann; 2000.pp1282)

INTERDEPENDIENTE Y DEPENDIENTE

7.- Restringir la ingestión de líquidos orales y de sodio

Turno matutino: 280ml

Turno vespertino: 280ml

Turno nocturno: 280ml

Administrar suplementos de sodio (suelen prescribirse de 250 mg a 500 mg)

FUNDAMENTACION

La ascitis en forma secuencial su manejo requiere a) restricción cuidadosa de sal, b) diuréticos, inicialmente espirinolactona (3-5mg/kg/dia) y posteriormente agregar furosemide (1-2mg/kg/dia), c) cortocircuito transyugular porto sistémico intrahepatico en casos graves o sin respuesta al tratamiento médico (guía clínica mexicana, 2008; pp89-90)

INTERDEPENDIENTE Y DEPENDIENTE

8.- Administrar diuréticos en la forma prescrita para fomentar la diuresis (la espirinolactona ahorra potasio y si no hay una perdida adecuada de líquidos se suele indicar furosemide)

9.-Administración de albumina según se indique (a fin de aumentar la presion osmótica coloide del plasma)

EVALUACION

Cristian mantuvo cifras T.A 90/60mmhg, FC 100 xm, FR 20xm.T-37⁸C, Sao₂ 90%, P.A disminuyo de 88cm-49cm .peso14.1 kg

Resolución de diagnóstico: 13 Nov. 2009.

DIAGNOSTICO: Déficit en el aporte suficiente de aire **r/c** desequilibrio de la ventilación perfusión **m/p** murmullo pulmonar bilateral disminuido y estertores crepitantes en región basal derecha

OBJETIVO: Cristian mejorará el aporte suficiente de aire a través de terapia respiratoria y farmacológica, en un periodo de 48 horas para evitar complicaciones.

SISTEMA DE ENFERMERIA: Totalmente compensador apoyo – educación

INTEVENCIONES DE ENFERMERIA

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES

1.-Realizar auscultación de ruidos pulmonares cada 2 a 4hs

FUNDAMENTACION

Valorar cambios en la auscultación habitual (Rev. Ped. Elec. 2009, Vol. 6, N° 1. ISSN 0718-0918)

2.-Vigilar signos vitales cada 4 hs para detectar la presencia de síntomas de insuficiencia respiratoria (jadeo, aleteo nasal, disnea, polipnea, uso de músculos accesorios de la respiración, frecuencia, profundidad y esfuerzo) en reposo, durante la actividad y después de esta.

FUNDAMENTACION

Estudio funcional respiratorio (Rev. Ped. Elec. 2009, Vol. 6, N° 1.)

3.-Vigilar la saturación de oxígeno mediante gases en sangre, oximetría de pulso cada turno. Con cifras $\leq 93\%$ se debe considerar el uso de O₂ nocturno y $< 90\%$ permanente.

FUNDAMENTACION

La alteración de la perfusión tisular es indicativo de hipoxemia y la necesidad de aporte suplementario de oxígeno y puede indicar una exacerbación aguda o en los casos más graves, la instalación de una insuficiencia respiratoria crónica oxígeno dependiente (Luckmann; 2000, pp561;(Rev.Ped.Elec.2009, Vol. 6, No1) ;(Ministerio de salud Santiago 2007; pp13-14).

4.- Ayudar al paciente a adoptar una posición de fowler que favorezca la expansión respiratoria máxima por periodos de 15 a 30 minutos cada 2 hs hasta remisión de datos de dificultad respiratoria.

FUNDAMENTACION

La posición semisentada con respaldo elevado a 45 grados, las rodillas ligeramente flexionadas y apoyadas sobre almohadas o mediante adaptación de la cama, favorece la expansión pulmonar adecuada e incrementa la ventilación y la oxigenación (Alice L Price; 2000, pp94)

5.- Alentar al niño a que tosa y respire profundamente con tanta frecuencia como sea posible mientras este despierto

FUNDAMENTACION

Promover el aseo de las vías respiratorias

6.-Para prevenir la hipoxia y conservar la oxigenación sanguínea adecuada administración de oxígeno a requerimientos corporales

FUNDAMENTACION

Asegurar que se administre oxígeno en forma adecuada a los órganos vitales. (Wilson D; 2008.pp367)

7.-Enseñar al niño y a su familia como administrar medicamentos broncodilatadores, mucolíticos:

Nebulizador, el rocío se suministra lo más cerca de la cara del niño, (boquilla o mascarilla) indicándole que respire normalmente, manteniendo al niño en su regazo, el tratamiento termina cuando todo el líquido se ha aerolizado del depósito, de vez en cuando se golpean ligeramente los lados del depósito para eliminar la condensación.

Inhalador de dosis medidas y dispositivos activados por la respiración

1.- Se agita el inhalador antes de usarlo y se fija en un espaciador (que facilita la aplicación más completa del medicamento).El niño debe mantenerse erguido, de pie o sentado

2.- Se indica al niño que exhale completamente (que sople fuerte), se inserta el espaciador en la boca y se activa el inhalador comprimiendo la bomba mientras el niño inhala con lentitud (se aspira hondo con lentitud)

3.- Se insta al niño a que retenga el aliento por 10s luego de la inhalación

FUNDAMENTACION

Disminuir la viscosidad del moco, licua las secreciones y abrir las vías respiratorias y mejorar las pruebas de función pulmonar, además los niños suelen reaccionar de manera más positiva al tratamiento cuando se les sienta en el regazo de los padres (Luckmann, Joan, 2000, pp524)

INDEPENDIENTE

8.-Practicar fisioterapia torácica de 3 a 4 veces al día después del tratamiento con aerosol, drenaje postural cada 4 hs colocando al niño en una posición que proporcione mayor acceso a los lóbulos afectados del pulmón y facilite el drenaje por gravedad del moco desde áreas pulmonares específicas, y aspirar si es necesario

FUNDAMENTACION

Afloja las secreciones, facilita la eliminación de moco la fuerza de gravedad ayuda a soltar y eliminar las secreciones (Luckmann, Joan, 2000, pp522)

INDEPENDIENTE

9.-Se enseñara al niño a toser varias veces mientras dice la palabra <oh> cada 4 hrs

FUNDAMENTACION

La espiración forzada es efectiva para limpiar las secreciones de las vías áreas centrales (Luckmann, Joan, 2000, pp520)

INDEPENDIENTE

10.-El personal de enfermería y su mamá alentaran a participar en actividades apropiadas para su edad y nivel de desarrollo.

FUNDAMENTACION

El juego resulta terapéutico a cualquier edad. Proporciona un medio para liberar las tensiones y el estrés del ambiente. En él los niños expresan emociones y liberan impulsos. Comunican necesidades, miedos y deseos. (Whaley, 2008; pp 70)

11.-Graduar las actividades en segmentos de 20 minutos con intervalos de descanso de 5 minutos o más.

FUNDAMENTACION

Debido a las alteraciones progresivas que causan obstrucción de la vía aérea, en la fibrosis quística se modifica la relación V/Q por lo que pueden presentar hipoxemia durante el sueño, el ejercicio o en el transcurso de una exacerbación uso de O_2 suplementario Pa O_2 menor 60mmHg o saturación de oxígeno menor a 90 % respirando aire ambiente ,saturación de O_2 menor a 88% a 90% durante el ejercicio saturación de O_2 menor 88% durante el10% del tiempo total de sueño(guía clínica mexicana,2008;pp43)

12.-Ayudar en el incremento progresivo de la actividad y la deambulaci3n

FUNDAMENTACION

El ejercicio ayuda a movilizar las secreciones y mejora la salud pulmonar (Luckmann, Joan, 2000, pp524)

13.- Planear las actividades con el ni3o

EVALUACION

Se logr3 mejorar la permeabilidad de v3as a3reas inferiores en 2 d3as. Sa_{o2} 90%, continuo con descarga nasal hialina cantidad regular.

DIAGNOSTICO D3ficit en el aporte suficiente de alimento **r/c** malnutrici3n **m/p** anorexia, fatiga (peso 17 kg (percentil 5) y talla 106 (percentil 25) IMC13 (P/T), Percentil IMC x edad < 3

OBJETIVO: Cristian aumentar3 los aportes nutricionales necesarios en funci3n de su actividad y necesidades metab3licas, en un periodo de 2 semanas para mejorar su condici3n f3sica.

SISTEMA DE ENFERMERIA: totalmente compensatorio y de apoyo-educaci3n

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES

1.- Registrar la ingestión de calorías y pérdidas por turno.

FUNDAMENTACION

Habitualmente presentan mal apetito por el estado infeccioso pulmonar y la sensación de saciedad dada por la ingesta permanente de secreciones espesa e infectadas, esto unido a que habitualmente tienen vaciamiento gástrico lento y presentan mayor frecuencia de Reflujo Gastroesofagico que les produce esofagitis .(Asociación Española de pediatría;2010.pp83)

2.-Mantener una buena higiene bucal antes y después de las comidas.

FUNDAMENTACION

Esto disminuye los microorganismos que pueden cambiar el gusto u olor de los alimentos e inhiben el apetito (Alice L.Price; 2000.pp31)

3.- Observar la tolerancia y aversiones alimentarias y la preparación de la comida como corresponda por turno

4.-Proporcionar tres tiempos de comida principales y dos colaciones poco abundantes de 1633 kcal-1700 Kcal, frecuentes alimentos ricos en carbohidratos, bajos en proteínas y grasas y suprimir condimentos

FUNDAMENTACION

Debe de ser un 50% superior a lo normal, tener una proporción mayor de 3 proteínas y cantidades moderadas de grasa, además de extractos pancreáticos, es necesario no restringir mantequilla de cacahuete, papas fritas, helados,mayonesa,para compensar las pérdidas fecales de grasa, proteínas no absorbidas y el metabolismo basal aumentado.(Thompson, 2002,p.p 154)

5.- Administrar sustitutos de enzimas pancreáticas inmediatamente después de las comidas en dosis calculadas a 10 000UI/kg/24 hs.

FUNDAMENTACION

Las dosis enzimáticas debe simular la respuesta del organismo a la secreción de las enzimas pancreáticas (Guía clínica mexicana, 2008; pp86)

6.- Proporcionar instrucciones a la madre sobre la ingestión de sustitutos de enzimas pancreáticas:

Los preparados de enzimas pancreáticas no deben mezclarse con alimentos que contengan proteínas porque la acción enzimática las disuelven sustancias acuosas, más bien deben mezclarse con jugos de frutas o puré de manzana para darles un sabor más agradable, así como limpiar sus labios con una gasa húmeda para y afectar la piel ,evitar irritaciones y afectar la piel.

FUNDAMENTACION

La fibrosis quística altera la función pancreática exocrina teniendo lugar una digestión deficiente de las grasas y de las proteínas, lo que requiere en la dieta extractos pancreáticos (lipasa) (Aguilar, M 2003.p.p746)

7.- vigilar características y realización de química en heces, así como realizar registro por turno.

FUNDAMENTACIÓN.

La afectación del páncreas se caracteriza por un bloqueo de las enzimas digestivas (tripsina, amilasa, y lipasa) lo que provoca una mala absorción de proteínas, hidratos de carbono y de las grasas lo que da lugar a deposiciones voluminosas con dolor, distensión abdominal, alteración de la secreción del moco, obstrucción intestinal y prolapso rectal esto permite en las heces identificar las adaptaciones necesarias a la dieta y al régimen de medicamentos (Thompson, 2002.p.p157);(Guía clínica mexicana 2008;pp78)

8.-Realizar medición de peso y talla diario sin ropa en las mañanas

FUNDAMENTACION

Para la evaluación del estado nutricional es necesario contar con información sobre peso y talla. El monitoreo muy cercano del progreso pondero-estatural de estos pacientes es fundamental, hasta que alcance parámetros normales (Aguilar, M, 2003.p.p 746); (Rev. Ped. Elec.2009, Vol. 6, N° 1. ISSN 0718-0918).

EVALUACION

Se incremento en un 25 % la ingesta de la dieta, se sigue presentando en las heces: esteatorrea +++++ y sangre +, acolia, coluria, frecuencia 1/24hs del 29 Oct. 13 Nov.

DIAGNOSTICO: Déficit en el aporte suficiente de alimento **r/c** ambiente hospitalario **m/p** pérdida del apetito, baja ingesta.

OBJETIVO: El niño aumentará el aporte de alimentos hasta el 75 % de las necesidades calóricas prescritas a través de intervenciones especializadas que favorezcan la ingesta de alimentos, en un periodo de 2 semanas.

SISTEMA DE ENFERMERIA: totalmente compensatorio y de apoyo - educación

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INTERDEPENDIENTES

1.- Proporcionar una dieta rica en carbohidratos y proteínas calorías de 1633 kcal-1700 Kcal con suplemento de vitaminas y minerales

FUNDAMENTACION

Debe de ser un 50% superior a lo normal, tener una proporción mayor de proteínas y cantidades moderadas de grasa, además de extractos pancreáticos, no es necesario restringir mantequilla de cacahuate, papas fritas, helados, mayonesa, para compensar las pérdidas fecales de grasa, proteínas no absorbidas y el metabolismo basal aumentado. (Thompson, 2002, p.p 154)

2.- Realizar el registro de la ingesta calórica estricta en cada comida para determinar cuánto está comiendo el niño

3.- Instituir una rutina de higiene bucal tres veces al día

4.-Explicar al niño y a su mama la importancia de ingerir una dieta con estas características y se sugieren alternativas para los alimentos restringidos acorde con los hábitos culturales, sociales y personales del niño

5.-Administrar suplementos vitamínicos diariamente inmediatamente antes de los alimentos

FUNDAMENTACION

Energía DDR x 1,2 – o fórmula de consenso

Proteínas DDR (+ 15% de las calorías)

Ácidos grasos esenciales 3 –5 % calorías totales

Grasas 35 – 45% de las calorías

Hidratos de Carbono No mayor de 40%

Vit A 5 000 – 10 000 UI/día

D 400 – 800 UI/día

E 4-10 años 100 – 200 UI hidrosoluble o 200 a 800 UI diarias liposolubles

K 0 > 12 meses 5 mg /día o /semana de acuerdo a los tiempos de protrombina

B DDR x 2

C DDR x 2

Zinc 10 – 20 mg/día

Hierro DDR

DDR: Dosis diaria recomendada. (MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Fibrosis Quística Santiago: Minsal, 2007) ;(Luckmann; 2000, pp 1310)

EVALUACION

Se logro que aceptara al menos consumir el 75% de sus requerimientos en un lapso de 5 días en forma progresiva

DIAGNOSTICO: Riesgo potencial de alteración en el crecimiento y el desarrollo **r/c** a las limitaciones de la enfermedad y los tratamientos que incapacitan el logro de tareas propias de la edad.

OBJETIVO

Mejorar la información que tiene la madre, respecto a la patología del niño para favorecer un adecuado crecimiento y desarrollo (hasta donde la patología de base lo permita) a través de técnicas educativas que desarrollen habilidades y conocimientos para su cuidado en el hogar.

SISTEMA DE ENFERMERIA: Totalmente compensatorio y de apoyo educación

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INDEPENDIENTES

Explicar a la madre que es una enfermedad hereditaria que afecta muchos órganos del cuerpo, incluyendo los pulmones y el aparato digestivo. Los niños que nacen con esta enfermedad no tienen canales de cloruro completamente funcionales en las membranas celulares de muchos órganos. Es una enfermedad genética, de manera que su hijo la tendrá toda la vida, pero se puede tratar.

Pueden tener:

- Mala digestión
- No aumenta de peso normalmente
- Tose frecuentemente
- Infecciones pulmonares recurrentes
- Sudor salado
- Heces frecuentes sueltas que son grasosas y con olor
- Deshidratación
- Desequilibrio de sal que puede poner en peligro su vida
- Algunos tienen menos síntomas y otros tienen problemas de salud más serios

El tratamiento temprano, junto con atención de la salud constante a cargo de un equipo en un centro de atención especializado puede aliviar muchos de los problemas de la CF. Uno de los objetivos es proporcionar la cantidad

correcta de nutrientes para hacer que su hijo crezca hasta llegar a su potencial. Otro objetivo del tratamiento es mantener los pulmones de su hijo sin infecciones.

El tratamiento puede incluir enzimas pancreáticas, suplementos dietéticos, percusión del pecho, antibióticos y otros medicamentos.

Los siguientes tratamientos son típicos para niños con CF.

Limpieza de las vías respiratorias se hace para romper y mover la mucosidad que se sentó en los pulmones para que se pueda expectorar. Esto se hace varias veces al día y puede llevar hasta 20 o 30 minutos por vez, usted participara en la realización de vibroterapia del pecho y la espalda y realización de drenaje postural

Se usan medicamentos **antiinflamatorios** para reducir la inflamación común en los pulmones.

Antibióticos orales e inhalados

Broncodilatadores que se inhalan y se usan para prevenir y tratar la dificultad respiratoria y la congestión pulmonar funcionan relajando y abriendo las vías aéreas en los pulmones y sea más fácil respirar.

Verifique lo siguiente:

Líquido extra. Los niños con CF pierden más sal que otros. Es posible que su hijo necesite beber más agua y líquidos para permanecer hidratado, especialmente en tiempo cálido y al hacer ejercicio.

Crecimiento. Verificar que la nutrición sea buena y manejar los problemas digestivos con enzimas pancreáticas ayudará a que su hijo aumente de peso y crezca bien.

Manejo de los problemas respiratorios. Siga siempre las instrucciones para el cuidado de las vías respiratorias y reconozca los signos tempranos de infección, para que el tratamiento pueda empezar lo antes posible.

Medidas higienico-dietéticas .Lavarse las manos cuidadosamente, baño diario con cambio de ropa, higiene dental 3 veces al día, esto es una de las mejores maneras de evitar contagiarse o disminuir gérmenes.

Visitas al médico. Se debe realizar visitas periódicas al médico de su bebé (cada tres meses.). Esas visitas ayudarán a vigilar la salud de su bebé, para que se puedan iniciar tratamientos preventivos lo antes posible.

Analizar con la madre las limitaciones y expectativas para el niño

a) es probable que con la atención adecuada, el niño viva hasta la edad adulta aunque sea pequeño y bajo de estatura

b) la gravedad de la enfermedad limitara la participación en juegos y actividades escolares

c) el niño puede participar en su propia atención, de manera responsable y acorde con su edad

d) el servicio médico escolar y los profesores están incluidos en el proceso.

Enseñar la importancia de establecer expectativas realistas, como incremento gradual de la actividad y la rutina de ejercicio, asistir a la escuela y la posibilidad de hospitalización.

FUNDAMENTACION

Estas medidas optimizaran la salud, la capacidad de crecimiento y el desarrollo del niño (California departamento of Public Health, Genetic Disease Screening Program, Newborn Screening Branch, February, 2008)

EVALUACION

La madre de Cristian comprende la información que se le proporciono.

Devuelve procedimientos e información recibida.

El niño participa en su cuidado

DIAGNOSTICO: Riesgo potencial de déficit de volumen de líquidos **r/c**
disminución de la ingesta de líquidos y aumento del trabajo de respiración.

OBJETIVO

Mantener un volumen adecuado de líquidos que le permita a Cristian realizar sus actividades fisiológicas y metabólicas sin repercusiones a fin de evitar complicaciones posteriores, en un periodo de 48 horas.

SISTEMA DE ENFERMERIA

Totalmente compensatorio y de apoyo-educación

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INDEPENDIENTES

- 1.- Estimar el desequilibrio de líquidos y electrolitos
- 2.-Vigilar diuresis y registrar con exactitud ingestión y producción
- 3.-Vigilar los valores séricos de sodio (140mEq/L) y potasio (4.5mEq/L)
- 4.- Pesar diariamente por la mañana y sin ropa
- 5.-Valorar estado de hidratación mediante examen de turgencia de la piel y Mucosas
- 6.-Valorar S.V cada 4 hs

INDEPENDIENTE/DEPENDIENTE

- 7.- Suministrar líquidos adecuados

FUNDAMENTACION

Restitución de líquidos con calculo de superficie corporal total > de 10Kg

Peso x 4+7 = mzsc

Peso+70

EVALUACION

Balance hídrico positivo, signos vitales: Fc, 88xm, FR, 22 Temp. 36°C
TA100/60, peso17kg

DIAGNOSTICO: Déficit en el bienestar emocional **r/c** ambiente hospitalario **m/p** apatía, baja participación en las actividades recreativas del hospital y tristeza.

OBJETIVO:

El niño mejorará su estado emocional a través de técnicas que le permitan la adaptación al ambiente hospitalario para que su estancia sea más agradable, en un lapso de 3 días.

SISTEMA DE ENFERMERIA

Totalmente compensatorio y de apoyo-educación

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INDEPENDIENTES

1.-Dar una explicación acorde con la edad del niño sobre cada procedimiento, medicamento y tratamiento

a) Se evitan palabras como cortar, teñir, prueba, reparación, terminología médica difícil de entender.

b) Se trata de describir lo que el paciente experimentara y se relaciona con experiencias que ya forman parte del repertorio del niño “lo vas a sentir frio, como un helado”

c) Se habla con la madre antes del procedimiento y se le permite hacer preguntas, las explicaciones para el niño se programan lo más cercano posible al procedimiento se usan enunciados simples y descriptivos

FUNDAMENTACION

La reacción del familiar depende de la eficacia de las estrategias de afrontamiento habituales, el ambiente sociocultural, la disponibilidad de apoyo, la gravedad de la enfermedad y su pronóstico, la disposición del personal hospitalario a ser honesto y comunicativo y las experiencias previas con enfermedades y hospitalización.(Luckmann;2000,p498,499)

- d) Si es posible se le permite manipular el equipo, mantener consigo un objeto de seguridad durante todo el procedimiento
 - e) Se distrae al niño con un cuento, una canción o un juego de imaginación
 - f) Se le explica lo que el niño puede hacer para ayudar durante el procedimiento
- 2.-Permitir al niño que muestre su frustración, temores y sentimientos, y hable, se queje o llore.

FUNDAMENTACION

La ansiedad de la separación de los padres puede producir berrinches, regresiones e ira.

El niño puede sentir temor, ante los aparatos, personas extrañas, obscuridad ruidos intensos, preocuparse por su integridad corporal.

Los niños presentan aumento en la actividad, gimoteos, inquietud, llanto y resistencia activa en reacción al dolor o a la amenaza de dolor.

A los niños suele desagradarles la pérdida de autonomía y la interrupción de su rutina habitual (Luckmann; 2000, p497)

3.-Dar apoyo y consuelo al hablar y cargar al niño.

4.- Favorecer las actividades recreativas relacionadas con los intereses del niño y felicitarlo por sus logros.

5.-Alentar al niño a responsabilizarse de su tratamiento y forme parte del plan de su propia atención

6.-Ayudar al niño a identificar sus fortalezas y limitaciones

7.-Alentar el ejercicio y las actividad regular para fomentar el sentimiento de logro e independendencia, así como mejorar su función pulmonar

8.-Ayudar a la madre a proporcionar apoyo emocional a su hijo recurriendo al tacto (abrazos, arrullos, palabras suaves)

FUNDAMENTACION

El niño necesita cariño, comprensión y seguridad nunca sobreprotección
(Lippincott; 1999, pp1176)

EVALUACION

Cristian muestra incremento en la interacción social, expresa sus sentimientos, participa en las actividades recreativas del hospital.

DIAGNOSTICO: Riesgo del déficit en el funcionamiento y bienestar humano
r/c deterioro de la coagulación sanguínea, debido a la hipertensión portal.

OBJETIVO: Cristian mantendrá su estado de salud en un nivel de seguridad para evitar complicaciones, a través de intervenciones especializadas en un periodo de 2 semanas.

SISTEMA DE ENFERMERIA: totalmente compensatorio y de apoyo
Educativo

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INDEPENDIENTE

- 1.-Vigilar el tiempo de protrombina
- 2.-Observar y comprobar la presencia de hemorragia, incluidas melena y hematemesis, y hematuria y estimar presencia de equimosis

FUNDAMENTACION

El deterioro de la síntesis de los factores de la coagulación producida por la disfunción hepática, así como la obstrucción del flujo sanguíneo hepático incrementa el riesgo de hemorragia

- 3.-Vigilar hemoglobina (12.5g/dl) hematocrito (37%), perfil de coagulación

FUNDAMENTACION

A fin de estimar el volumen de la hemorragia (LUCKMANN; 2000, pp.1283)

- 4.- Observar al niño para detectar hemorragia gingival después de cepillarse los dientes y no deberá utilizar cepillo de dientes de cerdas duras

5.-Advertir al niño que evite hacer esfuerzo al defecar y sonarse la nariz con fuerza

FUNDAMENTACION

Alteración de las tendencias hemorragiparas (Luckmann, 2000, pp.1282)

6.- Se evitara aplicar inyecciones intramusculares

7.- Estimar la presencia de cabeza de medusa

FUNDAMENTACION

Venas del abdomen dilatadas por el incremento de la congestión de las venas superficiales de la pared del abdomen por la derivación de sangre hacia el área umbilical se asocia con hipertensión portal (LUCKMANN; 2000, pp1282),(guía clínica mexicana,2008;pp86)

8.-Examen clínico con exploración y medición cuidadosa de hígado y bazo, por palpación y percusión, estableciendo una comparación con las medidas para la edad diariamente.

FUNDAMENTACION

Hepatomegalia debido a la infiltración adiposa de las células hepáticas que causa su crecimiento aunque a medida que avanza la necrosis hepatocelular el hígado disminuye de tamaño, destrucción y regeneración difusa de las células del parénquima hepático, la regeneración da lugar a formación de tejido fibroso el cual produce irregularidades en los lobulillos hepáticos, en el hígado se forman nódulos que comprimen conductos sanguíneos, linfáticos y biliares (Luckmann; 2000, pp 2082) (guía clínica mexicana ,2008;pp84-85)

Esplenomegalia por crecimiento del bazo secundario a hipertensión portal

9.-Vigilar estrechamente la presión arterial y la frecuencia cardíaca cada 4 hs

INTERDEPENDIENTES

10.- Administrar propanolol según prescripción (para aliviar la hipertensión portal)

11.- Administrar vitamina K 5mg I.M, 2 veces a la semana por vía parenteral según se prescriba

FUNDAMENTACION

Promueve la formación de factores de la coagulación en el hígado: protrombina activa (factor III), proconvertina (factorVII), componente de la tromboplastina del plasma (factor IX) y factor Stuart (factor X) (Young.MD 2005.p.p330)

12.- Proporcionar plasma fresco congelado según se indique para restituir factores de la coagulación

13.-Administrar terapéutica de restitución sanguínea según se prescriba si la hemoglobina y el hematocrito están críticamente bajos

FUNDAMENTACION

La obstrucción del flujo sanguíneo en el hígado aumenta la presión en el sistema venoso porta, cuando el gradiente entre el sistema portal y la presión de la vena cava inferior excede de 10 mmHg de la sangre venosa de la porta se deriva fuera del hígado hacia lechos venosos de presión más baja desarrollándose conductos colaterales en torno a las aéreas de presión alta (pared del abdomen, recto, estomago) que descomprimen el sistema portal. Como estos conductos colaterales son frágiles y tortuosos, sufren hemorragias con facilidad, el aumento de la resistencia vascular al flujo sanguíneo de la porta causa hipertensión portal. (Luckmann; 2000, pp1286)

14.-Realizar monitorización de s.v cada 2 hrs

FUNDAMENTACION

Alteraciones en los signos vitales son indicativos de cambios hemodinámicos por hemorragia o choque hipovolemico (GuardiaJ.2004)

EVALUACION

Los signos vitales se encuentran normales hasta este momento (FC100xm, FR 32xm, TA 90/60, T 36⁰C) y tampoco hay evidencia de sangrado a ningún nivel. El 7 Nov.se encuentra con Hb 9.7g/dl se transfunde PG y para el día 11 Nov. Hb 11.9g/dl, Hto 35.7%,(Valores normales de acuerdo a edad Hb 12.5g/dl con Hto de 37%)

DIAGNOSTICO: Riesgo de úlceras por presión **r/c** alteración del estado metabólico

OBJETIVO: Cristian conservara la integridad de su piel durante su hospitalización. A través de técnicas efectivas de movilización.

SISTEMA DE ENFERMERIA: totalmente compensatorio y de apoyo-educación

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INDEPENDIENTES

- 1.- Valorar con regularidad la piel para detectar alteraciones y áreas de enrojecimiento
- 2.-Realizar cambios de posición con frecuencia a fin de minimizar la presión en áreas en que es alta.
- 3.- Mantener cortas las uñas del paciente para evitar que se rasque
- 4.- Evitar el uso de jabón y tela adhesiva
- 5.-Utilizar un colchón que permita una presión de 32 mmHg en la interface capilar de la piel
- 6.- Mantener la piel bien lubricada y seca fin de evitar lesiones dérmicas

FUNDAMENTACION

Luckmann; 2000, pp1288)

EVALUACION

Se conservo la integridad de la piel.

DIAGNOSTICO: Déficit en la interacción social **r/c** entorno Hospitalario **m/p** aislamiento social.

OBJETIVO

Cristian aumentará la interacción social con sus compañeros de sala y personal del equipo de salud a través de técnicas integradoras en un lapso de 3 días, para hacer más confortable su estancia en el hospital.

SISTEMA DE ENFERMERIA: Totalmente compensatorio, apoyo-educación

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INDEPENDIENTES

- No engañar al niño sobre el motivo por el que debe ser internado
- Asegurarse de que el niño no tiene el sentimiento de que va a ser abandonado por su madre, o que todo el proceso es debido a un castigo
- Informar a la madre y al niño de que actividades van a cambiar en todo el proceso de hospitalización.
- Promover la discusión y manejar los diversos temores y dudas
- Facilitar objetos del ambiente familiar para que el niño se sienta más seguro (juguete, libro)
- Comentar con el niño de los servicios pediátricos: sala de juegos, servicio escolar
- No llorar delante del niño e evitar promesas que no se van a cumplir
- Dar la información al niño en función de sus capacidades cognitivas, no infravalorarlo
- Favorecer el contacto con el exterior a través del teléfono, o llevando regalos que le gusten, esto facilitará las relaciones sociales.
- Fomentar la interacción con grupo de iguales
- Establecer una relación de confianza, respeto, comprensión
- Dar apoyo emocional y orientación sobre los cuidados del niño.
- Fomentar el apoyo mutuo de la madre hacia el niño
- Tener en cuenta la individualidad del niño con relación al nivel de funcionamiento cognitivo y afectivo
- De ser posible, permitir al niño observar por una ventana lo que ocurre fuera de la habitación.
- Sonreírle o saludarlo con frecuencia con un movimiento de mano
- La enfermera mostrará su cara al niño antes de colocarse un cubrebocas

FUNDAMENTACION

En esta fase, la familia y el niño se sienten amenazados, la hospitalización implica un desequilibrio y genera sentimientos de miedo, incertidumbre, cambio en los hábitos diarios y aparece el concepto de muerte (Polaino-Lorente, (1999) Programas de intervención y modificación del autoconcepto en niños hospitalizados. Rev. de Psicología General y aplicada, 47 (9)333-337

5.- Proporcionar: papel, crayones para realización de dibujos, cuentos,

FUNDAMENTACION

Se liberan emociones a través del dibujo, se aborda la realidad a través de la fantasía con los cuentos. Leckmann; 2000, p511)

6.- Se alienta a la madre a participar de lleno en el tratamiento para minimizar la ansiedad por la separación

7.- Se convence al niño de que su mamá volverá aunque haya tenido que irse a casa temporalmente

FUNDAMENTACION

El regreso del progenitor, se relaciona con un acontecimiento con el que el niño está familiarizado (la hora, la comida, un programa de televisión, el programa del hospital) (Luckmann; 2000, p 511)

EVALUACION

Se logró en forma parcial el objetivo planteado ya que extrañaba mucho a su hermano mayor.

DIAGNOSTICO: Déficit de actividades recreativas **r/c** entorno monótono y tratamientos prolongados **m/p** baja participación en las actividades del hospital

OBJETIVO

Cristian participará en las actividades recreativas del hospital, por medio de una relación empática con él y su madre para evitar el aburrimiento y cansancio emocional del niño durante su hospitalización.

SISTEMA DE ENFERMERIA

Totalmente compensatorio y de apoyo educación

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INDEPENDIENTES

- 1.- Enseñar al niño canciones, rimas infantiles, adivinanzas, escuchar cintas
- 2.- Se lee al niño con frecuencia
- 3.- Realizar juegos imaginativos con el niño recurriendo a superhéroes
- 4.- Armado de rompecabezas, juguetes de construcción, muñecos
- 5.-Realizar juegos de movimiento usando vehículos rodantes: carritos, pelotas (para mantener tono muscular)

FUNDAMENTACION

Los juegos de imaginación y de simulación dominan en esta edad (Luckmann; 2000.p492)

En el hospital el juego constituye un instrumento terapéutico importante para que el niño libere sentimientos de ira o agresividad de manera aceptable, para reducir el temor, para que el niño controle en cierta forma el ambiente, para representar teatralmente emociones, para liberar energía y comprender lo desconocido (Luckmann ;2000,pp510)

Evaluación

Se logro al 80% que participara en las actividades y se mostro más relajado.
Para el día 10 nov.

DIAGNOSTICO: Déficit en el volumen de líquidos **r/c** sudoración excesiva
m/p alcalosis metabólica por hipocloremia e hipocalemia y deshidratación

OBJETIVO: El paciente mejorará el volumen de líquidos a través de intervenciones especializadas acordes a sus condiciones físicas que garanticen un equilibrio ácido-base para evitar deterioro hemodinámica, en un lapso de 8 horas

SISTEMA DE ENFERMERIA: totalmente compensatorio y de apoyo educación

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INDEPENDIENTE

- 1.-Valorar los signos vitales con tanta frecuencia como sea necesaria (cada 4 h).
- 2.-Vigilar la ingestión y producción diaria
- 3.- Valorar las mucosas para detectar resequeidad
- 4.- Vigilar los electrolitos séricos en especial el sodio
- 5.-Vigilar la densidad específica de la orina cada 8 h para valorar hidratación
- 6.- Peso diario al paciente
- 7.-Prohibir el consumo de líquidos (claros) como jugo de frutas, bebidas gaseosas ligeras y gelatina (estos líquidos suelen ser ricos en carbohidratos, contienen pocos electrolitos y tienen una osmolaridad alta); una vez que el niño este rehidratado puede darse gelatina
- 8.-Después de la rehidratación, ofrecer al niño una dieta regular según lo tolere.
- 9.- Instruirse a la familia para que proporcione el tratamiento apropiado, vigile el ingreso y egreso, y valore la presencia de signos de deshidratación a fin de asegurar resultados óptimos y mejorar la adaptabilidad al régimen terapéutico

INTERDEPENDIENTE

Terapia de rehidratación con solución electrolítica rehidratante por vía oral por un periodo de 4 a 6 hrs (deshidratación leve a moderada)

Terapia de rehidratación intravenosa se instituye cuando el niño no tolera suficiente líquido como para rehidratarlo o cuando la pérdida de líquido es más rápida que la reposición

FUNDAMENTACION

(Luckmann; 2000.pp 1307) ;(Wilson, D; 2008, pp428)

EVALUACIÓN

Objetivo logrado, se encontró con buena estado de hidratación durante su estancia hospitalaria.

DIAGNOSTICO: Déficit del proceso de eliminación intestinal **r/c** reemplazo de enzimas pancreáticas **m/p** constipación y dolor abdominal.

OBJETIVO: Cristian mejorará su proceso de eliminación intestinal a través de técnicas farmacológicas y no farmacológicas, en un lapso de 24 horas.

SISTEMA DE ENFERMERIA: totalmente compensatorio y de apoyo educación

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INDEPENDIENTES

1.-Administrar enzimas pancreáticas con las comidas y los bocadillos en la forma prescrita dosis calculadas a 10,000UI/kg/24h.suspenderlas si solo ingiere líquidos ligeros alimentación parenteral.

FUNDAMENTACION

Restituir las enzimas necesarias para que la digestión ocurra en el niño con insuficiencia pancreática. ;(Wilson, D; 2008, pp421)

2.-Enseñar al niño y a la familia la administración apropiada de enzimas pancreáticas

3.- tomarlas con las comidas o los bocadillos en forma prescrita.

FUNDAMENTACION

Promover la digestión optima ;(Wilson, D; 2008, pp421)

4.- Las capsulas pueden tomarse cerradas o abrirse y espolvorearse en los alimentos, pero no machacarse ni masticarse.

FUNDAMENTACION

Evitar la destrucción de la cubierta entérica porque origina inactivación de las enzimas y escoriaciones en la mucosa bucal.

5.- fomentarse una dieta alta en proteínas que incluye comidas pequeñas frecuentes

6.-Observar la frecuencia y naturaleza de las defecaciones

FUNDAMENTACION

Valorar en busca de posibles problemas nutricionales. Las heces son anormales (heces grasas y perdida de vitaminas solubles en grasas, voluminosas y de mal olor, flatos excesivos) e indican síndrome de malabsorción (Lipincott, 1999; pp1174)

7. Vigilar características y realización de química en heces, así como realizar registro.

FUNDAMENTACIÓN.

La afectación del páncreas se caracteriza por un bloqueo de las enzimas digestivas (tripsina, amilasa, y lipasa) lo que provoca una mala absorción de proteínas, hidratos de carbono y de las grasas lo que da lugar a deposiciones voluminosas con dolor, distensión abdominal, alteración de la secreción del moco, obstrucción intestinal y prolapso rectal esto permite en las heces identificar las adaptaciones necesarias a la dieta y al régimen de medicamentos (Thompson, 2002.p.p. 157)

8.-Vigilar crecimiento físico del niño (talla, peso)

FUNDAMENTACION

Determinar las tendencias del crecimiento y desarrollo (incapacidad para aumentar de peso y falta de crecimiento en presencia de buen apetito;(Wilson, D; 2008, pp421)

INTERDEPENDIENTES

Considerar consulta nutricional si los requerimientos dietéticos para su edad no se satisfacen

FUNDAMENTACION

Determinar la necesidad de un programa nutricional complementario (Wilson, D; 2008, pp421)

EVALUACION

En el examen químico de la deposición se sigue presentando esteatorrea++++a ++++ y sangre +, se observa de acolia, formada, frecuencia 1/24hs, con respecto al incremento peso y talla está en proceso.

PLAN DE ALTA

GUIA PRÁCTICA PARA PREESCOLAR CON FIBROSIS QUISTICA



1.-La dieta debe ser rica:

- - En calorías, fundamentalmente en proteínas, pobre en grasas y almidones,
- - la leche debe ser semi descremada.
- - Se considera recomendable aumentar la ingesta de huevo, pollo, mariscos. (ricos en vitamina B12)
- -Verduras de hoja verde, cereales enteros, carne, (ricos en ácido fólico).
- -Legumbres, judías, naranjas. (ricas en tiamina)
- -Vísceras, frutos secos, verduras verdes, cereales enteros (ricos en hierro).

2.-Enseñarle a Cristian y a su mamá a elegir alimentos hipercalóricos y ricos en sal.

3.-Recordarle que la ingesta de alimentos de procedencia animal siempre debe ser acompañada de alimentos de procedencia vegetal.

4.-Es importante que observe que Cristian consuma el aporte calórico correspondiente. 2000kcal/850 (Recomendado para su edad 1633 Kcal a 1700 Kcal)

5.-Vigilar posible alteración de la alimentación.

6.-La ingesta de sal no debe aumentarse, ni si quiera en temporadas calurosas o durante el ejercicio excesivo, donde el niño pierde más sal por el sudor, aunque se debe vigilar una posible deshidratación, para evitarla, proporcionele líquidos orales

7-vigile el ingreso y egreso, y valore la presencia de signos de deshidratación (sequedad de mucosas, disminución temperatura, ojos hundidos, decaimiento, pulso rápido y débil, disminución de la orina).

En caso de presentar alguno:

Proporcione OMS para administrarse en 4 hrs, forma de calcular.

$\frac{100\text{ml} \times \text{peso}}{4 \text{ horas}} = \text{Total de ml x hora por 3 tomas}$

Ejemplo: $\frac{100\text{ml} \times 13.600\text{kg}}{4 \text{ horas}} = 340 \text{ x hora}$ $\frac{340}{2} = 170\text{ml}$ cada 30min.

Dar 170 ml de OMS cada 30 minutos x 3 tomas

Prohibir el consumo de líquidos (claros) como jugo de frutas, bebidas gaseosas ligeras y gelatina (estos líquidos suelen ser ricos en carbohidratos, contienen pocos electrolitos y tienen una osmolaridad alta); una vez que el niño este rehidratado puede darse gelatina

Después de la rehidratación, ofrecer al niño una dieta regular según lo tolere.

8.-Debe utilizar ropa de algodón, lo que reduce la sudoración.

9.- Las enzimas pancreáticas se deben dar antes de las comidas con agua no azucarada o con una cantidad pequeña de comida no se debe mezclar con leche, ni con alimentos que contengan proteínas, deben mezclarse con jugos de frutas o puré de manzana para darles un sabor más agradable, así como limpiar sus labios con una gasa húmeda para y afectar la piel, evitar irritaciones y afectar la piel.

10.-Los alimentos deben ser comidos en forma pausada, deben ser cuantificados, así como los líquidos ingeridos.

11.-Evitar irritabilidad ya que dificulta la respiración, produciendo tos, que da lugar al vomito.

12.-Eructan con dificultad

13.-Es frecuente la distención abdominal.

14.-Vigilar el tipo de las evacuaciones y la frecuencia.

15.-Reforzar medidas de higiene personal:

- lavado de manos antes de comer así como antes y después de ir al baño

- cubrir con pañuelo desechable nariz y boca al estornudar o toser

- baño diario con cambio de ropa

- higiene dental 3 veces al día.

16.-Observar al niño para detectar hemorragia gingival después de cepillarse los dientes y no deberá utilizar cepillo de dientes de cerdas duras

17.-Advertir al niño que evite hacer esfuerzo al defecar y sonarse la nariz con fuerza.

18.-Recordarle la importancia de continuar tratamiento y acudir a todas sus consultas.

19.-Es necesario e importante vigilar el crecimiento y desarrollo de Cristian (talla y peso),

20.-Es importante que nunca se quede con dudas o preguntas sin resolver sobre el padecimiento y tratamiento.

16.-Evitar irritabilidad ya que dificulta la respiración, produciendo tos, que da lugar al vomito.

17.-Eructan con dificultad

18.-Es frecuente la distención abdominal.

19.-Vigilar el tipo de las evacuaciones y la frecuencia.

20.-Ayudar a la familia a establecer un horario para administrar medicamentos

Omeprazol (1mg/kg/día) 15 mg v.o c/24 hrs previo a una comida

Benzonatato de sodio (250 mg/kg/día) 1gr v.o c/8 hrs 6am, 14pm 22 pm

Neomicina (50mg/kg/día) 225mg v.o c/ 8 hrs 6am 14pm 22 pm

Lactulosa (1mg/kg/día) 5ml v.o c/8 hrs 6am 14pm 22pm

Propanolol (1 mg/kg/día) 5mg v.o c/8 hrs 6am 14pm 22pm

21.-Verifique que su hijo obtenga todas las vacunas recomendadas, incluyendo la vacuna contra la gripe. Otros miembros de la familia se tienen que vacunar

21.-Evite infecciones cruzadas: evite a otras personas con fibrosis quística y a otros con el sistema inmunológico afectado.

22.-Mantenga a su hijo alejado de todos los tipos de humo. Puede aumentar las infecciones pulmonares y el daño a los pulmones

23.-Recordar que la fisioterapia constituye una parte fundamental del tratamiento, y contribuye de forma directa en la mejora de la calidad de vida de estos niños

24.-Evitar la sobreprotección, apoyó emocional ante las recaídas, primeras hospitalizaciones y frecuentes visitas al hospital, potenciar la autoestima y la imagen corporal ante el acusado deterioro de la salud, ayudar a ventilar sentimientos y clarificar mensajes, ofrecer compañía, contacto, dialogo, no eludir preguntas dando respuestas y directas simples, facilitar el enfrentamiento con la realidad teniendo en cuenta la edad que se tiene en ese momento

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

- Aumento de la intensidad y frecuencia de la tos, con o sin aumento en la cantidad de secreción, con cambio en la coloración.
- Disnea o polipnea
- Pérdida del apetito, decaimiento, disminución o peso estacionario
- Fatiga o disminución de la tolerancia al ejercicio
- Fiebre

- Estar atento en todo momento a presencia de sangrado a cualquier nivel.
- Datos de deshidratación

Seguimiento de los niños con FQ

Frecuencia de las revisiones facilita el control del cumplimiento del tratamiento y la educación del enfermo y de la familia para hacer frente a la enfermedad. La frecuencia de las visitas, se establecerá según el estado del paciente y edad del paciente. Por regla general, una visita cada 3 meses con una evaluación por el especialista de digestivo y neumología. En pacientes menores de un año y enfermos con afectación respiratoria severa, es recomendable aumentar la frecuencia de las revisiones. Los controles en los pacientes estabilizados, como mínimo se debe realizar una visita de control anual por el Centro de referencia (**INP**) y las visitas más frecuentes se pueden realizar en el hospital comarcal o de área más cercano a su domicilio, siempre que se mantenga un contacto fluido entre los profesionales responsables de la asistencia de un paciente con FQ.

En caso de exacerbación respiratoria y complicaciones pulmonares (Aspergilosis pulmonar, hemoptisis, neumotórax, etc.) y/o gastrointestinales (DIOS, pancreatitis, malnutrición, etc.) es necesario que el paciente acuda a la unidad de referencia de FQ (**INP**) para recibir el tratamiento adecuado.

(LIBRO BLANCO DE FIBROSIS QUÍSTICA)

Citas

INP

Fecha	Hora	servicio	Medico
19 Enero	7:30	Genética	Dr. Carrillo Villape
	8:30	Gastronutricion	
		NEUMOLOGIA	2do Piso

CONCLUSIONES

Considerando que alrededor de 400 niños nacen cada año en México con FQ y que solo 15 % son diagnosticados con vida, y el resto fallece antes de cumplir 4 años de vida por complicaciones respiratorias , desnutrición y a que además no se tiene acceso a un tratamiento especializado .

Mediante la valoración en base a la Teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado, se identifico Déficit en los requisitos de autocuidado universal se realizo una Jerarquización de mayor a menor importancia, considerando, factores básicos condicionantes, déficit del autocuidado, factores que alteran el requisito, capacidades de autocuidado, para continuar, con la elaboración de Diagnósticos de Enfermería, Planificación de las intervenciones de Enfermería, Realización de las intervenciones, Evaluación crítica, individual, sistematica, continuada.

Considerandose que es de suma importancia llevar a cabo un diagnostico precoz y mejores formas de tratamiento así como también mediante la utilización de recursos como la teoría de enfermería del déficit de autocuidado y del proceso enfermero en que se baso la realización del presente estudio de caso que permitió saber como los niños con fibrosis quística sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su Autocuidado y como el Agente de cuidado dependiente(mama) podía continuarle su tratamiento en casa después de proporcionarle educación para ello. Y elaborardose un plan de alta que le sirviera de guía en casa.

Todas las limitaciones de los niños con Fibrosis quística para desempeñar conductas prácticas dentro de su dominio y límites están asociadas con las limitaciones de acción relacionadas con la salud.

SUGERENCIAS

El llevar a cabo la realización de trabajos como el presente estudio de caso es de suma trascendencia para el desarrollo científico de la disciplina de enfermería.

Por lo que es necesario que continuemos llevando una relación entre la teoría y la práctica profesional estableciendo la especificidad que debe tener el profesional de enfermería para proporcionar cada día un adecuado plan de intervenciones en base a la Teoría del Autocuidado y el Proceso Enfermero proporcionando al niño un adecuado grado de autocuidado para llegar a satisfacer sus propias necesidades y mejorar su estado de salud.

Además es de suma importancia proporcionar educación al Agente de Cuidado dependiente (madre) que proporcionara las intervenciones al niño en su casa.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Orozco (2006) Fibrosis Quistica. La frontera del conocimiento molecular y sus aplicaciones. Revista de investigación clínica, 58(2).
- 2.-Lezana F (2008) .Fibrosis Quistica. Guías Clínicas para el diagnóstico y tratamiento. México. Intersistemas, S.A.
- 3.-Ministerio de Salud (2007). Guías Clínicas de Fibrosis Quistica Santiago de Chile. Serie Minsal no .51.Subsecretaria de salud Pública.
- 4.-Largo, G. (2009, abril) Fibrosis Quistica. Rev. de pediatría 6(1).
- 5.-Escobar., Sojo., (2010) Fibrosis quistica.en Protocolos de gastroenterología, hepatología y nutrición. Madrid. España: Ergo. S.A
- 6.-Protocolo de atención para pacientes portadores de fibrosis Q (2006) Montevideo
- 7.-Vega-Briceño.Luis E (2005, oct) Fibrosis Quistica: Actualización en sus aspectos básicos Rev. de Chile. Pediatric, v. 76(5).
- 8.-Ortigosa L. Fibrosis Quistica. Aspectos diagnósticos. Colombia Med.vol.3 (1) (supl.1) ,2007 (enero-marzo)
- 9.-Taberner da Veiga. (2004)"Hepatopatía crónica asociada a fibrosis quistica".NutrHosp.v19 (1) Madrid, España.
- 10.-Garza, (2003) Métodos de diagnóstico de Fibrosis Quistica.rev.Avances.vol.1 (1)
- 11.-Ontiveros L. (2004) Ingesta energética de niños con Fibrosis Quistica comparada con las recomendaciones teóricas para la población española Nutrición Hospitalariav.XIX suplemento 1.

12.-Martinez Reyes M. (2003, Julio) "Eficacia del cuidado de enfermería en niños con déficit nutricional", Desarrollo Científico enfermería. Vol.11 n°6 Julio, 175-180.

13.-Lopez de Di Castillo O. (2004, mar-abr.) "La enfermería infantil y los cuidados centrados en la familia", Enfermería Clínica.vol.14 n°2:83-92.

14.-Sanabria "Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería". Rev. Cubana. Educ Med Sup. (2002); 16(4)

15.-Marriner, T. Ann., Alligood, (1999) Modelos y teorías en enfermería (4ª edición) Madrid, España.p.p 62-63.

16.-KEROUA, S., Pepin, Ducharmr.Mayor, F. (1996) Grandes Corrientes del pensamiento (trad.por Marce Arce Blanco). Capitulo 1. En: Pensamiento Enfermero. Barcelona, España.edit.Masson.p.p.1-21

21.- G. Taylor, Sisan, cols (1998) Teoría de déficit de autocuidado DOROTHEA OREM "En Modelos y Teorías en enfermería.4ºed., Mosby-1998.pp.175-104.

22- Orem D. (1993) Modelos de Orem 4º edición, España, Masson-Salvat.

23.- Alfaro-Lefevre" Aplicaciones del proceso enfermero (1992) (12ª ed.) (1999) (4a ed.). Barcelona, España, Spinger-Verlag Iberica

87.-Cavanagh, S, S. (1993) Modelo de Orem Aplicación Práctica. Barcelona. España, Masson-Salvat.

90. - Cuppens H, Cassiman JJ.(2004)CFTR mutations and polymorphisms in male infertility. Int J Androl. 2004 Oct. 27 (5):251-6

91.-Jarzabek K, Zbucka M (2004).Cystic fibrosis as a cause of infertility. Reprod Biol. Jul; 4(2):119-29

94-95.-Groman JD, (2005)“Phenotypic and genetic characterization of patients features of “nonclassic” forms of cystic fibrosis.J Pediatric. Ma; 146(5):675-80.

100.-Rev.invest.v58n.2Mexico,mar/abr.2006.

101-102.-www, fibrosisquistica.org.mx.

103.-Augusto Horta A. (2002) Ética de las Profesiones .España. Centros Universitarios de la compañía de Jesús.

104-105.-AguilesMenendez (2002) Ética Profesional. Herrero, Hermanos, sucs., editores México.

106-107.- Comisión interinstitucionales enfermería (2001) Código de ética para enfermeras y enfermeros en México, DF.

Media, C.C., (2000) Ética y legislación, (pp.254-261)(1ª edición),Madrid España. Mc GrawHill.

109-110.-Hortal A. (2002) Ética general de las Profesiones.Desclèe De Brouwer, S.Centros universitario de la compañía de Jesús. España.

111..-Media, CC., Ética y legislación, ed. Madrid (2002), pp160-166.

112. Código de Ética para enfermeras (2000), p19.

113-115-www.Pediatriasocial.Com/Carta Europea.Pdf.

-Alice L.Price. (1996)Tratado de enfermería.Mexico, Ed. Interamericana, .pp94

-Luckmann, Joan. (2000) Enfermería Pediátrica. ed. McGrawHill-Interamericana, México; pp.1282, 552, 561, 524, 552, 520, 1310

Wilson, D;(2008) "Fibrosis Quística" Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas; 27pp362

Whaley, Wong (2008) Enfermería Pediátrica, ed. McGrawHill, México; 70

Shulte, E;(2002) Enfermería Pediátrica de Thomson. ed. McGraw-Interamericana, México, abril, 1, 159.

Aguilar, M; Tratado de Enfermería Infantil, ed. Elsevier, España, 2003. pp746,

Guía Clínica de Fibrosis Quística Santiago: Minsal, 2007

California Departamento of Public Health, Genetic Disease Screening Program. Newborn Screening Branch, February 2008,

Lipincott, (1999) Enfermería Práctica, ed. McGrawHill-Interamericana p1174-1176

Polaino, Lorente. (1999) Programas de Intervención modificación del autoconcepto de niños hospitalizados. Rev. Psicología General y aplicada. 1999 pp333-337

Guías de buena práctica clínica "diagnóstico de la Hipertensión portal en el niño clínica" Rev. elec. de las Ciencias Médicas en Cienfuegos IRRN: 1727-897X, Medisur 2005; 3(5)

ANEXO 1

SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VALORACIÓN BAJO LA PERSPECTIVA TEÓRICA DEL AUTOCUIDADO

1. FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Factores descriptivos

Nombre del paciente:

Fecha de Nac. Fecha de Ing:

Edad cronológica: Edad de desarrollo:

Estado de desarrollo: Peso Nac. Talla Nac.

Talla: cm. peso: Talla blanco: mt. IMC

Signos Vitales:

FR:

FC:

T/A:

Temperatura:

Tipo y factor

Estado de salud:

Escolaridad: Lugar en la familia:

Lugar de nacimiento:

Domicilio: .

Cuidador primario:

Control prenatal: No. De consultas

Gesta: **Abortos:** **Cesáreas:** **partos:**

Vía de nacimiento: **APGAR:**

Esquema de vacunación completo:

Inspección general (observación cefalocaudal):

Cráneo:

Forma:

Implantación de cuero cabelludo:

Características del cabello:

Piel:

Coloración: Hidratación:

Afecciones cutánea:

Mucosa oral:

Amígdalas: normal

Ojos:

Cejas:

Pestañas:

Conjuntivas:

Pupilas:

Agudeza visual:

Nariz:

Simetría:

Mucosas:

Oído:

Implantación:

Simetría:

Audición:

Boca:

Mucosa:

Labios:

Encías:

Dientes:.

Lengua:

Paladar:

Amígdalas: .

Cuello:

Tipo:

Movilidad:

Adenomegalias:

Tórax:
Respiración:
Movimientos Toraco abdominales:
Columna vertebral:
Campos pulmonares:
Estertores:
Auscultación cardíaca:
Focos cardíacos: .
Ruidos cardíacos:
Hipocondrios:)
Epigastrio: |
Flancos:
Hipogastrio:
Movimientos
Perístasis:
Percusiones de cuadrantes:
Palpación de masas:
Palpación de borde hepático: Cicatrices: .
Miembros superiores
Simetría
Piel:
Tono muscular:
Articulaciones:
Movimientos:
Manos:
Llenado capilar:
Uñas:
Miembros inferiores:
Pulsos:
Simetría.
Piel: pálida

Tono muscular:

Articulaciones:

Movimientos:

Pies:

Genitales:

Pene:

Implantación:

Testículos:

Estado emocional:

Intelecto:

Exploración de pares craneales:

I.- Olfatorio:

II.-Óptico: .

III.-Motor ocular común: .

IV.-Patético: .

V.-Trigémino:

VI.-Motor ocular externo:

VII.-Facial:

VIII.-Estado acústico:.

IX.- Glossofaríngeo:

X.-Neumogástrico:

XI.-Espinal: .

XII.- Hipogloso: .

¿Lesiones o defectos evidentes?: ¿Motivo?:

Factores del sistema de cuidados de salud

Control del niño sano:

Antecedentes Patológicos:

Diagnóstico Médico:

Orientación sociocultural

Religión:

Acciones.

Actividades recreativas:

Factores del sistema familiar:

Tipo de familia:

Patrón de vida

Descripción de un día cotidiano

Hábitos higiénicos:

Baño:

Cambio de ropa:

Aseo dental:

Hábitos dietéticos:

Comidas al día:

Numero de tomas de leche en 24 horas :

Horarios de alimentación:

Factores Ambientales

Zona geográfica:

Flora: árboles

Fauna: perros

Servicios domiciliarios:

Características de la vivienda:

Número de habitaciones:

Construcción

Techo

Paredes:

Piso:

Ventilación:

Iluminación:

Eliminación de basura:

Disponibilidad y adecuación de los recursos

Seguridad Social:

Disponibilidad de los servicios de salud:

Ingreso económico mensual en la familia:

Distribución de los recursos

Salud:

Alimentación:

Educación:

Recreación y cultura:

Factores del sistema familiar

Tipo de familia:

Integrantes de la familia:

Rutina Familiar.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

VALORACION DEL DESARROLLO DEL MOTOR GRUESO

--

VALORACION DEL DESARROLLO MOTOR FINO

VALORACION DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

VALORACION DEL DESARROLLO PERSONAL SOCIAL

Requisitos de Autocuidado de desviación de La Salud

Motivo de consulta:

Motivo de ingreso:

Antecedentes de desviación de la salud (evolución del padecimiento actual):
INSPECCION GENERAL.

Dirigido a la enfermedad

Conocimiento de la fisiopatología incluida lo efectos sobre el desarrollo:

1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE DE AIRE SUFICIENTE

Valoración de la vía aérea

Obstrucciones:

Fallas anatómicas:

Valoración de la composición y disponibilidad del aire:

Valoración del proceso de ventilación pulmonar:

FR:

Ventilación: ritmo, profundidad, sincronía:

Difusión: Saturación de oxígeno:

Perfusión: llenado capilar:

Fase de Ventilación: I

Fases	Apoyo de la ventilación	
Fase I	CC	Mas
	PN	OI
Fase II	CPAP	Nasal
		Faríngeo
Fase III	CMV	AC
	SIMV	VAFO

Auscultación de Campos Pulmonares:

Valoración de Silverman- Anderson:

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Retracción costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia taraco-abdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

Adaptabilidad pulmonar:

Factores fisiológicos:

Factores psicológicos:

2 Y 3 MANTENIMIENTO DE UN APORTE DE AGUA Y ALIMENTO SUFICIENTE

Consumo de agua al día (ml):

Tipo de agua que consume:

Ingesta de leche (ml):

Valoración física

Mucosa oral:

Lengua:

Fontanelas:

Globos oculares:

Signos de lienzo:

Volumen urinario:

Gasto fecal:

Aporte de líquidos intravenosos en 24 horas:

Nutrición enterar: i

Tipo de dieta: Número de alimentos en 24 horas:

Tipo de alimentación: adecuada, pero normalmente ingiere la tercera parte de la dieta que le llevan diario.

Alimentos preferidos:

Alimentos permitidos.

Factores mecánicos

Factores físicos

Tolerancia a la vía oral:

Suplementos alimenticios:

Dispositivos de apoyo para la alimentación:

Ablactación

Edad:

Tipo de alimento:

Cavidad oral:

Hábitos alimenticios:

¿Quién cocina los alimentos en casa?

Rechazo a algún tipo de alimento y/o líquido?

¿Rechazo a algún tipo de alimento o líquido por no ajustarse a normas culturales o gustos personales?

¿Rechazo a algún tipo de alimento o líquido por incompatibilidad fisiológica (absorción, patología o alergias)?

PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACION Y LOS EXCREMENTOS

Evacuaciones

Cantidad en 24 horas:

Características:

Alteraciones anatómicas:

Uresis

Cantidad en 24 horas: l

Características:

Alteraciones anatómicas:

Dificultad o dolor para la evacuación:

Drenajes y/o dispositivos de apoyo:

Factores que dificultan los procesos de eliminación asociados en el ambiente, entrono social y/o psicológicos

Realiza alguna actividad que favorezcan los procesos de eliminación:

Auscultación, percusión y palpación de abdomen y sistema genitourinario:

Sistema genitourinario:

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Trastornos del sueño:.

Estado de conciencia:

Actividad:

Factores humanos que intervienen en la movilidad:

Realiza alguna actividad física, social, cultural que fomente su desarrollo:

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL

Actitud: .

Comunicación con los demás:

Cuenta con personas fuera del ambiente familiar con quien conviva:

Siente miedo por algún motivo:

Tipo de personalidad: amoroso y bondadoso.

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

Historial de Infecciones

Métodos Invasivos:

Participación del agente de cuidado dependiente:

Exposición a abusos:

Busca apoyo para desarrollo personal:

Se siente aceptado en la familia o grupo social:

Anexo 2

Puntuación: 4

DETERMINAR EL GRADO DE RIESGO DE CAIDAS		
NIVEL	PUNTOS	CÓDIGO
Alto riesgo	4 a 10	<u>ROJO</u>
Mediano riesgo	2 a 3	AMARILLO
Bajo riesgo	0 a 1	VERDE

Anexo 3

ESCALA DE BRADEN

Riesgo de úlceras por presión.

Braden-bergstrom <13=alto riesgo

Braden-bergstrom 13-14=riesgo moderado

Braden-bergstrom >14= bajo riesgo

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente Húmeda	Encamado	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	

ANEXO 4

ESTADO DE HIDRATACION

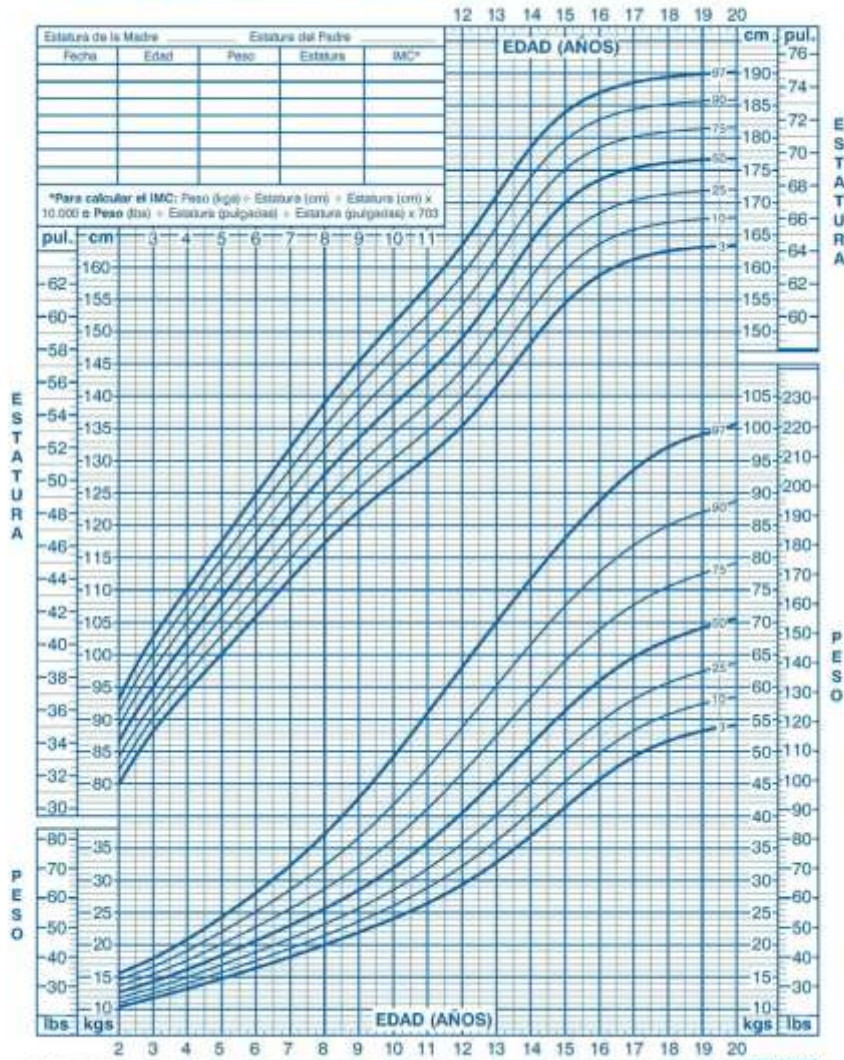
	A	B	C
1-OBSERVE			
CONDICION	Bien, alerta	INTRANQUILO, IRRITABLE	*COMATOSO; HIPOTONICO*
OJOS	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
LAGRIMAS	Presentes	Ausentes	Ausentes
BOCA Y LENGUA	Húmedas	Secas	muy secas
SED	Bebe normal, sin sed	SEDIENTO, BEBE RAPIDO Y AVIDAMENTE	*BEBE MAL O NO ES CAPAZ DE BEBER*
2- EXPLORE			
SIGNO DEL PLIEGUE	Desaparece rápidamente	DESAPARECE LENTAMENTE	*DESAPARECE MUJ LENTAMENTE* (> 2 segundos)
3- DECIDA			
	NO TIENE SIGNOS DE DESHIDRATACION	Si presenta dos o más signos, TIENE DESHIDRATACION	Si presenta dos o más signos incluyendo por lo menos un *SIGNO* tiene DESHIDRATACION CON SHOCK
4- TRATE			
	Use Plan A (Hogar)	Use Plan B Pese al niño si es posible (Suero oral)	Use Plan C Pese al niño (Via endovenosa)

Anexo 5

2 a 20 años: Niños
Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

Nombre: _____

de Archivo: _____



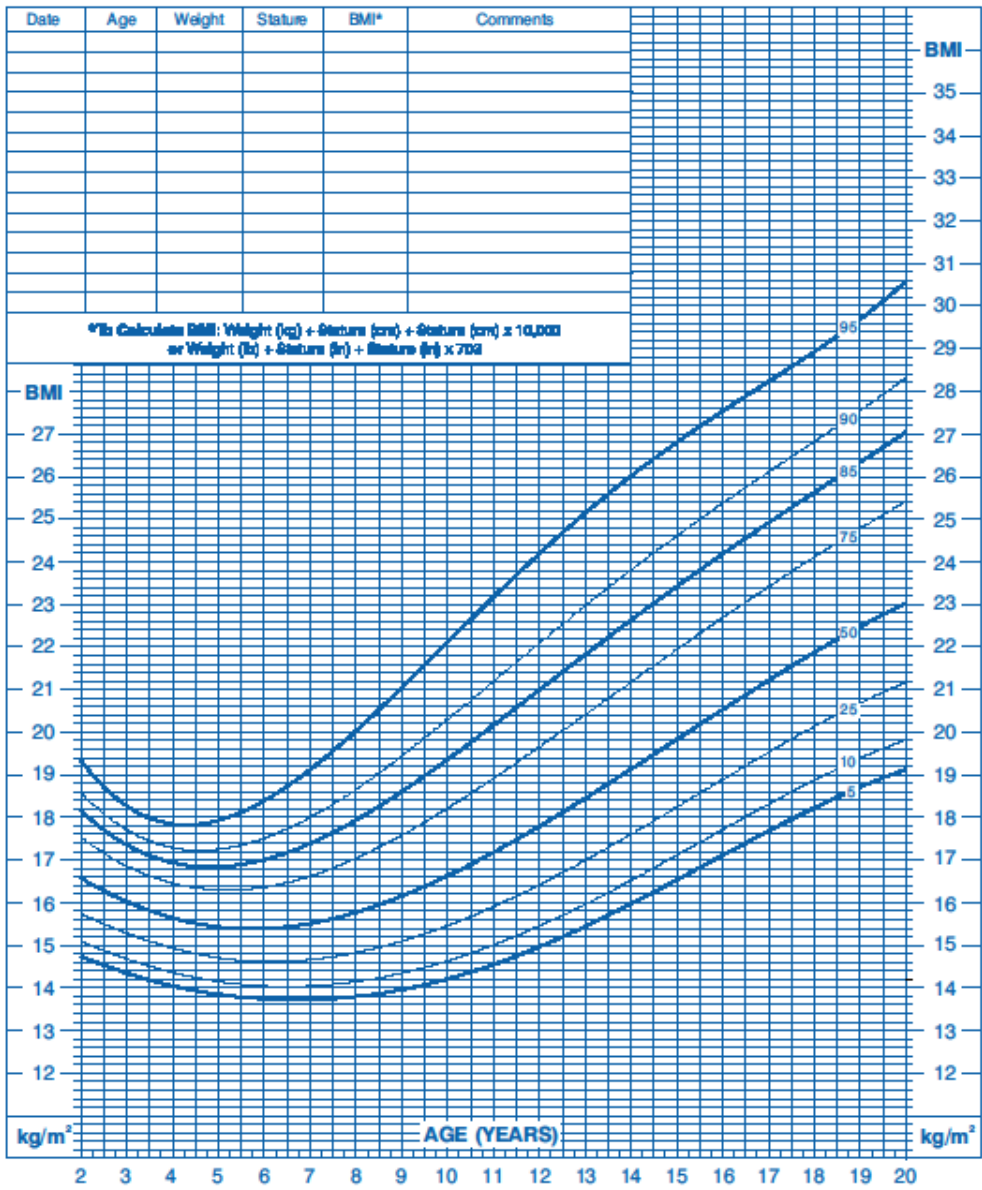
Publicado el 30 de mayo del 2000 y modificado el 21 de noviembre del 2000.
 FUENTE: Desaportado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Promoción de Estilos de Vida Saludables y Prevención de Salud (2000).
<http://www.edc.gov/growthcharts>

WDC
 SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

2 to 20 years: Boys
Body mass index-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____



Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).
 SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
 the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

PRESENTE

De acuerdo con los principios de la declaración de Helsinki y con La Ley General de salud Titulo Segundo. De los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes Artículo 13 y 14. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se considero como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el artículo 21:

Yo **Elvira Mora A** declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo **Si** participe en el estudio de caso **PREESCOLAR MASCULINO CON DÉFICIT EN LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO POR FIBROSIS QUISTICA** cuyo objetivo principal es realizar valoraciones de enfermería de manera continua, llevando a cabo el proceso enfermero y que los procedimientos de enfermería que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: los procedimientos consisten en valoraciones y exploraciones físicas continuas, revisión de expediente clínico, entrevistas con padres o tutores del paciente y en un momento determinado hacer tomas fotográficas, guardando siempre la privacidad e intimidad del paciente, así mismo contestare en forma verbal las preguntas referentes, al estado de salud de mi hijo.

Es de mi consentimiento que seré libre de retirar a mi hijo de este estudio de caso en el momento que a si lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución.

L.E.O. Rebeca Salazar Cano

Nombre y firma del responsable del estudio

Elvira Mora A

Nombre y firma del padre o tutor

México, D.F, a 13 de Noviembre 2009.