



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
Con estudios incorporados a la UNAM



“PROCESO ATENCION ENFERMERIA APLICADO A UN LACTANTE MAYOR
CON DIAGNOSTICO DE SINDROME WISKOTT-ALDRICH,
QUE SE ENCUENTRA EN EL SERVICIO DE INMUNOLOGIA
DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA”

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE
“LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA”

PRESENTA:
ADRIANA GUADALUPE LOPEZ SANDOVAL

DIRECTORA TECNICA:
BLANCA ESTELA CERVANTES GUZMAN

NOVIEMBRE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción	4
Justificación	5
Objetivos:.....	6
➤ General	
➤ Específicos	
Metodología	7
Marco teórico:.....	8
➤ Proceso Atención Enfermería	
➤ Filosofía de Virginia Henderson	
➤ Anatomía y fisiología del órgano afectado	
➤ Fisiopatología	
Descripción del caso clínico	25
➤ Ficha de identificación	
➤ Exploración física	
➤ Exámenes de laboratorio	
Valoración de las catorce necesidades:	33
➤ Análisis de los datos	
➤ Jerarquización de las necesidades	
Construcción de los diagnósticos enfermeros	39
Plan de cuidados	41
Plan de alta	52
Conclusiones	55
Sugerencias	57
Glosario	59
Bibliografía	61
Anexos	64
➤ Instrumento de valoración	

DEDICATORIAS

A DIOS

Agradezco el bendecirme cada día con la vida y permitirme disfrutar cada momento.

A MIS PADRES

Por darme la vida, que con su apoyo y amor incondicional me ayudaron a llegar hasta este momento, gracias por su paciencia, los amo.

A ZOE

A ese angelito por compartirme un poco de su vida y permitirme trabajar en conjunto con su familia.

A MIS AMIGOS

Por su amistad, apoyo y experiencias compartidas, que enriquecen cada momento.

A MIS PROFESORAS

Por ser la guía para orientarme siempre hacia lo mejor y por compartirme mas que su tiempo y conocimiento, mi mas sincero agradecimiento.

INTRODUCCION

La enfermería puede definirse como una ciencia de respuestas humanas que son mediadas por cuidados científicos, estéticos, humanos y éticos. En el ejercicio de la profesión se presentan una variedad de problemas que dependen exclusivamente de la competencia enfermera para resolverlos, por lo que es esencial el ejercicio y desarrollo de su facultad de juicio, a través del pensamiento crítico; es decir que este sea “analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo” (Alfaro 1999:16), pues emplea “principios (...) y el método científico para emitir juicios basados en evidencias (...) (Alfaro 1999:17).

De este modo se crea el proceso atención de enfermería como “medio de documentación de todas las fases de los cuidados” ¹¹ que se brindan de forma individualizada, este consta de cinco etapas: la valoración es la primera; aquí se reúne, valida y registra la información que se deriva de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, en este caso un instrumento basado en “Las catorce Necesidades” de Virginia Henderson, la siguiente etapa de diagnóstico; se elabora a través de la Clasificación de diagnósticos enfermeros (NANDA), sigue la planeación, ejecución y evaluación que se integran en el Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE), según los lineamientos generales emitidos por la Comisión Permanente de Enfermería, se identifican los resultados esperados empleando la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) dependiendo el grado de afectación del cliente en base a la escala de medición Likert y por medio de la puntuación diana evaluar la respuesta a las intervenciones ejecutadas, planteadas en base a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

El proceso atención enfermería del presente trabajo se realiza a un lactante mayor con Síndrome Wiskott-Aldrich, en su día +101 post trasplante de médula ósea, que se encuentra hospitalizado en el servicio de Inmunología del Instituto Nacional de Pediatría.

JUSTIFICACION

En los últimos años se vienen produciendo importantes cambios en la práctica de la enfermería, uno de ellos; la aplicación de la metodología científica en el ejercicio de la profesión. Es importante que como enfermera brinde un cuidado integral, de calidad, de forma eficaz, con eficacia y eficiencia, a través del cual pueda obtener reconocimiento y formar una identidad como profesionalista, todo esto se lleva a cabo con la elaboración del proceso atención enfermería, que permite analizar e interpretar la propia practica desde una perspectiva científica, empleando el pensamiento crítico, para emitir juicios basados en evidencias, en vez de conjeturas, es decir un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de objetivos. Tomando como herramientas de apoyo la taxonomía NANDA NIC-NOC para la elaboración del PLACE (Plan de Cuidados de Enfermería) que representa la asistencia responsable a la que tiene derecho el cliente.

El síndrome de Wiskott-Aldrich es una inmunodeficiencia primaria severa, estos pacientes pueden vivir hasta la edad adulta; sin embargo, una proporción significativa fallece por hemorragia, infección, enfermedad maligna o complicaciones posteriores al trasplante de médula ósea, un buen pronóstico depende de que se realice en etapas tempranas de la vida. Es importante comunicar de primer contacto los signos y síntomas iniciales como son: las infecciones recurrentes y severas, para que sean diagnosticadas y tratadas oportunamente.

El Instituto Nacional de Pediatría al ser considerado una institución de alta especialidad nos brinda la oportunidad de conocer y estar en contacto con el paciente pediátrico que presenta patologías poco frecuentes pero no así menos importantes, he aquí la importancia de estar en constante actualización y con un pensamiento abierto al cambio.

OBJETIVOS

GENERAL

Brindar atención integral de calidad a un lactante mayor con diagnóstico de Síndrome Wiskott- Aldrich a través de las cinco etapas que integran el proceso atención enfermería, durante el periodo de estancia en el servicio de Inmunología del Instituto Nacional de Pediatría.

ESPECIFICOS

- Aplicar el Proceso Atención Enfermería.
- Valorar al paciente pediátrico a través de la aplicación de un instrumento basado en el modelo teórico de Virginia Henderson de “Las Catorce Necesidades”.
- Realizar diagnósticos enfermeros empleando la taxonomía NANDA.
- Elaborar planes de cuidados de enfermería (PLACE) con la Clasificación de Intervenciones (NIC) y la Clasificación de Objetivos (NOC).
- Preparar el plan de alta en base a las necesidades afectadas.

METODOLOGIA

Una vez que se decide realizar el proceso atención enfermería, se elige a un paciente del servicio de Inmunología al cual se le da seguimiento durante una semana. Es un lactante mayor, masculino, con diagnóstico de Síndrome Wiskott - Aldrich, en su día 101 post trasplante de medula ósea. Para la obtención de datos se empleo el instrumento de valoración basado en el modelo teórico de Virginia Henderson de “Las Catorce Necesidades”, además de la entrevista con la tía del paciente, quien se encuentra al cuidado del mismo por que la madre trabaja, también se consulta el expediente clínico.

Cuando ya se obtuvieron los datos, se organizaron y se identificaron las necesidades afectadas, se jerarquizaron y se realizaron los diagnósticos correspondientes, tomando como base la taxonomía NANDA.

Ya que se contaba con los diagnósticos, se elaboro el plan de cuidados de enfermería (PLACE) correspondiente a cada diagnostico, apoyándonos en la clasificación de resultados de enfermería (NOC) que por medio de los indicadores nos permiten medir y valorar el estado en que se encuentra el paciente y los resultados obtenidos una vez que se ejecutan las actividades correspondientes a cada intervención que se planearon de acuerdo a la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), utilizando una escala tipo liker de cinco puntos, de manera que el punto cinco o punto final refleja la condición mas deseable del paciente en relación al resultado, a través de la asignación de la puntuación diana, que me indica como se mantiene mi paciente y como puedo aumentar su estado de salud.

MARCO

TEORICO

PROCESO ATENCION ENFERMERIA

Enfermería: es “la ciencia (Leddy 1989:22) y “el arte” (Iyer 1997:2) de proporcionar cuidados de “predicción, prevención y tratamiento” (Alfaro 1999:73) de las “respuestas humanas” (Iyer 1997:4) del “individuo, familia y comunidad a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales (...)” (Luis 1998:6); así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.

“La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales” (Nursing: A social Policy Statement; A.N.A. 1980).

“Las respuestas humanas es la forma en que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad, representando todos aquellos fenómenos que tienen que ver con el profesional de enfermería, esto incluye reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos y conductas (...)” (Iyer 1997:4)

Proceso enfermero como “esencia de la profesión (...) que se basa en un método para la solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales de los pacientes” (Brunner 1998:2).

Proceso enfermero “es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (...) de forma eficiente” (Alfaro 1999:4)

CARACTERISTICAS
<i>Método:</i> Porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.
<i>Sistemático:</i> Por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).
<i>Humanista:</i> Por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.
<i>Intencionado:</i> Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño

del usuario y el de la propia enfermera.
<i>Dinámico:</i> Por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
<i>Flexible:</i> Porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
<i>Interactivo:</i> Por requerir de la interrelación humano- humano con el usuario para acordar y lograr objetivos.

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente:

1.- Valoración

Nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad, en ella se reúnen “todas las piezas necesarias del rompecabezas (...)” (Alfaro 1999:30).

Tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico, es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas, que puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería y la integración de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

Son tres los pasos que se deben realizar en esta etapa:

1.- Recolección de la información:

Inicia desde el “primer encuentro con el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta” (Alfaro 1999:30).

Se recurre a fuentes directas primarias: el usuario y su familia; y fuentes directas secundarias: amigos y otros profesionales del área de la salud. Y también se emplean fuentes indirectas que son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

Es necesario contar con una guía durante la recolección de la información, esto es emplear un instrumento que considere los aspectos a valorar según el modelo enfermero que se vaya a utilizar, incluyendo aquí la entrevista y el examen físico.

Se recogen cuatro tipos de datos:

- **Subjetivos:** Aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual.

- **Objetivos:** La información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos.
- **Históricos:** Se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario.
- **Actuales:** Hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización.

2.- Validación de la información:

Una vez reunida la información tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean lo correctos. Para esto es necesario revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no se este seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario / familia y a otros integrantes del equipo sanitario.

3.- Registro de la información:

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

2.- Diagnostico

Es un “juicio sobre la respuesta (...)” (Alfaro 1999:81) humana “(...) de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales (...)” (Luis 1998:6) y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.

Clasificación:

- **Reales:** “describe la respuesta actual de una persona, familia, o una comunidad (...) y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos) (...)”, (Luis 1998:7) además de tener factores relacionados.
- **Riesgo:** “describe respuestas humanas (...) que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables”, (Luis 198:7) no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).
- **De salud:** “describe respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad”.⁸ “Se establecerá cuando en la valoración se identifican pautas de comportamientos saludables, se buscare mantener el estado de bienestar o mejorarlo”.¹³

Estructura:

El primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

- *Real*: “Se aconseja un formato en tres partes: problema + factores relacionados(...) y datos objetivos y subjetivos” (Luis 1998:7)

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos “fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales (...)” (Iyer 1997:132) y los datos objetivos y subjetivos (características definitorias / sintomatología) son las evidencias de que el problema existe. Se une el problema a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y estos con las características definitorias mediante las palabras MANIFESTADO POR.

- *Riesgo*: Se emplean únicamente dos partes: problema + factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias). Los factores de riesgo son “aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo” (Iyer 1997:132).
- *De salud*: “Su registro precisa únicamente el componente de la respuesta humana que describirá la situación saludable. Por lo cual se emplean dos partes: etiqueta diagnóstica + características definitorias”.¹³

3.- Planeación

Inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo (...)” (Iyer 1997:157).

Pasos:

- ❖ *Establecer prioridades*: Posterior a la valoración y etapa diagnóstica se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.

- ❖ *Elaborar objetivos:* Con estos “usted mide el éxito de un plan determinado (...)” (Alfaro 1998:121) al valorar el logro de los resultados. También puede dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y “son factores de motivación (...)” (Alfaro 1998:121) al generar numerosas acciones en las enfermeras (os).

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) es una lista exhaustiva de conceptos, definiciones y medidas estandarizados que describen los resultados de los pacientes influenciados por las intervenciones enfermeras. Los resultados se presentan como conceptos variables que reflejan los estados del paciente medidos de forma continua en vez de cómo objetivos concretos que se cumplen o no. La neutralidad de los conceptos facilita la identificación y el análisis de los resultados conseguidos. La clasificación actual es una lista de 385 resultados con definiciones, indicadores, escalas de medida y bibliografía complementaria. Clasificados en 7 dominios y 31 clases. Se emplean 14 escalas de medición tipo Likert.

- ❖ *Determinar acciones de enfermería:* “Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos” (Iyer 1997:186) y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero.

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente, se han incluido para el tratamiento de enfermedades, la prevención de las mismas y el fomento de la salud.

Hay 542 intervenciones y más de 12000 actividades. Están agrupadas en 30 clases y 7 campos.

- ❖ *Documentar el plan de cuidados*: Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar los resultados alcanzados.

4.- Ejecución

Comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados "...y esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados" (Iyer 1997:224).

Pasos:

- *Preparación*: Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario, analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarias, tener en mente las complicaciones que se pueden presentar, reunir el material y equipo necesario, crear un ambiente confortable y seguro para el usuario.
- *Intervención*: Incluye: la valoración; "la prestación de cuidados para conseguir los objetivos (...)" (Iyer 1998:231); la educación al usuario, familia y comunidad, y "la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria" (Iyer 1998:231). En cada intervención de enfermería, "usted es tan responsable de los resultados emocionales (...) como de los resultados físicos" (Alfaro 199:164), por lo que es necesario actuar siempre "con pleno conocimiento de los principios y razones (...), observando atentamente la respuesta" (Alfaro 1999:163) del usuario y familia.
- *Documentación*: es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como registro indispensable en todas las instituciones de salud.

5.- Evaluación

Es continua y formal, por lo que esta presente en la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución. Es útil para "determinar el logro de los objetivos; identificar las variables (...) que afectan (...), decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado (...)" (Alfaro 1999:182), por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de los objetivos.

FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON

“Nació en 1887 en Kansas City, Missouri. Se graduo en la Army School of Nursing en 1921. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la Primera Guerra Mundial. Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica. En 1955 publico su “Definición de enfermería”, en 1966 la perfilo en su libro “The Nature of Nursing”. Hizo grandes contribuciones a la enfermería durante más de 60 años como enfermera, profesora, escritora e investigadora, y publico mucho a lo largo de esos años. Falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años.

SUPUESTOS PRINCIPALES:

Enfermería: La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible.”¹

“La enfermera puede ayudar al paciente a avanzar hacia un estado de independencia por medio de la valoración, el plan y la evaluación de cada uno de los 14 componentes básicos de la asistencia.

Se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera – paciente que va desde una muy dependiente hasta llegar a la independiente:

- Sustituta: Compensa lo que le falta al paciente
- Ayudante: Establece las intervenciones clínicas
- Compañera: Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud.”²

Persona: Individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables, este debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. El y su familia constituyen una unidad.

Entorno: El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo. Las personas que están sanas pueden controlarlo, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.

Salud: Es una cualidad de la vida, es básica para el funcionamiento del ser humano, esta requiere independencia de la persona para realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería.

En *The Nature of Nursing: A Definition and its implications for Practice, Research, and Education*, Henderson (1966) identifico 14 necesidades básicas en las que se basa la atención de enfermería:

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Comer y beber adecuadamente.
- 3.- Eliminar los desechos corporales.
- 4.- Moverse y mantener posturas deseables.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.- Seleccionar ropas adecuadas: vestirse y desvestirse.
- 7.- Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
- 8.- Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
- 9.- Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
- 10.- Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones.
- 11.- Rendir culto según la propia fe.
- 12.- Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro.
- 13.- Jugar o participar en diversas formas de ocio.
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.”¹

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL ORGANO AFECTADO

MEDULA ÓSEA

“Es una sustancia blanda que llena las cavidades, conductos y canículos de los huesos, está formada por un tejido especial mieloideo, constituido por una red fina de conjuntiva entre cuyas mallas hay células gigantes multinucleadas, vasos y nervios. Las células madre (primitivas o blastos) de todos los elementos sanguíneos se localizan en la medula ósea, incluidas las precursoras de las células linfoides. Estas células de origen y sus descendientes están organizadas en islotes localizados en tejido adiposo. Diversos tipos de células están presentes en la medula ósea, de modo que es posible observar los precursores de los glóbulos rojos (eritoblastos); de los macrófagos y las plaquetas (megacariocitos); de los leucocitos polimorfonucleares (mieloblastos), y de los linfocitos (linfoblastos), en un solo campo de microscopio.

La sangre llega por las arterias, que entran a través de del periostio y el hueso compacto, en pequeños conductos. El drenaje de la medula lo efectúan senos venosos, que recogen los elementos sanguíneos maduros para su distribución en la sangre periférica.

Los linfocitos de la medula ósea no suelen ser capaces de reaccionar con antígenos. Sin embargo, cuando pasan de la medula a otros órganos linfoides, sufren modificaciones que los convierten en linfocitos capacitados para la función inmunitaria. En estos términos se cree que la medula ósea es el sitio de origen de las células madre del sistema inmunitario. Las células que se originan en la medula y pasan al timo se convierten en células T, y las que pasan al tejido linfoide del aparato digestivo se transforman en células B.”¹⁶

“La hematopoyesis es un proceso complejo a través del cual las células troncales hematopoyéticas proliferan y se diferencian, dando lugar a los distintos tipos de células maduras circulantes (eritrocitos, granulocitos, linfocitos, monocitos y plaquetas). El sistema hematopoyético puede ser dividido en base al grado de madurez de las células que lo conforman y a los distintos linajes celulares que de él se generan. De acuerdo al grado de maduración celular, se han identificado cuatro compartimentos. El primer compartimiento corresponde a las células más primitivas, llamadas células

troncales hematopoyéticas (CTH). Estas células tienen dos características funcionales que las distinguen: son capaces de auto-renovarse (al dividirse, por lo menos una de las células hijas conserva las propiedades de la célula madre) y son multipotenciales (pueden dar origen a los distintos linajes sanguíneos). Las CTH dan origen a células progenitoras hematopoyéticas (CPH), las cuales han perdido su capacidad de auto-renovación, pero conservan su potencial proliferativo. Estas pueden ser multipotenciales, o bien, pueden estar restringidas a dos (bipotenciales) o a un solo linaje (monopotenciales). Las CPH constituyen el segundo compartimiento. Las CPH dan lugar a células precursoras reconocibles por su morfología (tercer compartimiento), finalmente, los precursores hematopoyéticos al madurar, generan a las células sanguíneas circulantes (cuarto compartimiento).”¹⁷

“La sangre, el líquido tisular más abundante en el organismo, está formado por plasma y células. En esta se encuentran varios componentes que se relacionan con los mecanismos de defensa del huésped. El plasma, la parte líquida de la sangre, contiene agua, proteínas como la albumina, inmunoglobulinas (anticuerpos), los factores del complemento y de la coagulación, glucosa, gases, electrolitos y productos del metabolismo.

Las células de la sangre son los eritrocitos (glóbulos rojos), los leucocitos (glóbulos blancos) y las plaquetas (trombocitos).

* Los eritrocitos tienen la forma de discos bicóncavos de un tamaño de 8 micrómetros, carecen de núcleo y su membrana contiene un pigmento rojo llamado hemoglobina, la cual se combina con el oxígeno para formar oxihemoglobina, o con el dióxido de carbono para formar la carboxihemoglobina. Tiene una vida media de 120 días.

* Las plaquetas tienen forma redonda o de disco ovalado sin núcleo. Miden de 2 a 4 micrómetros de diámetro. Son importantes en la coagulación sanguínea y por la liberación de las sustancias quimiotácticas. Tienen una vida media de 5 a 9 días.

* Los leucocitos son las células encargadas de la inmunidad; se dividen en cinco clases: linfocitos, monocitos, neutrófilos, basófilos y eosinófilos. A su vez estos se pueden agrupar en dos series, con granulaciones intracitoplasmáticas o sin ellas (granulocitos y agranulocitos), o según las características de su núcleo; mononucleares (linfocitos y monocitos con una vida media de semanas,

meses o años) y polimorfonucleares (neutrófilos, eosinófilos y basófilos con una vida media de horas).

Linfocitos: Existen dos grandes familias; los linfocitos T cuya maduración depende del timo, intervienen en la inmunidad mediada por células, a ellos se debe el rechazo de injertos, las reacciones de hipersensibilidad tardía, y la inmunidad contra infecciones causadas por bacterias intracelulares y por virus. Y los linfocitos B que se diferencian en la médula ósea, originan la inmunidad humoral, ya que sintetizan anticuerpos que se transfieren principalmente por suero, poseen gran cantidad de inmunoglobulinas de membrana.

Monocitos: Formados en la médula ósea se vierten en la sangre, y uno o dos días más tarde pasan a los tejidos, en donde se transforman en macrófagos, estos de acuerdo a su morfología, localización y función, adoptan nombres diferentes.

Neutrófilos: Son leucocitos más abundantes y con una gran capacidad fagocítica, cumplen una función muy importante en el proceso inflamatorio.

Basófilos: Presentan poca actividad fagocítica, tienen un papel clave en el proceso inflamatorio porque sus granulos son ricos en sustancias vasoactivas, como histamina y serotonina. También cumplen alguna función en los procesos relacionados con reacciones alérgicas.

Eosinófilos: Tienen actividad fagocítica moderada, su función es importante en los estados alérgicos y en las infecciones por parásitos multicelulares.”²⁰

FISIOPATOLOGIA

SINDROME DE WISKOTT- ALDRICH (WAS)

“El síndrome de Wiskott–Aldrich (WAS) fue descrito originalmente por Wiskott en 1937, en dos varones de una misma familia alemana con los datos de púrpura trombocitopénica crónica, eccema e infecciones recurrentes. En 1954, Aldrich, en los EUA reportó una familia con la tríada característica y el rasgo de transmisión ligado al cromosoma X. Se trata de un padecimiento poco frecuente, con una incidencia promedio de 6.4 casos por año. En México, los primeros pacientes fueron descritos por Álvarez Amaya y Dorantes Mesa del grupo del Hospital Infantil de México. A la fecha, se han reportado 16 casos con WAS en la literatura nacional. Las opciones terapéuticas del WAS, tradicionalmente se han encaminado hacia el manejo de sostén de los síntomas relacionados, mientras que el tratamiento correctivo es únicamente con el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (CPH)”.¹²

“Se trata de un trastorno recesivo ligado al cromosoma X, el avance más importante en el estudio de la enfermedad es el aislamiento del gen asociado al WAS, localizado en el brazo corto del cromosoma X, en la posición 11.23-11.22 (Xp11.23-p11.22). Así el WAS es causado por la mutación del gene que codifica a la proteína del WAS (WASp). Los pacientes con WAS presentan disminución o ausencia de la misma. La WASp se expresa en todas las células de la línea hematopoyética, bazo y timo. Esta proteína resulta esencial para la función normal de los anticuerpos, la respuesta de linfocitos T y producción de plaquetas, así como la regulación de la apoptosis linfocitaria. Los varones serán afectados con más probabilidad por los genes recesivos ligados al cromosoma X, porque a diferencia de las mujeres en ellas hay dos cromosomas X, por lo que no es necesaria la homocigosidad.”¹⁸

Epidemiología: “En México, los primeros pacientes fueron descritos por Álvarez Amaya y Dorantes Mesa del grupo del Hospital Infantil de México, a la fecha se han reportado 16 casos con WAS en la literatura nacional. Se trata de un padecimiento poco frecuente, con incidencia de 3.5 a 5.2 casos por cada millón

de recién nacidos masculinos. Esto equivale a una incidencia promedio de 6.4 casos por año, la supervivencia promedio es de 6.5 años de edad.”¹²

Cuadro clínico:

- “Episodios de petequias o hemorragia en los primeros seis meses de vida.
- Trombocitopenia que da lugar a manifestaciones hemorrágicas, principalmente durante los periodos de infección.
- Infecciones recurrentes, que por lo general se deben a microorganismos que tienen en su membrana o capsula polisacáridos tales como el Haemofilus influenzae, los neumococos y el meningococo.
- Eccema durante el primer año de vida y no puede distinguirse del eccema atópico típico.
- La otitis media crónica drenando y la neumonía se desarrollan mas tarde.”¹⁸

Diagnostico:

- ❖ “El proceso se conoce con la triada de trombocitopenia, eccema e infecciones recurrentes en un infante varón.
- ❖ El pequeño volumen de plaquetas, mitad del normal.
- ❖ La determinación de inmunoglobulina sérica descubren valores bajos de IgM, muy altos de IgE y normales o bajos de IgA e IgG.
- ❖ Otras anomalías hematológicas: anemia, eosinofilia y linfopenia progresiva.”¹⁷

Tratamiento:

- “El eccema mejora con tratamiento esteroideo tópico y cuidado local de la piel.
- Antibióticos profilácticos a largo plazo para evitar la reinfección y las complicaciones posteriores.
- Administración de inmunoglobulina intravenosa cada 3 a 4 semanas, para compensar las deficiencias en las respuestas humorales.
- Si se dispone de un donante compatible el tratamiento de elección es el trasplante de medula ósea, el cual permite la reconstitución de la respuesta inmunitaria.”¹⁷

Trasplante de médula ósea

“Las fuentes de células para trasplante son: médula, sangre periférica y la sangre del cordón umbilical. Se ha descubierto que la sangre del cordón contiene suficientes células precursoras para el reemplazo de la médula ósea. La sangre que fue recolectada del cordón umbilical y la placenta luego del nacimiento, se denomina “unidad de sangre del cordón umbilical”, se recolecta en una bolsa estéril; se transporta a un banco de sangre para analizarla, congelarla y almacenarla a largo plazo. Los procedimientos de análisis incluyen la tipificación de HLA para determinar el nivel de compatibilidad con los receptores potenciales, conteos de células y pruebas para detectar agentes infecciosos tales como el VIH, el CMV y los virus de hepatitis. También se controla para asegurarse de que tenga suficientes células que producen sangre para un trasplante, la cantidad de células necesarias se basa en el peso, edad y estado de la enfermedad del paciente. La médula ósea o células-madre obtenidas del donante se inyectan al torrente sanguíneo del paciente, utilizando un catéter conectado a una vena de la circulación profunda. Las células así ingresadas al aparato circulatorio tienen la capacidad de seleccionar un destino y alojarse en la médula del propio receptor para comenzar a producir glóbulos y plaquetas.”¹⁶

Tipos de trasplante:

“* Isoinjerto: Injerto entre individuos singénicos.

* Alotrasplante: Injerto entre individuos alogénicos.

El grado de aceptación de un órgano depende fundamentalmente de la similitud genética de las moléculas del HLA (complejo mayor de histocompatibilidad) entre el donador y el receptor. El tipo de tejido de una persona está determinado por las proteínas en la superficie de las células. Al igual que otras células de tejidos, los leucocitos (glóbulos blancos) contienen estas proteínas de superficie. Al analizar los leucocitos obtenidos de una muestra de sangre, los médicos especialistas en trasplantes pueden determinar el tipo de HLA del paciente y de los donantes potenciales. Las reacciones inmunitarias que pueden ocurrir cuando personas no idénticas reciben un trasplante están ampliamente determinadas por estas proteínas de la superficie de las células. Los linfocitos del receptor pueden detectar que las células del donante son “extrañas” e intentar destruirlas (rechazarlas). Las células

inmunitarias del donante pueden detectar que las células del paciente son extrañas y atacarlas.

Pruebas de compatibilidad: Se practican al mezclar células del suero donador y receptor, junto con complemento. La muerte de las células demuestra la presencia de anticuerpos y se denomina compatibilidad positiva. La presencia de anticuerpos impide el trasplante de un donador en particular. Como algunos pacientes pueden tener anticuerpos contra muchos antígenos HLA comunes, tendrán anticuerpos que evitan el trasplante de un numero grande de donadores potenciales. Esto produce como resultado prolongar el tiempo de espera antes de que pueda encontrarse un donador aceptable. Estos receptores potenciales se denominan “altamente sensibilizados”. Un paciente que tiene anticuerpos contra un 90% de la población tiene que esperar un tiempo, cerca de nueve veces mayor que uno con anticuerpos por solo contra 10% de la población.” ²¹

Inmunosupresión:

“El rechazo de los injertos puede controlarse mediante el uso de agentes que interfieren inespecíficamente con la inducción o expresión de la respuesta inmunitaria. Como estos agentes son inespecíficos, los pacientes en tratamiento inmunosupresor tienden a ser susceptibles a las infecciones; también son mas propensos a adquirir canceres linforreticulares. La base fundamental de la técnica farmacológica son los inhibidores de calcineurina, ciclosporina y tacrolimus. Estos fármacos se emplean en combinación con prednisona para tratamiento prolongado, la idea de esquemas con fármacos múltiples es que se pueden minimizar las complicaciones que surjan de algunos de ellos.

Complicaciones pos trasplante:

La principal es la enfermedad injerto contra huésped (EICH) y se presenta:

* Temprana (los primeros 50 días):

Trombosis vascular, microtrombos en los glomérulos, hemorragia, toxicidad por fármacos inmunosupresores. Las infecciones en este periodo suelen ser de origen bacteriano y toman la forma de neumonía, infección de la herida, abscesos e infecciones relacionadas con catéteres a permanencia. La principal complicación durante este periodo es el rechazo. Infiltración celular densa y

rotura de los capilares peritubulares. Una causa importante de morbilidad durante este periodo es la causada por citomegalovirus.

Piel: Erupción con ardor y enrojecimiento en las palmas de las manos o en las plantas de los pies, puede que se extienda al tronco del paciente y finalmente llegue a todo el cuerpo. Es posible que la superficie expuesta de la piel se descame.

Gastrointestinal: Anorexia, náuseas, vómitos, calambres abdominales, la diarrea es común.

Hepatomegalia e ictericia.

* Crónica (a partir de los 50 días):

Las infecciones tardías suelen ser causadas por microorganismos oportunistas.

Piel: erupción y picazón, puede volverse escamosa, descamación, el color de la piel del paciente puede oscurecerse, y la textura se torna muy dura.

Daños a nivel de articulaciones, cavidad oral, intestino, pulmones e hígado.”²¹

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: S. F. Z. Y.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 10 de Junio del 2009

Edad: 1 año 8 meses

Peso: 9,080 kg.

Talla: 79 cm.

Lugar de nacimiento: "Hospital Enrique Cabrera" en la Delegación Álvaro Obregón.

Domicilio: AMANC (Asociación Mexicana de Ayuda a Niños con Cáncer)
Magisterio Nacional 100, Tlalpan Centro, 14000 Tlalpan, Distrito Federal.

Tipo de familia: Uniparental.

Fuente de información: Indirecta, por parte de la tía materna.

Se trata de paciente masculino de 1 año 8 meses de edad, con diagnóstico de Wiskott Aldrich, en su día 101 post trasplante de medula ósea, forma parte de una familia reconstruida incompleta por la ausencia paterna, es el menor de tres hermanos, uno de 17 años y otro de 12 años de edad, ambos aparentemente sanos. Actualmente se encuentra hospitalizado en el servicio de Inmunología del Instituto Nacional de Pediatría, recibe visitas y atención la mayor parte del tiempo por su tía materna, ya que su madre trabaja como empleada domestica, habita en el centro de albergue AMANC ya que la familia no cuenta con el área física para su cuidado. Cuenta con los siguientes antecedentes de importancia:

Antecedentes heredo familiares:

- Abuela materna con diagnostico de Linfoma, desconoce tipo, tratada en Centro Medico Siglo XXI.
- Abuelo materno con Diabetes Mellitus tipo 2.

Antecedentes de embarazo y parto:

Gesta 3, Cesárea 3, padre de 50 años de edad, madre de 34 años de edad al momento del embarazo, con control prenatal a partir del tercer mes, con ingesta de acido fólico, esquema completo de toxoide tetánico, se realizo 3 USG reportados como normales, cursa con amenaza de aborto por infección de vías urinarias y con amenaza de parto pretermino a las 34 SDG por probable desprendimiento de placenta, se trata con reposo.

Antecedentes neonato inmediato:

Nace vía abdominal a las 38 SDG por probable desprendimiento de placenta, lloro y respiro al nacer, APGAR 8/9, peso 2,610 kg, talla 50 cm, se mantiene en vigilancia las primeras 24 horas y posteriormente pasa a alojamiento conjunto, inicia seno materno desde el nacimiento, cursa con ictericia la cual se maneja.

Antecedentes personales patológicos:

20/06/2009 Sepsis tardía a los 10 días de vida, internamiento en el Hospital de Tacubaya.

03/08/2009 Probable infección y plaquetopenia, acude a Hospital de Azcapotzalco, donde se trata y se diagnostica Síndrome Wiskott Aldrich.

18/11/2009 Ingresa al Instituto nacional de Pediatría para manejo de Síndrome Wiskott Aldrich, presenta infecciones recurrentes, petequias.

18/01/2010 Hepatomegalia en estudio.

19/03/2010 Plaquetopenia.

12/04/2010 Sepsis grave con foco gastrointestinal, balanitis, mucositis III.

03/05/2010 Celulitis mano izquierda.

18/08/2010 GEPI con presencia de sangre fresca.

12/11/2010 Trasplante de células progenitoras de cordón umbilical, de donador no relacionado.

Padecimiento actual:

Presenta posterior a trasplante de medula ósea, síntomas respiratorios caracterizados por tos seca, salvos de polipnea, crepitantes bibasales, en ocasiones sibilancias aisladas, desaturación ocasional de hasta 86%. Además de desnutrición crónica compensada, ha cursado con eventos de diarrea, poca ingesta de alimentos sólidos. Actualmente se encuentra con el siguiente tratamiento farmacológico:

- Prazocin 150 mcg VO cada 8 hrs.
- Ciclosporina 32 mg VO cada 24 hrs.
- Loratadina 2.5 ml VO cada 24 hrs.
- Aciclovir 250 mg IV cada 8 hrs.
- Fluconazol 50mg IV cada 24 hrs.
- Trimetoprima con Sulfametoxazol 50 mg IV cada 24 hrs.
- Metilprednisolona 6.5 mg IV cada 24 hrs.
- Ranitidina 15 mg IV cada 8 hrs.
- Plaquenil (Hidroxiclороquina) 50 mg VO cada 24 hrs.
- Neupogen (Filgrastim) 100 mcg en 50 ml NaCl 0.9% + 4 ml de albumina al 20% IV cada 24 hrs.
- Viternum (Dihexazida) 2.5 ml VO cada 8 hrs.
- UDKA (Acido ursodisoxicolico) 40 mg VO cada 8 hrs.
- Nebulizaciones con:
 - Salbutamol 1.2 mcg en 3 ml de NaCl 0.9% cada 8 hrs.
 - Dexametasona 0.5 ml cada 12 hrs.
- Aplicación de Gammaglobulina humana IV cada 15 días.

EXPLORACION FISICA

Signos vitales

Fecha	16/ 02/ 2011	17/ 02/ 2011	18/ 02/ 2011	19/ 02/ 2011	20/ 02/ 2011
Temperatura	36 °C	36.3 °C	36.6 °C	36.1 °C	36.8 °C
Frecuencia cardiaca	116 x'	122 x'	125 x'	124 x'	132 x'
Frecuencia respiratoria	48 x'	60 x'	40 x'	48 x'	38 x'
Presión arterial	90/60 mmHg	90/60 mmHg	100/60 mmHg	100/60 mmHg	100/60 mmHg

Somatometria:

Peso: 9,080kg

Talla: 79 cm

Perímetro abdominal: 49 cm.

Piel:

Color: oscurecimiento y cambios de coloración en cuello, brazos y pies.

Textura: semihidratada.

Elasticidad y turgencia: adecuada.

Llenado capilar: 2 segundos

Sensibilidad: presente.

Distribución del vello: uniforme, hipertriosis.

Cabeza: Normocefalica, simétrica.

Cara: Simétrica.

Ojos:

Simétricos, con movimientos oculares adecuados.

Pupilas isocóricas normoreflexicas.

Conjuntivas rosadas e hidratadas.

Nariz: Simétrica, con rinorrea hialina.

Boca: Simétrica, mucosas orales hidratadas de color rojo- rosado.

Garganta:

Amígdalas: no presentan inflamación o ulceración y están de color rojo-rosado.

Voz: con buen tono.

Oídos: Pabellones simétricos, tamaño proporcional.

Audición: adecuada.

Cuello: Simétrico, con movilidad y tono muscular adecuado.

Tórax: Simétrico, con adecuada amplexion y amplexacion.

Pulmones:

Tipo de respiración: espontánea, con polipnea.

Auscultación: crepitantes bibasales y en ocasiones sibilancias aisladas.

Corazón:

Ritmo uniforme y proporcional entre cada latido, con buen tono e intensidad, sin alteraciones, sin presencia de soplos.

Abdomen:

Globoso a expensas de panículo adiposo, sin megalias.

Genitales:

De acuerdo a sexo y edad.

Extremidades:

Integras, simétricas, móviles, pulsos palpables, llenado capilar 2 segundos.

Nervios craneales:

- 1) Olfatorio: Identifica diferentes olores.
- 2) Óptico: Visión sin problemas aparentes.
- 3) Motor ocular común, 4) patético, 6) motor ocular externo: Presencia de movimientos oculares (sigue objetos) y reflejo fotomotor adecuado (midriasis/miosis).
- 5) Trigémino: Puede masticar
- 7) Facial: Puede sonreír, elevar las cejas y hay simetría facial.
- 8) Auditivo: Mantiene el equilibrio al mantenerse en una misma posición.
- 9) Glossofaríngeo, 10) Vago: Hay reflejo nauseoso y capacidad para deglutir sin molestia.
- 11) Accesorio: Puede girar la cabeza (180°)
- 12) Hipogloso: Hay movimiento de la lengua.

EXAMENES DE LABORATORIO

EXAMENES GABINETE Y/O LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS PACIENTE	OBSERVACIONES
Coprocultivo (11- 02-11)	Sin desarrollo	Biota normal	Sin alteraciones
Carga viral CMV (citomegalovirus) (14- 02- 11)	Negativo	Negativo	Sin alteraciones
Cultivo de aspirado bronquial (10-02-11)	Biota normal	Streptococcus mitis 60,000 UFC	Sin alteraciones
Química sanguínea (21-01-11)	Ca 17 - 25 K 3.5 - 5 Na 137 - 147 Cl 98 - 110 Glucosa 65 -110 Urea 19- 42 Acido urico 2.5 - 8 Creatinina 0.4 – 1.4 B.Total 0.2 - 1 B. directa 0.1 – 0.4 B. indirecta 0.1 - 1 Prtot. Totales 5.5 - 8 Albumina 3.0 - 5 Globulina 2.5 - 3	Ca 9.2 meq/lt K 2.9 meq/lt Na 13.5 meq/lt Cl 104 meq/lt Glucosa 73 mg/100ml Urea 19.3 Acido urico 12.8 Creatinina 0.16 B.Total 0.32 B. directa 0.04 B. indirecta 0.28 Prtot. Totales 6.7 Albumina 3.5 Globulina 3.2	Se encuentran por debajo de los parámetros normales: Calcio, Potasio, Sodio, Creatinina, Bilirrubinas directas. Se encuentran elevados: Acido úrico y Globulina.
PCR (21-01-11)	Menos de 6	0.51	Sin alteración
Biometría hemática (21-01-11)	Hb 11.0 – 16.0 g/dL Hto. 30 - 43 % Leuc 6.200 - 17.000/mm ³ Lin 20 – 40 % Mono 3 -7 % Neutro seg 55– 70 % VCM 80 – 104 fL CMHb 29 – 35 % Plaq 200.000 - 475.000/mm ³	Hb 14.1 g/dL Ht 38.4 % Leuc 6.400/mm ³ Lin 9 % Mono 1.5 % Seg 65 % VCM 100 fL CMHb 33 % Plaq 127 mil	Linfocitopenia, monocitopenia y plaquetopenia.

Arteriografía abdominal y cerebral (3- 02- 11)	Normal	Hallazgos compatibles con vasculitis, se demuestran mínimas alteraciones arteriales en vasos principalmente de pequeño calibre yeyunales e interlobares en ambos riñones, principalmente en el izquierdo.	Alterado
Broncoscopia (25- 2- 11)	Se encuentran células y secreciones normales y no se observan sustancias extrañas ni obstrucciones.	Hipersecreción de moco	Alterada
Examen general de orina (27- 12- 10)	Color: amarillo claro Aspecto: Claro pH 4.5 - 7.8 Densidad 1.005-1.01 Proteínas ≤ 25 mg/dL Glucosa No debe detectarse. Cuerpos cetónicos. No deben detectarse. Urobilinógeno (<0.2 mg/dL) bilirrubina (no debe detectarse) Nitritos. No deben detectarse. Sangre. No debe detectarse.	Paja Claro pH: 7 Densidad: 1.007 Proteínas: negativo Glucosa: negativo Cuerpos cetónicos: negativo Urobilinógeno: negativo Bilirrubina: negativo Nitritos: negativo Sangre: negativo	Sin alteración
LCR (02-01-11)	Proteínas (mg/dL): 15- 45. Glucosa: 50 – 80 mg/dL Aspecto: Agua límpida	Proteínas: 36.5 Gluc. 61.8 Agua de roca	Sin alteración
Química en heces (16-01-11)	Sangre Oculta: negativo pH 6.8 - 7.2 Actividad triptica normal Azucares reductores: negativo Grasa en heces no excede nunca de 5% en peso	Sangre oculta positivo pH 6.9 Actividad triptica normal Azucares reductores positivo Grasa en heces normal	Presencia de sangre y azucares reductores.
Gammagrama pulmonar 15-02-11)	Normal	Reporte verbal normal negativo	Sin alteraciones
Hemocultivo (02-01-11)	Negativo	Negativo	Sin alteraciones

VALORACION DE LAS CATORCE NECESIDADES

1.- Necesidad de oxigenación:

Frecuencia cardiaca de 116 hasta 126 latidos por minuto, presión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia respiratoria de 38 hasta 60 respiraciones por minuto (polipnea), a la auscultación campos pulmonares con crepitantes y en ocasiones sibilancias aisladas, rinorrea hialina, tos.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación:

Poca ingesta de alimentos sólidos, se da dieta en purés y papillas, acepta con agrado su licuado de 1000kcal/800ml, dividida en 4 tomas de 200ml cada 6 hrs. Pesa 9,080kg y talla de 79cm, mucosas orales semihidratadas, dentadura completa para su edad, con cambios en la coloración.

3.- Necesidad de eliminación:

Eliminación urinaria con una frecuencia de 6 a 10 veces por día.

Ha presentado eventos de diarrea; fétida, abundante, amarilla líquida, se maneja con Pedialyte y reposición al 100% en cada evacuación con solución 1x1 (Cloruro de sodio y Glucosa).

4.- Necesidad de moverse y mantener buena postura:

Deambula alrededor de la cuna con apoyo del barandal, tono, resistencia y flexibilidad correspondientes a la edad del paciente.

5.- Necesidad de descanso y sueño:

Duerme de 6 a 8 horas durante la noche, con un patrón de sueño continuo, acostumbra tomar siestas durante el día de 30 a 40 minutos, el resto del día se mantiene despierto y activo.

6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas:

Durante su estancia hospitalaria usa prendas adecuadas, en su mayoría solamente usa playeras ligeras y por la noche también pantalón.

7.- Necesidad de termorregulación:

Se ha mantenido normotermico, manejando una temperatura entre 36 a 36.8°C.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel:

Baño diario con cambio de ropa, presenta cambios de coloración en cuello, brazos y pies esto posterior a punciones, pero no presenta datos de infección. Además de eritema en cara, pabellón auricular, cresta iliaca y pie derecho, piel

semihidratada. Cambio de coloración en los dientes. Descamación en dedos de ambos pies.

9.- Necesidad de evitar peligros:

Se maneja con técnica de aislamiento como medida profiláctica, se tienen medidas de seguridad como es barandales arriba siempre y en algunas ocasiones sujeción gentil en extremidades.

10.- Necesidad de comunicación:

El paciente no ha aprendido a hablar, en ocasiones se comunica señalando lo que quiere.

11.- Necesidad de practicar su religión, actuar d acuerdo a creencias y valores:

No es valorable por la edad del paciente.

12.- Necesidad de trabajo y realización:

No es valorable por la edad del paciente.

13.- Necesidad de juego y recreación:

Debido a que se maneja con técnica de aislamiento, únicamente permanece en su cuna y en ocasiones le llevan algún juguete para distraerse.

14.- Necesidad de aprendizaje:

No es valorable por la edad del paciente.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

NECESIDADES	DATOS OBJETIVOS	CONDICION
1.- Oxigenación	Frecuencia respiratoria de 48 hasta 60 latidos por minuto (polipnea). Palidez general, crepitantes bibasales y en ocasiones sibilancias aisladas y desaturacion de hasta 86%. Tos.	Dependiente
2.- Nutrición e hidratación	Cabello delgado, escaso, piel pálida, semihidratada, dientes con cambios en la coloración, peso de 9,080kg y talla 79cm.m Ha presentado poca ingesta de alimentos sólidos, se da dieta en purés y papillas, mas dieta licuada 1000kcal/800ml, dividida en 4 tomas de 200ml cada 6 hrs.	Dependiente
3.- Eliminación	Abdomen globoso. Eventos de diarrea: abundante, amarilla, liquida. Frecuencia de la evacuación: 3-5 en un día. Frecuencia de la uresis: 6-10 en un día	Dependiente
4.- Moverse y mantener buena postura	Deambula alrededor de la cuna, apoyándose de los barrotes.	Dependiente
5.- Descanso y sueño	Se mantiene despierto y activo el resto del día. Duerme de 6 a 8 horas durante la noche, con un patrón de sueño continuo, acostumbra tomar siestas durante el día de 30 a 40 minutos.	Dependiente
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	Depende de su cuidador, en este caso su tía para vestirse, la cual elige prendas que le permitan tener adecuada movilidad y que lo mantengan fresco.	Dependiente
7.- Termorregulación	Normotermia (36 a 36.8 °C). Transpiración normal	Dependiente
8.- Higiene y protección	Cambios de coloración en cuello, brazos y pies, además	Dependiente

de la piel	de eritema en cara, pabellón auricular, cresta iliaca y pie derecho. Semihidratada. Cambio de coloración en los dientes. Descamación en dedos de ambos pies.	
9.- Evitar peligros	Se maneja con técnica de aislamiento por profilaxis.	Dependiente
10.-Comunicacion	No utiliza comunicación verbal ya que no ha aprendido a formar palabras.	Dependiente
11.- Practicar su religión, actuar de acuerdo a sus creencias y valores	No es valorable por la edad del paciente.	
12.- Trabajo y realización	No es valorable por la edad del paciente.	
13.- Juego y recreación	Debido a que se maneja con técnica de aislamiento, únicamente permanece en su cuna y en ocasiones le llevan algún juguete para distraerse.	Dependiente
14.- Aprendizaje	No es valorable por la edad del paciente.	

NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	JERARQUIZACION DE NECESIDADES
1.- Oxigenación	1.- Higiene y protección de la piel
2.- Nutrición e hidratación	2.- Oxigenación
3.- Eliminación	3.- Eliminación
4.- Moverse y mantener buena postura	4.- Evitar peligros
5.- Descanso y sueño	5.- Juego y recreación
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	6.- Nutrición e hidratación
7.- Termorregulación	7.- Moverse y mantener buena postura
8.- Higiene y protección de la piel	8.- Descanso y sueño
9.- Evitar peligros	9.- Usar prendas de vestir adecuadas
10.- Comunicación	10.- Termorregulación
11.- Practicar su religión, actuar de acuerdo a sus creencias y valores	11.- Comunicación
12.- Trabajo y realización	12.- Practicar su religión, actuar de acuerdo a sus creencias y valores
13.- Juego y recreación	13.- Trabajo y realización
14.- Aprendizaje	14.- Aprendizaje

CONSTRUCCION DE LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

1.- Higiene y protección de la piel

Deterioro de la integridad cutánea **R/C** déficit inmunitario **M/P** cambios en la coloración de la piel, eritema en cara, pabellón auricular, cresta iliaca y pie derecho, descamación en dedos de ambos pies, piel semihidratada.

2.- Oxigenación

Limpieza ineficaz de las vías aéreas **R/C** retención de las secreciones **M/P** crepitantes bibasales, polipnea, rinorrea hialina, tos.

3.- Eliminación

Diarrea **R/C** efectos adversos de los medicamentos (ciclosporina) **M/P** evacuaciones líquidas, amarillas, con una frecuencia de 3 a 5 en una hora.

4.- Evitar peligros

Riesgo de infección **R/C** inmunosupresión

5- Juego y recreación

Déficit de actividades recreativas **R/C** entorno desprovisto de actividades recreativas **M/P** aburrimiento, ansiedad, irritabilidad, conductas agresivas.

PLAN DE CUIDADOS



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

DOMINIO	11	CLASE	2
Seguridad / Protección		Lesión física	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (ED-FR-CD)			
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: Deterioro de la integridad cutánea (00046)			
FACTORES RELACIONADOS: Déficit inmunitario			
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Cambios en la coloración de la piel. Eritema en cara, pabellón auricular, cresta iliaca y pie derecho. Ligera descamación en dedos de ambos pies. Piel semihidratada.			

CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
NOC	INDICADOR (ES)	ESCALA LIKERT	PUNTUACIÓN DIANA	
			Mantener	Aumentar
Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1101)	Hidratación (110104)	Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Ligeramente comprometido 4 No comprometido 5	3	5
	Transpiración (110106)		3	5
	Textura (110108)		3	5
Dominio 2 Salud fisiológica	Integridad de la piel (110113)	Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5	2	4
Clase L Integridad tisular	Descamación cutánea (110119)		3	5
	Eritema (110121)		3	5



SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
 ESCUELA DE ENFERMERIA
 (Incorporación UNAM 3098-12)



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (PLACE)

CLASIFICACIÓN DE LA INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
CAMPO	2 Fisiológico complejo	CLASE	L Control de la piel/ heridas	CAMPO	2 Fisiológico complejo	CLASE	L Control de la piel / heridas
INTERVENCIÓN: Vigilancia de la piel (3590)				INTERVENCIÓN: Cuidados de la piel: tratamiento tópico. (3584)			
ACTIVIDADES: Vigilar el color y la temperatura de la piel. Observar si hay excesiva sequedad o humedad de la piel. Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas Instruir al miembro de la familia acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel.				ACTIVIDADES: Administrar fricciones en la espalda y cuello. Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. Lubricar la piel con aplicación continua de Oleoderm crema. Cambio constante del pañal.			

Elaboro: Adriana Guadalupe López Sandoval	Coordino: L:E:O: Guadalupe Escobedo Acosta	Fecha: 3 Enero al 11 Marzo 2011
---	--	---------------------------------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
NANDA: Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Ed. Elseiver España (2010). BULECHEK Gloria, Butcher Howard, Mc Closkey Joanne. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Ed, editorial Mosby Elseiver. Madrid España (2009). MOORHEAD Sue, Jonson Marion, Maas Meridean. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Ed, editorial Mosby Elseiver España (2009).



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

DOMINIO	11	CLASE	2
Seguridad / protección		Lesión física	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (ED-FR-CD)			
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)			
FACTORES RELACIONADOS: Retención de las secreciones			
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Crepitantes bibasales Polipnea Rinorrea hialina Tos			

CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
NOC	INDICADOR (ES)	ESCALA LIKERT	PUNTUACIÓN DIANA	
			Mantener	Aumentar
Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas (0410) Dominio 2 Salud fisiológica Clase E Cardiopulmonar	Frecuencia respiratoria (041004)	Desviación grave del rango normal 1 Desviación sustancial del rango normal 2 Desviación moderada del rango normal 3 Desviación leve del rango normal 4 Sin desviación del rango normal 5	3	4
	Capacidad de eliminar secreciones (041012)		3	4
	Ruidos respiratorios patológicos (041007)	Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5	3	4



SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO
 ESCUELA DE ENFERMERIA
 (Incorporación UNAM 3098-12)



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

CLASIFICACIÓN DE LA INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
CAMPO	2 Fisiológico complejo	CLASE	K Control respiratorio	CAMPO	2 Fisiológico complejo	CLASE	K Control respiratorio
INTERVENCIÓN: Fisioterapia respiratoria (3230)				INTERVENCIÓN: Oxigenoterapia (3320)			
ACTIVIDADES: Determinar el segmento pulmonar que necesita ser drenado. Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse en la posición mas alta. Practicar percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos. Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputos. Estimular la tos durante y después del drenaje postural. Observar la tolerancia del paciente por medio de la saturación de oxígeno, ritmo y frecuencia respiratoria y nivel de comodidad. Administrar broncodilatadores: * Salbutamol 1.2 mcg en 3 ml de NaCl 0.9% cada 8 horas. * Dexametasona 0.5 ml cada 12 horas.				ACTIVIDADES: Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales. Vigilar el flujo de litro de oxígeno Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. Asegurar la recolocación de la mascarilla de oxígeno cada vez que se extrae el dispositivo. Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioximetría).			

Elaboro: Adriana Guadalupe López Sandoval	Coordino: L:E:O: Guadalupe Escobedo Acosta	Fecha: 3 Enero al 11 Marzo 2011
---	--	---------------------------------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

NANDA: Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Ed. Elseiver España (2010).
 BULECHEK Gloria, Butcher Howard, Mc Closkey Joanne. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Ed, editorial Mosby Elseiver. Madrid España (2009).
 MOORHEAD Sue, Jonson Marion, Maas Meridean. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Ed, editorial Mosby Elseiver España (2009).



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

DOMINIO	3	CLASE	2
Eliminación e intercambio		Función gastrointestinal	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (ED-FR-CD)			
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: Diarrea (00013)			
FACTORES RELACIONADOS: Efectos adversos de los medicamentos			
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Evacuaciones líquidas, amarillas, con una frecuencia de 3 a 5 en una hora.			

CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
NOC	INDICADOR (ES)	ESCALA LIKERT	PUNTUACIÓN DIANA	
			Mantener	Aumentar
Eliminación intestinal (0501) Dominio 2 Salud fisiológica Clase F Eliminación	Patrón de eliminación (050101)	Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Ligeramente comprometido 4 No comprometido 5	2	5
	Color de las heces (050103)		2	5
	Cantidad de las heces en relación con la dieta ((050104)		2	5
	Heces blandas y formadas (050105)		2	5
	Diarrea (050111)		Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5	2



SECRETARÍA DE SALUD
 HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO
 ESCUELA DE ENFERMERÍA
 (Incorporación UNAM 3098-12)



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

CLASIFICACIÓN DE LA INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
CAMPO	1 Fisiológico básico	CLASE	B Control de la eliminación	CAMPO	2 Fisiológico complejo	CLASE	N Control de la perfusión tisular
INTERVENCIÓN: Manejo de la diarrea (0460)				INTERVENCIÓN: Monitorización de líquidos (4130)			
ACTIVIDADES: Solicitar al miembro familiar que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. Obtener muestra de heces para realizar cultivo y determinar la sensibilidad se la diarrea continuara (coprocultivo) Evaluar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional. Identificar los factores que pueden ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea. Peso diario.				ACTIVIDADES: Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación. Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos. Toma, registro y valoración de signos vitales. Llevar in registro preciso de ingresos y egresos. Observar las mucosas, turgencia de la piel y la sed. Administrar líquidos: * Pediaklyte SR 90. * Reposición al 100% en cada evacuación con solución 1x1 (Cloruro de sodio y Glucosa)			

Elaboro: Adriana Guadalupe López Sandoval	Coordino: L:E:O: Guadalupe Escobedo Acosta	Fecha: 3 Enero al 11 Marzo 2011
---	--	---------------------------------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

NANDA: Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Ed. Elseiver España (2010).
 BULECHEK Gloria, Butcher Howard, Mc Closkey Joanne. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Ed, editorial Mosby Elseiver. Madrid España (2009).
 MOORHEAD Sue, Jonson Marion, Maas Meridean. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Ed, editorial Mosby Elseiver España (2009).



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

				CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
DOMINIO	11	CLASE	1	NOC	INDICADOR (ES)	ESCALA LIKERT	PUNTUACIÓN DIANA		
							Mantener	Aumentar	
Seguridad / Protección		Infección		Control del riesgo: proceso infeccioso (1924) Dominio 4 Conocimiento y conducta de salud Clase T Control del riesgo y seguridad	Reconoce el riesgo personal de infección (192401)	Nunca demostrado 1	3	5	
					Reconoce conductas asociadas al riesgo de infección (192403)		4	5	
Identifica el riesgo de infección en situaciones diarias (192404)	4	5							
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (ED-FR-CD)						Identifica estrategias para protegerse frente a otros con una infección (192407)	Raramente demostrado 2	4	5
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: Riesgo de infección (00004)						Controla conductas personales para evitar los factores asociados al riesgo de infección (192408)	A veces demostrado 3	3	5
FACTORES RELACIONADOS: Inmunosupresión						Controla el entorno para evitar los factores asociados al riesgo de infección (192409)	Frecuentemente demostrado 4	3	5
						Utiliza precauciones universales (192414)	Siempre demostrado 5	4	5
						Se adapta a estrategias de control de la infección si es necesario (192417)		4	5



SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO
 ESCUELA DE ENFERMERIA
 (Incorporación UNAM 3098-12)



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

CLASIFICACIÓN DE LA INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
CAMPO	4 Seguridad	CLASE	V Control de riesgos	CAMPO	4 Seguridad	CLASE	V Control de riesgos
INTERVENCIÓN: Control de infecciones				INTERVENCIÓN: Aislamiento (6630)			
ACTIVIDADES: Mantener técnicas de aislamiento. Limitar el numero de visitas. Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos. Ordenar a las visitas que se leven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. Poner en practica las precauciones universales. Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas intravasculares. Fomentar una ingesta nutricional adecuada. Fomentar la ingesta de líquidos. Administrar terapia de antibióticos: * Trimetroprim / Sulfametoxazol 50mg IV cada 24 horas. * Fluconazol 50mg IV cada 24 horas. * Aciclovir 250mg IV cada 8 horas.				ACTIVIDADES: Ayudar con las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene de la piel. Vigilar la temperatura, limpieza y seguridad de la zona de aislamiento. Disponer la limpieza rutinaria de la zona de aislamiento. Determinar la necesidad del paciente de continuar con el aislamiento.			

Elaboro: Adriana Guadalupe López Sandoval	Coordino: L:E:O: Guadalupe Escobedo Acosta	Fecha: 3 Enero al 11 Marzo 2011
---	--	---------------------------------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

NANDA: Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Ed. Elseiver España (2010).
 BULECHEK Gloria, Butcher Howard, Mc Closkey Joanne. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Ed, editorial Mosby Elseiver. Madrid España (2009).
 MOORHEAD Sue, Jonson Marion, Maas Meridean. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Ed, editorial Mosby Elseiver España (2009).



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

DOMINIO	4	CLASE	2
Actividad / Reposo		Actividad / Ejercicio	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (ED-FR-CD)			
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: Déficit de actividades recreativas (00097)			
FACTORES RELACIONADOS: Entorno desprovisto de actividades recreativas			
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Aburrimiento Ansiedad Irritabilidad Conductas agresivas			

CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
NOC	INDICADOR (ES)	ESCALA LIKERT	PUNTUACIÓN DIANA	
			Mantener	Aumentar
Adaptación del niño a la hospitalización (1301) Dominio 3 Salud psicosocial Clase N Adaptación social	Responde a la terapia de diversión (130110)	Siempre demostrado 1 Frecuentemente demostrado 2 A veces demostrado 3 Raramente demostrado 4 Nunca demostrado 5	3	5
	Participa en la interacción social (130111)		3	5
	Ansiedad (130104)		3	5
	Retirada (130128)		3	5
	Conductas agresivas (130129)		3	5
Participación en actividades de ocio (1604) Dominio 4 Conocimiento y conducta de salud Clase Q Conducta de salud	Expresión de satisfacción con las actividades de ocio (160402)	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5	3	5
	Disfruta de actividades de ocio (160413)		3	5



SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO
 ESCUELA DE ENFERMERIA
 (Incorporación UNAM 309B-12)



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

CLASIFICACIÓN DE LA INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
CAMPO	3 Conductual	CLASE	T Fomento de la comodidad psicológica	CAMPO	3 Conductual	CLASE	Q Potenciación de la comunicación
INTERVENCIÓN: Distracción (5900)				INTERVENCIÓN: Terapia con juegos (4430)			
ACTIVIDADES: Juegos: Lanzar pelota, armar cubos, carritos. Leer cuentos: Colores divertidos, que es lo opuesto, que hay dentro. Actividades rítmicas: Bailar, brincar. Cantar: Pin pon, partes del cuerpo, vamos a contar. Fomentar la participación de la familia. •Visita del circo de la magia				ACTIVIDADES: Disponer de un ambiente tranquilo que este libre de interrupciones. Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo Estructurar la sesión de juegos para facilitar el resultado deseado Discutir las actividades de juegos con la familia Proporcionar un equipo de juegos seguro Supervisar las sesiones de la terapia de juegos Permitir que el paciente manipule el equipo de juegos Controlar las reacciones y el nivel de ansiedad del niño durante la sesión de juegos			

Elaboro: Adriana Guadalupe López Sandoval	Coordino: L:E:O: Guadalupe Escobedo Acosta	Fecha: 3 Enero al 11 Marzo 2011
---	--	---------------------------------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

NANDA: Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Ed. Elseiver España (2010).
 BULECHEK Gloria, Butcher Howard, Mc Closkey Joanne. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Ed, editorial Mosby Elseiver. Madrid España (2009).
 MOORHEAD Sue, Jonson Marion, Maas Meridean. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Ed, editorial Mosby Elseiver España (2009).

PLAN

DE

ALTA

NECESIDADES	CUIDADOS EN CASA
<p>1.- Higiene y protección de la piel</p>	<p>Baño diario, con cambio de ropa, cambio constante de pañal, evitar que este húmedo por largos periodos de tiempo, caminar para evitar estar en una sola superficie por largos periodos de tiempo.</p> <p>Continuar con aplicación de Oleoderm crema (después del baño).</p> <p>Vigilar el estado de la piel, ante cualquier cambio acudir al Instituto.</p>
<p>2.- Oxigenación</p>	<p>Vigilar el estado respiratorio, ante cualquier cambio como es que la respiración sea más rápida, que cambie de coloración (que se ponga morado o azul), que le cueste trabajo respirar (que se le marquen las costillas, que se queje), acudir al Instituto. Tratar de mantener las vías aéreas permeables (limpiar constantemente la nariz, continuar con la fisioterapia y drenaje postural).</p>
<p>3.- Eliminación</p>	<p>Vigilar las características de las evacuaciones como son: color, cantidad, consistencia y frecuencia, ante cualquier alteración acudir al Instituto.</p> <p>Continuar con dieta en purés o papillas, que sean alimentos astringentes como son: zanahoria, manzana, platano, pechuga de pollo al vapor, calabaza, guayaba. Tomar abundantes líquidos (sin jugo ni te), en caso de que se percate de aumento en la frecuencia de las evacuaciones puede empezar por ofrecer pedialyte SR 60 (suero oral) 150 ml (1 taza para te) después de cada evacuación y acudir al Instituto.</p>

<p>4.- Evitar peligros</p>	<p>Recordar llevar a cabo siempre el lavado de manos cada vez que este en contacto con el paciente, además al momento de preparar los alimentos. Tratar de conservar un ambiente limpio, libre de polvo, que no permanezca en humedad por largos periodos de tiempo, uso de cubrebocas si va a salir a la calle y evitar el contacto con personas enfermas.</p> <p>Que todos los objetos con los que esté en contacto el paciente sean de uso personal.</p> <p>Continuar con el tratamiento profiláctico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prazocin 150 mcg VO cada 8 hrs. ▪ Ciclosporina 32 mg VO cada 24 hrs. ▪ Aciclovir 250 mg VO cada 8 hrs. ▪ Fluconazol 50mg VO cada 24 hrs. ▪ Trimetoprima con Sulfametoxasol 50 mg VO cada 24 hrs. ▪ Ranitidina 15 mg VO cada 8 hrs. ▪ Plaquenil (Hidroxicloroquina) 50 mg VO cada 24 hrs. ▪ Viternum (Dihexazida) 2.5 ml VO cada 8 hrs. ▪ UDKA (Acido ursodisoxicolico) 40 mg VO cada 8 hrs. ▪ Aplicación de Gammaglobulina humana cada quince días, en el servicio de AQUA (Quimioterapia ambulatoria).
<p>5.- Juego y recreación</p>	<p>Continuar con la terapia de juegos, por lo menos una vez al día, platicar con el paciente, leerle cuentos, cantarle, jugar con carritos, armar cubos, colorear.</p>

CONCLUSIONES

El realizar el proceso atención enfermería permite brindar cuidado integral, de calidad y de forma individualizada según las características de cada paciente en cualquier etapa de la vida en que se encuentre.

Al aplicarlo en el lactante mayor con diagnóstico de Síndrome Wiskott-Aldrich, fue complicado al principio ya que es una patología poco frecuente y los efectos del tratamiento pos trasplante de médula ósea son muchos, a pesar de que este ya ha provocado varias alteraciones en el paciente, se contó con el apoyo e interés por parte de la familia, que fue una parte fundamental para el logro de los resultados esperados, lo cual se refleja en el paciente el cual se fue de alta por mejoría, actualmente se encuentra en el albergue AMANC donde recibe todo el apoyo para continuar con su cuidado, recibe visitas y atención por parte de su madre y de su tía, acude al Instituto para su aplicación de gammaglobulina en el servicio de AQUA (Quimioterapia ambulatoria) y consultas de control.

El emplear la taxonomía NANDA NIC-NOC y conjuntarla en la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE), fue una experiencia que en un inicio era muy complicada, ya con el tiempo y al ir estructurando el trabajo, todo fue complementándose y se volvió más práctico, creo que es una forma de que enfermería tenga una base en que apoyarse para brindar el cuidado.

SUGERENCIAS

Creo que se debe motivar a las generaciones próximas de estudiantes para que aprendan a elaborar el proceso de atención enfermería desde el inicio de su formación, empleando la taxonomía NANDA, NIC-NOC y la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE) como base primordial, ya que esto les permitirá formarse como profesionales capaces de actuar de forma eficaz e independiente, esto es muy importante ya que es desde este punto donde se puede hacer un cambio y que la enfermería se reconozca por tener una identidad profesional, independientemente de que esta participe con el demás equipo multidisciplinario.

Fomentar en los estudiantes la elaboración de propuestas de instrumentos de valoración que se adecuen a cada etapa de la vida, desde el paciente neonato hasta el geriátrico, abriéndose así la posibilidad de conocer las diferentes teorías de enfermería y poder tener un enfoque más amplio que les permita aplicarlo en su futura vida laboral.

GLOSARIO DE TERMINOS

Aloingerto: Injerto entre individuos de la misma especie pero de constitución genética diferente.

Antígeno: Sustancias extrañas al organismo, de naturaleza proteica, polisacarida y de ácidos nucleicos.

Anticuerpo: Proteínas formadas por el organismo después de ponerse en contacto con un antígeno.

Apoptosis: Es una forma de muerte celular que está regulada genéticamente.

Cromosoma: Cada uno de los pequeños cuerpos en forma de bastoncillos en que se organiza la cromatina del núcleo celular durante las divisiones celulares (mitosis y meiosis).

Holístico: Es el estudio del todo, relacionándolo con sus partes pero sin separarlo del todo.

Homocigidad: Es la condición óptima para la expresión morfológica de un gen recesivo.

Injerto: Reemplazo de órganos enfermos a través del trasplante de tejidos sanos.

Inmunodeficiencia: Es un estado patológico en el que el sistema inmunitario no cumple con el papel de protección que le corresponde dejando al organismo vulnerable a la infección.

Islote: Son unos acúmulos de células que se encargan de producir hormonas.

Isoingerto: Injerto entre individuos de constitución genética idéntica.

Periostio: Es la membrana fibrosa que cubre los huesos, la cual contiene vasos sanguíneos y nervios que nutren y le dan sensibilidad al hueso.

Recesivo: Hereditario que no se manifiesta en el fenotipo del individuo que lo posee, pero que puede aparecer en su descendencia.

Taxonomía: Del griego taxis “ordenamiento” y nomos “norma”, la ciencia de lo general.

BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS BIVLIOGRAFICAS

1. - MARRINER Tomey Ann. *Modelos y teorías de enfermería*. Ed. Mosby. 4ª Edición. (1999).
2. - MARRINER Tomey Ann. *Modelos y teorías en enfermería*. Ed. Mosby. 6ª. Edición (2007).
3. - TAKEMOTO Carol, Jane Hodding, Et al. *Manual de prescripción Pediátrica*. Ed. Sistemas Inter. 11ª. Edición (2005).
- 4.- MERENSTEIN Gerald, David Kaplan, Et al. *Manual de Pediatría de Silver, Kempe, Bruyn y Fulginiti*. Ed. Manual Moderno. 13ª Edición (1994). Paginas: 1 a 14.
- 5.- ROSALES Barrera Susana, Eva Reyes Gómez. *Fundamentos de Enfermería*. Ed. Manual Moderno. 3ª Edición (2004). Paginas: 605 a 607, 498, 499, 225 y 226.
- 6.- NAHON Vázquez Rosa Alba, Eva Silva Quintana, Et al. *Enfermería Pediátrica. (Manual de procedimientos pediátricos)* UNAM, México. (2000). Paginas: 153 a 216.
- 7.- BONGARD S. Frederic, Darryl Y. Sue. *Diagnostico y tratamiento en cuidados intensivos*. Ed. Manual Moderno. 2ª Edicion (2003). Paginas: 735, 736, 871 a 878.
- 8.- NANDA: *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011*. Ed. Elseiver España (2010).
9. - BULECHEK Gloria, Butcher Howard, Mc. Closkey Joanne. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 5ª Edicion, editorial Mosby Elseiver. Madrid España (2009).
10. - MOORHEAD Sue, Jonson Marion, Maas Meridean. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 4ª Edicion, editorial Mosby Elseiver España (2010).
- 11.- POTTER Patricia A, Perry Anne Griffin. *Fundamentos de enfermería teórica y práctica*. 3ª. Edicion. Editorial Elsevier.
- 12.- Gaceta Médica México. Vol. 141 No. 1, 2005.
- 13.- Comisión permanente (2011) *.Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería*. Secretaria de Salud, 1ª edición. pp.: 26.

- 14.- CARPENITO, Linda Juall. *Diagnosticos de enfermeria, aplicaciones a la practica*. 9º edicion, Editorial Mc. Graw-Hill. (2003).
- 15.- RIOPELLE Lise, Grondin Louise, Phaneuf Margot. *Cuidados de enfermeria: un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana. (1993).
- 16.- ROITT Ivan. *Inmunologia. Fundamentos*. 9º edicion. Editorial panamericana. (1998).
- 17.- SELL Stewart. *Inmunologia, inmunopatologia e inmunidad*. 2ª edicion. Editorial Harla Harper and Row Latinoamericana, California. (1981).
- 18.- BELLANTI A. Joseph. *Inmunologia*. 3ª edicion. Editorial Interamericana. (1986).
- 19.- RODRIGUEZ Sanchez, Bertha A. *Proceso enfermero*. Editorial Cuellar. (2006).
- 20.- BACH JF. *Inmunologia*. 1ª edicion. Mexico. Editorial Limusa (1984).
- 21.- BORBOLLA Espinoza, J. Rafael. *Principios de Hematologia (bases y clínica)*. 1ª edición. Editorial Masson Doyma Mexico. (2005).

ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre _____
2. Edad _____ 3. Fecha de Nac. _____
4. Sexo _____ 5. Peso _____ 6. Talla _____
7. Escolaridad _____
8. Ocupación _____
9. Religión _____
10. Lugar de nacimiento _____
11. Idioma _____
12. Estado civil _____
13. Tipo de familia _____
14. Domicilio _____

15. Teléfono _____
16. Fuente de información: Directa SI () NO () Indirecta ()
Quién _____
Cuál _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

- 1.1 ¿Refiere dificultad para respirar? SI () NO ()
1.2 ¿Ha presentado sensación de falta de aire?
SI () NO ()
1.3 ¿Ha presentado sensación de ahogo? SI () NO ()
1.5 ¿Tiene dolor al respirar? Si _____ No _____
Inspiración () Espiración ()

1.6 ¿Al realizar esfuerzo físico presenta dificultad para respirar?

SI () NO ()

Especificar _____

1.7 ¿Actualmente presenta "Tos"?

SI () NO () Productiva () Seca ()

1.8 ¿Acostumbra fumar? SI () NO ()

¿Cuántos cigarrillos al día? _____

¿Hace cuanto tiempo? _____

1.9 ¿Presencia de varices en miembros inferiores?

SI () NO ()

Características _____

DATOS OBJETIVOS

Toma de signos vitales: FR _____ x min. FC _____ X min.

T/A _____ mmHg T^aC _____

Respiración espontánea SI () NO ()

Tipo de apoyo Ventilatorio _____

Estado de conciencia:

Conciente () Desorientado () Somnoliento ()

Estuporoso () Inconsciente ()

Coloración de la piel: Rosada () Cianótica ()

Palidez () Marmórea ()

Coloración de los labios: Rosada () Cianótica ()

Palidez ()

Coloración de zona peribucal:

Cianótica () Palidez ()

Coloración de las uñas de las manos:

Rosadas () Cianóticas () Palidez ()

Morfología de las uñas de las manos:

Patrón respiratorio uniforme SI () NO ()

Dificultad al respirar: Sin esfuerzo ()

Al esfuerzo físico () Acostado () Nocturna ()

Presenta Aleteo nasal: SI () NO ()

Tiros intercostales SI () NO ()

Depresión del Apéndice Xifoides SI () NO ()

Auscultación de pulmones con paso libre de aire en ambos campos pulmonares

SI () NO ()

Sibilancias ()

Crepitaciones Durante la espiración ()

Roncus ()

Roces ()

Presencia de edema en miembros inferiores

SI () NO () Grado I () II () III ()

Palpación de pulsos

Carótida () Branquia () Radia () Femora ()

Popiteo () Dorso /pie () Tibial posterior ()

OBSERVACIONES: _____

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

2.1 ¿Qué tipo de alimentos consume usualmente en 7 días?

ALIMENTO	1-3 DÍAS	3-5 DÍAS	5-7 DÍAS
CARNES			
LACTEOS			
FRUTAS			
VERDURAS			
LEGUMINOSAS			
CEREALES			
GRASAS			
AZÚCARES			

2.2 ¿Cuántas veces come al día?

Una () Dos () Tres () Mas de tres ()

2.3 ¿Su horario de alimentos es?

FIJO () IRREGULAR ()

2.4 ¿Come acompañado? SI () NO ()

2.5 ¿En un ambiente agradable? SI () NO ()

2.6 ¿Ha presentado falta de apetito últimamente?

SI () NO ()

2.7 ¿A que lo atribuye?

2.8 ¿Consume en su dieta diaria algún alimento irritante?

(grasas, condimentos, café, té, picante, refresco)

SI () NO ()

Especifique _____

2.9 ¿Cuándo está enojado tiene preferencia por algún alimento en especial?

SI () NO ()

Cuál _____

2.10 ¿Cuándo se encuentra triste qué tipo de alimentos consume? _____

2.11 ¿Sigue alguna dieta especial? SI () NO ()

TIPO DE DIETA _____

2.12 ¿Ha tenido pérdida involuntaria de peso mayor a cuatro kilogramos en los últimos tres meses?

SI () NO ()

2.13 ¿Tiene periodos en los que le da mucha hambre?

SI () NO ()

2.14 ¿Qué tipo de alimentos consume cuando le da mucha hambre? _____

2.15 ¿Ha tenido trastornos digestivos en los últimos tres días?

Vómito SI () NO () Náuseas SI () NO ()

Distensión abdominal SI () NO ()

Diarrea SI () NO () Estreñimiento SI () NO ()

Ardor SI () NO () Agruras SI () NO ()

2.16 ¿Tiene dificultad para masticar? SI () NO ()

A que lo atribuye usted _____

2.17 ¿Tiene dificultad para deglutir? SI () NO ()

2.18 ¿Utiliza dentadura postiza para comer? SI () NO ()

2.19 ¿Le lastima la dentadura al momento de consumir sus alimentos?

SI () NO ()

2.20 ¿Asea su dentadura? SI () NO ()

Cuántas veces al día _____

2.21 ¿Es alérgico a algún alimento? SI () NO ()

Especifique _____

2.22 ¿Intolerancia alimentaria? SI () NO ()

Especifique _____

2.23 ¿Come fuera de casa? SI () NO ()

2.24 ¿Depende de otras personas para consumir sus alimentos? SI () NO ()

2.25 ¿Cuánta agua consume al día?

0-1 Vaso () 2 - 3 Vasos () 3 - 4 Vasos ()

4 - 6 Vasos () 6 - 8 Vasos () + 8 vasos ()

2.26 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI () NO ()

¿Con que frecuencia? _____

2.27 ¿Padece alguna enfermedad? SI () NO ()

Cuál _____

2.28 ¿Actualmente toma algún medicamento?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

Recetado () Automedicado ()

2.29 ¿Realiza algún tipo de ejercicio? SI () NO ()

¿Especifique? _____

2.30 ¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio?

0 -1 vez () 2 – 3 veces () 3 – 4 veces ()
 4 – 5 veces () 5 – 7 veces ()

ASPECTO GENERAL

CABELLO

Abundante () Con brillo () Sedoso ()
 Grueso () Delgado () Opaco ()
 Escaso () Quebradizo () Caída de cabello ()
 Signo de bandera ()

OJOS

Conjuntivas

Rosadas Hidratadas () Pálidas () Deshidratadas ()

PIEL

Rosada () Hidratada () Pálida () Seca ()
 Otros _____

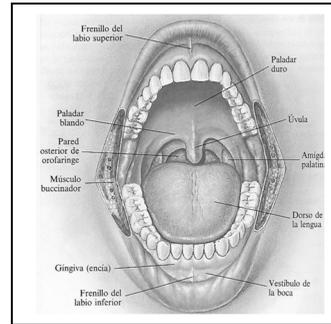
MUCOSA ORAL

Coloración () Rojo Rosado () Pálida () Húmeda ()
 Otras _____

DIENTES

Caries SI () NO () Cuántas piezas _____
 Adoncia SI () NO () Cuántas piezas _____

CAVIDAD BUCAL



** Marque con una "X" Caries, Adoncia o lesión en cavidad bucal

UÑAS

Duras () Gruesas () Débiles Delgadas ()
 Quebradizas () Descamadas () Rosadas ()
 Pálidas ()

INDICE DE MASA CORPORAL (Peso kg. / (Talla m)2)
 Peso Ideal _____ Peso Real _____
 Talla _____

<18 () 22-24.9 () 25-27 () > 30 ()
 >40 ()

BAJO PESO () NORMAL () SOBREPESO ()
 OBESIDAD () OBESIDAD MORBIDA ()

**3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN
 DATOS SUBJETIVOS**

3.1 ¿Frecuencia de la evacuación?

Diario () 2 ó 3 veces por semana () Otros ()

Especifique.- _____

3.2 Describa las características de sus heces

Cantidad
 Escaso () Abundante ()

Consistencia
 Blandas formadas () Duras () Líquidas ()

Color
 Marrón () Amarillas () Otros ()

Especifique _____

3.5 ¿Olor?

Acre (Varia según alimento) () Desagradable ()

3.3 ¿Identifica elementos extraños en su defecación?

SI () NO ()
 Alimentos no digeridos () Sangre () Parásitos ()
 Otros ()
 Especifique.- _____

3.4 ¿Requiere laxantes para evacuar?

SI () NO ()
 Natural () Medicamento ()
 Especifique.- _____

3.5 ¿Bajo tensión emocional hay cambio en su defecación?

SI () NO ()
 Diarrea () Estreñimiento () Otros ()
 Especifique.- _____

3.6 ¿Consumo medicamentos actualmente?

SI () NO ()
 Cuales. _____

3. 7 ¿Con qué frecuencia orina?

2 ó 3 Veces al día () 4 a 6 Veces al día ()

Otros ()

Especifique.- _____

3.8 ¿Qué color tiene su orina?

Transparente Ámbar () Otros ()

Especifique.- _____

3.9 ¿Bajo estado emocional hay cambio en su eliminación urinaria?

SI () NO ()

Aumenta el deseo de orinar () Otros ()

Especifique.- _____

3.10 ¿Presenta alguna alteración urinaria? SI () NO ()

Ardor () Disuria () Incontinencia ()

Otros ()

Especifique.- _____

3.11 ¿Cuál es el ritmo de su menstruación?

Cada 28 días () Cada 30 días () Otros ()

Especifique.- _____

3.12 Describa las características de su menstruación

Cantidad

Escaso () Abundante ()

Duración

3 a 4 días () 5 a 6 días () Otros ()

Especifique.- _____

Color

Rojo brillante () Rojo oscuro () Otros ()

Especifique.- _____

3.13 ¿Presenta alguna alteración?

SI () NO ()

Dolor () Sangrado Inter.-menstrual () Otros ()

3.14 ¿La tensión emocional altera su ciclo menstrual?

SI () NO ()

Como. _____

DATOS OBJETIVOS

Explore

3.15 Características de las heces

Observaciones: _____

3.16 Elementos extraños en las heces

Observaciones: _____

3.17. Simetría del abdomen

Liso, plano () Redondeado convexo () Distendido ()

3.18. Presencia de ruidos intestinales

Audibles () Hipoactivos () Hiperactivos ()

3.19. Aéreas sensibles en abdomen

Abdomen relajado () Dolor e hipersensibilidad ()

Localizada () Generalizada () Masas superficiales ()

3.20. Características de la orina.

Observaciones: _____

3.21. Elementos extraños en la orina

Observaciones: _____

3.22 .Presencia de globo vesical

Palpable () No palpable ()

3.23. Dolor en el bajo vientre:

Si () No ()

Características del dolor: _____

3.24. Presencia de diaforesis

Si () No ()

Observaciones _____

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DATOS SUBJETIVOS

4.1 Antecedentes de Dolor:

Cervical () Lumbar () Ciática ()

De articulaciones de miembros superiores ()

De articulaciones de miembros inferiores ()

4.2 Tipo de trabajo que realiza:

Con esfuerzo físico () Sin esfuerzo físico ()

4.3 Actividad que realiza en el trabajo es:

Sentado de 2 – 3 hrs. () De 4 – 6 hrs. ()

De 7 – 8 h () De pie de 2 – 3 hrs. () De 4 -6 hrs()

De 7 – 8 h () De movimiento continuo ()

4.4 ¿Acostumbra tomarse algún tiempo de descanso durante el día?

SI () NO ()

4.5 ¿De cuanto tiempo?

De 10 min () 15 min () 20 min () + de 30 min ()

4.6 ¿En que postura ? Sentado () Recostado ()

4.7 ¿Se considera una persona?

Activa () Sedentaria ()

Porque? _____

4.8 ¿Regularmente el calzado que usa es?

De tipo común () de algún arreglo ortopédico ()

Otros ()

4.9 Rol Social ¿Pertenece a algún grupo?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

4.10 ¿Practica algún deporte? SI () NO ()

Con que frecuencia _____.

Cuanto tiempo _____.

DATOS OBJETIVOS

4.11 De acuerdo a la observación, ¿la alineación ósea es la adecuada?

SI () NO ()

Describe _____

4.12 De acuerdo a la exploración física el tono, la resistencia y la flexibilidad son las que corresponden a la edad del paciente?

SI () NO ()

Porque? _____

4.13 ¿El peso y la talla corresponden a la edad cronológica del paciente?

SI () NO ()

Porque? _____

4.14 De acuerdo a la exploración física ¿Consideras que el Estado emocional del paciente afecta la postura anatómica?

SI () NO ()

Porque? _____

4.15 Equilibrio sentado, ¿es firme y seguro?

SI () NO ()

4.16 ¿Al levantarse el paciente lo hace?

Con impulso normal y sin ayuda ()

Utiliza los brazos como ayuda ()

Con ayuda de otra persona ()

4.17 ¿Para la deambulación observas si el paciente requiere de algún apoyo?

SI () NO ()

¿Cuál?

Bastón () Andadera () Muletas ()

De otra persona ()

4.18 ¿Presenta alguna facie de dolor?

SI () NO ()

Describe _____

4.19 En cuanto a la marcha, ¿ésta es?

Con pasos continuos () Con pasos discontinuos ()

4.20 La marcha, ¿La inicia inmediatamente después de que se le pide que camine?

SI () NO ()

Porque? _____

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DATOS SUBJETIVOS

5.1 ¿Tiene dificultada para conciliar el sueño?

SI () NO ()

5.2 ¿Cuántas horas duerme durante la noche?

Menos de 4hrs. () De 4 a 6 hrs. () De 7 a 9 hrs. ()

Más de 9 hrs. ()

5.3 ¿Tiene dificultad para mantenerse dormido?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

5.4 ¿Cómo es su patrón de sueño?

Continuo () Discontinuo () Insomnio ()

¿Por qué? _____

5.5 ¿Realiza alguna actividad para favorecer el sueño?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

5.6 ¿Toma algo para inducir el sueño?

SI () NO ()

¿Qué? _____

5.7 ¿Los medicamentos que toma lo mantienen despierto?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

5.8 ¿Su estado de ánimo le impide dormir?

SI () NO ()

5.9 ¿Ronca o le han dicho que ronca mientras duerme?

SI () NO ()

5.10 ¿Le han dicho que cuando duerme deja de respirar por periodos cortos?

SI () NO ()

5.11 ¿Padece dolor de cabeza tras despertarse?

SI () NO ()

5.12 ¿Tiene dificultad para mantenerse despierta durante el día?

SI () NO ()

5.13 ¿Acostumbra a tomar una siesta?

SI () NO ()

½ hora () Una hora () Más de una hora ()

5.14 ¿Se queda dormido en momentos inapropiados?

SI () NO ()

5.15 ¿Durante el día se siente cansado?

SI () NO ()

DATOS OBJETIVOS

Inspeccione en el paciente:

- | | | |
|------------------------------------|--------|--------|
| 1. Presencia de ojeras. | Si () | No () |
| 2. Cambio de posición varias veces | Si () | No () |
| 3. Bostezos frecuentes | Si () | No () |
| 4. Visión borrosa | Si () | No () |
| 5. Tipo de respuesta es lenta | Si () | No () |
| 6. Se observa fatigado | Si () | No () |

7. Irritabilidad Si () No ()

8. ¿Se encuentra apático? Si () No ()

9. ¿Presenta somnolencia excesiva? Si () No ()

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

DATOS SUBJETIVOS

6.1 ¿Su estado de animo es determinante para elegir las prendas de vestir que usará?

SI () NO ()
Cómo _____

6.2 ¿Considera que la manera de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc?

SI () NO ()
Cómo _____

6.3 ¿Puede decidir por si solo (a) la ropa que se pone?

SI () NO ()

6.4 ¿Necesita ayuda para vestirse o desvestirse?

SI () NO ()

6.5 ¿Tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significado especial para usted?

SI () NO ()

Cual es _____

6.6 ¿Su modo de vestir esta relacionado con sus valores y creencias?

SI () NO ()

6.7 ¿Se le dificulta vestirse y desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otra gente?

SI () NO ()

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

7.1 ¿Experimenta frío frecuentemente?

SI () NO ()

7.2 ¿Experimenta mucho calor?

SI () NO ()

7.3 ¿Temperatura ambiental que le es agradable?

Templado () Caluroso () Frío ()

DATOS OBJETIVOS

7.4 ¿Vestido adecuado a la estación?

SI () NO ()

7.5 ¿Habitación y vivienda adecuada?

SI () NO ()

Características de la piel

Rubicunda () Diaforesis ()

Frialdad de la piel () Transpiración normal ()

Escalofríos () Palidez () Pilo erección ()

Enlentecimiento del llenado capilar ()

Palidez de los lechos unguiales () Piel caliente al tacto ()

Temperatura

Hipodérmica () Febrícula ()

Hipertérmica () Normo termia ()

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Datos Subjetivos

8.1 ¿Cuenta con recursos públicos para practicar su higiene?

SI () NO ()

8.2 ¿Baño?

Diario () Cada tercer día () Una vez por semana ()
Otro _____

8.3 ¿Lavado de manos

Antes de comer () Antes de ir al baño ()

Después de ir al baño () Otro _____

8.4 ¿Cepillado de dientes y/o prótesis?

Después de cada alimento () 2 veces al día ()

1 vez al día () no lo practica ()

8.5 ¿Necesita ayuda para practicar su higiene?

SI () NO () Parcial () Total ()

Datos Objetivos

8.6 ¿Aspecto general?

Correcto () Incorrecto ()

8.7PIEL

() Integra / hidratada () Heridas

Localización _____

() Deshidratada () Ulceras

Localización _____

() Palidez () Edema

Localización _____

() Ictericia () Verrugas

Localización _____

() Cianosis () Lunares

Localización _____

() Otros _____ () Manchas

Localización _____

Decoloración ()

Localización _____

Exudados ()

Localización _____

8.9 CABELLO

Fino () Grueso () Brillante () Seco ()

¿Presencia de parásitos?

SI () NO ()

Especifique _____

SI () NO ()

Localización _____

8.9 UÑAS

Aspecto

Cuidadas () Descuidadas () Mordidas () Lisas ()

Limpias () Duras () Delgadas () Micosis ()

Color:

Rosa () Amarillas () Verdoso-negruzco ()

Otro _____

NARIZ

Mucosa Nasal

Coloración:

Rosa intenso () Otro _____

Secreción

Transparente () Amarilla () Verdosa ()

Otra _____

Presencia de:

Sangre () Costras () Perforaciones ()

Otros _____

Boca y Orofaringe

LABIOS

Aspecto:

Secos () Grietas () Edema ()

Otro _____

Coloración:

Rozados () Palidez () Cianosis ()

Otra _____

Mucosa Bucal

Color:

Rojo Rosado () Otro _____

Húmeda () Otro _____

Presencia de:

Manchas () Lesiones () Ulceras ()

Otras _____

Dientes

Completos () Incompletos ()

Prótesis: SI () NO ()

Presencia de:

Placa dentobacteriana () Sarro ()

Localización _____

8.8 CAVIDAD ORAL

() Halitosis () Lesiones

Localización _____

() Ulceras

Localización _____

() Manchas

Localización _____

() Sangrado

Localización _____

() Dolor

Localización _____

() Criptas

Localización _____

() Inflamación

Localización _____

() Induraciones

Localización _____

8.10 OIDOS:

Dolor SI () NO ()

Inflamación SI () NO ()

Cerumen SI () NO ()

Derrames SI () NO ()

Cuerpos Extraños SI () NO ()

Presencia de:

() Nódulos

Localización _____

() Lesiones

Localización _____

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

DATOS SUBJETIVOS

9.1 ¿Con que periodicidad lleva su control médico?

Cada año () sólo cuando se enferma ()

Otros ()

9.2 ¿Se enferma frecuentemente?

SI () NO ()

9.3 ¿Cuenta con cartilla de vacunación?

SI () NO ()

9.4 ¿Se ha aplicado otras vacunas?

SI () NO ()

Cuáles _____

9.5 ¿Conoce las medidas para prevenir enfermedades?

SI () NO ()

Cuáles _____

9.6 ¿Ha padecido alguna alteración?

Física () psicológica () social ()

¿Cuál? _____

Este padecimiento altera su autoconcepto o su imagen

SI () NO ()

Porqué _____

9.7 ¿Actualmente requiere de algún tipo de ayuda?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

La utiliza SI () NO ()

Porqué _____

9.8 ¿Cómo reacciona ante una situación de peligro?

Se estresa SI () NO ()

Pierde el control SI () NO ()

Porqué _____

¿Cómo lo manifiesta? _____

La familia le apoya SI () NO ()

Porqué _____

9.9 ¿Asiste a algún centro de ayuda para manejar sus emociones?

SI () NO ()

¿Quien? _____

9.10 ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su casa?

SI () NO ()

¿Cuáles? _____

9.11 ¿Actualmente identifica riesgos de accidentes en su casa?

SI () NO ()

¿Cuáles? _____

9.12 ¿Conoce las medidas de prevención en su trabajo?

SI () NO ()

¿Cuáles? _____

9.13 ¿En su trabajo identifica áreas o factores de riesgo de accidente?

SI () NO ()

¿Cuáles? _____

9.14 Suele consumir Alcohol () Tabaco ()

Medicamentos no prescritos o alguna droga

Especifique _____

9.15 ¿Conoce los efectos del consumo de estas sustancias?

SI () NO ()

¿Cuáles? _____

¿Se fija metas para el futuro? SI () NO ()

En cuanto tiempo _____

¿Toma previsiones económicas?

SI () NO ()

Le apoya algún familiar SI () NO ()

¿Quién? _____

DATOS OBJETIVOS

9.5 Escucha bien SI () NO ()

Porqué? _____

Tipo de apoyo que utiliza _____

9.6 Ve bien SI () NO ()

¿Porqué? _____

Qué apoyo utiliza _____

9.7 Lenguaje claro SI () NO ()

¿Porqué? _____

9.8 Presenta sensibilidad en su cuerpo

SI () NO ()

¿Porqué? _____

9.9 Se le dificulta caminar SI () NO ()

¿Porqué? _____

10. NECESIDADES DE COMUNICACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

10.1 ¿Tiene relaciones armónicas con su familia?

SI () NO ()

¿Porqué? _____

10.2 ¿Pertenece o asiste a algún grupo de ayuda?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

10.3 ¿Utiliza mecanismos de defensa al comunicarse como?

Sentimientos de negación () Inhibiciones ()

Agresividad () Hostilidad ()

Desplazamiento ()

10.4 ¿Tiene alguna limitación física que le impide comunicarse?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

10.5 ¿Habla con alguien de su familia cuando tiene problemas?

SI () NO ()

¿Con quien? _____

10.6 ¿Cuánto tiempo pasa solo? _____

10.7 ¿Tiene contactos sociales satisfactorios?

SI () NO ()

¿Porqué? _____

10.8 ¿Se siente a gusto con su forma de comunicarse con los demás?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

10.9 ¿Se considera de buen humor?

SI () NO ()

¿Porqué? _____

10.10 ¿Cuándo está estresado se le dificulta comunicarse con los demás?

SI () NO ()

¿Porqué? _____

10.11 En su núcleo familiar o grupo cree que tiene que competir con otra persona?

SI () NO ()

¿Con quien? _____

10.12 Cree que sus necesidades sexuales están cubiertas en forma satisfactoria?

SI () NO ()

¿Porqué? _____

DATOS OBJETIVOS

Estado de conciencia

Conciente () Inconsciente () Estuporoso ()

Soporoso () Somnoliento ()

Según edad está orientado

Persona () espacio () lugar () tiempo ()

¿Al hablar establece contacto visual? SI () NO ()

Especificar _____

¿Se relaciona con su familia? SI () NO ()

Especificar _____

¿Qué persona de su familia es más importante para usted?

¿Cómo lo consideran a usted dentro del núcleo familiar?

¿Recibe visitas de su familia? SI () NO ()

¿De quién? _____

¿Utiliza alguna prótesis para escuchar?

SI () NO ()

Especificar _____

11. PRACTICAR SU RELIGION. ACTUAR DE ACUERDO A CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos

11.1 ¿Religión? _____

11.2 ¿Practica su religión?

SI () NO ()

11.3 ¿Su religión le prohíbe?

Alimentos () Practicas higiénicas ()

Tratamientos médico ()

¿Cuáles? _____

11.4 ¿Necesita del algún objeto, imagen religiosa que le ayude en su tratamiento médico?

SI () NO ()

11.5 ¿De acuerdo a sus creencias y valores como responde a la enfermedad?

Angustia () Temor () Ansiedad ()

Depresión () Enojo () Culpa ()

Vergüenza () Desesperanza () Resignación ()

11.6 ¿Requiere de servicios religiosos?

SI () NO ()

Observaciones _____

¿En su hogar cuenta con un área específica para comunicarse?

SI () NO ()

Especificar _____

12 NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

DATOS OBJETIVOS

12.1 ¿Tiene actividad remunerada?

SI () NO ()

12.2 ¿Tipo de trabajo?

Eventual () Permanente ()

12.3 ¿Sus ingresos económicos cubren sus necesidades básicas personales y las de su familia?

SI () NO ()

12.4 ¿Le resulta difícil cubrir sus ingresos?

SI () NO ()

12.5 ¿Esta usted satisfecho con su trabajo?

SI () NO ()

12.6 ¿Esta usted molesto por su trabajo y no lo puede cambiar por otro?

SI () NO ()

12.7 ¿Su trabajo lo realiza de buen humor la mayor parte del tiempo?

SI () NO ()

12.8 ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia en el trabajo?

SI () NO ()

DATOS SUBJETIVOS

Estado Emocional () Inquieto ()

Tranquilo () Eufórico()

Ansioso () Decepcionado de su trabajo ()

Irritable () Deprimido ()

12.9 ¿Expresiones de desesperanza e inutilidad?

SI () NO ()

¿Por qué? -----

13. NECESIDAD DE JUEGO Y RECREACION

DATOS SUBJETIVOS

13.1 ¿Dedica tiempo para realizar actividades deportivas, recreativas o ocio?

SI () NO ()

Tipo _____

13.2 ¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre?

Leer ()	Actividades Lúdicas ()
Ver televisión ()	Actividades Culturales ()
Actividades Deportivas ()	Juegos de mesa ()
Cine ()	Teatro ()

13.3 ¿Las situaciones de estrés y emociones intensas le impiden realizar actividades recreativas y deportivas?

SI () NO ()

De que modo _____

13.4 ¿Considera que el tiempo que usted dedica a la recreación es suficiente en proporción al tiempo y energía que dedica a su trabajo?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

13.5 ¿Conoce los lugares de recreación que tiene a su alcance en la comunidad?

SI () NO ()

13.6 ¿Cuenta con los recursos económicos para poder realizar actividades recreativas?

SI () NO ()

DATOS OBJETIVOS

13.7 Integridad del Sistema Neuro muscular

Elasticidad ()

Flexión ()

Extensión ()

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DATOS SUBJETIVOS

14.1 ¿Sabe escribir?

SI () NO ()

14.2 ¿Sabe leer?

SI () NO ()

14.3 ¿Le cuesta trabajo aprender?

Mucho () Poco ()

No me cuesta trabajo ()

14.4 ¿Considera que su memoria es buena?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

14.5 ¿Usted considera que necesita adquirir nuevos conocimientos?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

14.6 ¿Conoce el motivo de su ingreso?

SI () NO ()

14.7 ¿Le gustaría aumentar sus conocimientos respecto a su salud?

SI () NO ()

14.8 ¿De qué fuente adquiere sus conocimientos?

Lecturas () De sus semejantes () Televisión ()

Radio () Cursos () Otros ()

¿Cuáles? _____

14.9 ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud?

SI () NO ()

¿Cómo? _____

DATOS OBJETIVOS

Identifica alguna alteración en:

Vista () SI () NO ()

¿Cuál? _____

Oído () SI () NO ()

¿Cuál? _____

Pídale al usuario que repita la siguiente serie de números: 7.4.1

(memoria inmediata)

Dificultad para repetir Si () No ()

**El paciente recuerda con facilidad hechos del día anterior
(memoria reciente)**

SI () NO ()

**Recuerda con facilidad números telefónicos importantes
(memoria reciente)**

SI () NO ()

**Recuerda con facilidad hechos de la infancia
(memoria remota)**

SI () NO ()

Manifiesta interés por aprender

SI () NO ()

Se muestra receptivo

SI () NO ()