



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DESNUTRICIÓN CRÓNICA,
IMPLICADA CON ENTERITIS INFECCIOSA Y NEUMONÍA EN EL
SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL
LATACUNGA”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciado en Enfermería.

Autor: Borja Arias, Edwin Gustavo.

Tutora: Lcda. Mgs. Landázuri Troya, Teresa de Jesús.

Ambato – Ecuador

Noviembre 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DESNUTRICIÓN CRÓNICA, IMPLICADA CON ENTERITIS INFECCIOSA Y NEUMONÍA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA”**, de Edwin Gustavo Borja Arias estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Octubre de 2015

LA TUTORA

Lcda. Mgs. Landázuri Troya, Teresa de Jesús

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DESNUTRICIÓN CRÓNICA, IMPLICADA CON ENTERITIS INFECCIOSA Y NEUMONÍA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA”** es original, auténtica y personal; como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Octubre del 2015.

EL AUTOR

Borja Arias, Edwin Gustavo

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto de investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando ésta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Octubre del 2015.

EL AUTOR

Borja Arias, Edwin Gustavo

APROBACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: Investigación “**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DESNUTRICIÓN CRÓNICA, IMPLICADA CON ENTERITIS INFECCIOSA Y NEUMONÍA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA**”, de Edwin Gustavo Borja Arias, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Noviembre del 2015.

Para constancia firman:

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

Con mucho amor dedico este trabajo primeramente a Dios que con su infinita bondad y misericordia me ha permitido gozar de vida, salud, sabiduría y de muchas amistades. Dios es el que salva, cura y el que sana, solo tenemos que creer en él para que nuestros sueños y anhelos se hagan realidad.

A mis padres por estar ahí cuando más los necesité; gracias por su ayuda incondicional, constante apoyo para culminar mis estudios y por ayudarme en los momentos más difíciles.

Con mucho amor a mi esposa, con la que comparto hermosos momentos de felicidad y a mi futuro hijo que viene en camino, quienes son mi mayor motivación para nunca rendirme y poder llegar a ser un ejemplo.

A mi tutora mil gracias por su apoyo, tiempo, motivación y por sus conocimientos compartidos para la culminación del trabajo.

Allá en el cielo para todos mis familiares que ya no los tengo conmigo y que de seguro gozan la estancia en el cielo junto con Dios.

Con cariño y agradecimiento.

Gustavo Borja

AGRADECIMIENTO

Primera mente quiero agradecer a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, por haberme abierto sus puertas del conocimiento, por sus sólidos conocimientos científicos adquiridos y por el crecimiento productivo como ser humano.

A mí querida FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD, A LA CARRERA DE ENFERMERÍA, A LOS DOCENTES que con su alta responsabilidad social por la salud y la vida de la población han compartido sus conocimientos, permitiendo al estudiante desarrollarse en el ámbito de la investigación en salud.

Agradezco también a mi tutora la Lcda. Mgs. TERESA LANDÁZURI TROYA por haberme brindado su apoyo, conocimientos, guía y sabiduría en el desarrollo de este trabajo.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
RESUMEN.....	xi
SUMMARY.....	xiii
I. INTRODUCCIÓN:	1
II. OBJETIVOS:	2
1. OBJETIVO GENERAL	2
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE.....	2
a) IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE EN HISTORIAS CLÍNICAS:	2
b) IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE EN HISTORIAS CLÍNICAS:	24
IV. DESARROLLO:	28

a)	DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO:	28
b)	DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO:	30
c)	ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:	32
d)	IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:	34
	PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW.....	34
e)	CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:	36
f)	PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO:	45
V.	CONCLUSIONES:	50
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	52
VII.	ANEXOS:	56

ÍNDICE DE TABLAS

	<i>PAG.</i>
Tabla 1: Pirámide de Maslow	35
Tabla 2: Oportunidades de Mejora.....	44
Tabla 3: Plan Semanal de Alimentación.....	47
Tabla 4: Plan Nutricional Según Pirámide Alimenticia.....	48
Tabla 5: Plan Nutricional Según Rueda de Alimentos y Proporción Aproximada	49
Tabla 6: Examen de Laboratorio 1	56
Tabla 7: Examen de Laboratorio 2.....	56
Tabla 8: Test de BARBER – Medio Rural	59
Tabla 9: Escala de Riesgo de Úlceras por Presión –Emina	62
Tabla 10: Cuestionario de Inseguridad Alimentar	65
Tabla 11: Autonomía para las Actividades de la Vida Diaria –Barthel.....	69
Tabla 12: Cuestionario de Oviedo del Sueño.....	74
Tabla 13: Escala de Caras de Wong-Baker.....	75
Tabla 14: Escala de FLACC	76
Tabla 15: Entrevista Sobre la Carga del Cuidador (Zarit)	82
Tabla 16: Índice de Esfuerzo del Cuidador.....	84

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DESNUTRICIÓN CRÓNICA,
IMPLICADA CON ENTERITIS INFECCIOSA Y NEUMONÍA EN EL SERVICIO
DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA”**

Autor: Borja Arias, Edwin Gustavo

Tutor: Lcda. Mgs. Landázuri Troya, Teresa de Jesús

Fecha: Noviembre 2015.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo principal analizar la evolución de la enfermedad al paciente pediátrico con déficit en Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Este trabajo es de tipo descriptivo y participativo describiendo la realidad del entorno en la que vive la paciente, donde hubo la necesidad de utilizar instrumentos como son: entrevistas, escalas, cuestionarios, test, visitas domiciliarias y la observación, siguiendo como ejemplo el sistema de valoración de Marjory Gordon. Además mediante la pirámide de Maslow se pudo priorizar de manera clara los problemas para la correcta interpretación y elaboración del tratamiento alternativo nutricional.

En este análisis de caso clínico se presenta un paciente de 2 años de edad pre-escolar, con diagnóstico de: Desnutrición Crónica, de nacionalidad ecuatoriana, sexo femenino, nacida en el cantón Saquisilí provincia de Cotopaxi, segundo hijo, madre soltera, zona rural, mestiza, de escasos recursos económicos, mantiene una relación muy distante con su padre, proviene de una infancia muy pobre, madre desempleada, vivienda de madera en malas condiciones físicas, sin agua potable, sin alcantarillado y con vías de acceso domiciliar en mal estado.

Se evidencia un IMC de 11,6 dando como resultado una Delgadez Severa. Para la edad que presenta el paciente que es 2 años, paciente pesa: 5,7 kilogramos y su talla es 69,9 centímetros dando como resultado una Desnutrición Crónica y como conclusión que la Desnutrición Crónica en sus diversas formas es la más común de las enfermedades en niños y niñas menores de 5 años, su causa principal se debe en general al deficiente recurso económico y enfermedades que comprometen y ponen en riesgo la salud que junto con la pobreza van de la mano pudiendo así desencadenar en muerte de la paciente.

PALABRAS CLAVES: SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, DESNUTRICIÓN CRÓNICA, MARJORY GORDON, PIRÁMIDE DE MASLOW, DELGADEZ SEVERA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

Nursing Career

"NURSING INTERVENTION IN CHRONIC MALNUTRITION, INVOLVED WITH INFECTIOUS ENTERITIS AND PNEUMONIA IN THE PEDIATRIC WARD PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL LATACUNGA"

Autor: Borja Arias, Edwin Gustavo

Tutor: Licda. Mg. Landázuri Troya, Teresa de Jesús

Date: November 2015.

SUMMARY

This paper's main objective is to analyze the evolution of the disease in pediatric patients with deficit food and nutritional security.

This work is descriptive and participatory describing the reality of the environment in which the patient, where there was the need to use instruments such as live interviews, scales, questionnaires, tests, home visits and observation, following the example of the system Marjory Gordon valuation. Also by Maslow pyramid could clearly prioritize issues for the correct interpretation and elaboration of Nutrition Alternative Treatment.

Chronic Malnutrition, an Ecuadorian national, female, born in the Canton province of Cotopaxi Saquisilí second child, a single mother, rural area: in this case clinical analysis of a patient 2 years of pre-school age, diagnosed with presents mestizo, low income, maintains a very distant relationship with his father, comes from a very poor childhood, unemployed mother, wooden house in poor physical condition, no running water, no sewers and roads household access in poor condition.

A BMI of 11.6 resulting Thinness Severe evidenced. For the age that the patient is 2 years, patient weighs 5.7 kilograms and its size is 69.9 centimeters resulting in chronic

malnutrition and the conclusion that chronic malnutrition in its various forms is the most common diseases in children under 5, the main cause is generally due to poor economic resource and diseases that compromise and endanger health with poverty go hand in hand and can trigger the death of the patient.

KEYWORDS: FOOD AND NUTRITION SECURITY, CHRONIC MALNUTRITION, MARJORY GORDON, MASLOW PYRAMID, THINNESS SEVERE.

I. INTRODUCCIÓN:

La desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades. Sus causas se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades que comprometen el buen estado nutricional.

La desnutrición crónica infantil es un problema difícil de erradicar en Ecuador y en el mundo entero. Desde el estado de gestación y hasta los cinco años de edad se da una de las etapas más importantes en la vida de un ser humano, determinante para su desarrollo físico y mental siendo así una etapa definitiva, porque lo que en esta edad sucede es irreversible.

La desnutrición crónica infantil es un indicador que refleja la acumulación de los efectos de una mala alimentación en el tiempo. Las consecuencias de la desnutrición crónica en los niños y niñas son físicas e intelectuales; por lo que es de gran importancia analizar la situación en la que vive la paciente, para descubrir las causas y puntos críticos negativos que la ocasiona. El tipo de alimentación, en cuanto a calidad o variedad, es una de los posibles orígenes de la desnutrición crónica.

Al analizar la evolución de la enfermedad del paciente pediátrico con déficit en Seguridad Alimentaria y Nutricional nos permitirá conocer el grado de Inseguridad Alimentaria que presenta.

La problemática que trataremos es sobre Desnutrición Crónica que como factor principal tenemos a la pobreza, luego factores secundarios como el desempleo y el bajo ingreso económico que de la mano van juntos con la Desnutrición y la evolución continúa de la enfermedad que puede terminar en muerte.

II. OBJETIVOS:

1. OBJETIVO GENERAL

- Analizar la evolución de la enfermedad al paciente pediátrico con déficit en Seguridad Alimentaria y Nutricional.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar Factores Sociales y de Riesgo en el paciente.
- Determinar los puntos Críticos en la Ruta del paciente.
- Identificar el grado de Inseguridad Alimentaria.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE

a) IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE EN HISTORIAS CLÍNICAS:

CENTRO DE SALUD

22/4/2013

A las 00:50 horas bajo normas de asepsia y antisepsia, se da el parto cefalovaginal, se recibe a recién nacido vivo de sexo femenino con APGAR de 8 al primer minuto y 9 a los cinco minutos de nacido, se aspira secreción, secado, pinzamiento del cordón umbilical, activo y reactivo al manejo, con peso 2.690 kilo gramos, longitud 48 centímetros, perímetro cefálico 32,5 centímetros, perímetro torácico 31 centímetros, se le administra 0,10 unidades internacionales de vitamina K vía

intramuscular, trobamicina una aplicación en cada ojo, con abdomen suave a la palpación, con signos vitales: Frecuencia cardíaca 138 por minuto, frecuencia respiratoria 54 por minuto, temperatura 36°C, saturación de oxígeno 86%.

Además paciente recibe apego precoz, lactancia inmediata con buen reflejo y succión a seno materno, presenta meconio y micción. También recibe vacuna BCG y HB.

23/4/2013

Recién nacido de sexo femenino, alerta activo con buen reflejo de succión y tolerancia a seno materno, abdomen suave a la palpación, se realiza limpieza de ombligo, presenta deposición meconial, signos vitales normales: Frecuencia cardíaca 136 por minuto, frecuencia respiratoria 42 por minuto, temperatura 37°C, saturación de oxígeno 94%.

24/4/2013

Recién nacido de sexo femenino, alerta activo con buen reflejo de succión y tolerancia a seno materno, abdomen suave a la palpación, se realiza limpieza de ombligo más cambio de pañal, presenta meconio más micción, signos vitales normales: Frecuencia cardíaca 138 por minuto, frecuencia respiratoria 48 por minuto, temperatura 37,6 °C, saturación de oxígeno 90%. Además resultado de PCR indica 6mg/l, donde se indica comenzar antibiótico Ampicilina 250mg cada 12 horas, vía oral por 7 días.

También recién nacido recibe el alta en compañía de su madre, a la que se le indica cómo dar medicación en el hogar y que acuda en 5 días al control.

08/5/2015

Paciente acude a control médico con los siguientes signos vitales: Frecuencia cardíaca 130 por minuto, frecuencia respiratoria 40 por minuto, temperatura 36,9 °C, peso 5.750 kilo gramos, longitud 69,9 centímetros, perímetro cefálico 42 centímetros, motivo de consulta gripe, madre refiere que desde hace un tiempo

paciente deja de caminar, en la revisión de órganos y sistemas se observa Emaciación grave visible y disminución general del tono muscular. Dentro de la evaluación del desarrollo psicomotriz se observa un retardo en el desarrollo psicomotriz, dentro del examen físico se muestran signos claros de Desnutrición en todo el cuerpo, con el siguiente diagnóstico: Retardo en el desarrollo debido a desnutrición proteico-calórico. Además dentro del plan de tratamiento se indican: Medidas generales, vigilar signos de alarma, orientaciones nutricionales y referencia de Emergencia al H.P.G.L al servicio de Emergencia.

08/5/2015

SERVICIO DE EMERGENCIA DEL H.P.G.L

Paciente pediátrico, de sexo femenino, pre-escolar de 2 años, de nacionalidad ecuatoriana, de la provincia de Cotopaxi, es **REFERIDO** del Centro de salud al servicio de Emergencia, especialidad Pediatría del H.P.G.L, con signos clínicos de Desnutrición Severa, con el siguiente Diagnóstico: Retardo del Desarrollo debido a Desnutrición proteico-calórico.

Al ser valorada en el Servicio el examen físico presenta:

Paciente: desnutrida, edematizada.

Abdomen: Suave, poco depresible, doloroso a la palpación.

Extremidades: Edema generalizado.

Cama: Edema facial.

Tórax: Ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares ventilados.

Además se solicitan exámenes de laboratorio, Biometría, Uroanálisis, Plaquetas y Química sanguínea.

Luego del examen físico y de la interpretación de resultados de laboratorio, el Diagnóstico de Ingreso es: Glomerulonefritis y Desnutrición Grave.

Se indica el siguiente plan de tratamiento:

- Control de signos vitales.
- Dextrosa al 5% 400 mililitros más 17 miliequivalentes de sodio más 11 miliequivalentes de potasio intravenoso cada 24 horas.

Luego de esto el paciente recibe el alta del servicio de Emergencia con motivo de internación al servicio de Pediatría, paciente egresa vivo, en condiciones estables con el siguiente Diagnóstico de Egreso: Glomerulonefritis y Desnutrición Grave.

SERVICIO DE PEDIATRÍA

Paciente con solicitud de Internación, ingresa al servicio de Pediatría tras ser valorado por Médico General y Especialista, con los siguientes diagnósticos: Enteritis de presunto origen infeccioso y Desnutrición Grave (Kwashorkor).

Al examen físico paciente presenta:

- Signos vitales: Temperatura: 36.5°C, FC: 98', FR: 42', SatO2: 91%.
- Cabeza: Poco cabello.
- Orofaringe: Eritematosa.
- Cardíaco: Ruidos cardíacos normales.
- Pulmones: Murmullo vesicular conservados en ambos campos.
- Abdomen: Suave, depresible, ruidos hidroaéreos elevados.
- Región genital: Genitales femeninos normales.
- Extremidades: Extremidades inferiores con presencia de edema que deja fóvea.
- Piel: Piel con descamación.

Por lo que se prescribe las siguientes indicaciones médicas:

- Dieta para la edad.
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Peso diario.
- Soremal 100 mililitros luego de cada deposición diarreica.
- Radiografía pleuropulmonar.

- Biometría hemática, química sanguínea, proteínas totales, electrolitos, TSH, T3, T4.
- Coproparasitario mas polimorfonucleares.
- Elemental y microscópico de orina más Gram de gota fresca.
- Dispositivo intravenoso sin heparina.
- F 75 vía oral 60 mililitros cada 2 horas.
- Cálculo calórico.
- Complejo B 1 mililitro intramuscular (1/5).
- Gluconato de Zinc 12.5 miligramos vía oral.
- Vitamina A 100.000 unidades vía oral.

De igual manera se explica a madre de paciente por parte de médico Especialista, las condiciones del paciente, su cuadro clínico, los riesgos debido a la Desnutrición tipo Kwashorkor mismo que puede comprometer la vida del paciente.

09/5/2015

Paciente con 1 día de hospitalización, que recibe oxígeno a 1 litro por cánula nasal debido a que saturación ambiental es de 83%, en iguales condiciones clínicas, con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.

Al examen físico presenta:

- Signos vitales: Temperatura: 36.5°C, FC: 43', FR: 51', SatO2: 83% ambiental.
- Cabeza: Poco cabello de implantación.
- Cara: Edema periorbitaria, piel pálida.
- Orofaringe: Eritematosa.
- Tórax: Expansible, visible parrilla costal, murmullo vesicular disminuido, presenta crepitantes en pulmón izquierdo.

- Abdomen: Abombado, ruidos hidroaereos presentes.
- Corazón: Normal R1 Y R2 audibles.
- Miembros superiores: Descamación.
- Miembros Inferiores: Descamación.

Por lo que se prescribe las siguientes indicaciones médicas:

- Dieta para la edad.
- F 75, 60 mililitros cada 2 horas (1/3).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Peso diario.
- Soremal 100 mililitros luego de cada deposición diarreica.
- Ampicilina 300 miligramos intravenoso cada 6 horas (1).
- Gentamicina 10 miligramos intravenoso cada 6 horas (1).
- Metronidazol 50 miligramos intravenoso cada 6 horas.
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 1 mililitro intramuscular (2/5).
- Vitamina A 100.000 unidades vía oral.
- Cálculo calórico.

10/5/2015

Paciente con 2 días de hospitalización, en iguales condiciones clínicas, afebril, facies pálidas, irritable al manejo, permanece con apoyo de oxígeno a 1 litro por minuto mediante cánula nasal, presenta edema palpebral más edema focal, edema e nivel de miembros inferiores y superiores +++/3, madre refiere que paciente realiza deposición en una ocasión en abundante cantidad de mal olor y presenta tos seca, recibe medicación prescrita.

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.

- Retraso del desarrollo Psicomotriz.

Indicaciones médicas:

- Dieta para la edad
- F 75, 60 mililitros cada 2 horas (2/3).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Peso diario.
- Soremal 100 mililitros luego de cada deposición diarreica.
- Ampicilina 300 miligramos intravenoso cada 6 horas (2).
- Gentamicina 10 miligramos intravenoso cada 8 horas (2).
- Metronidazol 50 miligramos intravenoso cada 6 horas.
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 1 mililitro intramuscular (3/5).
- Cálculo calórico.
- Oxígeno a 1 litro por minuto.

11/5/2015

Paciente con 3 días de hospitalización, en iguales condiciones clínicas, afebril, facies pálidas, irritable al manejo, permanece con apoyo de oxígeno a 1 litro por minuto mediante cánula nasal permanente, presenta edema palpebral más edema focal, abdomen suave depresible, ruidos hidroaereos presentes, edema e nivel de miembros inferiores y superiores +++/3, buena tolerancia gástrica a F75, recibe medicación prescrita.

Durante la noche paciente presenta fiebre 38,3°C por lo que se baja mediante medios físicos. También en la noche se administra Aminoplasmal al 15% 2,5 gramos en 2 horas, para compensar Albúmina baja. (**Anexo 1**)

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.

- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.
- Neumonía.

Indicaciones médicas:

- Dieta para la edad
- F 75, 60 mililitros cada 2 horas (3/3).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Peso diario.
- Soremal 100 mililitros luego de cada deposición diarreica.
- Ampicilina 300 miligramos intravenoso cada 6 horas (3).
- Gentamicina 10 miligramos intravenoso cada 8 horas(3).
- Metronidazol 50 miligramos intravenoso cada 6 horas.
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 1 mililitro intramuscular (4/5).
- Gluconato de Zinc 12,5 miligramos vía oral cada día.
- Oxígeno a 1 litro por minuto.
- Control de ingesta y excreta.
- Aminoplasmal al 15% 2,5 gramos en 2 horas (1).

12/5/2015

Paciente con 4 días de hospitalización, en iguales condiciones clínicas, afebril, facies pálidas, quejumbrosa, irritable al manejo, permanece con apoyo de oxígeno a 1 litro por minuto mediante cánula nasal permanente, presenta edema palpebral más edema focal, tos esporádica, abdomen suave depresible, ruidos hidroaereos disminuidos, edema e nivel de miembros inferiores y superiores +++/3, recibe medicación prescrita.

También en la mañana presenta vomito por 3 ocasiones y no se administra F 75, igualmente en la noche presenta vomito de 50cc.

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.
- Neumonía.

Indicaciones médicas:

- Dieta para la edad
- F 75, 60 mililitros cada 2 horas (3/3).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Control de peso diario.
- Soremal 100 mililitros luego de cada deposición diarreica.
- Ampicilina 300 miligramos intravenoso cada 6 horas (4).
- Gentamicina 10 miligramos intravenoso cada 8 horas (4).
- Metronidazol 50 miligramos intravenoso cada 6 horas.
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 1 mililitro intramuscular (5/5).
- Gluconato de Zinc 12,5 miligramos vía oral cada día.
- Oxígeno a 1 litro por minuto.
- Control de ingesta y excreta.
- Aminoplasma al 15% 2,5 gramos en 2 horas (2).

13/5/2015

Paciente con 5 días de hospitalización, en malas condiciones clínicas, afebril, facies pálidas, quejumbrosa, irritable al manejo, taquicardico, permanece con apoyo de oxígeno a 1 litro por minuto mediante cánula nasal permanente, presenta edema palpebral más edema focal, tos productiva que moviliza secreciones, abdomen suave depresible, ruidos hidroaereos presentes, edema e nivel de miembros inferiores y superiores +++/3, recibe medicación prescrita.

También durante la noche el paciente presenta vómito en una ocasión, de contenido alimenticio.

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.
- Neumonía.

Indicaciones médicas:

- Dieta para la edad
- F 75, 60 mililitros cada 2 horas (4).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Control de peso diario.
- Soremal 100 mililitros luego de cada deposición diarreica.
- Ampicilina 300 miligramos intravenoso cada 6 horas (5).
- Gentamicina 10 miligramos intravenoso cada 8 horas (5).
- Metronidazol 50 miligramos intravenoso cada 6 horas.
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 2,5 mililitros vía oral cada día.
- Gluconato de Zinc 12,5 miligramos vía oral cada día.
- Oxígeno a 1 litro por minuto.
- Control de ingesta y excreta.
- Aminoplasma al 15% 3,5 gramos en 2 horas (3).
- Nutricalcin 1 medida al día, mesclar con alimentos.
- Radiografía de tórax.

14/5/2015

Paciente con 6 días de hospitalización, en malas condiciones clínicas, afebril, facies pálidas, quejumbrosa, irritable al manejo, permanece con apoyo de oxígeno a 1 litro

por minuto mediante cánula nasal permanente, presenta mucosas orales semi-húmedas, edema palpebral más edema focal, tos productiva que moviliza secreciones, abdomen suave depresible, ruidos hidroaéreos presentes, edema e nivel de miembros inferiores y superiores +++/3, tolera F 75, recibe medicación prescrita.

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.

Indicaciones médicas:

- Dieta para la edad.
- F 75, 60 mililitros cada 2 horas (5).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Control de peso diario.
- Soremal 100 mililitros luego de cada deposición diarreica.
- Ampicilina 300 miligramos intravenoso cada 6 horas (6).
- Gentamicina 10 miligramos intravenoso cada 8 horas (6).
- Metronidazol 50 miligramos intravenoso cada 6 horas.
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 2,5 mililitros vía oral cada día.
- Gluconato de Zinc 12,5 miligramos vía oral cada día.
- Oxígeno a 1 litro por minuto.
- Control de ingesta y excreta.
- Aminoplasmal al 15% 3,5 gramos en 2 horas (4).
- Nutricalcin 1 medida al día, mesclar con alimentos.

15/5/2015

Paciente con 7 días de hospitalización, en malas condiciones clínicas, afebril, álgica, facies pálidas, quejumbrosa, irritable al manejo, permanece con apoyo de oxígeno a

1 litro por minuto mediante cánula nasal permanente, presenta mucosas orales semi-húmedas, edema palpebral más edema focal, tos productiva que moviliza secreciones, abdomen suave depresible no doloroso, ruidos hidroaereos presentes, edema e nivel de miembros inferiores y superiores +++/3, realiza 1 deposición en la mañana, recibe medicación prescrita.

Además dentro del plan de tratamiento se cambia la dosis y hora de F 75 a 110 mililitros cada 3 horas y se suspende Nutricalcin.

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.

Indicaciones médicas:

- Dieta para la edad.
- F 75, 110 mililitros cada 3 horas (1).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Control de peso diario.
- Soremal 100 mililitros luego de cada deposición diarreica.
- Ampicilina 300 miligramos intravenoso cada 6 horas (7).
- Gentamicina 10 miligramos intravenoso cada 8 horas (7).
- Metronidazol 50 miligramos intravenoso cada 6 horas (7).
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 2,5 mililitros vía oral cada día.
- Gluconato de Zinc 12,5 miligramos vía oral cada día.
- Oxígeno a 1 litro por minuto.
- Control de ingesta y excreta.
- Aminoplasmal al 15% 3,5 gramos en 2 horas (5).

16/5/2015

Paciente con 8 días de hospitalización, en malas condiciones clínicas, afebril, algica, facies pálidas, quejumbrosa, irritable al manejo, permanece con apoyo de oxígeno a 1 litro por minuto mediante cánula nasal permanente, presenta mucosas orales semi-húmedas, edema palpebral más edema focal, tos productiva que moviliza secreciones, abdomen suave depresible no doloroso, ruidos hidroaereos presentes, edema a nivel de miembros inferiores y superiores continua de +++/3, recibe medicación prescrita.

Además dentro del plan de tratamiento se suspende Gentamicina y Aminoplasmal por órdenes médicas. También madre refiere que paciente presenta en la tarde diarrea en una oportunidad, acuosa de mal olor. Adicional a esto se comunica a madre de paciente el riesgo que compromete la vida del paciente.

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.

Indicaciones médicas:

- Dieta para la edad.
- F 75, 110 mililitros cada 3 horas (2).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Control de peso diario.
- Soremal 100 mililitros luego de cada deposición diarreica.
- Ampicilina 300 miligramos intravenoso cada 6 horas (8).
- Metronidazol 50 miligramos intravenoso cada 6 horas (8).
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 2,5 mililitros vía oral cada día.
- Gluconato de Zinc 12,5 miligramos vía oral cada día.

- Oxígeno a 1 litro por minuto.
- Control de ingesta y excreta.

17/5/2015

Paciente con 9 días de hospitalización, en malas e iguales condiciones clínicas sin mejora, afebril, álgica, facies pálidas, quejumbrosa, irritable al manejo, hipoactiva, permanece con apoyo de oxígeno a 1 litro por minuto mediante cánula nasal permanente, presenta mucosas orales secas, edema palpebral más edema focal, tos productiva que moviliza secreciones, abdomen suave depresible no doloroso, ruidos hidroaereos presentes, edema e nivel de miembros inferiores y superiores +++/3, realiza 1 deposición en la mañana, recibe medicación prescrita.

Además dentro del plan de tratamiento se cambia la dosis y hora de F 75 a 140 mililitros cada 4 horas.

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.

Indicaciones médicas:

- Dieta para la edad.
- F 75, 145 mililitros cada 4 horas vía oral (1).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Control de peso diario.
- Soremal 100 mililitros luego de cada deposición diarreica.
- Ampicilina 300 miligramos intravenoso cada 6 horas (9).
- Metronidazol 50 miligramos intravenoso cada 6 horas (9).
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 2,5 mililitros vía oral cada día.

- Gluconato de Zinc 12,5 miligramos vía oral cada día.
- Oxígeno a 1 litro por minuto.
- Control de ingesta y excreta.

18/5/2015

Paciente con 10 días de hospitalización, en malas e iguales condiciones clínicas, afebril, álgica, facies pálidas, quejumbrosa, irritable al manejo, permanece con apoyo de oxígeno a 0,5 litros por minuto mediante cánula nasal permanente, presenta mucosas orales semi-húmedas, edema palpebral más edema focal, tos productiva que moviliza secreciones, abdomen suave depresible no doloroso, ruidos hidroaereos presentes, edema e nivel de miembros inferiores y superiores +++/3, recibe medicación prescrita.

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.

Indicaciones médicas:

- Dieta para la edad.
- F 75, 145 mililitros cada 4 horas vía oral (2).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Control de peso diario.
- Soremal 100 mililitros luego de cada deposición diarreica.
- Ampicilina 300 miligramos intravenoso cada 6 horas (10).
- Metronidazol 50 miligramos intravenoso cada 6 horas (10).
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 2,5 mililitros vía oral cada día.
- Gluconato de Zinc 12,5 miligramos vía oral cada día.
- Oxígeno por razones necesarias.
- Control de ingesta y excreta.

- Nutricalcin 1 medida mesclado con alimentos cada día.

19/5/2015

Paciente con 11 días de hospitalización, en mejores condiciones clínicas, afebril, álgica, facies pálidas, quejumbrosa, irritable al manejo, permanece con apoyo de oxígeno a 1 litro por minuto mediante cánula nasal permanente, presenta mucosas orales húmedas, edema palpebral más edema focal, tos productiva que moviliza secreciones, abdomen suave depresible no doloroso, ruidos hidroaereos presentes, aún presenta edema a nivel de miembros inferiores y superiores, recibe medicación prescrita.

Además persiste nivel de albúmina bajo, (**Anexo 1**) por lo que se comunica a Nutricionista. También dentro del plan de tratamiento se suspende Ampicilina y Metronidazol.

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.
- Estrabismo.

Indicaciones médicas:

- Dieta para la edad.
- F 100, 135 mililitros cada 4 horas vía oral (0)
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Control de peso diario.
- Soremal 100 mililitros luego de cada deposición diarreica.
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 2,5 mililitros vía oral cada día.
- Gluconato de Zinc 12,5 miligramos vía oral cada día.

- Oxígeno por razones necesarias.
- Control de ingesta y excreta.
- Nutricalcin 1 medida mesclado con alimentos cada día.
- Hierro 25 miligramos vía oral cada día.

20/5/2015

Paciente con 12 días de hospitalización, en mejores condiciones clínicas, afebril, álgica, facies pálidas, quejumbrosa, irritable al manejo, permanece con apoyo de oxígeno a 1 litro por minuto mediante cánula nasal permanente, presenta mucosas orales húmedas, abdomen suave depresible no doloroso, ruidos hidroaereos presentes, aún presenta edema a nivel de miembros inferiores y superiores, vómito por una ocasión en poca cantidad, recibe medicación prescrita.

Además madre refiere que se le dé el ALTA para ir a su casa.

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.
- Estrabismo.

Indicaciones médicas:

- Dieta para la edad.
- F 100, 135 mililitros cada 4 horas vía oral (1).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Control de peso diario.
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 2,5 mililitros vía oral cada día.
- Gluconato de Zinc 12,5 miligramos vía oral cada día.
- Oxígeno por razones necesarias.

- Control de ingesta y excreta.
- Nutricalcin 1 medida mesclado con leche cada día.
- Hierro 25 miligramos vía oral cada día.

21/5/2015

Paciente con 13 días de hospitalización, permanece en mejores condiciones clínicas que al momento de su ingreso, afebril, algica, facies pálidas, quejumbrosa, poco irritable al manejo, permanece con apoyo de oxígeno a 1 litro por minuto mediante cánula nasal permanente, presenta mucosas orales húmedas, abdomen suave depresible no doloroso, ruidos hidroaereos presentes, aún presenta edema a nivel de miembros inferiores y superiores, recibe medicación prescrita.

Además madre de paciente recibe educación nutricional y forma de preparar Fórmula F 100. Adicional a esto, madre manifiesta que desea llevar a su hija a su casa, se le informa sobre riesgos y consecuencias. También se comunica a la Dinapen y llegan a un acuerdo con madre de paciente y decide quedarse 5 días más.

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.
- Estrabismo.

Indicaciones médicas:

- Dieta para la edad.
- F 100, 135 mililitros cada 4 horas vía oral (2).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Control de peso diario.
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 2,5 mililitros vía oral cada día.

- Gluconato de Zinc 12,5 miligramos vía oral cada día.
- Oxígeno por razones necesarias.
- Control de ingesta y excreta.
- Nutricalcin 1 medida mesclado con leche cada día.
- Hierro 25 miligramos vía oral cada día.

22/5/2015

Paciente con 14 días de hospitalización, permanece en mejores condiciones clínicas que al momento de su ingreso, afebril, álgica, facies pálidas, quejumbrosa, poco irritable al manejo, permanece con apoyo de oxígeno a 1 litro por minuto mediante cánula nasal permanente, presenta mucosas orales secas, abdomen suave depresible no doloroso, ruidos hidroaereos presentes, aún presenta edema a nivel de miembros inferiores y superiores, recibe medicación prescrita.

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.
- Estrabismo.

Indicaciones médicas:

- Dieta para la edad.
- F 100, 135 mililitros cada 4 horas vía oral (3).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Control de peso diario.
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 2,5 mililitros vía oral cada día.
- Gluconato de Zinc 12,5 miligramos vía oral cada día.
- Oxígeno por razones necesarias.
- Control de ingesta y excreta.

- Nutricalcin 1 medida mesclado con leche cada día.
- Hierro 25 miligramos vía oral cada día.

23/5/2015

Paciente con 15 días de hospitalización, permanece en mejores condiciones generales, afebril, algica, facies pálidas, quejumbrosa, poco irritable al manejo, permanece con apoyo de oxígeno a 1 litro por minuto mediante cánula nasal permanente, presenta mucosas húmedas, abdomen suave depresible no doloroso, ruidos hidroaereos presentes, disminución de edema a nivel de miembros inferiores y superiores, recibe medicación prescrita.

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.
- Estrabismo.

Indicaciones médicas:

- Dieta para la edad.
- F 100, 135 mililitros cada 4 horas vía oral (4).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Control de peso diario.
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 2,5 mililitros vía oral cada día.
- Gluconato de Zinc 12,5 miligramos vía oral cada día.
- Oxígeno por razones necesarias.
- Control de ingesta y excreta.
- Nutricalcin 1 medida mesclado con leche cada día.
- Hierro 25 miligramos vía oral cada día.

24/5/2015

Paciente con 16 días de hospitalización, permanece en mejores condiciones generales, afebril, facies semipálidas, poco irritable al manejo, activo y reactivo al manejo, presenta mucosas húmedas, saturación de oxígeno 92% ambiente, abdomen suave depresible no doloroso, ruidos hidroaereos presentes, disminución de edema a nivel de miembros inferiores y superiores, recibe medicación prescrita, paciente con pre-alta.

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.

Indicaciones médicas:

- Pre Alta.
- Dieta para la edad.
- F 100, 135 mililitros cada 4 horas vía oral (5).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Control de peso diario.
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 2,5 mililitros vía oral cada día.
- Oxígeno por razones necesarias.
- Control de ingesta y excreta.
- Nutricalcin 1 medida mesclado con leche cada día.
- Hierro 25 miligramos vía oral cada día.

25/5/2015

Paciente con 17 días de hospitalización, estable, permanece en mejores condiciones generales, afebril, facies normales, hidratada, activo y reactivo al manejo, presenta mucosas húmedas, saturación de oxígeno mayor a 90% ambiente, abdomen suave

depresible no doloroso, ruidos hidroaereos presentes, disminución de edema a nivel de miembros inferiores y superiores +/3, recibe medicación prescrita, paciente con alta.

Con los siguientes Diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del desarrollo Psicomotriz.

Indicaciones médicas:

- Alta.
- Dieta para la edad.
- F 100, 135 mililitros cada 4 horas vía oral (6).
- Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas.
- Control de peso diario.
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día.
- Complejo B 2,5 mililitros vía oral cada día.
- Oxígeno por razones necesarias.
- Control de ingesta y excreta.
- Nutricalcin 1 medida mesclado con leche cada día.
- Óxido de Zinc más Nistatina después de cada cambio de pañal.
- Contrareferencia a Centro de salud.

b) IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE EN HISTORIAS CLÍNICAS:

Hubo la necesidad de recabar más información para la elaboración del presente trabajo, apoyándome en entrevistas, escalas, cuestionarios, test, visitas domiciliarias y la observación, siguiendo como ejemplo el sistema de valoración de Marjory Gordon, siendo una herramienta útil para recabar información y que sirva de ayuda en la valoración de Enfermería. Además mediante la pirámide de Maslow se pudo priorizar de manera clara los problemas para la correcta interpretación y elaboración del proceso de atención de enfermería. Cabe recordar que la mayor parte de información se pudo obtener gracias a la colaboración de la madre del paciente.

VALORACION DE ACUERDO A LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.

PATRÓN 1 - PERCEPCIÓN / MANEJO DE LA SALUD

Madre de paciente refiere vivir acompañada pero si le hace falta un familiar quien le ayude en el cuidado diario permanente, por motivos de enfermedad no puede salir de su casa, dentro de los problemas de salud presenta problemas de visión, oído y ha estado hospitalizada este último año. También dentro del “Test de Barber-Medio Rural” (**Anexo 3**) presenta como resultado una puntuación total de 6 puntos, lo que paciente sugiere riesgo de dependencia.

PATRÓN 2 - NUTRICIONAL / METABÓLICO

Madre de paciente refiere que siempre ha faltado dinero para comprar alimentos, se disminuyeron el número usual de comidas por falta de dinero en el hogar tanto para adultos como para niños. En el hogar tanto un adulto como un niño siempre se queja de hambre y se acuesta con hambre. Además en los últimos 6 meses se disminuye el número de comidas de algún niño y come menos en la comida principal por que el dinero y los alimentos no alcanzan. También en los últimos 6 meses se compran menos alimentos indispensables para los niños por falta de dinero como son: leche, huevos,

pescado, legumbres, etc. Al aplicar el cuestionario de “Inseguridad Alimentaria (Community Childhood Hunger Identification Project)” (**Anexo 5**) se obtuvo una puntuación total de 35, dando como resultado una Inseguridad Alimentaria Severa.

Adicional a esto, al aplicar la escala de “Riesgo de Ulceras por Presión-Emina” (**Anexo 4**) en el ítem de Nutrición paciente refiere Desnutrición previa con albúmina y proteínas con valores inferiores a los estándares de laboratorio. Aquí se da una puntuación total de 12 puntos, donde indica mayor riesgo de desarrollar ulceras por presión.

PATRÓN 3 – ELIMINACION

Madre de paciente refiere ambas incontinencias urinaria y fecal con deposiciones diarreicas frecuentes de características líquidas y color amarillo. Al aplicar escala de “Riesgo de Ulceras por Presión-Emina” (**Anexo 4**) en el ítem de humedad relacionada con incontinencia, paciente refiere tener incontinencia urinaria y fecal con deposiciones diarreicas frecuentes. Dando como resultado una puntuación total de 12 puntos, donde indica mayor riesgo de desarrollar ulceras por presión.

PATRÓN 4 - ACTIVIDAD / EJERCICIO

Madre de paciente refiere que para poder alimentarse necesita ayuda como por ejemplo para rebanar pan, cortar carne, etc., pero es capaz de comer solo. También refiere ser capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia o gran ayuda para salir o entrar de la cama o desplazarse. Existe dependencia total para bañarse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, deambulación y para subir y bajar escaleras. Para recabar mejor información se aplicó el cuestionario de “Autonomía para las actividades de la vida diaria–Barthel” (**Anexo 6**) con 10 ítems donde a menor puntuación existe mayor dependencia y a mayor puntuación más independencia. Dando como resultado una puntuación total de 10 puntos, donde indica dependencia total.

PATRÓN 5 – SUEÑO / DESCANSO

Madre de paciente refiere de acuerdo a cuestionario aplicado estar insatisfecha con el sueño de su hija. Para lo cual se aplicó el cuestionario de oviendo del sueño” (**Anexo 7**). También paciente refiere tener dificultades para conciliar el sueño y tarda en quedarse dormida entre 31-45 minutos. Paciente regularmente se despierta por las noches al encontrarse el pañal mojado o por hambre. Madre de paciente refiere además que como método de ayuda para dormir a su hija utiliza el seno materno y el biberón.

PATRÓN 6 – COGNITIVO / PERCEPTUAL

Madre de paciente refiere tener dolor siempre, para lo cual se aplicó la escala de “Cara de Wong-Baker” (**Anexo 8**), cada rostro representa diferente estado, desde felicidad hasta tristeza, según la intensidad del dolor. Como resultado de elección de la cara que mejor describe la manera como se siente el paciente, se obtuvo una puntuación total de 3 puntos, donde indica tener la carita numero 3 donde el dolor es molesto.

También se aplicó la escala del dolor de “FLACC” (**Anexo 9**), donde paciente arruga la nariz, frunce y hace muecas esporádicas, se le puede consolar, se queja de llanto, dentro de la actividad encoje las piernas y mantiene las piernas inquietas. Como resultado se obtuvo una puntuación total de 5 puntos, donde el dolor es moderado.

PATRÓN 7 – AUTOPERCEPCION / AUTOCONCEPTO

Aquí se aplicó la observación como instrumento de valoración de Enfermería y se pudo notar una imagen corporal muy descuidada, pero cabe recalcar que la pobreza es también protagonista del descuido de la imagen corporal. También la apariencia física que presenta el paciente es mala por las enfermedades que presenta, haciendo que su autoestima y su felicidad sea mala.

PATRÓN 8 – ROL / RELACIONES

Madre de paciente refiere que nunca se ha sentido tensa cuando ha estado cerca de su familiar y nunca desearía dejar el cuidado de su hija a otra persona, aunque rara vez ha sentido enfado cuando está cerca de su familiar. Además cuidador refiere que algunas

veces piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que tiene con otros miembros de la familia, sintiéndose incomodo por distanciarse de sus amistades por cuidar a su familiar. También bastantes veces el cuidador se siente agobiado por intentar contabilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia) y casi siempre el paciente depende del cuidador. Adicionalmente a todo esto los insuficientes ingresos económicos complican aún más la vida del cuidador desde que comenzó la enfermedad de su familiar. Aquí se aplicó una entrevista sobre la “Carga del cuidador de Zarit” (**Anexo 10**), de 22 preguntas. Dando como resultado una puntuación total de 92 puntos, donde indica sobrecarga intensa del cuidador.

Al mismo tiempo se aplicó un “Índice de Esfuerzo del Cuidador” (**Anexo 11**), donde se dio lectura a una lista de cosas que han sido problemáticas para el cuidador al atender a su familiar que ha regresado a casa tras una estancia en el Hospital. Como resultado se obtuvo una puntuación total de 12 puntos, donde una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

PATRÓN 9 – SEXUALIDAD

La sexualidad forma parte en la vida de todas las personas desde el momento en que nacemos, permitiendo conocer a qué sexo pertenecemos. Aquí se aplicó la observación como instrumento de valoración de Enfermería y se pudo notar que los órganos sexuales están anatómicamente normales para la edad del paciente. Pero cabe recalcar que la sexualidad en los primeros años de vida es muy fundamental para el desarrollo en niños y niñas ya que a muy tempranas edades empiezan a darse cuenta de que pertenecen a un sexo y reconocen que es niño o niña.

PATRÓN 10 – TOLERANCIA AL ESTRES

Aquí se aplicó la observación como instrumento de valoración de Enfermería y para recabar información en relación a la tolerancia al estrés y se pudo notar que existe una baja tolerancia que el paciente tiene al estrés y que además tiene gran influencia en la Enfermedad que paciente atraviesa en sus primeros 2 años de vida. Esta baja tolerancia

al estrés hace que el paciente perciba su personalidad de una forma negativa donde la pobreza va de la mano junto con la enfermedad.

PATRÓN 11 – VALORES CREENCIAS

Madre de paciente refiere que le inculca valores y que debido a la edad que presenta, el paciente no practica ninguna clase de religión, costumbres, ni creencias.

IV. DESARROLLO:

a) DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO:

Paciente de 2 años de edad pre-escolar, de nacionalidad ecuatoriana, sexo femenino, nacida en el cantón Saquisilí, segundo hijo, vive en zona rural, parroquia Guaytacamac provincia de Cotopaxi, barrio 12 de Octubre, de raza mestiza, vive con su madre, familia de escasos recursos económicos, relación muy distante con su padre, vive con su madre hermano y abuelita, (**Anexo 12**) infancia triste, pobre, madre desempleada, vivienda de madera en condiciones inhumanas, (**Anexo 14**) sin agua potable, sin alcantarillado, vías de acceso domiciliar en mal estado.

Paciente nace en el centro de salud del cantón Saquisilí, provincia de Cotopaxi, en condiciones normales y se le da la Alta médica dos días después en buenas condiciones clínicas. A los dos años de edad madre de la paciente se da cuenta que deja de caminar y presenta deposiciones diarreicas y decide llevarle al Centro de Salud de Saquisilí, dentro de la evaluación del desarrollo psicomotor se observa un retardo en el desarrollo psicomotriz, dentro del examen físico se muestran signos claros de Desnutrición en todo el cuerpo.

Como es normal y siguiendo el protocolo la paciente es referida del Centro de Salud de Saquisilí con signos clínicos de Desnutrición Severa, con el siguiente Diagnóstico: Retardo del Desarrollo debido a Desnutrición proteico-calórico, al servicio de Pediatría del H.P.G.L donde recibe atención adecuada que necesita para mejorar su estado de salud.

Al ser valorada en el Servicio de Pediatría al examen físico presenta: Temperatura: 36,5°C, frecuencia cardiaca: 98 por minuto, frecuencia respiratoria: 42 por minuto, saturación de oxígeno 91%, paciente poco activa y reactiva al manejo, poca implantación de cabello, orofaringe eritematosa, ruidos cardiacos normales, murmullo pulmonar conservado en ambos campos pulmonares, abdomen globoso, suave, depresible, no doloroso a la palpación, extremidades inferiores con edema que deja fóvea, piel descamativa. Paciente luego de la valoración de Pediatría presenta los siguientes diagnósticos:

- Enteritis de presunto origen infeccioso.
- Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Maltrato Infantil.
- Retraso del Desarrollo Psicomotriz.

Una vez ya valorada la paciente y establecidos los diagnósticos se procede al tratamiento y plan terapéutico donde la paciente recibe: Dextrosa al 5% en agua 500 mililitros intravenoso más 17 miliequivalentes de sodio y 14 miliequivalentes de potasio en 24 horas, ampicilina 300 miligramos intravenoso cada 6 horas, Gentamicina 10 miligramos intravenoso cada 8 horas, Metronidazol 50 miligramos intravenoso cada 6 horas, F75 60 mililitros vía oral por 5 días, luego F75 100 mililitros vía oral cada 4 horas por 2 días, F100 135 mililitros vía oral cada 4 horas por 5 días, Nutricalcin una medida mesclar con los alimentos, Hierro 2,5 miligramos vía oral cada día, Ácido fólico 1 miligramo cada día, Complejo B 2,5 miligramos vía oral cada día, Óxido de Zinc más Nistatina 1 aplicación después de cada cambio de pañal.

Paciente que durante su hospitalización presenta niveles bajos de albumina y edema marcado, posteriormente el edema disminuye y paciente evoluciona sin complicaciones. Luego de 17 días de hospitalización en el servicio de Pediatría paciente es dada de Alta estable, en mejores condiciones clínicas. Paciente Egresas con los siguientes diagnósticos:

- Enteritis Infecciosa.
- Maltrato Infantil. Desnutrición Grave Kwashorkor.
- Anemia Ferropénica.
- Retraso en el Desarrollo psicomotriz

Se realiza la Contrarreferencia de la paciente al Centro de Salud de Lasso, pero madre de la paciente nunca acude a dicho Centro de Salud con su hija. Las cosas empeoran y se evidencia el Maltrato Infantil y la Desnutrición Grave Kwashorkor sigue a mano de la pobreza.

b) DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO:

Uno de los problemas más importantes es la pobreza como factor de riesgo principal y sobre todo la carencia de alimentos adecuados: esta tipo de factor de riesgo se presenta por falta de ingresos económicos de la familia debido al desempleo, subempleo, desplazamiento, madres cabeza de familia, y sobre todo hijos no deseados traídos al mundo en momentos de pobreza.

Cabe recalcar que el abandono y descuido de la niña: está asociado con el maltrato infantil, debido a que las condiciones donde vive la niña no son las mejores donde ella pueda desarrollarse de mejor manera. También dentro del abandono y descuido de la niña existe responsabilidad por parte del padre de la niña ya que desde el día que engendró a su hija nunca se preocupó por el estado de salud y la abandono, dejando el cuidado solo a su madre la cual debido a la pobreza y desempleo no ha podido darle una mejor oportunidad de vivir. De acuerdo a familiograma elaborado se puede ver que madre de paciente y padre de paciente nunca estuvieron casados y mantienen una relación muy distante. **(Anexo 12)**

Otro punto importante al momento de detectar los factores de riesgo es el tiempo que no recibió leche materna el paciente, solo recibió 6 meses leche materna, pero debido a la malnutrición de la madre se puede decir que la leche materna aportaba pocos nutrientes y poca cantidad en cuanto a producción de leche materna: recordemos que

esta debe ser exclusiva durante los seis primeros meses y con la alimentación complementaria hasta los dos años de edad, pero por la pobreza no se cumplió.

Importante mencionar otro factor de riesgo siendo el deficiente e inadecuado aporte de energía y nutrientes: debido a la falta de dinero para comprar alimentos. Nunca hubo consumo de alimentos ricos en carbohidratos, ricos en proteínas, hierro, calcio y vitaminas, entre otros. Siempre faltó dinero para comprar alimentos y satisfacer las necesidades nutricionales de la niña. **(Anexo 5)**

Enfermedades como la Diarrea y la Neumonía: hicieron que el paciente pierda el apetito, coma poco y aumente las necesidades de energía y nutrientes, generando un balance negativo y empeorando más su estado de salud.

Al visitar el domicilio del paciente se pudo observar que existen otros factores de riesgo relacionados con la comunidad al no contar con agua potable y alcantarillado. La zona rural donde está ubicada la vivienda de la paciente se encuentra en condiciones vulnerables y de evidente pobreza, donde las condiciones físicas de la vivienda no son las más adecuadas para que se pueda desarrollar la vida normal del paciente. **(Anexo 14)**

Finalmente es muy importante mencionar un factor de riesgo que puede desencadenar en muerte del paciente es que el IMC que paciente presenta es de 11,6 dando como resultado una Delgadez Severa. Para la edad que presenta el paciente que es 2 años, paciente pesa: 5,7 kilogramos y su talla es 69,9 centímetros. **(Anexo2)**

c) ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:

En este punto de análisis daremos a conocer un repaso sobre el estado de salud de la paciente, su condición de vida y el rol que desempeña el personal de salud desde que la paciente nació hasta la actualidad.

Es un paciente que nace hace dos años atrás en el Centro de Salud bajo normas de asepsia y antisepsia mediante parto cefalovaginal, vivo de sexo femenino con APGAR de 8 al primer minuto y 9 a los cinco minutos de nacido, se aspira secreción, secado, pinzamiento del cordón umbilical, con peso 2.690 kilo gramos, longitud 48 centímetros, perímetro cefálico 32,5 centímetros, perímetro torácico 31 centímetros, se le administró 0,10 unidades internacionales de vitamina K vía intramuscular, trobamicina una aplicación en cada ojo, abdomen suave a la palpación, con signos vitales: Frecuencia cardiaca 138 por minuto, frecuencia respiratoria 54 por minuto, temperatura 36°C, saturación de oxígeno 86%.

Además paciente recibe el Alta al segundo día en condiciones normales alerta activo con buen reflejo de succión y tolerancia a seno materno, abdomen suave a la palpación, signos vitales normales: Frecuencia cardiaca 138 por minuto, frecuencia respiratoria 48 por minuto, temperatura 37,6 °C, saturación de oxígeno 90%. El parto se desarrolló en condiciones normales donde paciente recibió atención oportuna y de calidad por parte del personal de salud del Centro de Salud. Hasta aquí todo iba bien pero la situación iba a cambiar porque la pobreza siempre estuvo presente.

Como es normal madre de paciente acudía a Control de Niño Sano al Centro de Salud que existía en su comunidad donde vive aún, el centro de salud estaba ubicado en la parroquia Guaytacama de la provincia de Cotopaxi. Luego de un tiempo el Centro de Salud de Guaytacama se cierra por que en el barrio de Lasso, parroquia Tanicuchi se construía un Centro de Salud del Milenio tipo "C". En ese transcurso de tiempo se trasladan las Historias Clínicas que existían en Guaytacama al nuevo centro de salud en Lasso y se extravía la Historia Clínica de la paciente.

Desde aquí en adelante por la distancia que existe entre la casa donde vive la paciente hasta el nuevo Centro de Salud del Milenio tipo “C”, madre de la paciente se descuida de los controles de salud de su hija y no acudió nunca más a un Centro de Salud. También nunca más recibieron visitas domiciliarias por parte del personal del centro de salud. Cabe añadir que la paciente nunca recibió el apoyo de su padre.

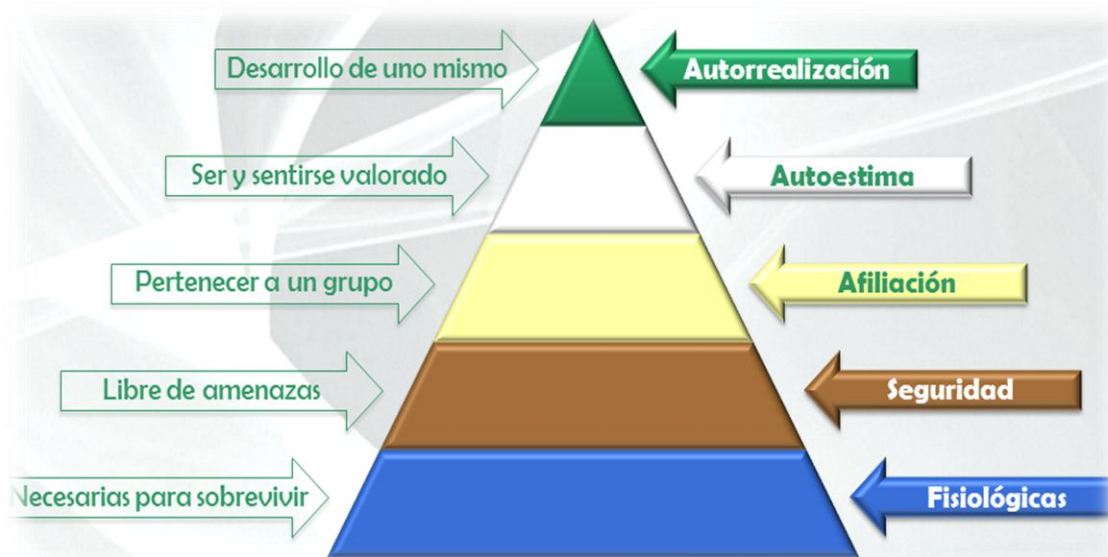
A los dos años de edad que cumple la niña madre de la paciente se da cuenta que deja de caminar y llora mucho por lo que acude al Centro de Salud de Saquisilí, dentro de la evaluación del desarrollo psicomotor se observa un retardo en el desarrollo psicomotriz, dentro del examen físico se muestran signos claros de Desnutrición en todo el cuerpo. Inmediatamente personal de salud refiere a la paciente al servicio de Pediatría del H.P.G.L donde recibirá la atención adecuada que necesita para mejorar su estado de salud, pero las condiciones clínicas de la paciente son muy malas debido a la Desnutrición Grave que presenta.

Luego de 17 días de hospitalización en el servicio de Pediatría paciente es dada de Alta estable, en mejores condiciones clínicas. Se realiza la Contrarreferencia de la paciente al Centro de Salud de Lasso, pero madre de la paciente nunca acude a dicho Centro de Salud con su hija. Las cosas empeoran y se evidencia el Maltrato Infantil que sufre la paciente y la Desnutrición Grave sigue a mano de la pobreza.

d) IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:

PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW.

Según Maslow hay necesidades básicas que las personas tenemos que satisfacer, cumpliendo cada nivel antes de pasar al siguiente, para finalmente autorrealizarnos y poder comportarnos sin egoísmo. Por lo cual a continuación se prioriza necesidades de la paciente con la ayuda de la pirámide de Maslow.



Necesidades fisiológicas

Respiración

- ✚ Hiperventilación debido a que el dolor es molesto.

Alimentación

- ✚ IMC que paciente presenta es de 11,6 dando como resultado una Delgadez Severa. (Anexo 2)
- ✚ Presenta Inseguridad Alimentaria Severa. (Anexo 5)

Eliminación

	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Estreñimiento fecal y miccional. (Anexo 4) <p>Descanso</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Insatisfacción con el sueño. (Anexo 7) ✚ Insomnio. (Anexo 7).
Necesidades de seguridad	<p>Seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Pobreza extrema. ✚ Desempleo. ✚ Condiciones físicas de vivienda inadecuadas. ✚ Maltrato Infantil.
Necesidades de afiliación	<p>Amistad y afecto</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Relación distante con el padre de la paciente. ✚ Aislamiento social. ✚ Relación débil con amigos, familia, educación, salud, transporte y recreación. (Anexo 13) ✚ Falta de amor y afecto.
Necesidades de reconocimiento	<p>Auto reconocimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Inequidad de recursos.
Necesidad de autorrealización	<p>Aceptación de los hechos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Insatisfacción por el nivel económico. ✚ Déficit de conocimientos sobre la patología y alimentación adecuada. ✚ Retraso psicomotriz. ✚ Dificultosamente alcanzar el éxito.

Tabla 1:
Autor: Investigador
Fuente: Entrevista

e) **CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:	OPORTUNIDADES DE MEJORA:	ACCIONES DE MEJORA:
Patrón respiratorio ineficaz r/c presencia de edema inflamatorio en alvéolos pulmonares, m/p fatiga, disminución de la energía, y tos.	Mejorar el patrón respiratorio.	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Posición semifowler. ⊗ Realizar nebulizaciones con Salbutamol y/o Solución Salina. ⊗ Control de signos vitales. ⊗ Oxígeno a dos litros por minuto por mascarilla facial. ⊗ Manejo de la vía aérea. ⊗ Aspiración de las vías aéreas.
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad para digerir los alimentos, incapacidad para absorber los nutrientes, factores psicológicos, recursos económicos	Mejorar el patrón nutricional y metabólico.	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Coordinar con nutrición sobre el manejo nutricional. ⊗ F 75 vía oral 60 mililitros cada 2 horas. ⊗ Nutricalcin 1 medida al día, mesclado con alimentos. ⊗ Control de signos vitales más

<p>insuficientes y factores biológicos m/p IMC de 11.6, emaciación.</p>		<p>saturación de oxígeno cada 6 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Peso diario. ⊗ Vigilar la ingesta de la dieta indicada, ver tolerancia. ⊗ Control de ingesta y excreta. ⊗ Enseñar a la madre la preparación de la Fórmula, teniendo en cuenta las medidas de higiene. ⊗ Educación a la madre sobre la importancia de la alimentación, y que alimentos puede dar a su niña. ⊗ Informar novedades.
<p>Diarrea r/c Enteritis Infecciosa m/p edema generalizado, piel y mucosa secas, deposiciones líquidas.</p>	<p>Mejorar la eliminación intestinal y recuperar el equilibrio hidroelectrolítico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Rehidratar a la paciente por vía oral o intravenosa y monitorizarlo. ⊗ Mantener a la paciente hidratado, reemplazando las pérdidas con solución de

		<p>rehidratación oral, Soremal 100 mililitros luego de cada deposición diarreica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Valorar las características de la diarrea, incluyendo color de las heces, la existencia de moco o sangre. ⊗ Determinar si el paciente controla progresivamente las deposiciones. ⊗ Valoración del equilibrio hídrico mediante la determinación de la existencia de confusión, humedad de las membranas mucosas, ojos hundidos, sensación de sed y variación del peso corporal. ⊗ Valorar los niveles plasmáticos de los principales electrolitos
--	--	---

		<p>(Glucosa, Sodio, Potasio, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Evaluar y determinar el estado de hidratación y la presencia de otros problemas o complicaciones asociados a la diarrea. ⊗ Administrar antibióticos u otros tratamientos bajo prescripción médica.
<p>Riesgo de lesión r/c condiciones físicas de vivienda inadecuadas, pobreza y desempleo.</p>	<p>Seguridad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Valorar la amplitud de las lesiones físicas, estado emocional y conducta, participando en la realización de las pruebas diagnósticas. ⊗ Proteger contra la continuación del maltrato, proporcionando a la niña un ambiente seguro.

		<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Favorecer un ambiente terapéutico: intentar que el personal que atiende a la niña sea siempre el mismo, mostrar que se le acepta sin esperar lo mismo a cambio, prestar atención sin reforzar conductas inapropiadas, planear actividades adecuadas con el personal de salud. ⊗ Hacer frente a la propia frustración por conductas negativas de la niña y alabar los aspectos positivos a fin de fomentar su autoestima. ⊗ Aliviar la ansiedad del niño atendiéndole como una persona que tiene un problema de salud específico que requiere
--	--	--

		<p>hospitalización y no como una "víctima", evitando hacer demasiadas preguntas.</p> <ul style="list-style-type: none">⊗ Contribuir al bienestar general de la niña hospitalizada atendiendo a las necesidades psicosociales y afectivas además de las lesiones relacionadas con el maltrato infantil, aceptando las regresiones transitorias como un mecanismo necesario para hacer frente a la crisis actual.⊗ Fomentar durante la estancia de la niña en el hospital el sentido de adecuación paterna orientando a los padres y haciéndoles sentir que son
--	--	--

		<p>bienvenidos y parte importante de la recuperación de su hijo. Reforzando las actividades de crianza en que muestran competencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Debemos centrarnos en el maltrato como un problema que requiere intervención terapéutica, y no una característica o deficiencia de conducta del progenitor mostrando empatía con las dificultades de la crianza de los hijos, en especial las crisis vitales, sin condenar directamente el maltrato o la negligencia. ⊗ Planificar y hacer los preparativos para el alta tan pronto como
--	--	---

		<p>se tome una decisión en cuanto al destino del niño. Cuando al niño se le separe de su ambiente familiar debemos ayudarle a recuperarse de esta perdida, en especial si ello lleva consigo la separación de otros hermanos.</p>
<p>Retraso en el crecimiento y desarrollo r/c efectos de la incapacidad física m/p retraso para realizar las habilidades típicas de su grupo de edad.</p>	<p>Restablecer el desarrollo psicomotriz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Leerle a diario a la niña para aumentar la curiosidad y mejorar su concentración. . ⊗ Pedirle que le busque objetos o que le nombre objetos o las partes del cuerpo. ⊗ Participar con ella en juegos de asociación, como en los que debe clasificar figuras por su forma y hacer rompecabezas sencillos. ⊗ Animarla a explorar y a probar cosas

		<p>nuevas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Contribuir a su desarrollo del lenguaje hablando con ella y completando palabras que comience a decir. Por ejemplo, si la niña dice "bib-e", se deberá contestar: "Sí, eso es un biberón." ⊗ Fomentar la independencia que está adquiriendo dejándola que se vista y coma por sí sola. ⊗ Dar un pequeño paseo para fomentar en la niña la curiosidad y su capacidad para reconocer objetos comunes.
--	--	--



Tabla 2:
 Autor: Investigador
 Fuente: Instrumento Estructurado









f) PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO:

PLAN SEMANAL DE ALIMENTACION

Conviene tener en cuenta las siguientes recomendaciones recordando que el plan alternativo de nutrición está diseñado para satisfacer las necesidades del paciente pediátrico:

- ⦿ Este plan de alimentación propuesto puede ser modificado en función de la organización familiar.
- ⦿ Este tipo de propuesta puede aplicarse a cualquier época del año, aunque es recomendable hacer las adaptaciones necesarias para utilizar alimentos “de temporada”, en especial en lo que son frutas y verduras.
- ⦿ Para facilitar la comprensión y aplicación de este plan semanal de alimentación, el cuadro tiene alimentos muy comunes a todas las regiones.

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	ALMUERZO	MEDIA TARDE	MERIENDA
LUNES: Leche con cereal, integral con miel o mermelada, zumo de manzana.	Una granadilla o durazno. 	Guiso de carne con patatas, zanahoria y arveja. Zumo de naranja.	Yogurt y una pera. 	Sopa de verduras, tortilla de maíz. Leche y plátano.
MARTES: Leche, dos rebanadas de	Tostadas con mermelada y	Arroz, atún y ensalada de	Queso con una rebanada de	Puré de verduras.

pan con tomate y jamón.	una mandarina. 	lechuga, tomate, zanahoria. Zumo de melón.	jamón. 	Pescado a la plancha con rodajas de tomate. Batido de leche con cacao.
MIERCOLES: Batido de leche con plátano, galletas integrales, huevo duro.	Ensalada de frutas con miel. 	Sopa de legumbres con verduras, garbanzo, espinaca, papas y zanahoria. Zumo de naranja.	Biscocho y una manzana. 	Tortilla de papa con salsa de tomate. Leche.
JUEVES: Leche, tostadas de pan con mantequilla. Zumo de mora.	Tortilla de huevo con yogurt. 	Crema de verduras, arroz con huevo frito y salsa de tomate. Ensalada de frutas.	Galletas integrales y un plátano. 	Chuleta de cerdo con papas y salsa de tomate con aguacate. Leche.
VIERNES: Leche con cereal, Zumo de papaya. Huevo duro.	Frutillas con yogurt. 	Lenteja con arroz, papas y zanahoria, ensalada de verduras y pollo. Zumo de	Yogurt y trozos de frutas. 	Pescado con yuca, ensalada de arveja, vainita y zanahoria. Leche.

		babaco.		
SABADO : Leche con tostadas de pan y aceite de oliva. Zumo de frutas.	Dos tostadas de pan con atún. Dos rodajas de piña. 	Sopa de fideos, legumbres, verduras y carne de res.	Dos rebanadas de pan con tomate, queso y jamón. Sandía. 	Espaguetis con crema de tomate y pollo. Leche.
DOMINGO: Batido de leche con chocolate y dos rebanadas de pan con queso y mantequilla. Huevo duro.	Batido de mango con leche y galletas integrales. 	Carne de cerdo con champiñones, ensalada de lechuga, tomate y espárragos. Zumo de chirimoya.	Batido de leche con plátano. 	Pescado con arroz y puré de papa. Leche.

Tabla 3:
Autor: Investigador
Fuente: Instrumento Estructurado

PLAN NUTRICIONAL SEGÚN PIRAMIDE ALIMENTICIA

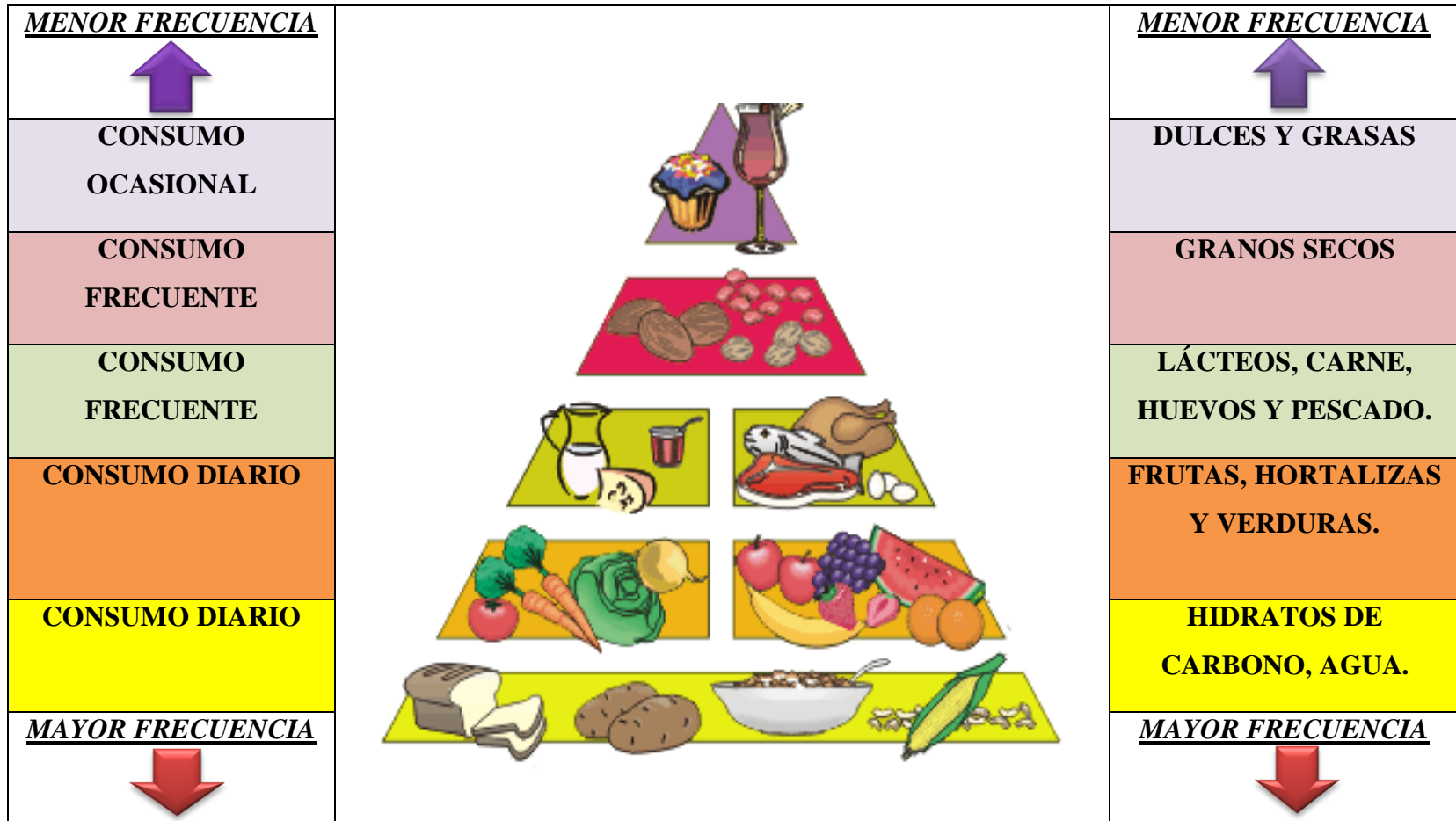


Tabla 4:
 Autor: Investigador
 Fuente: Instrumento Estructurado

PLAN NUTRICIONAL SEGÚN RUEDA DE ALIMENTOS Y PROPORCIÓN APROXIMADA

<p>Lácteos 15%: son muy ricos en proteínas y calcio. El calcio es lo que se necesita para la formación de unos huesos y dientes fuertes.</p>		<p>Aceites y Grasas 8%: no es buen abusar de las grasas, se recomienda el aceite de oliva virgen por que ayuda a regular el colesterol.</p>
<p>Carnes, pescados y huevos 11%: ideales para crecer sano y fuerte, la carne con menos grasa es más saludable, y el salmón o conocido como trucha es rico en omega 3.</p>		<p>Dulces 6%: en poca medida. El azúcar no debe sobrepasar el 10% de las calorías diarias. Es importante una buena higiene bucal para prevenir las caries.</p>
<p>Pan y cereales 13%: hidratos de carbono. Aportan vitaminas, minerales y energía que necesita la niña para aprender cosas y jugar todo el día.</p>		<p>Verduras y hortalizas 16%: vitaminas, minerales y fibra. Imprescindibles hay que consumirlos a diario.</p>
<p>Legumbres y frutos secos 15 %: hidratos de carbono, fibra y proteínas vegetales, no faltara energía y los intestinos estarán fuertes y sanos.</p>		<p>Frutas 16 %: Una manera sabrosa de ingerir líquido. Con muchas vitaminas. Minerales y fibra.</p>
		<p>Agua: Tiene que beber mucha agua durante todo el día, lo ideal 6 vasos de agua al día.</p>

Tabla 5:
 Autor: Investigador
 Fuente: Instrumento Estructurado

V. CONCLUSIONES:

- ⊙ La Desnutrición Crónica evoluciona progresivamente con ayuda de la pobreza, sin duda un problema muy grande y difícil de erradicar. Desde cuando la paciente tuvo 6 meses de edad y con la insuficiente ingesta de alimentos, comenzaron aparecer enfermedades donde la madre de la paciente no se dio cuenta, hasta que tuvo que hospitalizarla de forma inmediata debido al déficit en Seguridad Alimentaria y Nutricional que la paciente presentaba que incluso llego a comprometer gravemente la vida de la paciente.
- ⊙ Mediante este trabajo pude darme cuenta que la pobreza como principal factor, el desempleo y el bajo ingreso económico que recibe la madre de la paciente, limita la accesibilidad a alimentos nutritivos y de calidad.
- ⊙ La desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades en niños y niñas menores de 3 años, su causa principal se debe en general al deficiente recurso económico o a enfermedades que comprometen y ponen en riesgo la salud.
- ⊙ La paciente solo recibió 6 meses leche materna, pero debido a la malnutrición de la madre se puede decir que la leche materna aportaba pocos nutrientes y poca cantidad en cuanto a producción de leche materna lo que no satisfacía las necesidades de la paciente.
- ⊙ Nunca hubo el consumo de alimentos ricos en carbohidratos, ricos en proteínas, hierro, calcio y vitaminas, entre otros. Siempre faltó dinero para comprar alimentos y satisfacer las necesidades nutricionales de la paciente y la familia.
- ⊙ La relación distante del padre con la paciente, el aislamiento social, la relación débil con amigos, familia, educación, salud, transporte y recreación, la falta de amor y afecto son puntos muy críticos que afectan que afectan aún más la situación y no permiten satisfacer las necesidades de la paciente como una persona normal.

- ⊙ De acuerdo con el cuestionario aplicado sobre Inseguridad Alimentaria podemos decir que el grado de Inseguridad Alimentaria que paciente la presenta es muy severo.
- ⊙ El tipo de vivienda donde se desarrolla la paciente no es la adecuada ya que presenta condiciones insalubres e insuficientes condiciones físicas para vivir.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BIBLIOGRAFÍA

- Ackeley, B. (2007). Manual de Diagnósticos de Enfermería. Barcelona: Enfermería Basada en Evidencias. Barcelona: Elsevier.
- Dylewski ML, Prelack K, Weber JM, et al. Malnutrition among pediatric burn patients: a consequence of delayed admissions. *Burns*. 2010;36 (8):1185-1189. 123.
- Fischbach M, Dheu C, Seuge L, Orfanos N. Hemodialysis and nutritional status in children: malnutrition and cachexia. *J Ren Nutr*. 2009;19(1): 91-94. 124.
- Gahagan S. Failure to thrive: a consequence of undernutrition. *Pediatr Rev*. 2006;27(1):e1-e11. 132.
- Galati PC, Resende CM, Salomão RG, Scridelli CA, Tone LG, Monteiro JP. Accurate determination of energy needs in children and adolescents with cancer. *Nutr Cancer*. 2011;63(2):306-313. 125.
- Goulet O. Growth faltering: setting the scene. *Eur J Clin Nutr*. 2010;64(suppl 1):S2-S4. 130. Dodge JA, Turck D. Cystic fibrosis: nutritional consequences and management. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2006;20(3):531-546. 131.
- Listernick R. Accurate feeding history key to failure to thrive. *Pediatr Ann*. 2004;33(3):161-166. 129.
- Mak RH, Cheung W, Cone RD, Marks DL. Orexigenic and anorexigenic mechanisms in the control of nutrition in chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol*. 2005;20 (3):427-431. 128.
- Srivaths PR, Silverstein DM, Leung J, Krishnamurthy R, Goldstein SL. Malnutrition-inflammation-coronary calcification in pediatric patients receiving chronic hemodialysis. *Hemodial Int*. 2010;14(3):263-269. 126.
- Viteri FE. INCAP studies of energy, amino acids, and protein. *Food Nutr Bull*. 2010;31(1):42-53.
- Walters TD, Griffiths AM. Mechanisms of growth impairment in pediatric Crohn's disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2009;6(9):513-523.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DATOS UTA

- **SCIENCEDIRECT:** Lima, J. (2009). Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. Recuperado el 12 de Febrero del 2015. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862109001065>
- **PROQUEST:** Estrada, D. (2008). Carestía de los alimentos agrava desnutrición infantil. Recuperado el 10 de Febrero del 2015. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/465530896/E03D86F1C74E4B47PQ/2?accoun tid=36765>
- **PROQUEST:** Carrillo, P. (1998). Crece desnutrición infantil. Recuperado el 24 de Marzo del 2015. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/376896643/E03D86F1C74E4B47PQ/6?accoun tid=36765>
- **EBRARY:** Food & Agriculture Organization of the United Nations. (1999). Estado de la seguridad alimentaria en el mundo. Recuperado el 22 de Marzo del 2015. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10018699&p00=desnutrici%C3%3n>
- **SCIENCEDIRECT:** Arroyo, M. (2010). Protocolo de actuación en consulta de enfermería de educación para la salud. Recuperado el 13 de Marzo del 2015. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113803221070016X>
- **SCIENCEDIRECT:** Gimeno, L. (2009). Abordaje práctico y manejo de la desnutrición en niños de países en vías de desarrollo y experiencia profesional en un hospital rural de la República Democrática del Congo. Recuperado el 23 de Marzo del 2015. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113803220971394X>
- **SCIENCEDIRECT:** Subirana, M. (2004). Investigación de las intervenciones de enfermería y calidad de los cuidados. Influencia en el futuro de la sanidad. Recuperado el 26 de Febrero del 2015. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862104738644>
- **SCIENCEDIRECT:** Rojas, O. (2009). Eficacia de las intervenciones de enfermería para el diagnóstico “manejo inefectivo del régimen terapéutico”. Recuperado el 15 de Febrero del 2015. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862109001685>
- **SCIENCEDIRECT:** Cruz, A. (2004). Desnutrición en pacientes hospitalizados: prevalencia e impacto económico. Recuperado el 21 de Febrero del 2015.

Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775304744619>

- **SCIENCEDIRECT:** Lobo, G. (2009). Desnutrición hospitalaria: relación con la estancia media y la tasa de reingresos prematuros. Recuperado el 11 de Enero del 2015. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775308000547>

LINKOGRAFÍA

- Aguilar, R. (2010). Atención de la desnutrición aguda severa, Tercer Nivel de Atención. Lima, Perú: Ministerio de salud – Dirección Regional de Salud Cusco. Recuperado el 28 de Diciembre del 2014. Disponible en:
http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios/Gu%C3%Das%20de%20Pr%C3%A1ctica%20CI%C3%ADnica%20MINSA/Propuesta%20evias%20de%20GPC/Protocolo%20Desnutrici%C3%B3n%20Aguda%20Severa%20en%20Nivel%20III.pdf
- Blázquez M. (2005) Protocolo para trabajos de Investigación. Recuperado el 16 de Diciembre del 2014. Disponible en:
<http://www.enfermeria24horas.es/%C3%A1rea-profesional/%C3%A1reaprofesional/2-material-informativo-deenfermer%C3%ADa/83>
- Cardonnet, L. (2014). Mortalidad infantil. La mortalidad infantil en el mundo, 1. Recuperado el 27 de Diciembre del 2014. Disponible en:
<http://www.humanium.org/es/mortalidad-infantil/>
- Diario El Comercio de Ecuador. (Diciembre de 2013). Preocupante informe sobre desnutrición en niños. 1. Recuperado el 28 de Noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.elcomercio.com/tendencias/salud/preocupante-informedesnutricion-ninos.html>
- Gómez, A. (Abril/junio de 2004). El hambre ¿todavía existe? La malnutrición en el nuevo milenio. Un reto pendiente. Revista Pediatría de Atención Primaria, VI(22), 75 - 78. Recuperado el 10 de Enero del 2015. Disponible en:
<http://www.aepap.org/inmigrante/RPAP22-El%20hambre.pdf>
- Ministerio de Salud Pública; Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; . (Noviembre de 2009). Protocolo para el Tratamiento En Centros de Recuperación Nutricional de la Desnutrición Aguda Severa y Moderada sin Complicaciones en el Paciente

Pediátrico. (P. d. Nutricional, Ed.) 19 - 23. Recuperado el 18 de Febrero del 2015. Disponible en:

http://www.paho.org/gut/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=168&Itemid=255

- Murillo, D., & Gonzales, P. (2006). Desnutrición en Bolivia . Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, 45(1). Recuperado el 21 de Enero del 2015. Disponible en:http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752006000100013&script=sci_arttext

VII. ANEXOS:

ANEXO 1

EXAMEN DE LABORATORIO 1

QUÍMICA		
NOMBRE DEL ESTUDIO	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
ALBUMINA DE SUERO	1.3 g/dl	3.5 – 5
TGP	37 U/L	22 – 57
TGO	43 U/L	10 - 36
BUN	8 mg/dl	7 – 18
CREATININA	0.5 mg/dl	0.6 - 1.3
GLICEMIA BASAL	83 mg/dl	70 – 100
PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO	5.4 mg/dl	6.4 - 8.2

Tabla 6:

Autor: Investigador

Fuente: Instrumento Estructurado

EXAMEN DE LABORATORIO 2

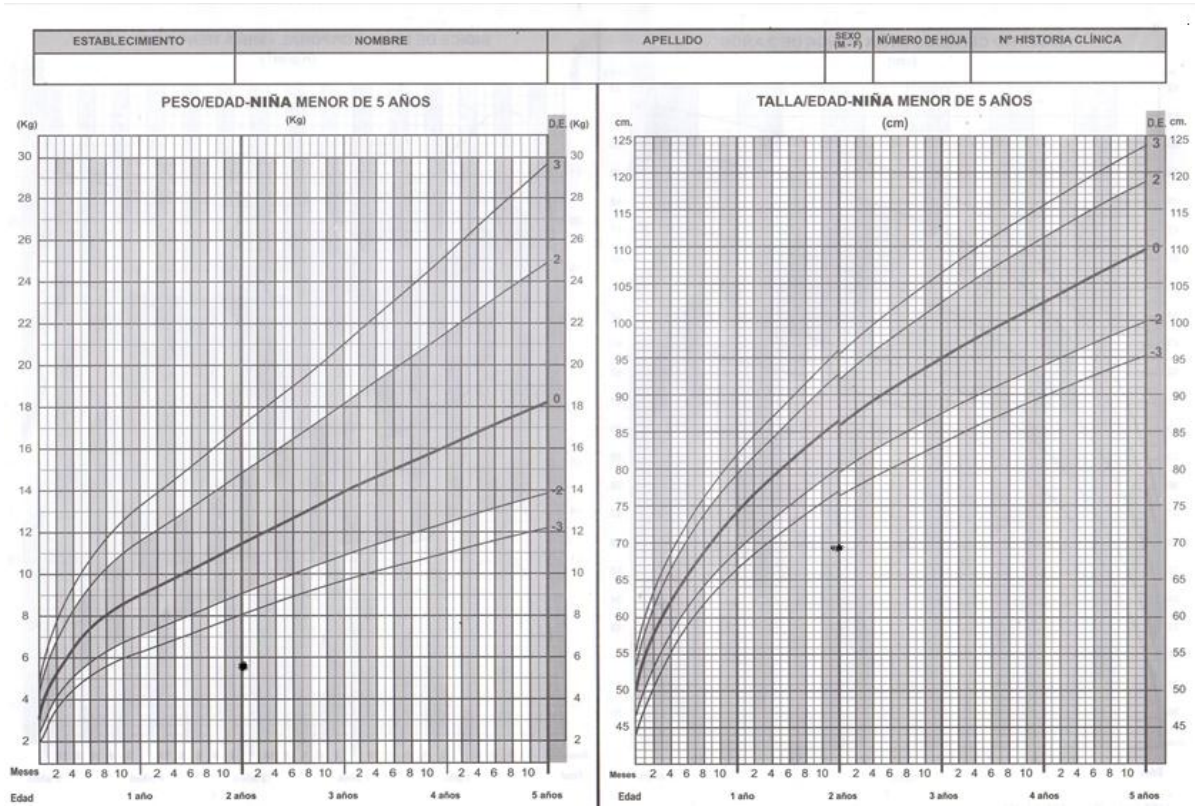
QUIMICA		
NOMBRE DEL ESTUDIO	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
CLORO EN SUERO	106 mmol/L	98 - 107
POTASIO EN SUERO	4.4 mmol/L	3.1 - 5.1
SODIO EN SUERO	134 mmol/L	135 - 145
COLESTEROL TOTAL	90 mg/dl	0 - 200
HDL. COLESTEROL	16 mg/dl	35 - 60
TRIGLICÉRIDOS	79 mg/dl	0 - 150
ALBUMINA EN SUERO	1,4 g/dl	3,5 - 5
PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO	4,9 g/dl	6.4 - 8.2
LDL. COLESTEROL	58,2 mg/dl	0 - 150

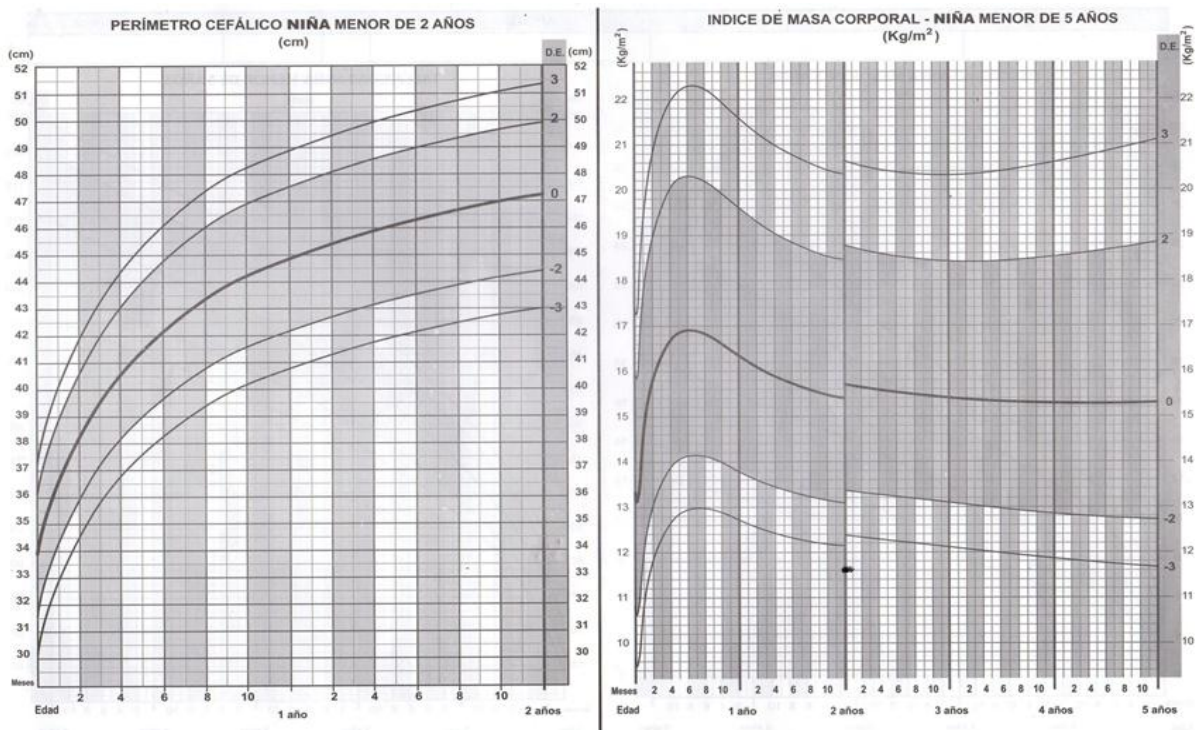
Tabla 7:

Autor: Investigador

Fuente: Instrumento Estructurado

ANEXO 2





ANEXO 3

TEST DE BARBER- MEDIO RURAL

Ítems	Respuesta	Valor de la respuesta
¿Vive sólo/a?	SI	1
	NO	0
¿Le falta alguien que le pueda ayudar si lo necesita?	SI	1
	NO	0
¿Depende de alguien para sus necesidades diarias?	SI	1
	NO	0
¿Hay días en que no consigue comer algo caliente?	SI	1
	NO	0
¿No puede salir de casa por alguna enfermedad?	SI	1
	NO	0
¿Tiene mala salud?	SI	1

	NO	0
¿Tiene problemas de visión?	SI	1
	NO	0
¿Tiene problemas de oído?	SI	1
	NO	0
¿Ha estado hospitalizado este último año?	SI	1
	NO	0
PUNTUACIÓN TOTAL		6

Resultado de la puntuación	Resultado del test
0	No sugiere riesgo de dependencia
1 ó más	Sugiere riesgo de dependencia

Interpretación:
Población diana: Población que vive en el medio rural. Se trata de una escala heteroadministrada a un informante clave. Consta de 9 ítems con respuesta dicotómica Verdadero – Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 1 o más sugiere riesgo de dependencia.

Tabla 8:
Fuente: Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test_de_barber_medio_rural.pdf

ANEXO 4

ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN –EMINA

	Estado mental	Movilidad	Humedad R/C Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	<u>Orientado</u> Paciente orientado y consciente	<u>Completa</u> Autonomía completa para cambiar de posición en la cama o en la silla	<u>No</u> Tiene control de esfínteres o lleva sonda vesical permanente, o no tiene control de esfínter anal pero no ha defecado en 24 horas	<u>Correcta</u> Toma la dieta completa, nutrición enteral o parenteral adecuada. Puede estar en ayunas hasta 3 días por prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o con dieta sin aporte proteico. Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	<u>Deambula</u> Autonomía completa para caminar
1	<u>Desorientado o apático o pasivo</u> Apático o pasivo o desorientado en	<u>Ligeramente limitada</u> Puede necesitar ayuda para cambiar	<u>Urinaria o fecal ocasional</u> Tiene incontinencia urinaria o fecal ocasional, o	<u>Ocasionalmente incompleta</u> Ocasionalmente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con	<u>Deambula con ayuda</u> Deambula con ayuda ocasional (bastones, muletas, soporte

	el tiempo y en el espacio. (Capaz de responder a órdenes sencillas)	de posición o reposo absoluto por prescripción médica	lleva colector urinario o cateterismo intermitente, o tratamiento evacuador controlado	valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio.	humano, etc.)
2	<u>Letárgico</u> o <u>hipercinético</u> <u>Letárgico</u> (no responde órdenes) o <u>hipercinético</u> por agresividad o <u>irritabilidad</u>	<u>Limitación</u> <u>Importante</u> <u>Siempre</u> <u>necesita</u> <u>ayuda</u> para <u>cambiar</u> de <u>posición</u>	<u>Urinaria</u> o <u>fecal</u> <u>habitual</u> Tiene <u>incontinencia</u> urinaria o fecal, o tratamiento evacuador no controlado	<u>Incompleta</u> Diariamente deja parte de la dieta (platos proteicos). <u>Albúmina</u> y <u>proteínas</u> con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	<u>Siempre precisa ayuda</u> <u>Deambula</u> siempre con ayuda (bastones, soporte humano, etc.)
3	<u>Comatoso</u> Inconsciente. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado	<u>Inmóvil</u> No se mueve en la cama ni en la silla	<u>Urinaria y fecal</u> Tiene <u>ambas incontinencias</u> o <u>incontinencia fecal</u> con <u>deposiciones</u> <u>diarreicas</u> <u>frecuentes</u>	<u>No ingesta</u> Oral, ni enteral, ni parenteral superior a 3 días y/o <u>desnutrición</u> previa. <u>Albúmina</u> y <u>proteínas</u> con valores inferiores a los estándares de laboratorio	<u>No</u> <u>deambula</u> <u>Paciente</u> que <u>no</u> <u>deambula</u> . <u>Reposo</u> <u>absoluto</u>
PUNTUACION TOTAL: 13					

Interpretación:

Población diana: Población diana: Población general hospitalizada. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 5 ítems. Cada ítem responde a una escala tipo Likert de 0 a 3, con un rango total que oscila entre 0 y 15. El punto de corte se sitúa en 5, donde igual o mayor de esta puntuación indica un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Tabla 9:

Fuente: Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2008000300005&script=sci_arttext

ANEXO 5

CUESTIONARIO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA			
1.	En los últimos 6 meses ha faltado dinero en el hogar para comprar alimentos	0	Nunca
		1	A veces
		2	Casi siempre
		3	Siempre
2.	En los últimos 6 meses ustedes han disminuido el número usual de comidas por falta de dinero en el hogar	0	Nunca
		1	A veces
		2	Casi siempre
		3	Siempre
3.	En los últimos 6 meses ustedes han disminuido el número de comidas de algún ADULTO por falta de dinero en el hogar	0	Nunca
		1	A veces
		2	Casi siempre
		3	Siempre
4.	En los últimos 6 meses algún ADULTO come menos en la comida principal porque los alimentos no alcanzan	0	Nunca
		1	A veces
		2	Casi siempre
		3	Siempre

5.	En los últimos 6 meses, algún ADULTO en su casa se queja de hambre por falta de alimentos	0	Nunca
		1	A veces
		2	Casi siempre
		3	Siempre
6.	En los últimos 6 meses, algún ADULTO se acuesta con hambre porque no alcanza la comida	0	Nunca
		1	A veces
		2	Casi siempre
		3	Siempre
7.	En los últimos 6 meses, algún miembro de su familia come menos de lo que desea por falta de dinero en el hogar	0	Nunca
		1	A veces
		2	Casi siempre
		3	Siempre
8.	En los últimos 6 meses ustedes han disminuido el número de comidas de algún NIÑO por falta de dinero en el hogar	0	Nunca
		1	A veces
		2	Casi siempre
		3	Siempre
9.	En los últimos 6 meses algún NIÑO come menos en la comida principal porque los alimentos no alcanzan	0	Nunca
		1	A veces
		2	Casi siempre
		3	Siempre

10.	En los últimos 6 meses algún NIÑO en su casa se queja de hambre por falta de alimentos	0	Nunca
		1	A veces
		2	Casi siempre
		3	Siempre
11.	En los últimos 6 meses se compran menos alimentos indispensables para los NIÑOS por falta de dinero (leche, huevos, pescado, frutas, legumbres...)	0	Nunca
		1	A veces
		2	Casi siempre
		3	Siempre
12.	En los últimos 6 meses algún NIÑO se acuesta con hambre porque no alcanza la comida	0	Nunca
		1	A veces
		2	Casi siempre
		3	Siempre
PUNTUACION TOTAL:		35	

Interpretación:

(0) seguro.

(1-12) levemente inseguro.

(13-24) moderadamente inseguro.

(Más de 25) severamente inseguro.

Tabla 10

Fuente: Community Childhood Hunger Identification Project

ANEXO 6

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL

Comer		
10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona
Lavarse – bañarse		
5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión
Vestirse		
10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	
Arreglarse		
5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición		
10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro
Micción - valorar la situación en la semana previa		
10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse
Ir al retrete		
10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor
Trasladarse sillón / cama		
15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento

5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado
Deambulaci3n		
15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, 3tc...) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rselo y quit3rsela s3lo
10	Necesita ayuda	Supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)
Subir y bajar escaleras		
10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, 3tc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisi3n f3sica o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)
PUNTUACION TOTAL: 10		

Interpretaci3n:

Poblaci3n diana: Poblaci3n general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 3tems tipo Likert. El rango de posibles valores del 3ndice de Barthel est3 entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuaci3n, m3s dependencia; y a mayor puntuaci3n, m3s

independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Tabla 11:

Fuente: Fuente (Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients)

ANEXO 7

CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

1.- ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy insatisfecho
2	Bastante insatisfecho
3	Insatisfecho
4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para

Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
---------	---------	-------	---------	---------

2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
-----	--------------------	---	---	---	---	---

2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2,3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0 – 15 minutos
2	16 – 30 minutos
3	31 – 45 minutos
4	46 – 60 minutos
5	Más de 60 minutos

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
2	1 vez
3	2 veces
4	3 veces
5	Más de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a.....(Información clínica)

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- d) Otros. (Pañal mojado, hambre)

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 – 2 horas antes
5	Más de 2 veces antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? 13 horas. ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? 16 horas.

1	91 – 100%
2	81 – 90%
3	71 – 80%
4	61 – 70%
5	60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento socio-laboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1 – 2 días/semana
3	3 días/semana
4	4 – 5 días/semana
5	6 – 7 días/semana

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1 – 2 días/semana
3	3 días/semana
4	4 – 5 días/semana
5	6 – 7 días/semana

9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1 – 2 días/semana
3	3 días/semana
4	4 – 5 días/semana
5	6 – 7 días/semana

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)? (Información clínica)

Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
---------	---------	-------	---------	---------

2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2,3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir? (Seno materno y viveron)

1	Ningún día
2	1 – 2 días/semana
3	3 días/semana
4	4 – 5 días/semana
5	6 – 7 días/semana

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir: (Seno materno y viveron)

CATEGORIAS	ITEMS	PUNTOS
Satisfaccion subjetiva del sueño	Item 1	3
Insomnio	Items 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7	21
hipersomnio	Items 2-5, 8, 9	5
PUNTUACION TOTAL		29

Interpretación:

- Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hiperinsomnio (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7.

- La subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Tabla 12:

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño.

ANEXO 8

ESCALA DE CARAS DE WONG-BAKER.

Elija la cara que mejor describe la manera como se siente:

0		No duele	3		El dolor es molesto
1		Duele muy poco	4		El dolor es intenso
2		El dolor es perceptible	5		Máxima intensidad de dolor

PUNTUACIÓN TOTAL: 3

Interpretación:

Cada rostro representa diferente estado, desde felicidad hasta tristeza, según la intensidad del dolor:

- Rostro 0 No duele.
- Rostro 1 Duele muy poco.
- Rostro 2 El dolor es perceptible.
- **Rostro 3 El dolor es molesto.**
- Rostro 4 El dolor es intenso.

- Rostro 5 Máxima intensidad de dolor.

Tabla 13:

Fuente: Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/dolor-fiebre/esquemas/escala-wong-baker.html>

ANEXO 9

ESCALA DE FLACC.

PUNTUACIÓN	0	1	2
Expresión facial	Expresión habitual; cara relajada	Arruga la nariz; frunce el entrecejo; muecas esporádicas.	Temblores del mentón Mandíbula tensa
Posibilidad de consuelo	Está a gusto de modo espontáneo	Se le puede consolar	Es difícil consolarle
Llanto	No hay llanto	Gimotea, se queja	Llanto intenso
Actividad	Está acostado y tranquilo	Se dobla sobre su abdomen; encoge las piernas	Está rígido
Movimientos de piernas	Piernas relajadas	Piernas inquietas	Pataleo intenso
PUNTUACION TOTAL: 5			

Interpretación:

La escala se llama FLACC porque el especialista debe fijarse en los siguientes elementos: “face” (F), expresión facial; “legs” (L), piernas; “activity” (A), actividad; “cry” (C), llanto; “consolability” (C), consolabilidad. Se valora cada una de estas categorías. Un niño sin dolor se mostraría con una expresión facial normal, piernas relajadas, una actividad normal, sin llanto y no requerirá ser consolado. En cambio, un niño que está sufriendo un dolor insoportable se mostrará con expresión facial afligida, las piernas flexionadas, quieto, en llanto y no podrá ser consolado.

Calificación del dolor del 0-10:

- El 0 equivale a no dolor.
- El 1-2 dolor leve.
- El 3-5 dolor moderado.
- El 6-8 dolor intenso.
- El 9-10 equivale a máximo dolor imaginable.

Tabla 14:

Fuente: <http://www.grupopedia.com/ciencia/medicina/que-es-la-escala-de-flacc/>

ANEXO 10

ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR (ZARIT)

Preguntas		Respuesta				
Instrucciones para la persona cuidadora:		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Ud. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.						
1.	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda que la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
2.	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	1	2	3	4	5
3.	¿Se siente agobiado por intentar contabilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	1	2	3	4	5

4.	¿Siente vergüenza por la conducta de su familia?	1	2	3	4	5
5.	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
6.	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	1	2	3	4	5
7.	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	1	2	3	4	5
8.	¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	1	2	3	4	5

9.	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
10.	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
11.	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
12.	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
13.	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5

14.	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que lo puede cuidar?	1	2	3	4	5
15.	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
16.	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
17.	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1	2	3	4	5
18.	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	1	2	3	4	5

19.	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	1	2	3	4	5
20.	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	1	2	3	4	5
21.	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	1	2	3	4	5
22.	Globalmente. ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	1	2	3	4	5
PUNTUACION TOTAL		92				

Interpretación:
<p>Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Nunca • 2 = Rara vez • 3 = Algunas veces • 4 = Bastantes veces • 5 = Casi siempre <p>Los puntos de corte recomendados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 46 No sobrecarga • 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve • > 55-56 Sobrecarga Intensa

Tabla 15:

Fuente: ZaritSh,Reever KE, Bach-Peterson J Relatives of the impaired elderly.

ANEXO 11

INDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

Instrucciones para el profesional:			
Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que han regresado a casa tras una estancia en el Hospital ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso? (aporte ejemplos).			
1	Tiene trastornos de sueño (Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)	SI	NO
2	Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).	SI	NO
3	Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla).	SI	NO
4	Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).	SI	NO

5	Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)	SI	NO
6	Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)	SI	NO
7	Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia)	SI	NO
8	Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones)	SI	NO
9	Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)	SI	NO
10	Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es un persona diferente de antes).	SI	NO
11	Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)	SI	NO
12	Es una carga económica	SI	NO
13	Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).	SI	NO
PUNTUACIÓN TOTAL		12	

Interpretación:

Se trata de una entrevista semiestructurada que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica Verdadero – Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1.

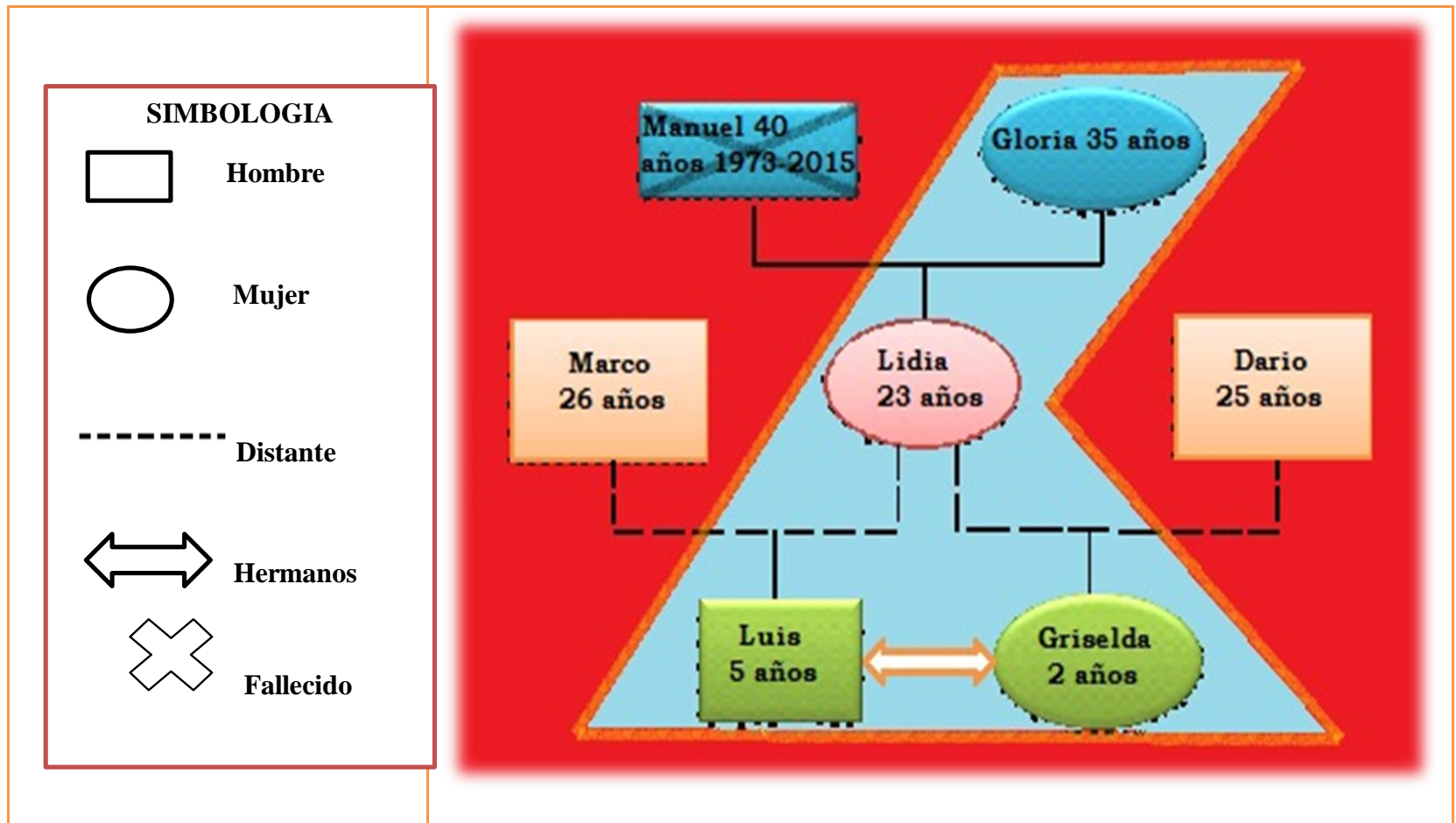
- Una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

Tabla 16:

Fuente: Moral Serrano MS

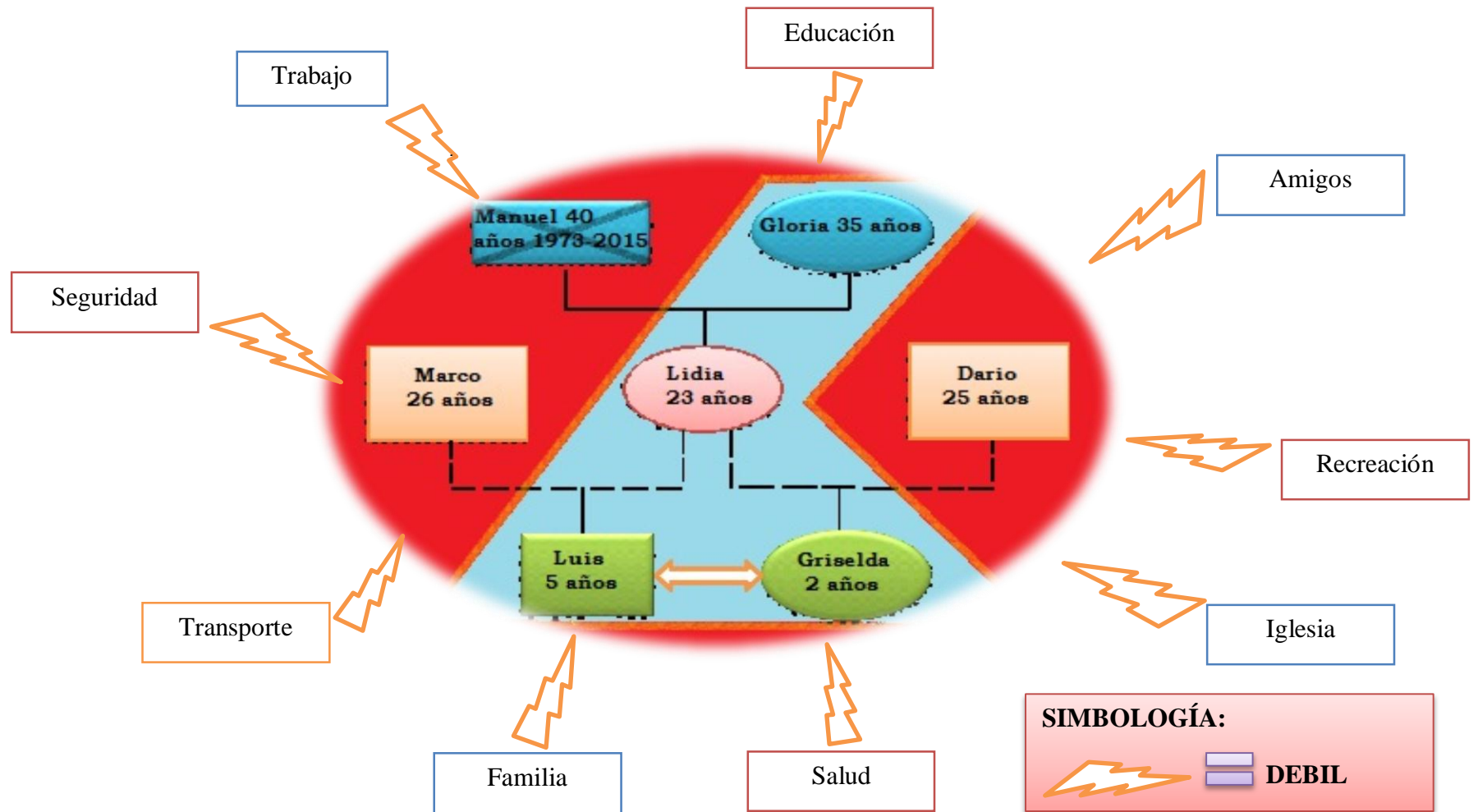
ANEXO 12

FAMILIOGRAMA



ANEXO 13

ECOMAPA



ANEXO 14

FOTOS









