

PATOLOGÍAS

Humberto Elizalde Ordoñez

PATOLOGÍAS

© Humberto Elizalde Ordoñez
Merí Isabel Ordoñez Sigcho
Carmen Verónica López Loján
Evelyn Adriana Elizalde Ordoñez
Erika Tatiana Cañar Torres

Título del libro: Patologías

ISBN: 978-9942-33-597-5

Publicado 2022 por acuerdo con los autores.
© 2022, Editorial Grupo Compás
Guayaquil-Ecuador

Cita.

Elizalde, H., Ordoñez, M., López, C., Elizalde, E., Cañar, E. (2022)
Patologías. Editorial Grupo Compás.

Grupo Compás apoya la protección del copyright, cada uno de sus textos han sido sometido a un proceso de evaluación por pares externos con base en la normativa del editorial.

El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

   @grupocompas.ec
compasacademico@icloud.com

Presentación

La Universidad Técnica Particular de Loja, a través del vicerrectorado académico, plantean el Proyecto Integrador de Saberes. Que consiste en articular las cátedras impartidas en el mismo nivel de formación, para desarrollar en los estudiantes, liderazgo, comunicación, juicio, pensamiento crítico, aislando la imagen del formando esponja, permitiendo creatividad, impulsando habilidades de investigación durante la preparación académica profesional.

Desde la cátedra Prácticum 1, la expresión docente modifica cambios en las formas de dirigir el proceso enseñanza – aprendizaje. Articulando metodologías innovadoras acordes a los tiempos actuales. Por tanto, la temática general a abordar en el documento denominado “Manual de Cuidados para la atención de personas con capacidades especiales”. A partir de la temática - **Reconocimiento de necesidades reales y potenciales para la atención de enfermería a personas con capacidades especiales** -, cuyos compiladores, estudiantes del tercer ciclo de la carrera de enfermería; autores-docentes de la UTPL Merí Isabel Ordóñez Sigcho, Humberto Elizalde Ordoñez, Carmen Verónica López Loján; con la colaboración externa de Evelyn Adriana Elizalde Ordóñez y Erika Tatiana Cañar Torres.

Convertir un trabajo académico en una publicación científica, para público específico que se relaciona con la enfermería, no es tarea habitual. Ordinariamente los trabajos son revisados, corregidos y calificados, todo el proceso de esfuerzo mental se “colecciona y ahí “se sepultan”, sin esperanzas que otros estudiantes puedan revisarlos para inspirarse.

Esta vez, es una excepción y la intención clara de los autores, constituye innovación para el siglo XXI. El texto científico se ejecuta pensando en estudiantes y docentes de la carrera de enfermería, de la UTPL. Se pretende ser escuchados, respetados, dejar de ser una voz callada y así construir una profesión de elevado valor académico.

En calidad de enfermeros, se plasma un legado a la profesión, desde la perspectiva de la humanización, dejando constancia que siempre se puede aportar una obra para la Enfermería.

Una vez más, con la publicación de esta obra, se constata que los enfermeros/as conocen mucho más de lo que muestran. Transmiten sus conocimientos con naturalidad, como sin dar importancia. Siempre están ahí presentes, junto al paciente. Mañana, tarde y noche, todos los días del año, para responder a sus dudas, por muy peregrinas que sean.

La obra, no es voluminosa. Se inicia con un exordio, para dejarnos claro que cuanto se escribe tiene unos objetivos, detallando cada letra hasta convertirla en palabra y formar oraciones, para transmitir también el cuidado, esencia de la enfermería, es volcado a saborear la caridad, el amor y mirar a la persona sana o enferma como al mismo Cristo.

El reto por coordinar y potenciar la dimensión multiplicadora del carisma de la UTPL, actuar desde el Humanismo de Cristo y acogiendo las palabras del patrono de enfermeras y enfermeros: San Camilo De Lelis, que expresa “Servir a los enfermos y enseñar a otros el modo de servirles”, se ha mostrado efectivamente acertado y se ha concretado en numerosas actividades en el campo de la formación y de la difusión de la cultura.

Se pretende colaborar humildemente y con entusiasmo a la humanización y a la salud integral convencidos que el mayor potencial humanizador está dentro de las personas. Para contribuir a que el hacer de los profesionales de enfermería se humedezca de valores humanos.

Los autores

Introducción

El presente texto, es documentado para estudio y consulta, especialmente de estudiantes de enfermería, y público interesado en prepararse o mejorar las técnicas del cuidado a personas con capacidades especiales. Además, está centrado en conceptos y valores humanos, afianzados en la Teoría de Jean Watson, sobre la humanización; condición de primera línea, que refleja cuidado holístico, muy necesario en la interacción dinámica del proceso enfermero de cuidar. Watson, manifiesta; los principales elementos del cuidado son: cuidado transpersonal, momento de ejecución del cuidado y entorno. Sin embargo, Cecil Saunders, defiende vehementemente la muerte digna, independientemente de la etiología implícita. San Juan de Dios, manifiesta en su vivir, pensar y actuar. Tiene la experiencia de ser acogido por Dios, de ser aceptado y amado por Dios, a pesar de no merecer esta acogida. A criterio de los autores del presente documento, plantea la realidad entre pasillos, habitaciones, llantos, alegrías, vida y muerte, como el horizonte a aceptar la realidad, sumando la fragilidad del ser humano, atendido en medio de la tormenta, por enfermeros y enfermeras, con intensa relación de valores caminando en la adversidad asumiendo carismas con significado espiritual, apoyándose en la ciencia para adecuar atenciones de enfermería eficientes y eficaces.

La carrera de enfermería de la Universidad Técnica Particular de Loja, fundamenta el "Humanismo de Cristo", y se trae a colación una frase de Fernando Rielo, que expresa: "solo el amor traspasa las fronteras del llanto", conjugándose con la expresión de la 1era carta a los Corintios en el capítulo 13, versículo 2 " "Aunque tuviera el don de profecía y descubriera todos los misterios, -el saber más elevado-, aunque tuviera tanta fe como para trasladar montes, si me falta el amor nada soy".

Recordamos el juramento de Crimea, promulgado por Florence Nightingale, que directamente está relacionado con los principios éticos, no dañar, hacer el bien, resaltando

la dignidad, el respeto y lo virtuoso de sus seguidores para llevar con devoción, fidelidad el cuidado holístico. En enfermería la alegría anhelada del sufriente, no limita el proceso de recuperación o conducir al moribundo dignamente hasta el fin de sus días.

Los aspectos psicológicos y emocionales, se abordan, por considerar, las reacciones que se desarrollan al enfrentarse a diversidad de desafíos, que suponen impacto emocional personal y familiar. Las personas con capacidades especiales, están condicionadas a situaciones de cuidado total o parcial generando mecanismos psicológicos de adaptación y regulación, que habitualmente no disponen. Frecuentemente desarrollan signos y síntomas depresivos y/o ansiedad. Gracias a los aportes teóricos de varios autores en la esfera emocional, desde la práctica de enfermería se considera proporcionar atención psicológica y ampliar la educación emocional como requisito de mejoramiento de la calidad de vida, se plantea el aporte de la enfermera Hildegard Peplau, cuyo modelo teórico se centra en la teoría de relaciones interpersonales, para conducir la laboral asistencial de enfermería psicológica en cuatro elementos: orientación, identificación, explotación, resolución. En cada uno de los elementos se fusiona:

- La necesidad del paciente y la ayuda oportuna recibida por el profesional de enfermería.
- Ahondar en los sentimientos y levantar estrategias de soporte de la enfermedad.
- Proponer metas en función del riesgo – beneficio, a partir de los tratamientos clínicos, quirúrgicos y paliativos.
- Crear relaciones de apoyo, mediante grados de satisfacción, y no de dependencia del paciente hacia personas específicas.

A modo de conclusión, se considera que el cuidado general y específico, de personas con capacidades específicas, tiene abordajes específicos:

- Porcentaje de discapacidad.
- Institución prestadora de servicios.

- Persona prestadora de cuidados.
- Morbilidad diagnosticada
- Fe
- Conocimientos teóricos

Tabla de contenido

| | |
|---|-----------|
| Alcoholismo crónico | 25 |
| Etiología | 25 |
| Signos y síntomas | 25 |
| Fisiopatología..... | 25 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 26 |
| Tratamiento farmacológico | 26 |
| Cuidados de enfermería..... | 27 |
| <i>Consumo constante de alcohol.....</i> | <i>27</i> |
| Valoración de los patrones funcionales..... | 29 |
| Enfermería básica | 30 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado..... | 31 |
| <i>Katie Eriksson – Teoría del Cuidado Caritativo.....</i> | <i>31</i> |
| Farmacología | 32 |
| Ética y moral | 33 |
| Cirrosis hepática | 34 |
| Etiología | 34 |
| Signos y síntomas | 35 |
| Fisiopatología..... | 36 |
| Exámenes de laboratorio y de gabinete..... | 36 |
| Bibliografía | 37 |
| Alzheimer | 40 |
| Etiología | 40 |
| Signos y síntomas | 41 |
| Fisiopatología..... | 41 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 42 |
| Médica general..... | 42 |
| Neurología general..... | 42 |
| Neuroconductual | 42 |
| Psiquiátrica | 42 |
| Toxico, fármacos y alimentación | 43 |
| Exploración | 43 |
| Exploración física..... | 43 |
| Exploración neurológica..... | 43 |
| Exploración neuropsicológica mínima..... | 43 |
| Datos de laboratorio | 43 |
| Datos de Gabinete:..... | 44 |
| Tratamiento farmacológico | 44 |
| Ziprexa | 44 |
| Cortritev | 45 |
| Cuidados de enfermería..... | 45 |
| Obesidad leve | 45 |

| | |
|--|----|
| Hiperactividad déficit de atención | 46 |
| Valoración de patrones funcionales | 47 |
| Enfermería básica | 48 |
| Farmacología | 48 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas..... | 49 |
| Ética y Moral | 50 |
| Cáncer de mama | 51 |
| Etiología | 51 |
| Signos y síntomas | 51 |
| Fisiopatología..... | 52 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 52 |
| Datos de laboratorio: | 52 |
| Datos de gabinete: | 53 |
| Bibliografía..... | 53 |
| Artritis Reumatoidea | 55 |
| Etiología | 56 |
| Signos y síntomas | 56 |
| Fisiopatología..... | 56 |
| Exámenes | 57 |
| <i>Laboratorio</i> | 57 |
| <i>Gabinete</i> | 57 |
| Tratamiento farmacológico | 57 |
| <i>Prednisona</i> | 57 |
| <i>Metrotexato</i> | 57 |
| Cuidados de enfermería..... | 58 |
| <i>Síndrome de Sjögren</i> | 58 |
| <i>Artralgia</i> | 58 |
| Valoración de patrones funcionales | 60 |
| Otoesclerosis | 61 |
| Etiología | 62 |
| Signos y síntomas | 62 |
| Fisiopatología..... | 62 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 62 |
| Enfermería Básica..... | 63 |
| Farmacología | 63 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado.... | 64 |
| <i>Teoría de la filosofía de la asistencia de Kari Martinsen</i> | 64 |
| Ética y moral | 65 |
| Cardiopatía Pulmonar | 68 |
| Etiología | 68 |
| Signos y Síntomas | 68 |
| Fisiopatología..... | 68 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 69 |
| <i>Exploración física</i> | 69 |

| | |
|--|----|
| Artritis reumatoidea | 69 |
| Etiología | 69 |
| Signos y Síntomas | 69 |
| <i>Manifestaciones articulares</i> | 70 |
| Fisiopatología..... | 70 |
| Exámenes de laboratorio y Gabinete..... | 71 |
| <i>Exploración Física</i> | 71 |
| <i>Pruebas para detectar anticuerpos</i> | 71 |
| <i>Prueba estandarizada para el diagnostico</i> | 71 |
| Tratamiento farmacológico en Artritis Reumatoidea..... | 71 |
| Cuidados de enfermería en Artritis Reumatoidea | 72 |
| <i>Inflamación de las articulaciones:</i> | 72 |
| <i>Irritación de la piel:</i> | 73 |
| Valoración Patrones Funcionales de Marjory Gordon en Artritis Reumatoidea | 74 |
| Relación con las cátedras integradoras | 76 |
| Enfermería Básica..... | 76 |
| Farmacología | 76 |
| Fundamentos Teóricos y bases epistemológicas..... | 77 |
| Ética y moral | 78 |
| Bibliografía..... | 78 |
| Gonzalez, L. (2014). Importancia de los aspectos nutricionales en el proceso inflamatorio de pacientes con artritis reumatoide. <i>Scielo</i> , 12.13..... | 78 |
| Cuadriplejía..... | 79 |
| Etiología | 79 |
| Fisiopatología..... | 80 |
| Signos y síntomas | 80 |
| Tratamiento farmacológico | 82 |
| <i>Diclofenaco</i> | 82 |
| Cuidados de enfermería..... | 83 |
| <i>Fecaloma</i> | 83 |
| Úlceras por presión..... | 84 |
| Valoración de los patrones funcionales..... | 85 |
| Disfemia | 87 |
| Etiología | 87 |
| Fisiopatología..... | 88 |
| Signos y síntomas | 89 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 90 |
| Enfermería básica | 90 |
| Farmacología | 90 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado..... | 91 |
| <i>Dorothy Johnson – Teoría del sistema conductual</i> | 92 |
| Ética y moral | 93 |

| | |
|--|-----|
| Bibliografía..... | 94 |
| Distonía Generalizada | 97 |
| Etiología | 97 |
| Signos y síntomas | 97 |
| Fisiopatología..... | 98 |
| Exámenes de laboratorio y de gabinete..... | 99 |
| Tratamiento farmacológico | 99 |
| Clonazepam (nombre genérico) | 99 |
| Buprenorfina (nombre genérico) | 99 |
| Baclofeno (nombre genérico) | 100 |
| Midazolam (nombre genérico) | 100 |
| Cuidados de enfermería..... | 100 |
| Contracciones musculares | 100 |
| Distrofia Muscular | 101 |
| Valoración de patrones funcionales | 102 |
| Distrofia Muscular de Duchenne..... | 104 |
| Etiología | 104 |
| Fisiopatología..... | 104 |
| Signos y síntomas | 105 |
| Exámenes de laboratorio y de gabinete..... | 105 |
| Relación de las cátedras integradoras | 106 |
| Enfermería básica | 106 |
| Farmacología | 106 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado...107 | |
| Modelo de adaptación-Callista Roy..... | 107 |
| Ética y moral | 108 |
| Bibliografía..... | 109 |
| Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC..... | 112 |
| Etiología | 112 |
| Signos y síntomas | 113 |
| Fisiopatología..... | 113 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 115 |
| Tratamiento farmacológico | 116 |
| Cuidados de enfermería..... | 117 |
| <i>Disnea</i> | 117 |
| <i>Tos crónica</i> | 118 |
| Valoración de patrones funcionales | 119 |
| Enfermería básica | 120 |
| Fundamentos teóricos y bases epidemiológicas del cuidado .. | 121 |
| Farmacología | 123 |
| Ética y moral | 124 |
| Parálisis Cerebral Infantil..... | 125 |
| Etiología | 125 |
| Signos y síntomas | 125 |

| | |
|--|-----|
| <i>La parálisis cerebral espástica</i> | 125 |
| <i>Parálisis cerebral discinética</i> | 126 |
| <i>Parálisis cerebral atáxica</i> | 126 |
| <i>Parálisis cerebral hipotónica</i> | 126 |
| <i>Parálisis cerebral mixta</i> | 126 |
| Fisiopatología..... | 127 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 127 |
| <i>Exámenes complementarios</i> | 127 |
| <i>EEG (electroencefalograma)</i> | 127 |
| <i>Estudio de la audición</i> | 128 |
| Bibliografía..... | 128 |
| Epilepsia..... | 131 |
| Etiología | 131 |
| Signos y síntomas: | 132 |
| <i>Problemas físicos:</i> | 132 |
| <i>Trastornos cognitivos:</i> | 132 |
| Fisiopatología..... | 132 |
| Pruebas de laboratorio: | 133 |
| <i>Electroencefalograma (EEG)</i> | 133 |
| Electroencefalograma de alta densidad | 133 |
| Exploración por tomografía computarizada | 133 |
| Pruebas neuropsicológicas | 133 |
| Tratamiento farmacológico: | 133 |
| <i>Carbamazepina</i> | 133 |
| <i>Lamotrigina</i> | 134 |
| Cuidados de enfermería:..... | 135 |
| Valoración de Patrones funcionales | 136 |
| PSICOSIS | 137 |
| Etiología: | 138 |
| <i>Factores genéticos:</i> | 138 |
| <i>Factores biológicos:</i> | 138 |
| <i>Factores medioambientales:</i> | 138 |
| <i>Estrés:</i> | 138 |
| Síntomas y signos. | 138 |
| <i>Síntomas positivos</i> | 138 |
| <i>Síntomas negativos:</i> | 139 |
| Fisiopatología..... | 139 |
| Tratamiento | 139 |
| <i>El tratamiento psicológico</i> | 139 |
| <i>El tratamiento social</i> | 139 |
| <i>El tratamiento farmacológico</i> | 140 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete: | 140 |
| Enfermería Básica..... | 140 |
| Farmacología | 141 |

| | |
|---|-----|
| Fundamentos teóricos y prácticos en enfermería | 141 |
| <i>Imogene King – Teoría del logro de metas.</i> | 141 |
| Ética y moral | 142 |
| Bibliografía..... | 143 |
| Esclerosis múltiple..... | 146 |
| Etiología: | 146 |
| Signos y síntomas: | 146 |
| <i>Trastornos visuales</i> | 146 |
| <i>Síntomas motores</i> | 147 |
| <i>Síntomas sensitivos</i> | 147 |
| <i>Disfunción cerebelosa</i> | 147 |
| <i>Disfunción del tronco cerebral</i> | 147 |
| <i>Alteraciones vesicales, intestinales y sexuales</i> | 148 |
| <i>Afección cognitiva</i> | 148 |
| <i>Otros síntomas comunes de la esclerosis múltiple</i> | 148 |
| <i>La fatiga:</i> | 148 |
| <i>Signo de Lhermitte:</i> | 148 |
| <i>Síndromes paroxísticos:</i> | 149 |
| Fisiopatología: | 149 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 149 |
| <i>Pruebas de laboratorio:</i> | 149 |
| <i>Pruebas de gabinete:</i> | 150 |
| Tratamiento farmacológico | 150 |
| <i>Tamsulosina</i> | 151 |
| Cuidados de enfermería..... | 152 |
| <i>Rigidez muscular en extremidades superiores e inferiores:</i> .. | 152 |
| <i>Problemas de la vejiga e intestino:</i> | 153 |
| Valoración de los patrones funcionales..... | 154 |
| Enfermería básica | 157 |
| Farmacología | 158 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado... | 159 |
| Ética y moral | 161 |
| Enfermedad de Crohn | 162 |
| Etiología | 163 |
| Signos y síntomas | 163 |
| <i>Diarrea:</i> | 163 |
| <i>Dolor abdominal:</i> | 163 |
| <i>Hemorragia rectal o rectorragia:</i> | 163 |
| <i>Signo de fiebre:</i> | 163 |
| <i>Anemia:</i> | 163 |
| <i>Presencia de fatiga:</i> | 163 |
| <i>Pérdida de peso:</i> | 163 |
| <i>Alteraciones psicológicas:</i> | 163 |
| <i>Síntomas perianales:</i> | 164 |

| | |
|---|-----|
| <i>Otras manifestaciones extraintestinales:</i> | 164 |
| Fisiopatología..... | 164 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 164 |
| <i>Pruebas de laboratorio:</i> | 164 |
| <i>Pruebas de gabinete:</i> | 165 |
| Bibliografía..... | 165 |
| Escoliosis..... | 168 |
| Etiología | 168 |
| Signos y síntomas | 169 |
| Fisiopatología..... | 169 |
| Examen de laboratorio o gabinete..... | 169 |
| Paraplejía de los miembros inferiores..... | 170 |
| Etiología | 170 |
| Signos y síntomas | 170 |
| Fisiopatología..... | 171 |
| Exámenes de laboratorio o gabinete | 172 |
| Tratamiento farmacológico en paraplejías de los miembros inferiores | 172 |
| Tizanidina | 172 |
| Dosis..... | 173 |
| Baclofeno..... | 173 |
| Cuidados de enfermería..... | 174 |
| Parálisis | 174 |
| Espasmos | 175 |
| Valoración patrón funcional..... | 176 |
| Enfermería básica | 177 |
| Farmacología | 178 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del autocuidado | 178 |
| Callista Roy | 178 |
| Margaret Newman | 179 |
| Sally Gadow..... | 179 |
| Ética y moral | 179 |
| Bibliografía..... | 180 |
| Fibrosis quística | 183 |
| Etiología | 183 |
| Signos y Síntomas | 183 |
| Fisiopatología..... | 183 |
| Regulador de conductancia transmembrana de la fibrosis quística. | 183 |
| Exámenes de Laboratorio y de gabinete | 184 |
| Prueba de determinante de cloro en sudor | 184 |
| Glaucoma de ángulo cerrado agudo | 185 |
| Etiología | 185 |

| | |
|--|-----|
| Signos y Síntomas | 185 |
| Fisiopatología..... | 185 |
| Exámenes de Laboratorio y Gabinete | 186 |
| Tratamientos farmacológicos | 187 |
| Cuidados de enfermería..... | 188 |
| Pérdida parcial de visión | 188 |
| Ceguera | 189 |
| Valoración patrones funcionales de Marjory Gordon en Glaucoma de Ángulo cerrado agudo | 190 |
| Enfermería Básica..... | 192 |
| Farmacología | 192 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado...193 | |
| Teoría del desarrollo Humano de Rosemarie Rizzo Parse | 194 |
| Ética y Moral | 194 |
| Bibliografía..... | 195 |
| Hemofilia | 198 |
| Etiología | 198 |
| Fisiopatología..... | 198 |
| Signos y síntomas | 199 |
| Datos de laboratorio y Datos de gabinete | 199 |
| Tratamiento farmacológico | 200 |
| Cuidados de enfermería..... | 201 |
| Hemorragia | 201 |
| <i>Hematoma</i> | 202 |
| Valoración de patrones funcionales | 203 |
| Enfermería básica | 204 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado.. | 205 |
| Farmacología | 206 |
| Ética y moral | 206 |
| Filariasis..... | 207 |
| Etiología | 207 |
| Fisiopatología..... | 208 |
| Signos y síntomas | 208 |
| Exámenes de gabinete y laboratorio | 208 |
| Bibliografía..... | 209 |
| Hemorroides | 211 |
| Etiología | 211 |
| Signos y Síntomas | 211 |
| Fisiopatología..... | 211 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 213 |
| Tratamiento Farmacológico | 213 |
| <i>Hidrocortisona tópica</i> | 213 |
| <i>Diosmina</i> | 213 |
| Cuidados de Enfermería | 213 |

| | |
|---|-----|
| Lesiones Infecciosas del SNC | 214 |
| Etiología | 214 |
| Signos y Síntomas | 214 |
| Fisiopatología..... | 215 |
| Exámenes de laboratorio y Gabinete..... | 215 |
| Tratamiento Farmacológico | 215 |
| <i>Penicilina</i> | 215 |
| <i>Metronidazol</i> | 215 |
| Cuidados de Enfermería | 216 |
| Valoración de patrones funcionales | 216 |
| Enfermería Básica | 218 |
| Farmacología | 218 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas..... | 219 |
| <i>Teoría del modelo de promoción de la salud</i> | 219 |
| <i>Nola Pender</i> | 219 |
| Ética y moral | 220 |
| Bibliografía..... | 220 |
| Hernia Discal | 222 |
| Etiología | 222 |
| Signos | 223 |
| Síntomas | 223 |
| Fisiopatología..... | 224 |
| Exámenes de laboratorio y de gabinete..... | 225 |
| Tratamiento Farmacológico en Hernia Discal | 226 |
| <i>Pérdida del movimiento o sensibilidad en las extremidades</i> | 226 |
| <i>Dolor crónico lumbar</i> | 228 |
| Valoración Patrones funcionales de Marjory Gordon en Hernia discal | 229 |
| Enfermería Básica | 231 |
| Farmacología | 231 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado .. | 233 |
| <i>Modelo de relación enfermero – paciente de Joyce Travelbee</i> | 233 |
| Ética y Moral | 234 |
| Insuficiencia Cardíaca Congestiva..... | 235 |
| Etiología | 235 |
| Signos | 235 |
| Síntomas | 235 |
| Fisiopatología..... | 235 |
| Exámenes de laboratorio y de gabinete..... | 236 |
| Bibliografía..... | 238 |
| Ictus..... | 240 |
| Etiología | 240 |
| Signos y Síntomas | 241 |

| | |
|--|-----|
| Fisiopatología..... | 241 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 242 |
| Tratamiento Farmacológico | 242 |
| <i>Baclofeno</i> | 242 |
| <i>Tizanidina</i> | 242 |
| <i>Amitriptilina</i> | 243 |
| <i>Warfarina</i> | 243 |
| Cuidados de Enfermería | 243 |
| <i>Trastorno de la marcha</i> | 243 |
| <i>Trastornos de la comunicación</i> | 244 |
| Valoración de patrones funcionales | 245 |
| Apraxia del habla | 247 |
| Etiología | 247 |
| Signos y Síntomas | 248 |
| Fisiopatología: | 249 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 250 |
| Enfermería básica | 250 |
| Farmacología | 251 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas..... | 252 |
| <i>Pamela Reed – Teoría de la autotrascendencia</i> | 252 |
| Ética y moral | 253 |
| Bibliografía..... | 254 |
| Lupus Eritematoso Sistémico..... | 256 |
| Etiología | 256 |
| Signos y síntomas | 256 |
| Fisiopatología..... | 258 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 258 |
| <i>Pruebas para detectar anticuerpos</i> | 258 |
| <i>Pruebas estandarizadas para el diagnostico</i> | 259 |
| Tratamiento farmacológico en Lupus Eritematoso Sistémico | 259 |
| Cuidados de enfermería en Lupus eritematoso sistémico | 259 |
| <i>Infección de vías urinarias</i> | 259 |
| <i>Úlceras en la mucosa bucal</i> | 261 |
| Valoración Patrones funcionales de Marjory Gordon en Lupus Eritematoso Sistémico | 262 |
| Enfermería Básica..... | 264 |
| Farmacología | 265 |
| Fundamentos Teóricos y bases epistemológicas de cuidados | 265 |
| <i>Filosofía de la asistencia de Kari Martinsen</i> | 265 |
| Ética y moral | 267 |
| Síndrome de Asperger | 268 |
| Etiología | 268 |
| Signos y síntomas | 268 |
| Fisiopatología..... | 270 |

| | |
|---|-----|
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 270 |
| Bibliografía..... | 270 |
| Neumonía..... | 272 |
| Datos y cifras..... | 272 |
| Causas | 272 |
| Transmisión | 273 |
| Factores de riesgo | 274 |
| Tratamiento | 274 |
| Prevención | 274 |
| Costos económicos..... | 275 |
| Respuesta de la OMS | 275 |
| Hipertensión | 276 |
| Datos y cifras..... | 276 |
| ¿Qué es la hipertensión?..... | 277 |
| ¿Cuáles son los factores de riesgo de presentar hipertensión?..... | 277 |
| ¿Cuáles son los síntomas frecuentes de la hipertensión? | 277 |
| ¿Cuáles son las complicaciones de la hipertensión no controlada? | 278 |
| ¿Por qué la hipertensión es un problema importante en los países de ingresos bajos y medianos?..... | 279 |
| ¿Cómo puede reducirse la carga de la hipertensión?..... | 279 |
| Prevención | 279 |
| Control | 279 |
| Respuesta de la OMS | 280 |
| Tratamiento farmacológico | 281 |
| <i>Nimpas de 200mg por vía oral</i> | 281 |
| <i>Topictal de 25mg por vía oral</i> | 281 |
| Cuidados de enfermería..... | 281 |
| <i>Disnea</i> | 281 |
| <i>Tos (generalmente productiva)</i> | 282 |
| Valoración patrones funcionales de Marjory Gordon en Pacientes con neumonía | 283 |
| Enfermería básica | 285 |
| Farmacología | 285 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado.. | 286 |
| <i>Sor Callista Roy</i> | 286 |
| Ética y moral | 288 |
| Bibliografía..... | 288 |
| Obesidad mórbida (OM)..... | 290 |
| Definición:..... | 290 |
| Etiología | 290 |
| Signos y síntomas | 290 |
| Fisiopatología..... | 291 |
| Exámenes de laboratorio y de gabinete..... | 291 |

| | |
|--|-----|
| <i>Laboratorio</i> | 291 |
| Gabinete | 291 |
| Tratamiento Farmacológico. | 292 |
| <i>Istaril</i> | 292 |
| <i>Neurobión</i> | 292 |
| Cuidados de enfermería..... | 293 |
| <i>Dislipidemia</i> | 293 |
| <i>Disminución de la fuerza y tono muscular</i> | 293 |
| Valoración de Patrones Funcionales | 294 |
| Lepra | 296 |
| Definición..... | 296 |
| Datos clave | 297 |
| Lo que la OPS hace | 298 |
| Epidemiología | 300 |
| Fisiopatología..... | 300 |
| Clasificación | 301 |
| Complicaciones | 302 |
| Reacciones lepromatosas..... | 303 |
| Diagnóstico | 304 |
| Tratamiento | 304 |
| Reacciones lepromatosas..... | 306 |
| Prevención | 306 |
| Enfermería básica | 306 |
| Farmacología | 307 |
| Fundamentos Teóricos y Bases Epistemológicas del Cuidado | 308 |
| <i>Katharine Kalcoba - Teoría del confort</i> | 308 |
| Ética y moral | 309 |
| Bibliografía..... | 310 |
| Parálisis cerebral..... | 312 |
| Etiología | 312 |
| Signos y síntomas | 312 |
| <i>Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta</i> | 312 |
| <i>Cardiovasculares</i> | 313 |
| <i>Pulmonares</i> | 313 |
| <i>Gastrointestinales y genitourinarios</i> | 313 |
| <i>Musculoesqueléticos</i> | 313 |
| <i>Neurológicos</i> | 313 |
| <i>Otros</i> | 314 |
| Fisiopatología..... | 314 |
| Síntomas | 314 |
| <i>Espasticidad</i> | 314 |
| <i>Disfagia</i> | 314 |
| <i>Exámenes de laboratorio y de gabinete</i> | 315 |
| <i>Tratamiento farmacológico</i> | 315 |

| | |
|--|-----|
| <i>Tizanidina</i> | 315 |
| <i>Dantroleno</i> | 316 |
| Valoración patrones funcionales | 317 |
| Displacia de cadera en adulto..... | 318 |
| Etiología | 319 |
| Signos y síntomas | 319 |
| Fisiopatología..... | 319 |
| Enfermería Básica..... | 320 |
| Farmacología | 320 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado...321 | |
| <i>Carolyn L. Wiener y Marylin J. Dodd teoristas de ka</i> | |
| <i>trayectoria de la enfermedad</i> | 322 |
| Ética y moral | 322 |
| Bibliografía..... | 323 |
| Parálisis cerebral infantil congénita | 326 |
| Etiología | 326 |
| Signos y síntomas | 326 |
| Fisiopatología..... | 327 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete. | 327 |
| Tratamiento farmacológico | 328 |
| <i>Baclofeno</i> | 328 |
| <i>Dantroleno</i> | 328 |
| <i>Sustagen</i> | 329 |
| Cuidados de enfermería..... | 329 |
| <i>Hipotonía</i> | 329 |
| Valoración de los patrones funcionales..... | 331 |
| Meningitis bacteriana | 333 |
| Etiología | 333 |
| Signos y síntomas | 334 |
| Fisiopatología..... | 334 |
| Exámenes de laboratorio y de gabinete..... | 335 |
| Enfermería básica | 336 |
| Farmacología | 336 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado.. | 337 |
| <i>Teorista de enfermería: Afaf Maleis teoría de las transiciones.</i> | |
| | 337 |
| Ética y moral | 338 |
| Bibliografía..... | 339 |
| Parálisis Cerebral Infantil..... | 340 |
| Definición..... | 340 |
| Etiología | 340 |
| Fisiopatología..... | 341 |
| <i>Espástica</i> | 341 |
| <i>Disquinettica</i> | 342 |

| | |
|---|-----|
| <i>Atáxica</i> | 342 |
| Signos y síntomas | 342 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 342 |
| Tratamiento farmacológico | 343 |
| <i>Paracetamol</i> | 343 |
| <i>Zolpidem</i> | 343 |
| <i>Dulcolax</i> | 343 |
| Cuidados de enfermería..... | 343 |
| <i>Control y mantenimiento de la postura</i> | 343 |
| <i>Alimentación y eliminación</i> | 344 |
| Valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon..... | 345 |
| Enfermería básica | 347 |
| Farmacología | 348 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas..... | 348 |
| Ética y moral | 349 |
| Charcot Marrie Tooth | 350 |
| Definición..... | 350 |
| Etiología | 351 |
| Fisiopatología..... | 351 |
| Signos y síntomas: | 351 |
| Exámenes de laboratorio y de gabinete..... | 352 |
| Los exámenes son: electromiografía, | 352 |
| Cuidados de enfermería..... | 352 |
| Tratamiento farmacológico | 353 |
| <i>Calcitonina</i> | 353 |
| <i>Pamidronato</i> | 353 |
| <i>Alendronato</i> | 353 |
| Ascariasis | 358 |
| Etiología: | 358 |
| Signos y síntomas: | 358 |
| Fisiopatología: | 359 |
| Exámenes de laboratorio y de gabinete:..... | 359 |
| Tratamiento farmacológico | 360 |
| Cuidados de enfermería..... | 360 |
| Desnutrición | 360 |
| Valoración de patrones funcionales | 362 |
| Enfermería Básica..... | 364 |
| Farmacología: | 364 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado:.. | 365 |
| Ética y Moral | 366 |
| Giardiasis | 367 |
| Etiología: | 367 |
| Signos y síntomas: | 368 |
| Fisiopatología: | 369 |

| | |
|--|-----|
| Exámenes de laboratorio y de gabinete: | 369 |
| Bibliografía..... | 370 |
| Psoriasis | 371 |
| Etiología | 371 |
| Signos y Síntomas | 371 |
| Fisiopatología..... | 371 |
| Exámenes del laboratorio y de gabinete | 373 |
| Tratamiento farmacológico | 373 |
| Cuidados de enfermería..... | 374 |
| <i>Epidermopoyesis excesiva</i> | 374 |
| <i>Prurito</i> | 375 |
| Valoración de Patrones Funcionales | 376 |
| Enfermería Básica..... | 377 |
| Farmacología | 378 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado.. | 379 |
| Ética y Moral | 380 |
| VITÍLIGO | 381 |
| Etiología | 381 |
| Signos y Síntomas | 381 |
| Fisiopatología..... | 382 |
| Exámenes del laboratorio y de gabinete | 382 |
| Bibliografía..... | 383 |
| Retinopatía del prematuro | 385 |
| Definición..... | 385 |
| Etiología | 385 |
| Signos y síntomas | 385 |
| Fisiopatología..... | 385 |
| Exámenes de laboratorio y de gabinete..... | 386 |
| Tratamiento farmacológico | 386 |
| <i>Otopren</i> | 386 |
| <i>Nicotears</i> | 386 |
| Cuidados de enfermería..... | 387 |
| <i>Movimientos oculares anormales</i> | 387 |
| <i>Leucocoria</i> | 388 |
| Valoración patrones funcionales | 389 |
| Síndrome de stress postraumático | 390 |
| Definición..... | 391 |
| Etiología | 391 |
| Signos y síntomas | 391 |
| Fisiopatología..... | 391 |
| Exámenes de laboratorio y de gabinete..... | 392 |
| Enfermería básica | 392 |
| Farmacología | 393 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas de cuidado... | 393 |

| | |
|---|-----|
| <i>Modelo de sistemas de Betty Neuwman</i> | 393 |
| Ética y moral | 395 |
| Retinopatía diabética..... | 399 |
| Etiología | 399 |
| Signos y síntomas | 399 |
| <i>Signos</i> | 399 |
| <i>Síntomas</i> | 400 |
| Fisiopatología..... | 400 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete. | 400 |
| Tratamiento farmacológico: | 401 |
| Medicamento Antineovascularización: | 401 |
| Medicamento Anti-factor de crecimiento endotelial vascular | 401 |
| Cuidados de enfermería..... | 402 |
| Valoración de los patrones funcionales..... | 403 |
| Enfermería básica | 404 |
| Farmacología | 404 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado.. | 405 |
| Carolyn L. Wiener y Marylin J. Dodd teoría de la trayectoria de | |
| la enfermedad | 405 |
| Ética y moral | 406 |
| Esquizofrenia | 407 |
| Etiología | 407 |
| Signos y Síntomas | 408 |
| <i>Signos</i> | 408 |
| <i>Síntomas</i> | 408 |
| Fisiopatología..... | 408 |
| Exámenes de laboratorio y de gabinete..... | 408 |
| Tratamiento farmacológico | 409 |
| Antipsicóticos..... | 409 |
| Cuidados de enfermería..... | 409 |
| Bibliografía..... | 410 |
| Síndrome de Castello | 411 |
| Etiología | 411 |
| Signos y síntomas | 411 |
| Fisiopatología..... | 411 |
| Datos de gabinete..... | 411 |
| Tratamiento farmacológico | 412 |
| Espironolactona | 412 |
| Protolif. | 412 |
| <i>Cuidados de Enfermería</i> | 413 |
| Dislalia: Es un trastorno del habla de los fonemas. | 413 |
| Valoración de Patrones Funcionales | 414 |
| <i>Enfermería básica</i> | 416 |
| Fundamentos Teóricos y Bases Epistemología del Cuidado ... | 416 |

| | |
|--|-----|
| Katie Eriksson - Teoría del Cuidado Caritativo | 416 |
| <i>Farmacología</i> | 417 |
| <i>Ética y Moral</i> | 417 |
| Bibliografía..... | 418 |
| Etiología | 419 |
| Signos y síntomas | 420 |
| Fisiopatología..... | 420 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 420 |
| Tratamiento farmacológico | 421 |
| Fenitoina | 421 |
| Azatioprina..... | 421 |
| Cuidados de enfermería..... | 421 |
| Síndrome de Down | 421 |
| Epilepsia: | 422 |
| Celiaquía: | 423 |
| Valoración patrón funcional..... | 424 |
| Escoliosis..... | 425 |
| Etiología | 426 |
| Signos y síntomas | 426 |
| Fisiopatología..... | 427 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 427 |
| Relación de las cátedras integradoras | 427 |
| Enfermería básica | 427 |
| Farmacología | 428 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado.. | 428 |
| Merle Mishel teoría de la incertidumbre..... | 428 |
| Ética y moral | 430 |
| Bibliografía..... | 430 |
| Síndrome de Guillain – barré..... | 434 |
| Etiología | 434 |
| Signos y síntomas | 434 |
| Fisiopatología..... | 434 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 434 |
| Tratamiento farmacológico. | 435 |
| <i>Paracetamol</i> | 435 |
| <i>Vacuna contra la poliomielitis</i> | 435 |
| Cuidados de enfermería..... | 435 |
| <i>Fiebre</i> | 435 |
| <i>Cefalea</i> | 436 |
| Valoración de los patrones funcionales..... | 437 |
| Insuficiencia vascular periférica..... | 439 |
| Etiología. | 439 |
| Signos y síntomas | 439 |
| Fisiopatología..... | 439 |

| | |
|---|-----|
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 439 |
| Enfermería básica | 440 |
| Farmacología | 440 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado...441 | |
| <i>Rosemarie Rizzo Parse - Teoría del Desarrollo humano.</i> | 441 |
| Ética y moral | 442 |
| Bibliografía..... | 442 |
| Síndrome de Moebius | 445 |
| Etiología | 445 |
| Signos y síntomas..... | 445 |
| Fisiopatología..... | 445 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 446 |
| Tratamiento farmacológico | 446 |
| Cuidados de enfermería..... | 447 |
| Valoración de patrones funcionales de Margiory Gordon | 448 |
| Enfermería Básica..... | 450 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado ...451 | |
| <i>Lydia Hall “modelo del núcleo, el cuidado y la curación”</i> | 451 |
| Farmacología | 452 |
| Ética y Moral | 452 |
| Parálisis cerebral infantil | 453 |
| Etiología | 453 |
| Fisiopatología..... | 454 |
| Signos y Síntomas | 455 |
| Exámenes de laboratorio y de gabinete..... | 456 |
| <i>Exámenes Neurológicos</i> | 456 |
| <i>Resonancia Magnética (RM)</i> | 456 |
| <i>Tomografía Computerizada (TAC)</i> | 456 |
| <i>Ultrasonido</i> | 456 |
| <i>Electroencefalograma</i> | 457 |
| Bibliografía..... | 457 |
| Vejiga Neurógena..... | 459 |
| Etiología | 459 |
| Signos y síntomas | 459 |
| Fisiopatología..... | 460 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 460 |
| Tratamiento farmacológico en vejiga neurógena..... | 460 |
| <i>Nombre medicamento</i> | 460 |
| <i>Nombre genérico</i> | 460 |
| <i>Nombre comercial</i> | 460 |
| <i>Efectos adversos</i> | 461 |
| <i>Dosis</i> | 461 |
| <i>Nombre medicamento</i> | 461 |
| <i>Nombre genérico</i> | 461 |

| | |
|--|-----|
| <i>Nombre comercial</i> | 461 |
| <i>Efectos adversos</i> | 461 |
| <i>Dosis</i> | 461 |
| Cuidados de enfermería..... | 462 |
| <i>Incontinencia urinaria</i> | 462 |
| <i>Infección del tracto urinario</i> | 462 |
| Valoración patrones funcionales | 463 |
| 1. <i>Percepción y Salud</i> | 463 |
| 2. <i>Nutricional y Metabólico</i> | 463 |
| 3. <i>Eliminación</i> | 463 |
| 4. <i>Ejercicio</i> | 463 |
| 5. <i>Sueño - Descanso</i> | 463 |
| 6. <i>Cognitivo - Perceptual</i> | 464 |
| 7. <i>Autopercepción - Autoconcepto</i> | 464 |
| 8. <i>Rol - Relación</i> | 464 |
| 9. <i>Sexualidad - Reproducción</i> | 464 |
| 10. <i>Adaptación - Tolerancia al estrés</i> | 464 |
| 11. <i>Valores - Creencias</i> | 464 |
| Síndrome del espectro Autista | 464 |
| Etiología | 464 |
| Signos y síntomas | 465 |
| Fisiopatología..... | 465 |
| Exámenes de laboratorio y gabinete | 465 |
| Enfermería básica | 465 |
| Farmacología | 466 |
| Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado.. | 467 |
| <i>Martha Rogers – Teoría de los seres unitarios</i> | 467 |
| Ética y moral | 468 |
| Bibliografía..... | 469 |

Alcoholismo crónico

Para Herrera (1999): “El alcoholismo crónico representa un grave peligro para el hombre. El consumo frecuente de alcohol puede ocasionar daño hepático, alteraciones en los sistemas nervioso e inmunológico, así como un comportamiento social inapropiado en el individuo” (p. 189).

Etiología

Ochoa et. al (2009) habla del alcoholismo diciendo:

En la etiología del alcoholismo se involucran factores genéticos, psicosociales y ambientales. Por ello en su estudio hay que observar los tres niveles básicos de la vida del paciente: individual, familiar y social. Los fenómenos que contribuyen al desarrollo de dependencia son aquellos relacionados directamente con el sistema de recompensa (refuerzo positivo) y los que implican a otros sistemas de forma que el consumo de alcohol se comporta como un refuerzo negativo. En ambos procesos intervienen diferentes sistemas de transmisión. Se implican en la dependencia de alcohol los circuitos anatómicos de recompensa: haz pros encefálico medial, área tegmental ventral, hipotálamo lateral y áreas de la corteza prefrontal. También están implicadas las vías de neurotransmisión dopaminérgica, noradrenérgica, serotoninérgica, glutamatérgica, de opioides endógenos, GABA, y canales del calcio. (p.27)

Signos y síntomas

Hernández (2021) dice que: “El alcoholismo crónico puede ocasionar alteraciones neurológicas (encefalopatía de Wernicke o síndrome de abstinencia, entre otras) y cardiovasculares como hipertensión arterial, dislipemia, miocardiopatía dilatada o arritmias. Además, puede desencadenar otras alteraciones orgánicas que disminuyan la esperanza de vida” (p. 1).

Fisiopatología

Quesada et. al (2018) describe que:

El alcoholismo presenta trastorno del carácter: desconfianza, irritabilidad, con periodos depresivos que pueden llevarlo al suicidio en algunos casos extremos. Todos los órganos resultan afectados, sobre todo el sistema nervioso: temblor en las manos, alteraciones digestivas que pueden derivar al cáncer, etc. Puede llegar a delirium tremens que lo conduce a la muerte, aunque no se ha muy habitual. (p.766)

Exámenes de laboratorio y gabinete

Das et. al (2008) afirman:

La problemática asociada con el consumo excesivo de alcohol es universal, pero calcular su magnitud y su impacto en la sociedad resulta muy difícil, entre otras causas, por la falta de pruebas específicas para la detección del alcoholismo. Actualmente el diagnóstico se realiza con el interrogatorio, cuestionarios y algunas pruebas de laboratorio que evalúan el daño causado por el alcohol, pero estos métodos resultan insuficientes.

En esta revisión, los autores evaluaron los estudios disponibles para la detección de esta enfermedad, tanto los tradicionales como los más novedosos.

Los pacientes alcohólicos suelen presentar hiperbilirrubinemia, la fosfatasa alcalina suele aumentar en los que consumen grandes cantidades y la concentración de urea en sangre suele disminuir. La uricemia se correlacionaría con la ingesta reciente de alcohol. Los marcadores biológicos usados con mayor frecuencia para la detección de alcoholismo son la concentración de la gamma glutamiltranspeptidasa (GGT), el aspartato aminotransferasa (AST) y el volumen corpuscular medio. (p. 81)

Tratamiento farmacológico

Administración de Arrop (nombre comercial); Naltrexona (nombre genérico). La administración del medicamento según PLM (2022) es: “50 mg de naltrexona al día, durante un tiempo de tratamiento a establecer por el médico y que, por lo general, considera un periodo inicial de 3 meses

seguido en caso necesario por periodos más prolongados” (párr. 55). Entre efectos los adversos PLM (2022) dice que se pueden presentar:

Náuseas, cefalea, vértigo, nerviosismo, fatiga, vómito, ansiedad, somnolencia, dificultad en conciliar el sueño, dolor abdominal, astenia, dolor articular y muscular, pérdida de apetito, diarrea, estreñimiento, sed, inquietud, sedación de abatimiento, irritabilidad, erupciones cutáneas, eyaculación retardada, disminución de la potencia sexual, escalofríos, congestión nasal, dolor torácico, sudoración y lagrimeo. (párr.26)

Administración de Antabus (nombre comercial), Disulfiram (nombre genérico), la administración de dosis recomendada por PLM (2022) es: “Inicial: 500 mg una vez al día por un periodo de 1 2 semanas” (párr. 6). Se pueden obtener efectos adversos ya que: “Puede producir somnolencia, síntomas de alergia, disconformidad estomacal, dolor de cabeza, sensación de cansancio. No ingerir productos o medicamentos con alcohol” (PLM, 2022, párr.5).

Cuidados de enfermería

Consumo constante de alcohol

Ingesta de grandes cantidades por ser dependiente desde su corta edad además del problema de no poder dejar de beber diariamente.

- Controlar signos vitales, peso y equilibrio nutricional e hidroelectrolítico.
- Orientar el uso de medicamentos orales prescritos
- Administrar suplementos vitamínicos según necesidades basales.
- Pautar terapias de ayuda y buscar grupos de apoyo, donde el personal de enfermería advierta las consecuencias.
- Fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre la separación de su pareja.

- Controlar posibles problemas según el estado actual (eliminación y nutrición).
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño (técnicas de relajación)
- Control de ansiedad por la bebida tomando vías de distracción (deportes, lectura, caminatas)
- Hacer partícipe a la familia del proceso de rehabilitación, para que este se sienta acompañado y mejore su autoestima y aprecio hacia él mismo.
- Complicaciones en el sistema nervioso
- Generan temblor en las manos que causa movimientos involuntarios y rítmicos.
- Pautar actividades para controlar la ansiedad(yoga)
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y sus consecuencias del alcoholismo
- Explicar a los familiares las conductas (violencia, ansiedad, ira) que puede generarse por la abstinencia de ingesta de alcohol.
- Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación)
- Vigilar la función cognitiva (concentración, atención)
- Animar al paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento y rehabilitación, según corresponda.
- Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas
- Proporcionar información objetiva respecto al tratamiento y pronóstico
- No mantener al alcance algún tipo de bebida alcohólica en el hogar

- Remitir al paciente a un especialista (psicólogo clínico), si es necesario.

Valoración de los patrones funcionales

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud

Paciente alcohólico, agresivo, descuido en su aspecto personal (higiene personal y prendas de vestir). Consume frente alcohol (5 litro de coñac y punta). No tiene ingresos económicos. Por momento presenta depresión por factor familiar y social.

Patrón 2: Nutricional – metabólico

Alimentación irregular con pérdida de comidas, refiere falta de apetito, presenta desnutrición (IMC es de 18), dentición incompleta, piel seca y escamosa.

Patrón 3: Eliminación

Problemas de estreñimiento, refiere micción por ingesta mayor de alcohol y disuria.

Patrón 4: Actividad – ejercicio

Refiere llevar un estilo de vida sedentaria, no logra mantener un trabajo estable, menciona realizar tareas de casa esporádicamente cuando no está bajo efectos de alcohol.

Patrón 5: Reposo y sueño

Paciente refiere dificultad para conciliar el sueño, duerme 2 3 horas, sueño interrumpido despertándose varias veces en el transcurso de la noche, dificultad para volverse a dormir por problemas en los que está pasando.

Patrón 6: Cognitivo y perceptivo

Paciente consiente u orientado en tiempo, lugar y espacio, conducta de irritabilidad e intranquilidad, se evidencia depresión y presenta dialogo espontaneo.

Patrón 7: Autopercepción y autoconcepto

Refiere ansiedad y desesperación al querer ingresar alcohol cuando no puede comprarlos o la necesidad de ver a expareja sentimental, sentimientos de soledad y rechazo.

Patrón 8: Rol y relaciones

Vive con sus padres, separado de su expareja ya hace 3 años, refiere que su actividad sexual es activa ya que hoy en día tiene atracción por los dos géneros, expresa inutilidad como persona dentro de la sociedad.

Patrón 9: Sexualidad y reproducción

Mantiene relaciones sexuales eventuales con personas que conoce y no conoce.

Patrón 10: Afrontamiento y tolerancia al estrés

Paciente menciona que a su corta edad bebe como refugio a sus problemas, presenta negación para recibir ayuda lo que provoca ansiedad e irritabilidad, menciona haber tendido pensamientos de suicidio.

Patrón 11: Valores y creencias

Se define como no creyente de ninguna religión, menciona que no hay aun Dios supremo y que si existiera el seria otra persona y no tendría este vicio.

Enfermería básica

Cátedra que se encarga del cuidado asistencial, técnico mecánico, promoviendo salud y previniendo enfermedades, brindando ayuda a todos los estratos sociales tanto en el proceso de recuperación o para asistir en caso de una muerte. Así mismo, instruye en las medidas preventivas para cuidados holísticos en personas hospitalizadas. A partir de aristas fisiológicas, valorando necesidades básicas, se mecanizan acciones de atención holística, especialmente cuando las alteraciones hemodinámicas, impiden o minimizan las actividades de la vida diaria.

Pretendiendo progresivamente alivio al dolor, causado por procesos mórbidos de buen o mal pronóstico. Las circunstancias en la atención de enfermería, se mide por acciones básicas, cuidados intermedios y análisis en áreas críticas. Conocer en qué momento el bienestar y el confort debe ser aplicada.

Para Domínguez (2020) en la cátedra:

Se fundamentan los aspectos que participan en la determinación de las necesidades (biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y espirituales). El estudiante aplica el proceso de atención de enfermería en función de estas necesidades. Identifica las manifestaciones de independencia/dependencia de las mismas, para valorar el grado de satisfacción, determina las intervenciones de enfermería oportunas para fomentar, mantener o recuperar la independencia de las personas. La asignatura desarrolla los aspectos profesionales que explican el desenvolvimiento de la profesión, los valores implicados en la atención del paciente, familia y comunidad. (p. 2)

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado

Katie Eriksson – Teoría del Cuidado Caritativo

El proceso metodológico del fundamento enfermero, constituye para la ciencia de enfermería el eje principal, desde la particularidad intrínseca en la forma de cuidar, restaurar salud; condiciones elementales durante la formación académica, muy particular en la humanización y la atención cálida de la práctica profesional. Existen cualidades para ser enfermera, o simplemente ser cuidador, en ambos casos la vocación hacia la adversidad del dolor, desesperanza, y muerte, se plantea la atención del cuidado hacia la vida.

Katie Erikson propuso que el cuidado en enfermería implica la misión de ver más allá, donde interviene: fe, esperanza, expresiones de amor, caridad; también define, el cuidado mediante la propuesta valedera de cualidades humanas, entre ellas: verdad, bondad, belleza, idealizando las condiciones de resignación hacia experiencias espirituales. De igual manera menciona que el ser humano es sagrado, enfoca la dignidad humana bajo la conceptualización del servicio al prójimo, particularizando el cuidado caritativo a la interiorización de cada ser humano, se precisa que enfermeros/as se molden en la frase; “enfermería del cuidado”.

En otras palabras, enfermería significa vocación, amor, brindar apoyo moral, empatía, en espacios que el dolor, sufrimiento o muerte son el diario vivir. El objetivo de cambiar, transformar las nuevas generaciones de enfermero/a sea de un servicio con compromiso propio, entusiasmo a lo que se hace, para un bienestar y confort de los pacientes.

La creación de un pensamiento crítico basado en fundamentos científicos de la cátedra es apoyada por Hernández (2019) que dice:

El ejercicio de la enfermería como disciplina profesional no se circunscribe únicamente al ámbito del cuidado (autocuidado, cuidado del paciente y su familia, la comunidad, las personas del equipo de salud y el medio ambiente), sino que incluye las actividades de investigación, docencia y gestión de los recursos de salud; estas últimas han adquirido recientemente una mayor relevancia en el ejercicio profesional, incluso relegando en algunos casos a un segundo plano el deber ético primario con el sujeto de cuidado, el cual implica un “juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería. (p.776)

Farmacología

Es la ciencia que se encarga de estudiar las propiedades terapéuticas de los medicamentos, así como el mecanismo de acción y evaluar posibles efectos adversos que pueden aparecer con la administración. Los profesionales en enfermería ejecutan cuidados al momento de administración de medicamentos, vigilan la dosificación, hora, prescripciones, indicaciones, diluciones, presentaciones, tratamientos y tiempo de duración. En la ronda hospitalaria siempre se usan los principios de los 5 correctos y el mecanismo de los 4 YO. Es parte de la responsabilidad terapéutica, porque la concentración del fármaco a nivel plasmático debe ser estable. Todas las vías de administración los profesionales en enfermería las preparan técnicamente antes de ejecutar la punción y la trasfusión del fármaco.

Para Vergel (2009) la farmacología: “comprende el conocimiento de la historia, origen, propiedades físicas y químicas, la presentación, los efectos bioquímicos y fisiológicos, los mecanismos de acción, la absorción, la distribución, la biotransformación y la excreción, así como el uso terapéutico y de otra índole de los fármacos” (p. 1).

Ética y moral

Se basa en códigos éticos y leyes, encaminada al cuidado, con funciones administrativas, docente e investigaciones, en las disciplinas de los actos buenos y malos. Poniendo hincapié a los códigos morales: Respeto a la persona, consecuentemente si desea recibir el tratamiento o no ; beneficencia, trata de beneficios hacia los usuarios y con ello reducir riesgos buscando el bien; justicia, siempre ser equitativo e igualitario sea cual sea su situación económica, raza o sexo; autonomía, cada persona puede decir cómo quiere conducir su vida de acuerdo a sus intereses, deseos, creencias y no hacer daño; ser imparciales para buscar el bien, sin beneficio propio o para otra persona. Estos principios denotan que dentro del cuidado del paciente no es algo práctico, pues va más allá de buscar relacionar la humanidad con un solo fin igualitario sin distinción alguna o en el caso de discriminación, llevando siempre presente que la ética es algo global y universal al contrario de la moral del ser humano, que está compuesto de esencia y espíritu.

Comprendiendo que la enfermería esta direccionada por la ética y valores morales para Hernández (2019):

La práctica profesional está regulada por códigos y estándares basados en la ética por lo cual, el cuidado de enfermería, entendido como arte y ciencia, no puede desarrollarse sin estos principios. En este sentido, la protección de los derechos de los pacientes y de su integridad y seguridad forma parte de las responsabilidades de Enfermería. (p. 774)

Cirrosis hepática

En la cirrosis hepática Ayala (2012) dice que:

La cirrosis es una enfermedad crónica difusa e irreversible del hígado, caracterizada por la presencia de fibrosis y por la formación de nódulos de regeneración, que conducen a una alteración de la arquitectura vascular, así como de la funcionalidad hepática. Representa el estadio final de numerosas enfermedades que afectan al hígado. (p. 45)

Etiología

Manifiesta Kasper et al (2016) que:

El consumo crónico de alcohol produce fibrosis sin que ocurra la inflamación o necrosis concomitante. En la cirrosis alcohólica, los nódulos generalmente tienen un diámetro <3mm; esta forma de cirrosis se conoce como micro nodular. Al suspender el consumo de alcohol se pueden formar nódulos de mayor tamaño, lo que da origen a una cirrosis micro nodular y macro nodular mixta. (p. 2723)

La cirrosis por alcohol es la causa más frecuente; se considera que el tiempo requerido para que el toxico origen cirrosis es de 10 años, sin embargo, no todos los alcohólicos crónicos la desarrollan, por lo que se hallan también involucrados otros factores: nutricionales, inmunológicos y genéticos. Los factores de riesgo para desarrollar hepatitis alcohólica y posteriormente cirrosis son: duración y la cantidad de consumo de alcohol, género femenino, infección por virus de la hepatitis B o C y la desnutrición, factores que constituyen a la evolución de la enfermedad y aceleran el daño hepático. (p. 2725)

En el mismo sentido Rodríguez et. al (2008) mencionan:

Infecciones virales, caracterizada por la inflamación del hígado, que se producen por unas reacciones anómalas dentro del sistema inmune contra el propio hígado. Enfermedades autoinmunitarias, trata de un desorden crónico en el cual el sistema inmune ataca a lo que son propios órganos y tejidos, destruyendo células hepáticas y a su vez dañando conductos biliares. Daño inducido por

fármacos, hace referencia a un daño ocurrido por la ingesta de ciertos medicamentos. Colestasis, es una infección en el que el flujo de la bilis del hígado se hace lento o en sí, se detiene por completo y también enfermedades metabólicas. (p.258)

Signos y síntomas

Para Ayala (2012) en la Cirrosis hepática:

Es habitual que la cirrosis curse con un período asintomático u oligosintomático, cuya duración es variable y suele conocerse como fase compensada de la enfermedad, siendo típica la aparición de dispepsia, astenia o hiperpirexia. En esta fase puede existir hipertensión portal y varices esofágicas. Especial mención merece la hipertensión portal, que condiciona una vasodilatación arteriolar en el bazo y una disminución del volumen sanguíneo central, lo que conlleva la activación de sistemas vasoactivos endógenos, cuya finalidad es el restablecimiento de una volemia efectiva. Dicha hipertensión portal, unida a la progresiva destrucción del tejido hepático, favorece el desarrollo de las principales complicaciones a que puede dar lugar la cirrosis:

A nivel gastrointestinal, la cirrosis puede generar las siguientes manifestaciones: parotidomegalia, diarrea intermitente, hemorragia digestiva secundaria a las varices esofágicas, gástricas, etc.

La cirrosis también cursa con manifestaciones hematológicas, que incluyen anemia, y en los casos avanzados, pan citopenia. También pueden producirse alteraciones de la coagulación por déficit de protrombina y factor V.

A nivel renal, la cirrosis origina un cuadro de hiperaldosteronismo secundario, que frecuentemente origina el síndrome hepatorenal, el cual aparece como complicación de la cirrosis.

Esta patología hepática también tiene manifestaciones endocrinas tales como hipogonadismo, atrofia testicular,

dismenorrea, telangiectasias, eritema palmar, ginecomastia y cambios en el vello pubiano.

La cirrosis puede cursar con manifestaciones pulmonares, incluyendo hipertensión pulmonar primaria, hidrotórax hepático y síndrome hepatopulmonar.

A nivel cardíaco, se ha comprobado la existencia de una cardiopatía, que por sus características se conoce como cardiopatía propia del cirrótico, siendo independiente del agente etiológico que provoque la cirrosis.

A nivel neurológico es posible encontrar alteraciones tales como la neuropatía periférica y la encefalopatía hepática. (pp. 47-48)

Fisiopatología

Define Kasper et al (2016) que:

El desarrollo progresivo de la hipertensión portal constituye el evento fisiopatológico clave en su progresión y es el factor de riesgo más relevante, para la cirrosis descompensada. Por el contrario, la mejora de la hipertensión por tal como consecuencia de tratamiento etiológico o vaso activo reduce el riesgo de complicaciones. En determinadas condiciones, especialmente en el tratamiento adecuado de la enfermedad desencadenante, se puede esperar un cierto grado de reversibilidad a todos los niveles (histológico, hemodinámico u clínico), que venían según la evolución de la cirrosis. (p. 272)

Exámenes de laboratorio y de gabinete

Para la Cirrosis Ayala (2012) describe que:

Actualmente la cirrosis hepática puede diagnosticarse atendiendo a una serie de hallazgos clínicos, resultados analíticos y ecográficos. No obstante, el diagnóstico de certeza pasa por el examen histológico del hígado previa biopsia. Esta prueba, a pesar de su invasividad, se considera el estándar de oro desde la perspectiva diagnóstica. La ecografía abdominal y la elastometría son dos pruebas complementarias muy usadas actualmente dada su escasa invasividad:

La ecografía abdominal tiene el inconveniente de que existe una considerable variabilidad entre diferentes observadores.

La elastometría es una técnica que mide la rigidez hepática, que depende del grado de fibrosis hepática existente. En lo referente a pruebas de laboratorio, pueden tener utilidad diagnóstica las siguientes:

Pruebas hematológicas, con resultado de anemia, leucopenia y trombopenia, así como alargamiento del tiempo de protrombina.

Pruebas bioquímicas, cuyos resultados más significativos incluyen bilirrubina elevada, transaminasas moderadamente elevadas o incluso normales, y fosfatasa alcalina significativamente elevada en cirrosis de origen colestático o hepatocarcinoma. Conviene estudiar también los marcadores tumorales, en concreto la alfa-fetoproteína.

Pruebas serológicas, especialmente determinación de autoanticuerpos no órgano-específicos; es frecuente encontrar hipergammaglobulinemia policlonal. Debe hacerse diagnóstico diferencial con las siguientes entidades clínicas: pericarditis, insuficiencia cardíaca, infiltración neoplásica masiva del hígado y síndrome de Budd-Chiari. (pp. 49-50)

Bibliografía

Das, S. K., Dhanya, L., & Vasudevan, D. M. (2008). Biomarkers of alcoholism: an updated review. *Scandinavian journal of clinical and laboratory investigation*, 68(2), 81-92. doi: 10.1080/00365510701532662. Epub 2007 Jun 24. Retraction in: Berg JP. *Scand J Clin Lab Invest*. 2012 Jul;72(4):343. PMID: 17852805. https://www.researchgate.net/profile/Subir_Das/publication/278478530_Biomarkers_of_alcoholism_an_updated_review_vol_68_pg_81_2008/link/s/57602a3008ae2b8d20eb3520/Biomarkers_of_alcoholism_an_updated_review_vol_68_pg_81_2008.pdf

- Domínguez, M. Á. (2020). Enfermería básica II.
https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/greenstone/collect/planes/index/assoc/D1302.dir/programa_enfermeria_basica_ii_2020.pdf
- Gómez Ayala, A. E. (Julio de 2012). Cirrosis hepática. *Revista Farmacia Profesional*. Vol. 26. Núm. 4.
https://www.elsevier.es/es_revista_farmacia_profesional_3_pdf_X0213932412502272
- González Hernández, Y. (2021). Complicaciones orgánicas del alcoholismo.
<https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/24592>
- Hernández Ledesma Y, Casanova Moreno MC, Sánchez Pérez CF, Rodríguez López M, Ferro González B. Fundamentos teórico metodológicos sobre gestión de riesgos asociados al cuidado de Enfermería al paciente crítico. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(5), 772-786.
http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v23n5/15613194_rpr_2305_772.pdf
- Herrera Batista, Aleida, González Bravo, Maritza, Céspedes Miranda, Ela, & Sánchez González, Sonia. (1999). Efectos del alcoholismo crónico sobre el hígado de ratas albinas adolescentes. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 18(3), 189-196.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03001999000300004&lng=es&tlng=es.
- Kasper, D. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2016). *HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA*. D.F, México: MCGRAW HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
- Lilley, L. L., Collins, S. R., & Snyder, J. S. (2020). *Farmacología y proceso enfermero*. Elsevier Health Sciences.
<https://es.ok.lat/dl/5868577/ca982a>

- MDwise. (2020). Signos y síntomas del abuso del alcohol y el alcoholismo. mdwise.org. https://www.mdwise.org/wellness_tools/problem_drinking/signs_and_symptoms?lang=es MX
- MDwise. (2020). Signos y síntomas del abuso del alcohol y el alcoholismo. mdwise.org. https://www.mdwise.org/wellness_tools/problem_drinking/signs_and_symptoms?lang=es MX
- Ochoa Mangado, Enriqueta, Madoz Gúrpide, Agustín, & Vicente Muelas, Natividad. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(214), 26-40. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2009000100003&lng=es&tlng=es.
- PLM. (2022). ANTABUS. Medicamentosplm.com. https://www.medicamentosplm.com/ecuador/Home/productos/antabus_tabletas/1090/101/16312/210
- PLM. (2022). ARROP. Medicamentosplm.com. https://www.medicamentosplm.com/Home/productos/arrop_tabletas/86/101/6378/210
- Quesada, V., Bayamo, María, M., Aguilar, E., Perez, Á., & Ii, A. (2018). Universidad De Ciencias Médicas De Granma Dirección Sectorial Provincial De Salud Bayamo Granma. Evaluación del riesgo de alcoholismo en estudiantes Evaluation of the risk of alcoholism in students of Vicente Quesada Urban Secondary School. Bayamo. *Multimed*, 22(4). <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul12018/mul184d.pdf>
- Rodríguez Magallán, A., Valencia Romero, H. S., & Altamirano, J. T. (2008). Etiología y complicaciones de la cirrosis hepática en el Hospital Juárez de México. <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju2008/juo84d.pdf>
- Vergel Rivera, G. M., Tasé Martínez, M. J., & Groning Roque, E. (2009). *Farmacología Proceso de Atención Enfermero*. Cuba: La Habana.

Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer según Custodio et al (2015) se produce:

Demencia, caracterizada por disminución en la función de la memoria, desorientación, alucinaciones y finalmente, la muerte. La demencia afectación de las funciones mentales o cognitivas, que comprometen la capacidad funcional del individuo llegando a la total dependencia. Se requiere documentar deterioro de la memoria, además del compromiso de por lo menos una habilidad cognitiva adicional (lenguaje, praxia, juicio, atención, calculo o habilidades visuo-especiales), los cuales interfieren con la “funcionalidad” o el funcionamiento ocupacional o social y además tiene que existir evidencia de ausencia de desorden sistémico. (p. 27-28)

En el mismo sentido Victoria, M (2020) dice que “muchos de los síndromes de demencia se desarrolla un déficit neuropsiquiátrico y social ocasionando depresión, abstinencia, alucinaciones, delirios, agitaciones, insomnio y desinhibición. La demencia suele ser crónica y progresiva” (p. 3)

Etiología

La etiología según William et al (2022) menciona que:

Los factores de riesgo más importantes para AD avanzada mayores de 70 años y un descendente familiar positivo. la prevalencia de AD aumenta con cada decenio de la vida adulta y alcanza 20 a 40 % en la población mayor a 85 años. un antecedente familiar de demencia Sugiere una contribución genética a la AD, aunque la herencia autosómica dominante ocurre sólo 2% de los pacientes. el sexo femenino es un factor de riesgo independiente de la mayor longevidad de las mujeres, y las que portan un alelo de Apo E4 son más susceptibles que los varones por todo eres de ese alelo. un antecedente de traumatismo craneo encefálico con contusión Aumenta el riesgo de AD. También se han expuesto muchos factores ambientales, como el aluminio, mercurio, y virus, como causa de AD, pero sus estudios rigurosos no pudieron demostrar una

participación significativa de ninguna de estas exposiciones. La diabetes también aumenta el riesgo de AD. Las concentraciones altas homocisteína colesterol; la hipertensión; las concentraciones séricas básicas de ácido fólico; el consumo alimentario bajo de frutas, verduras y vino tinto, y los niveles bajos de ejercicio se han explorado cómo los causantes posibles del riesgo de AD (p.3).

Signos y síntomas

En el Alzheimer según Peña, C (2012) los signos y síntomas son:

Existe algún problema vienen dudas generalmente por trastornos progresivos de memoria. suele ser algún familiar o un amigo próximo quien lo detecta, pero en ocasiones quien constata algo raro es alguien que hace mucho tiempo no lo ve al paciente. los trastornos pueden ser tan sutiles que la familia normalmente los excusa o los atribuye a la edad. Aparecen fallos útiles en la memoria capacidades mentales: en el lenguaje, en la orientación temporal, y el razonamiento. Será signos de alarma todo trastorno de las capacidades mentales superiores (memoria, juicio, lenguaje, escritura, cálculo), de la capacidad de desenvolverse normalmente en la vida diaria o del comportamiento que significa una disminución o un cambio cualitativo en los niveles previos de rendimiento de una persona determinada. en ocasiones, la familia ha sido tolerante ante los pequeños fallos del paciente, pero un error y llamativo es causa de alarma, a veces los trastornos constituyen los signos de alarma del deterioro (pp.22-23).

Los síntomas de ansiedad o depresión pueden dar lugar a manifestaciones propias de una demencia.

Fisiopatología

Las características patológicas de la enfermedad de Alzheimer según Juebin Huang (2021) son:

- Depósitos de beta-amiloide extracelular (en las placas seniles)
- Ovillos neurofibrilares intracelulares (filamentos helicoidales en pares) (p.2)

De la misma manera Juebin, H menciona que:

El depósito de beta-amiloide y ovillos neurofibrilares conduce a la pérdida de sinapsis y neuronas, lo que provoca una atrofia macroscópica de las áreas afectadas del encéfalo, por lo general desde el lóbulo temporal mesial (p.2).

Exámenes de laboratorio y gabinete

Para el Alzheimer Peña (2012) afirma que se puede valorar:

Médica general

El médico considera la posibilidad de enfermedades de base (hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón, la glándula tiroides) puedan afectar a las capacidades mentales. por este motivo, pregunta por todo tipo de antecedentes de interés. Entre los antecedentes más importantes que implican un riesgo de demencia vascular destacan la hipertensión, la hiperlipidemia (el aumento de grasa en la sangre), la diabetes II esclerosis(endurecimiento) de las arterias periféricas. (p. 65)

Neurología general

El médico investiga antecedentes neurológicos que puedan producir o complicar una demencia. (p. 65)

Neuroconductual

Constituye el núcleo fundamental para determinar si el paciente sufre de una demencia. hay que informar al médico de todos los cambios acontecidos en las capacidades mentales del paciente: la memoria, la orientación, el lenguaje, la lectura, la escritura, el cálculo, la resolución de problemas, las capacidades en el dibujo, la capacidad de planificar y organizar, recordar personas, de viajar, de llevar las propias finanzas o de tomar decisiones. es importante aportar datos objetivos (p.65).

Psiquiátrica

La historia psiquiátrica es muy relevante para la evaluación de una posible demencia o de una demencia claramente establecida (pp.65-66).

Toxico, fármacos y alimentación

La que acepte las capacidades cognitivas del paciente es otro punto que hay que considerar, muchas personas no son conscientes de que toman medicaciones con un potencial efecto en el cerebro y las capacidades mentales. Es importante exponer al médico toda la medicación que está tomando el paciente (p.66).

Exploración

Este paso incluye la exploración física general la exploración neurológica y la exploración neuropsicológica y emocional (p.66).

Exploración física

El médico realiza la exploración clínica tradicional (inspección, palpación, auscultación) por aparatos, en busca de signos de enfermedades general que pudieran relacionarse con la demencia (p.66).

Exploración neurológica

Exploración neurológica aporta datos sobre alteraciones del sistema nervioso la exploración neurológica suele ser normal - o prácticamente normal- en la enfermedad de Alzheimer. Si el medico detecta alteraciones (pérdida de fuerza, interacciones de la sensibilidad, cambios en el tono muscular), es probable que plantee diagnósticos alternativos en la enfermedad del Alzheimer (p.66).

Exploración neuropsicológica mínima

La evolución mínima de las capacidades mentales se puede efectuar mediante preguntas informales o mediante sencillas pruebas al alcance de cualquier médico (p.66).

Datos de laboratorio

- Analítica sanguínea:
- Recuento completo de glóbulos.
- Velocidad de sedimentación globular (VSG).
- Bioquímica:

- Glucosa, urea creatinina, ácido úrico.
- Electrolitos: sodio, potasio, cloro.
- Calcio.
- Función hepática: transaminasas, bilirrubina.
- Función tiroidea: T3, T4 Y TSH (hormona estimuladora del tiroides).
- Vitaminas: B12 y ácido fólico.
- Serología: sífilis.
- Analítica: serología sida, niveles plasmáticos de fármacos, metales pesados (plomo).
- Punción lumbar (p.66).

Datos de Gabinete:

- Electrocardiograma.
- Rayos X de tórax.
- Neuroimagen:
- TAC (tomografía axial computarizada) o
- RNM (resonancia nuclear magnética).
- Electrocardiograma (EEG).
- SPECT (tomografía de emisión de fotón simple), PET (tomografía de emisión de positrones) (p.66).

Tratamiento farmacológico

Farmacología en Alzheimer

Ziprexa

Nombre Comercial: Ziprexa

Nombre Genérico: Olanzapina (antipsicótica atípica)

Dosis: 10 mg/día vía oral

Efectos adversos: somnolencia, hiperprolactinemia, vértigo, hiperfagia, hiperglucemia, edema, hipotensión ortostática, estreñimiento, xerostomía, hiperglicemia. (PLM Latinoamérica, 2022)

Cortritev

Nombre Comercial: Cortritev

Nombre Genérico: Simvastatina (inhibidoras de la HMG-GH reductasa)

Dosis: 20 mg/día por la noche vía oral

Efectos adversos: anemia, cefalea, estreñimiento, dolor abdominal, flatulencia, náuseas, prurito, diarrea, dispenía, exantema, rash cutáneo, vértigo, vomito, ictericia, hepatitis, pancreatitis. (PLM Latinoamérica, 2022)

Cuidados de enfermería

Obesidad leve

Gallego et al. (s.f.) dice que la obesidad es:

Incremento del peso corporal, expensas preferentemente del aumento del tejido adiposo, la paciente se encuentra por encima del índice de masa corporal, la obesidad en este paciente es nutricional es un desorden multifactorial, en el que interactúa factores genéticos y ambientales (p. 6).

Cuidados de enfermería

- Cuidados cutáneos, cuidar de lecciones que pueden ser provocadas por estrías, escaldaduras, aplicación de cremas hidratantes y aseo a diario.
- Cuidados con problemas cardiacas.
- Incluir en el ejercicio físico como partícipes directos a su red de apoyo con el fin de facilitar la adaptación del paciente.
- Enseñar al paciente como respirar para lograr una mejor adaptación respiratoria a la actividad física.
- Favorecer la ingesta de alimentos ricos en fibra evitando el estreñimiento.
- Realizar un control de la adaptación a la dieta y de las dificultades del paciente.
- Eliminar o al menos reducir notablemente el consumo de azúcar y de grasas saturadas, reemplazando por agua pura.

- Enseñar al paciente a interpretar la información nutricional presente en el envasado de los alimentos.
- Crear una dieta donde el paciente pueda acomodar en parte comidas que le satisfagan.
- Controlar cómo el paciente se siente y se adapta a las nuevas tareas y cambios.

Hiperactividad déficit de atención

Según Orjales (1998) menciona que “la hiperactividad déficit de atención un trastorno leve de la psicopatología un efecto negativo creciente en forma de bola de nieve que se puede conducir a problemas escolares, adaptativos, cognitivos y comportamentales” (p.3).

Cuidados de enfermería:

Según Madueño (2014) menciona los siguientes cuidados para la hiperactividad déficit de atención:

- Enseñar: medicamentos prescritos (administración correcta y efectos secundarios).
- Fomentar un ambiente familiar estructurado.
- Desarrollar una relación de confianza con el paciente.
- Enseñarle a obedecer instrucciones y ser responsables de su comportamiento.
- Asesor sobre la alimentación variada y rica en nutrientes.
- Trabajar la higiene del sueño, dormir las horas adecuadas.
- Fomentar el aprendizaje: instrucciones sencillas, lenguaje concreto, habla lenta, llamarlo por su nombre.
- Monitorización regular de las constantes vitales.
- Potenciar la participación en deportes y juegos reglados en equipo.
- Educar en el control de impulsos (identificar y buscar ayuda).

Valoración de patrones funcionales

Patrón de percepción y mantenimiento de salud

No hábitos tóxicos. Habitualmente ingiere café. Aspecto físico, a nivel de piel sin signos de deshidratación. Mucosa oral ligeramente con presencia de placas blanquecinas. Lengua saburral. Piezas dentarias incompletas y con caries. Totalmente dependiente de cuidados, no tiene conciencia de la enfermedad.

Patrón nutricional metabólico

Peso: 72 kg

Talla: 1.65 m

I.M.C: 26.47 obesidad leve.

El régimen dietético no es asumido con responsabilidad

Patrón de eliminación

Disuria a causa de infección del tracto urinario. Defeca 2 a 3 veces al día.

Patrón de actividad- ejercicio

Vida totalmente sedentaria. **F.C:** 78 pulsos/min. **F.R:** 18 respiraciones/min. **P.A.S:** 130 mmHg.

P.A.D: 82 mmHg

Patrón de sueño-descanso

Alteración del sueño a causa de la ingesta de café. Durante el día presenta problemas de irritación a causa de no dormir un ciclo regular

Patrón cognoscitivo-perspectivo

Dificultad para aprender y recordar información debido a su condición mental. Emplea el lenguaje y reconocer con cierto nivel de 60% intelectual. Presenta alteración de bienestar.

Patrón autopercepción

Siente temor de la condición mórbida por la que atraviesa. Influye la realidad de auto imagen, siente temor por tanto las relaciones interpersonales son limitadas

Patrón rol-relación

Mujer sola asume roles imprevistos cuando amerita. Coincide con el patrón autopercepción

Patrón sexualidad-reproducción

Menarquia: 15 años. Gestaciones: Go Po Ao
Gestaciones: o Partos: o Abortos: o

Sexualmente no activa. Ilusión de compartir la vida con pareja y tener hijos

Patrón afrontamiento-tolerancia al estrés

Se deduce afrontamiento familiar, situación que provoca ansiedad, no controla en situaciones su condición intelectual.

Patrón valores y creencias

Religión católica, y valores inculcados por sus padres. Prácticos rituales católicos esporádicamente.

Enfermería básica

Enfermería básica es una disciplina y brinda servicio de cuidado, seguridad, prevención, asistencia en el ámbito hospitalario, promoción de salud y apoyo humanizado con el fin de controlar y preservar la vida. El personal de enfermería es el responsable de bienestar y confort del ser humano, en la ausencia o no de afecciones o enfermedades físicas, mentales y sociales, experimenta y comprende sentimientos del paciente, es capaz de detectar y asimilar la situación de las personas, alivia el sufrimiento. Desarrolla habilidades de comunicación efectiva, establece planes terapéuticos de alto, fundamentada en la educación.

Según Castro & Simian (2018) menciona que: “La enfermería es una profesión y como tal, profesa una vocación con una misión”. Esto es, proveer el cuidado del paciente, cumpliendo los mejores estándares de calidad y seguridad en salud disponibles (p.1).

Farmacología

Es el tratamiento mediante para fines terapéuticos tomando en cuenta las vías de administración, alteraciones,

efectos adversos, educación al paciente, para evitar complicaciones, mejorar y preservar la calidad de vida, es indispensable permite establece decisiones y juicios sobre tratamientos establecidos, saber utilizar adecuadamente, en una forma racional y responsable. La relación entre la enfermería está dirigida a la atención por parte de la enfermera, en base al tratamiento, en la sustitución, supervisión o ayuda para la misma administración de forma que logre una serie de efectos saludables.

Según Romero (2018), menciona que: El profesional de enfermería juega un importante papel, si toma en consideración aspectos farmacológicos que se encuentran estrechamente vinculados. Para lograr una atención médica de calidad, resulta insuficiente realizar el diagnóstico y elegir la terapéutica adecuada, son los primeros aspectos que tomar en cuenta para la cura, alivio y profilaxis de una enfermedad, pero si luego, no se administra el medicamento de la manera adecuada, todo el camino recorrido se vería afectado (p.1).

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas

Burke, Eakes & Hainsworth, 1999 describe el duelo disfuncional:

El duelo disfuncional es la presencia de sentimientos generalizados relacionados con el pesar que se ha observado se producen periódicamente durante la vida de las personas con trastornos disfuncionales, sus cuidadores y familiares y las personas que han perdido un ser querido (p. 374).

Según Georgene, G., et al describe:

El fenómeno del duelo disfuncional como una respuesta normal a la discrepancia continúa creada por la pérdida. Permite estudiar a los individuos con diversas pérdidas y aquellas situaciones de pérdidas. La pérdida tiene lugar por una discrepancia entre la situaciones o expresiones (ideales) o reales. Por ejemplo, existe un (niño perfecto) y un niño con un trastornó disfuncional que difiere de lo ideal (p. 667).

Hay un funcionamiento normal. La salud de una persona depende de la adaptación a discrepancias asociadas a la pérdida. El abordaje eficaz origina una respuesta normal a las pérdidas vitales. Los individuos responden a su evaluación de sí mismo con respecto a las normas sociales. (p. 663)

El método de gestión es los medios mediante los que los individuos pueden tratar el duelo disfuncional. Pueden ser internos (estrategias internas de abordaje) o externas (profesional sanitario o intervenciones de otras personas). Las situaciones desencadenantes son circunstancias y estados que ponen de relieve la discrepancia o la pérdida recurrente e inician o exacerban sentimientos de duelo (p.662).

Las personas con esta condición tienden a presentar incidencia de trastornos de estado de ánimo y déficit en habilidades sociales, la persona que rodea al paciente para brindar apoyo, ayuda, cuidado, se encuentra afectado de tal manera corrompe la tranquilidad de pensar, como tratar con el paciente, como ayudarlo y protegerlo, de aceptar que en un momento tendrá su final de vida. Inicialmente la persona con una discapacidad no es consciente de sus potenciales y que se encuentra en la situación difícil de aceptar y le cuesta más trabajo y tiempo enfrentar su nueva realidad, la relación paciente-cuidados ejercen lazos, sentimientos

Ética y Moral

La ética en la enfermería pretende desglosar actividades morales, valores y normas que constituyen a encaminar la expresión de la moral siendo el comportamiento humano en cuanto al bien y el mal, la ética por su parte no se queda en normas, se dirige al servicio profesional al bienestar de las personas, característico de aspectos morales de la asistencia sanitaria disciplinaria centrados en las responsabilidades y problemas específicos en este ámbito, todas las personas tenemos deberes y derechos en hacer el bien, no hacer daño, no maleficencia, el cuidado excelente y responsabilidad colectiva e individual de la enfermería no se preocupa por un número epidemiológico sino al bienestar, sin importar las

circunstancias históricas, raza, cultura, religión, condición económica.

Según Flores, K., et al (2020), menciona que: La “Ética del cuidado ha favorecido a todas las profesiones sanitarias al promover el autorreflexión y desarrollar conciencia social a partir de principios universales humanistas, algo que se logra interiorizar a partir de la práctica profesional y la experiencia” (p.4).

Cáncer de mama

(Harrison.2019) El cáncer de mama es la proliferación maligna de células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de tal glándula. Es una enfermedad que afecta sobre todo a mujeres ancianas. Es un tumor que se caracteriza por la malignización de las células de los acinos, los conductos de ambos. Pueden ser benignos o malignos. A su vez, la mama tiene patologías benignas asociadas que deben ser incluidas en los diagnósticos diferenciales. (Martínez. E.,2014., p.467) Se sabe que 75% de todos los casos se producen en mujeres de >50 años. La proporción mujer: varón es de 150:1; es una enfermedad dependiente de hormonas. (p,564).

Etiología

Inespecífica.

Signos y síntomas

La descripción de la enfermedad de Alzheimer según centros para el control y la prevención de enfermedades (2021) describe:

Los signos de advertencia del cáncer de mama pueden ser distintos en cada persona.

Algunas personas no tienen ningún tipo de signos o síntomas.

Algunas señales de advertencia del cáncer de mama son:

➤ Un bulto nuevo en la mama o la axila (debajo del brazo).

- Aumento del grosor o hinchazón de una parte de la mama.
- Irritación o hundimientos en la piel de la mama.
- Enrojecimiento o descamación en la zona del pezón o la mama.
- Hundimiento del pezón o dolor en esa zona.
- Secreción del pezón, que no sea leche, incluso de sangre.
- Cualquier cambio en el tamaño o la forma de la mama.
- Dolor en cualquier parte de la mama.
- Tenga en cuenta que estos signos de advertencia pueden darse con otras afecciones que no son cáncer (p.2).

Fisiopatología

La enfermedad de Alzheimer según Sequeira describe que:

El crecimiento descontrolado de las células mamarias es el resultado de anomalías en los genes encargados del crecimiento y mantenimiento óptimo de las células, su inicio se da en los conductos o lobulillos. La patología se presenta comúnmente en mujeres de edades entre los 35 y 70 años, aunque últimamente mujeres más jóvenes han desarrollado la patología, de igual manera también se han presentado casos en hombres, aunque no sean tan recurrentes (p.23).

Exámenes de laboratorio y gabinete

La generalización según Croswell. M, et al (2018) menciona de “las pruebas de detección de cáncer del cuello uterino, colónico y de mama es beneficiosa en ciertos grupos de edad” (cap.66).

Datos de laboratorio:

La generalización de las pruebas de detección de cáncer del cuello uterino, colónico y de mama es beneficiosa en ciertos grupos de edad.

Prueba de Papanicolaou disminuye la mortalidad por esta neoplasia maligna; la tasa de mortalidad de este trastorno ha disminuido de forma sustancial desde el uso generalizado de la prueba de Papanicolaou (cap.67).

Datos de gabinete:

Se han sugerido la autoexploración mamaria, la exploración clínica mamaria por parte del médico, la mamografía y la imagen por resonancia magnética (MRI), en forma variable como recursos de detección (cap.67).

La tomosíntesis digital de mama es un método emergente de detección de cáncer que reconstruye múltiples imágenes de rayos X en cortes superpuestos "tridimensionales". La detección genética de mutaciones *BRCA1* y *BRCA2*, así como de otros marcadores del riesgo de cáncer de mama, identificó a un grupo de mujeres con riesgo alto de esta enfermedad; por desgracia, no se ha definido cuándo iniciar y la frecuencia óptima de la detección (cap. 66-67).

La mamografía es menos sensible para detección de tumores en la mama en portadoras de las mutaciones *BRCA1* y *BRCA2*, tal vez porque estas lesiones ocurren en mujeres más jóvenes, en las que la mamografía es menos sensible (cap.66).

Varios estudios sugieren que la detección anual o bianual mediante mamografía más la exploración clínica mamaria en mujeres con riesgo normal mayores de 50 años disminuye la mortalidad por cáncer de mama (cap.66-67).

Bibliografía

Alligood, M & Tomey, A. (1981). Modelos y teorías de enfermería. Editorial Medilibros.

Juegan, H. (2021). Demencia. *Manual MSD*.
<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/delirio-y-demencia/demencia>

Peña, J.(2012). Enfermedad de Alzheimer.
<https://fiapam.org/wp->

content/uploads/2012/10/Enfermedad_Alzheimer_de_diagnostico_a_terapia.pdf

- PLM Latinoamérica. (2022). Medicamentos PLM. <https://www.medicamentosplm.com/Home/Medicamento/a/1>
- Castro, M & Simian, D. (2018). La enfermería y la investigación Nursing and Researcha. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300531>
- Romero, K. (2018). El conocimiento de la farmacología en el profesional de enfermería. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6494657>
- Flores, K. Rivas, R. & Campillay, M. (2021). Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 3-17. Epub 01 de junio de 2021. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124>
- Madueño, M. Residente de enfermería familiar y Comunitaria & C. S San Roque (Badajoz). (S.f). Cuidados de Enfermería en el trastornos de Déficit de atención. *Access Medicina*. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2461§ionid=197384566>
- Custodio, N. Montesinos, R. & Alarcón, Jorge O. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(4), 235-249. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3438>
- Lucendo, M. Victoria, M & Fernández, V. (2020). Trastornos neuroconductuales en la demencia tipo Alzheimer. Scielo. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v38n2/0718-4808-terpsicol-38-02-0223.pdf>
- Hayes, D. & Lippman, M. (2019). Cáncer de mama. *Access Medicina*. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.as>

px?sectionid=203644540&bookid=2461&Resultclick=2%231161977997%20#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20de%20mama%20es,personas%20fallecer%C3%A1n%20por%20esta%20causa

Control y la prevención de enfermedades. (2021). Cáncer de mama. *Cdc.gov*.
https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/symptoms.htm/

Juegan, H. (2021). Enfermedad de Alzheimer. *Manual MSD*. <https://www.msmanuals.com/es-do/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/delirio-y-demencia/enfermedad-de-alzheimer>

William, S. & Bruce, M. (2021). Enfermedades del Alzheimer y otras demencias. Access Medicina.
<https://accessmedicina.mhmedical.com/Content.aspx?bookId=1717§ionId=114942021>

Sequeira, S. Castellana, N. & Vargas, J. (2020). Fisiopatología del cáncer. Repositorio.
<http://repositorio.uts.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/5004/F-DC-125%20%20Informe%20Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Croswell, J. Brawley, O & Kramer, B. (2020). Prevención y detección oportuna del cáncer.
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717§ionid=114914314>

Artritis Reumatoidea

El artículo de revisión sobre papel de las citoquinas en la fisiopatología de la artritis reumatoide expresa:

Enfermedad autoinmune, crónica, lentamente progresiva, que evoluciona hacia el daño articular, sistémica inflamatoria, que involucra al sistema inmune y culmina en destrucción articular. Caracterizada por sinovitis que provoca destrucción del cartílago y hueso con deformidades

de las articulaciones. Es poliarticular y sigue un patrón de afección predominante en las articulaciones periféricas. (Feria et al, 2020, pp. 342)

Etiología

El artículo de revisión sobre papel de las citoquinas en la fisiopatología de la artritis reumatoide expresa que “etiología multifactorial, interactúan los factores ambientales, genéticos hereditarios, pero su causa aún es desconocida, se ha observado que en la mayoría de casos se relaciona con una predisposición genética de los alelos relacionados del complejo de histocompatibilidad clase II”. (Feria et al, 2020, pp. 345)

Signos y síntomas

El manuscrito sobre atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide afirma:

Cuenta con síntomas inespecíficos: cansancio, astenia, mialgias difusas, febrícula, dolor óseo, para manifestar más adelante síntomas propios del daño articular, tumefacción, rigidez y dolor. Tras unos años de evolución tiene lugar una segunda fase, donde la AR permanece latente, para al final de la vida, dar lugar a fuertes brotes, en los cuales además de la clínica inicial, se añaden las complicaciones y daño a otros órganos. Las articulaciones afectadas se agrandan y pueden deformarse rápidamente. Algunas personas desarrollan síndrome de Sjögren. (Solares, 2018, pp. 28)

Fisiopatología

El artículo de revisión sobre papel de las citoquinas en la fisiopatología de la artritis reumatoide expresa:

La articulación sinovial inflamada contiene células T, fibroblastos sinoviales y macrófagos que producen citoquinas proinflamatorias y el factor estimulante de colonias de macrófagos y granulocitos. Estas citoquinas activan los osteoclastos y la destrucción ósea. Los fibroblastos sinoviales contribuyen también, por la liberación de enzimas degradantes de la matriz: metaloproteinasas de la matriz y catepsinas, que provocan destrucción del cartílago. Los osteoclastos se diferencian de

las células madre y producen matriz ósea. Las células endoteliales expresan moléculas de adhesión que facilitan la fijación y migración a través del endotelio de los leucocitos. (Feria et al, 2020, pp. 345)

Exámenes

Laboratorio

Según el artículo Artritis Reumatoide. Una visión general de la revista cubana de reumatología los exámenes usados para diagnosticar la artritis son “FR (factor reumatoide) = <15 IU/ml, ACPA (anticuerpos contra péptidos citrulinados) = <20U/ml, VSG (velocidad de sedimentación globular) = 22 mm/h, PCR (proteína C reactiva) = < 10 mg/l.” (Domínguez et al, 2022, pp. 11)

Gabinete

Según el artículo Artritis Reumatoide. Una visión general de la revista cubana de reumatología los exámenes usados para diagnosticar la artritis son “Radiografía simple de mano y muñeca, tomografías computada, IRM= imagen por resonancia magnética, artroscopía, ecografía articular, densitometría ósea.” (Domínguez et al, 2022, pp. 11)

Tratamiento farmacológico

Prednisona

Nombre comercial: Prednisona pharmabrand

Efectos adversos

Cefalea, mareos, insomnio, cansancio extremo, menstruaciones irregulares y debilidad muscular.

Dosis La dosis inicial será de 20 a 90 mg al día. La dosis general de mantenimiento será de 5 a 10 mg al día.

Metrotexato

Nombre comercial: Metrotexato

Efectos adversos : Hepatotoxicidad, neumonitis, trastornos gastrointestinales.

Dosis: 7,5-25 mg semanal. (González, 2021, pp. 12-13)

Cuidados de enfermería

Síndrome de Sjögren

La publicación de la universidad autónoma del estado de Hidalgo afirma que el síndrome de Sjögren es un “Trastorno inmunitario que destruye las glándulas que producen las lágrimas y la saliva, se caracteriza por la infiltración mononuclear progresiva de las glándulas endócrinas.” (Mayorga, 2021, pp. 108)

- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Indicar la forma correcta de administración de los colirios y lágrimas artificiales, aplicando según prescripción.
- Instruir acerca de dieta variada y saludable, consumo de vitaminas A y D y ácidos grasos omega 3 pueden contribuir a una mejor visión.
- Orientar el uso de gafas para evitar el contacto con irritantes medioambientales, no exponerse a luz solar excesiva.
- Educar sobre higiene bucal y lavado matutino de ambos ojos.
- Fomento de la abundante ingesta líquida y la adecuada ingesta de alimentos sólidos para facilitar la deglución.
- Promover evitar la ingesta de alimentos secos y erosivos.
- Valorar la funcionalidad de la masticación y deglución.
- Indicar la forma correcta de la aplicación de saliva artificial para aumentar la viscosidad.
- Aplicar correctamente los antiinflamatorios tópicos e inmunomoduladores. (Mayorga, 2021, pp. 108)

Artralgia

Según la tesis sobre plan de cuidados estandarizado en un paciente con Artritis Juvenil Idiopática:

Es la experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita

en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior a tres meses. (Cisneros, 2018, pp. 12)

- Realizar una valoración exhaustiva que incluya la localización, características e intensidad del dolor.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida: disminución del sueño, apetito, actividad, estado de ánimo.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
- Utilizar medidas de control del dolor para que éste no sea muy intenso, especialmente al realizar una actividad que conlleve esfuerzo.
- Promover ejercicios de calentamiento y enfriamiento cada vez que camine, y estiramientos al menos una vez al día o siempre que salga a caminar.
- Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
- Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua.
- Instruir sobre posturas correctas para evitar que las articulaciones edematizadas queden rígidas en una posición incorrecta para su función.
- Ayudar al movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, resistencia y movilidad articulares.
- Promover utilización de colchones firmes y almohadas bajas para la correcta posición de la columna vertebral y férulas de reposo si la articulación tiende a la flexión. (Cisneros, 2018, pp. 12-17)

Valoración de patrones funcionales

Patrón 1. Percepción y mantenimiento de salud

Se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona por lo que es consciente de su enfermedad y de las consecuencias que esta conlleva, lo que le ha provocado temor a lo que le espera en un futuro. Presenta buen estado de hidratación, buena coloración de piel y mucosas.

Patrón 2. Nutricional metabólico.

Peso: 55,4 kg

Talla: 1,72m

IMC: 18,72 se encuentra dentro del rango normal.

En cuanto a salud bucal tiene un buen aspecto, no utiliza prótesis dentaria y refiere que se realiza controles cada 6 meses.

Patrón 3. Eliminación

Micción y defecación sin alteración.

Patrón 4. Actividad ejercicio

Conoce los beneficios de realizar actividad física, pero por la condición de su patología no tiene permitido realizar actividad física que le provoque agotamiento más que caminar 30 minutos diarios.

Patrón 5. Sueño descanso

Por ingesta farmacológica (prednisona y metrotexato) presenta dificultad para conciliar el sueño y en la profundidad del mismo, también presenta somnolencia, esto también se lo asocia a la inactividad que presenta la paciente.

Patrón 6. Cognitivo perceptivo

Presenta síndrome de Sjögren, por lo que tiene la necesidad de aplicarse lágrimas artificiales cada que siente pesadez o ardor, también utiliza lentes para conducir o utilizar dispositivos electrónicos.

Patrón 7. Autopercepción

A pesar de conocer las consecuencias de su patología se encuentra con una buena autoestima y aunque le preocupa lo que pueda pasar a futuro se encuentra sentimentalmente feliz y realizada.

Patrón 8. Rol-relación

Es odontóloga y se encuentra trabajando. Vive con su prometido. Es afectiva solo con las personas cercanas a ella y tímida con personas desconocidas.

Patrón 9. Sexualidad reproducción

Se encuentra satisfecha sexualmente y ha tenido una sola pareja sexual.

Menarquía: 13 años

Gestaciones: Go Po Ao

Patrón 10. Afrontamiento – tolerancia al estrés

No tiene problemas para adaptarse a su entorno social y ambiental, la mayor parte del tiempo se mantiene positiva ya que para ella es muy importante para su salud debido a que su estado de ánimo influye en el mismo.

Patrón 11. Valores y creencias

Es católica no practicante, solo por tradición

Otoesclerosis

El apartado de la revista anales de otorrinolaringología mexicana sobre otoesclerosis severa avanzada, osificada y cavitaria e implante coclear afirma:

Es una enfermedad del tejido óseo de la cápsula ótica. Existe oseodistrofia con alteración en la osteólisis y osteogénesis, que llevan a una histopatología muy peculiar de proliferación vascular, tejido óseo inmaduro esponjoso, con células gigantes osteoclasticas, resorción ósea y formación de nuevo tejido conectivo deficiente en colágena. (López et al, 2020, pp. 213)

Etiología

Según la publicación del sanatorio adventista del plata sobre identificación de la otosclerosis mediante TCMS “La otosclerosis es una enfermedad del laberinto óseo y estribo, de etiología inflamatoria aun no del todo conocida, causante de hipoacusia progresiva en población adulta joven. Existen factores genéticos, hormonales y por infección viral.” (Kinderknecht et al, 2018, pp. 2)

Signos y síntomas

El artículo de revisión de Síntomas y signos de la hipofunción vestibular unilateral y bilateral expresa “Pérdida de audición de forma gradual, vértigo con nistagmo, ataxia vestibular y desequilibrio de aparición súbita.” (González, 2020, pp. 8)

Fisiopatología

El apartado de la revista anales de otorrinolaringología mexicana sobre otosclerosis severa avanzada, osificada y cavitaria e implante coclear afirma:

La fisiopatología de las lesiones cavitarias no está bien esclarecida. Éstas las describió Schucknecht, donde se observan cavidades alrededor de las vuelas apicales y medias de la cóclea, las paredes suelen ser muy delgadas de hueso otosclerótico con fino fluido fibrilar en su interior. En su alrededor existen lesiones de otospongiosis y otosclerosis. El ligamento espiral se encuentra hialinizado. La remodelación ósea activa es efectuada en la placa endocondral de la cápsula ótica. Generalmente afecta la región de la físsula ante fenestram y cuando daña la platina produce la hipoacusia conductiva clásica. (López et al, 2020, pp. 213)

Exámenes de laboratorio y gabinete

En la revista acta de otorrinolaringología, el apartado sobre Caracterización de pacientes con otosclerosis con estapedotomía a través de abordaje transcanal y retroauricular en un hospital universitario dice “Audiograma y timpanograma, tomografía computarizada,

RM= resonancia magnética.” (Becerra & Caraballo, 2021, pp. 296)

Enfermería Básica

La enfermería básica nos permite dar cuidados específicos en personas con artritis reumatoidea para generar atención que garantice el bienestar y confort. Por lo tanto, a partir del conocimiento teórico se va a aplicar plan de cuidados basándose en la condición de mayor a menor complejidad. Por medio de la implementación de prácticas esta cátedra instruye al futuro enfermero para que tenga la capacidad de desenvolverse en el ámbito laboral de manera eficaz. Siendo así, el estudio sobre proceso de atención de enfermería en paciente de 42 años con artritis reumatoide nos dice

Los resultados alcanzados en la aplicación de las intervenciones de enfermería evidencian que se ha logrado mitigar el dolor agudo que presenta la paciente; sin embargo, se precisa realizar un seguimiento de un periodo mínimo de un año para valorar la respuesta al tratamiento tanto farmacológico, así como otros métodos utilizados. De esta manera se podrá conocer los resultados reales de la intervención de enfermería. (Fuertes, 2020, pp. 17)

Farmacología

Enfermería es la profesión que más cerca está de las personas a la hora de administrar medicamentos, por ello farmacología es un área fundamental que tiene como objetivo básico mejorar el cuidado mediante la promoción de su utilización de modo seguro y eficaz, teniendo, además, un papel muy importante en la educación del usuario e incluso de los familiares. Otorga al personal enfermero los conocimientos necesarios para preparar, administrar y detectar los efectos adversos, aplicando conocimientos como los 5 correctos: medicamento correcto, paciente correcto, hora correcta, dosis y preparación correcta. Por lo que, el artículo sobre el conocimiento de la Farmacología en el profesional de enfermería expresa

Del conocimiento adecuado de los fármacos depende la salud, e incluso la vida del paciente, pues a partir de este conocimiento, estos profesionales pueden ser capaces de

detectar reacciones adversas, interacciones medicamentosas y errores de medicación, además, garantiza una administración eficaz y segura, y le permite orientar al paciente sobre el consumo de los mismos. (Romero, 2018, pp. 96)

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado

Los fundamentos teóricos constituyen la base y orientación del pensamiento del profesional de enfermería, proporcionando conocimientos, metodología y técnicas. La teoría es una herramienta que nos permite desarrollar un pensamiento crítico y cuestionar varios procedimientos siempre teniendo una fundamentación científica. Los modelos y teorías nos sirven como bases y brindan argumentos que nos dan la capacidad de generar conocimientos para comprender los aspectos esenciales de la profesión porque la enfermería se trata de dar atención de calidad y holística en base a los conocimientos científicos que debe tener un enfermero.

Teoría de la filosofía de la asistencia de Kari Martinsen

Para entender la filosofía de Martinsen primero debemos saber el significado de cuidar, deber de enfermería y principio básico en nuestras vidas. Por esto Martinsen plantea que cuidar es el desarrollo positivo de las personas a través del bien. Cuidar “constituye no sólo el valor básico de la enfermería, sino que también es un prerrequisito básico para nuestras vidas. El cuidar es el desarrollo positivo de la persona a través del Bien” (Raile & Marriner, 2018, pp. 165-181).

Dentro de su filosofía se identifica una preocupación por la ética y la moral del cuidado, prerrequisito básico de la vida y parte del desarrollo de las personas que buscan hacer el bien. Según Rodríguez et al, (2015) “A Martinsen le interesa cuidar algunas veces, ayudar a menudo y consolar siempre, con ello se muestra su interés por la persona en su dimensión espiritual y en la preocupación por el otro en un proceso histórico social.” (pp. 151). Esta filosofía toma

encuentra la empatía, para orientar la atención con profesionalismo, exigiéndonos como enfermeros brindar ayuda y protección en base a conocimientos científicos y profesionales fundamentados, que puedan proporcionar una visión holística del cuidado.

Ética y moral

Es de vital importancia que los profesionales de enfermería incorporen principios éticos y morales en su actuar profesional, para lograr brindar cuidados de manera integral. Requiere una guía moral para cumplir con el objetivo de servir al bien común, mejorar la salud de los individuos y prolongar la vida del ser humano. Refieren Escobar y Enríquez (2018) “los profesionales de enfermería inmersos en los sistemas de salud son responsables directos de otorgar cuidado, dentro de una ética profesional que permite desenvolverse como buen profesional, pero este debe estar acompañado de conductas éticas que respalden su actuación” (p.45). Los valores éticos importantes en enfermería son comunicación, respeto y empatía, se hace énfasis en la utilización de estos valores dentro del ámbito de la profesión para brindar una atención de calidad, basándose no solo en conocimientos científicos.

Bibliografía

- Becerra Cuervo, W y Caraballo, J. (2021). Caracterización de pacientes con otosclerosis con estapedotomía a través de abordaje trascanal y retroauricular en un hospital universitario. *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello*, 49(4), 291-299. <https://www.revista.acorl.org.co/index.php/acorl/article/view/613>
- Cisneros Millán, B. (2018). Plan de cuidados estandarizado en un paciente con Artritis Juvenil Idiopática. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Zaragoza Escuela de Enfermería de Huesca] Archivo digital. <https://zagan.unizar.es/record/70845>
- Domínguez freire, N, Alvan Fierro, P, Carvajal Santana, G y Simbaña Paucar, F. (2022). Artritis reumatoide. Una visión general. *Revista Cubana de Reumatología*,

24(2), 291.
<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1020>

- Escobar Castellanos, B y Cid Henriquez, P. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta bioética*, 24(1), 39-46. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2018000100039&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Feria Díaz, G, Leyva Proenza, C, Concepción Parra, W, Castro Maquilón, A y Larrea Meza, I. (2020). Papel de las citoquinas en la fisiopatología de la artritis reumatoide. *Correo Científico Médico*, 24(1), 341-360. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812020000100341&lng=es&tlng=es.
- Fuertes Castro, P. (2020). Proceso de atención de enfermería en paciente de 42 años con artritis reumatoide. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Babahoyo] Archivo digital. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8460>
- González Sánchez, M, Coscarón Blanco, E, Martín Sánchez, V, Yáñez González, R, Martín Bailón, M, Sánchez Blanco, C y Sánchez Gómez, H. (2020). Síntomas y signos de la hipofunción vestibular unilateral y bilateral. *Revista ORL*, 11(1), 7-17. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-79862020000100002
- González, T. (2021). Artritis Reumatoidea: tratamientos farmacológicos en la zona sur de la provincia de Buenos Aires y su evolución desde el 2010 hacia el 2020. [Tesis de pregrado, Universidad Belgrano Buenos Aires-Argentina] Archivo digital. <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/9516>
- Kinderknecht, D, Castillo Salazar, J, Ramal, J, Gigena, G, Liebich, C y Manrique, G. (2018). IDENTIFICACION DE LA OTOESCLEROSIS MEDIANTE TCMS.

<http://congreso.faardit.org.ar/uploads/2019/sordic/1882.pdf>

- López Sisniega, J, González Domínguez, S, Cardona Martínez, C, Paquot Chico, R y Valdés Oberhauser, L. (2020). Otoesclerosis severa avanzada, osificada y cavitaria e implante coclear. *Anales de otorrinolaringología mexicana*, 65 (4), 212-220. http://revisionporpares.com/index.php/AORL/issue/viewFile/197/pdf_13#page=55
- Mayorga Ponce, R y González Monter, B. (2021). Enfermería enfocada en el Síndrome de Sjögren. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. 10(19), 108-109. <https://doi.org/10.29057/icsa.v10i19.7763>
- Raile Alligood, M.R & Marriner Tomey, A. (2018). Kari Martinsen. *Filosofía de la asistencia*. En H. Alvsvåg (Ed.). *Modelos y teoría en enfermería* (7ma ed.) (pp. 165-181). Elsevier.
- Rodríguez Jiménez, S, Cárdenas Jiménez, M, Pacheco Arce, A y Ramírez Pérez, M. (2015). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería universitaria*, 11(4), 145-153. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60747>
- Romero Viamonte, K. (2018). El conocimiento de la Farmacología en el profesional de enfermería. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 3(2), 95-104. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6494657>
- Solares Sampedro, M. (2019). Atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide. *RqR Enfermería Comunitaria. Revista de SEAPA*, 7 (1), 26-41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7071262>

Cardiopatía Pulmonar

Etiología

De acuerdo a Robbins y Catran (2015) “la cardiopatía pulmonar se desarrolla en respuesta de cambios agudos a crónicos en la vasculatura pulmonar, en el parénquima pulmonar o en ambos y que son suficientes para causar hipertensión pulmonar” (p.510).

Signos y Síntomas

Según Harrison (2013) expresa lo siguiente:

Los signos encontrados incluyen taquipnea, aumentos de las presiones venosas yugulares, hepatomegalia; la cianosis es u a manifestación tardía de la cardiopatía pulmonar y es consecuencia de la reducción de gasto cardíaco junto con vasoconstricción sistémica.

La manifestación más frecuente es la disnea, casi siempre resultado del aumento de trabajo respiratorio por cambios en la recuperación elástica de los pulmones, alteración de la mecánica respiratoria o ventilación, dolor abdominal y ascitis; también puede haber edema de las extremidades inferiores por activación neuro hormonal, aumento de la concentración de dióxido de carbono o hipoxemia (p.1070).

Fisiopatología

Robbins y Catran (2015) menciona lo siguiente:

Los trastornos pueden producir cardiopatía pulmonar, pero el mecanismo fisiopatológico más común en cada caso es la hipertensión pulmonar, suficiente para alterar la estructura del RV y su función. Las consecuencias sistémicas de la cardiopatía pulmonar se relacionan con la alteración en el gasto cardíaco y con la homeostasis de sal y agua. De hecho, algunos desencadenantes incluyen empeoramiento de la hipoxia por acidemia, embolia pulmonar aguda, taquiarritmias auriculares, hipervolemia y ventilación que produce fuerzas de comprensión sobre los vasos sanguíneos alveolares. (p.507).

Exámenes de laboratorio y gabinete

Exploración física

Harrison (2013) formula lo siguiente:

La exploración física empieza con la distensión de la yugular, S3, congestión pulmonar (estertores, matidez sobre región de derrame pleural), edema periférico, hepatomegalia y ascitis. Es frecuente la taquicardia sinusal. En pacientes con disfunción diastólica, a menudo hay S4

El médico puede recomendar las siguientes pruebas o exámenes de imagen:

Harrison (2013) afirma que:

La radiografía torácica a veces revela cardiomegalia, redistribución vascular pulmonar, líneas B de Kerley, derrames pleurales. La contracción ventricular izquierda y la disfunción diastólica pueden valorarse por ecocardiografía con registros Doppler. Además, la ecocardiografía permite identificar cardiopatía valvular, pericárdica o congénita, así como anomalías en el movimiento regional de la pared típicas de la coronariopatía. La determinación del péptido natriurético de tipo B (BNP) o en pro-BNP. N-terminal distingue las causas de disnea cardiacas de las pulmonares (elevación en la primera). (p.1505)

Artritis reumatoidea

Etiología

De acuerdo a Harrison (2013), “la artritis reumatoidea es una enfermedad inflamatoria crónica de origen autoinmunitario, que puede afectar a muchos tejidos y órganos, pero principalmente a las articulaciones, produciendo una sinovitis inflamatoria” (p.1072)

Signos y Síntomas

Harrison (2013) menciona dos tipos de manifestaciones de Artritis Reumatoidea:

Manifestaciones articulares

Lo habitual es una poliartritis simétrica de articulaciones periféricas que cursan con dolor, hipersensibilidad y edema de las articulaciones afectadas; la rigidez matutina es frecuente; a menudo resultan afectadas las articulaciones interfalángicas proximales y metacarpofalángicas; pueden presentarse deformidades articulares después de la inflamación persistente. (p.1072)

Manifestaciones extraarticulares

- Cutáneas: nódulos reumatoideos y vasculitis.
- Pulmonares: nódulos, afección intersticial, bronquiolitis obliterante con neumonía organizativa (BOOP), daño pleural, síndrome de Caplan (RA seropositiva asociada a neumoconiosis).
- Oculares: queratoconjuntivitis seca, epiescleritis y escleritis.
- Hematológicas: anemia y síndrome de Felty (esplenomegalia y neutropenia).
- Cardíacas: pericarditis y miocarditis.
- Neurológicas: mielopatías consecutivas a discopatía cervical, compresión y vasculitis.

Fisiopatología

Harrison (2013), afirma que:

Las células plasmáticas producen anticuerpos contribuyendo a estos complejos, aunque puede presentarse una artritis destructiva en ausencia de estos. Los macrófagos también migran hacia la membrana sinovial afectada en las primeras etapas de la enfermedad en los vasos inflamados, se observan células derivadas de macrófagos. Los linfocitos que infiltran el tejido sinovial son sobre todo células T CD4+, los macrófagos y linfocitos producen citocinas y quimiocinas proinflamatorias. Los mediadores inflamatorios y varios enzimas liberados contribuyen a las manifestaciones sistémicas y articulares de artritis reumatoidea, incluso a la destrucción cartilaginosa y ósea. (p.1073)

Exámenes de laboratorio y Gabinete

Exploración Física

Harrison (2013) afirma que “son mediciones que se realizan mediante examen físico y van dirigidas a las anomalías de las estructuras anatómicas. Se detecta factor reumatoide (RF) en >66% de los pacientes; su presencia se correlaciona con enfermedad grave, nódulos y manifestaciones extraarticulares”.

Pruebas para detectar anticuerpos

Harrison (2013) menciona que:

Los anticuerpos a proteína citrulinada cíclica (anti-CCP) tienen una sensibilidad similar pero una mayor especificidad que el factor reumatoide; puede ser muy útil en las primeras etapas de la artritis reumatoide; se presenta con más frecuencia en pacientes con enfermedad grave que tienden a presentar erosiones óseas.

Prueba estandarizada para el diagnóstico

- Biometría hemática y velocidad de eritrosedimentación.
- Análisis de líquido sinovial: permite descartar enfermedad por cristales e infección.
- Radiografías: osteopenia y extraarticular, estenosis del espacio articular, erosiones marginales.

Tratamiento farmacológico en Artritis Reumatoidea

Tabla 1. *Fármacos utilizados en Artritis Reumatoidea.*

| Nombre Genérico | Nombre Comercial | Dosis | Reacciones adversas |
|--|------------------|--|--|
| Etanercept: eficaces para controlar la | Enbrel | La dosis recomendada es de 0,4 mg/kg (hasta | Reacciones en el sitio de inyección, cefalea, |

| | | |
|---|---|--|
| RA en muchos pacientes, pueden enlentecer la progresión del daño articular radiográfico . | un máximo de 25 mg por dosis) dos veces a la semana | resfriados comunes, náuseas, mareos e infecciones. |
| Rituximab: un anticuerpo quimérico dirigido contra CD20 que agota los linfocitos B maduros, está aprobado para RA resistente al tratamiento . | Rituxan Dosis 375 mg, vía intravenosa . | Diarrea; dolor de espalda o de las articulaciones ; rubor; sudoración nocturna; sentirse inusualmente ansioso o preocupado; |

Nota. Datos tomados del Libro Harrison Manual de Medicina (2013)

Cuidados de enfermería en Artritis Reumatoidea

Harrison (2013), expresa que dentro de la enfermedad de Artritis Reumatoidea se presentan dos afectaciones las cuales son:

Inflamación de las articulaciones: Según (Mena, 2016) “la exposición a un antígeno a través de una abertura en la piel o mucosa hace que éste sea captado por una célula

presentadora de antígeno y se transporte por canales linfáticos hasta el ganglio linfático más próximo.

- Vendajes médicos, para favorecer el retorno venoso en patologías vasculares y así disminuir el edema e inflamación en procesos traumáticos. (Mena, 2016)
- Uso de dispositivos ortopédicos, como bastón para facilitar el traslado y evitar caídas peligrosas.
- Se debe practicar ejercicio de forma habitual y fortalecer los músculos que rodean a las articulaciones afectadas. (Mena, 2016)
- Educar al paciente sobre seguir una dieta equilibrada, que contenga Vitamina D, Vitamina E, Ácidos Grasos Omega 3. (Gonzalez, 2014)
- Practicar deporte, y en general estar físicamente activo. Favorece el fortalecimiento de los músculos y flexibles las articulaciones. Eso sí, hay que fijarse bien en que ejercicios serán beneficiosos por lo que para ello es recomendable preguntar primero a nuestro médico de cabecera o fisioterapeuta para tener un mejor asesoramiento. (Mena, 2016)
- Aplicando terapia de frío- calor en las articulaciones que tengamos más inflamadas alivian el dolor y ayuda a disminuir dicha inflamación. La bolsa de hielo nunca se debe aplicar directamente sobre la zona. (Mena, 2016)
- Colocar asideros en el baño, para evitar posibles caídas peligrosas. (Mena, 2016)
- Utilizar apoyos como por ejemplo las rodilleras o las muñequeras y dispositivos como los tiradores de cremalleras, calzadores de mango largo ayudan a reducir el dolor al dar un respiro a las articulaciones y evitar forzar de más las articulaciones. (Mena, 2016)

Irritación de la piel: Según (Mena, 2016), conocida científicamente como placas de psoriasis se produce cuando los linfocitos T, un tipo de células blancas presentes en la sangre que ayudan a proteger al cuerpo contra las infecciones, se activan de manera incorrecta.

- Uso de lubricantes para la piel, proporcionan hidratación en el estrato córneo y ayudan a disminuir la evaporación del agua, aumentando la elasticidad y evitando la fisura epidérmica; se trata de compuestos de aceites minerales, vegetales o animales (parafina, coco, lanolina). (Mena, 2016),
- Evitar geles o champús agresivos, al igual que esponjas, guantes, manoplas o cepillos que puedan provocar pequeños traumatismos sobre la piel.
- Control del prurito y la ansiedad por medio de técnicas de relajación y un ambiente de confort ambiental. (Mena, 2016),
- Fototerapia y exposición solar: Se ha comprobado una mejoría en pacientes que reciben tratamiento con radiaciones electromagnéticas no ionizantes, cuya acción es la supresión de la síntesis de ADN (Palomar, 2009).
- Baños en agua del mar: Posee minerales (sodio, magnesio, bromo, iodo y calcio) que son absorbidos por la piel para nutrirse y reparar lesiones. Palomar, 2009
- Los fármacos tópicos más usados en la actualidad son los corticoides, los análogos de la vitamina D3 y el ácido salicílico. Palomar, 2009

Valoración Patrones Funcionales de Marjory Gordon en Artritis Reumatoidea

Patrón 1: Percepción manejo de salud

Estado de salud alterado, presenta artralgia articular en codos, rodillas, tobillos, rigidez matinal de 30mnts de duración acompañado de edema y dificultad para la movilización principalmente de pierna izquierda, deambula mediante un bastón ortopédico.

Patrón 2: Nutricional metabólico

Presenta sequedad oral, disfagia, inflamación de las glándulas salivales lo que dificulta

que mastique correctamente los alimentos, durante la exploración bucal presenta un poco de coloración amarillenta en sus piezas dentales, refleja buena higiene bucal.

Patrón 3: Eliminación

Micción y defecación sin alteración.

Patrón 4: Actividad- Ejercicio

Independiente para las actividades de la vida diaria, realiza caminatas a la hora de dirigirse a su lugar laboral.

Patrón 5: Sueño y descanso

Alterado, presenta insomnio intermitente, alteración habitual del sueño sobre todo en las noches.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptual

No presenta signos deterioro cognitivo. Manifiesta tener dolor continuo en sus articulaciones puntuándose con un 7 en la Escala Visual Analógica (EVA). Muestra predisposición para aprender técnicas de autocuidado.

Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto

Paciente orientado en tiempo y espacio, es de personalidad alegre, gracias a su profesión logra tener mejor comunicación con los que lo rodean.

Patrón 8: Rol- Relaciones

Convive la mayoría de tiempo con su hermano y sobrina, mantiene buena capacidad de comunicación con familiares y personas que lo rodean.

Patrón 9: Sexualidad-Reproducción

No hace comentarios relacionados con su sexualidad.

Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés

Vive acompañado, cuenta con el apoyo para los autocuidados. Confía en poder recuperar su energía para así cumplir con todas las actividades de la vida diaria sin

dificultad. Se muestra entusiasta para resolver problemas o complicaciones que le generen su discapacidad.

Patrón 11: Valores- creencias

Actúa en relación a sus principios éticos, pone en práctica la solidaridad y respeto con las personas de su entorno. Practica la religión cristiana por creencia no por tradición, cree en Dios.

Relación con las cátedras integradoras

Enfermería Básica

Según Apostolos, K (2018), las intervenciones de enfermería direccionadas a la paciente y familiares encaminadas a la conservación, restablecimiento y autocuidado fueron oportunos debido a que ayudaron a mejorar el bienestar y la percepción de vida de la adolescente evidenciándose con resultados satisfactorios como la disminución del dolor inflamación y rigidez articular, movilidad acorde a su estado fisiológico, actividad física y ganancia de peso, de esta forma su autocuidado contribuyó a mejorar la calidad de vida.(p.115)

El cuidado del paciente es la esencia de la Enfermería Básica, catedra que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación y autocuidado de la vida, mediante el uso de técnicas y procedimientos que permite resolver problemas relacionados con la salud, manteniendo empatía y cercanía tanto con el paciente y sus familiares.

Farmacología

Según Marian C. (2015) “la terapia farmacológica utilizada en el tratamiento de la AR incluye tres tipos de fármacos: los antiinflamatorios no esteroides (AINE), los corticoides y los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD)”.

Los AINE se prescriben ampliamente para controlar el dolor y la inflamación, pero no modifican el curso de la enfermedad y no suelen ser eficaces en monoterapia. Además, sus reacciones adversas los hacen desaconsejables para un tratamiento prolongado.

Farmacología dentro de la enfermería es uno de sus pilares fundamentales, se debe adquirir conocimientos acerca de visas de administración, indicaciones, efectos adversos para que el momento de ejercer la labor del cuidado del paciente, y administración de fármacos se la pueda realizar con total profesionalismo y lograr una eficacia al momento de la curación del paciente , es importante también instruir y educar al paciente sobre la no practica de la automedicación y el consumo racional de fármacos ya que se podría provocar un daño más grave en su organismo .

El personal de enfermería cumple un rol muy importante dentro de la terapia de rehabilitación de los pacientes, es por ello que es de gran importancia el tener conocimiento sobre Fármacos su uso y sus síntomas adversos, ayudar e instruir al paciente sobre la no automedicación, ya que podría ser perjudicial para la salud del mismo.

Fundamentos Teóricos y bases epistemológicas

Benavent, Ferrer (2015)” plantean que la teoría de Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado”

El autocuidado es una función reguladora que existe en situaciones concretas de la vida y consiste en la práctica de las actividades que las personas inician y llevan a cabo con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y bienestar. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua; y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus estados de salud, periodos de crecimiento y desarrollo, características específicas de la salud y factores (medioambientales. Benavent, Ferrer (2015)”

Ética y moral

Según (Lopez, 2018) afirma que:

Ética es la reflexión de los actos, antes, durante o después; la ética es un tipo de conocimiento humano que en todos los campos de la existencia se debe orientar hacia la acción, mediante: metas intermedias, hábitos, valores, carácter, prudencia y decisiones coherentes con el pensar sin lesionar al congénere. La Ética y Moral nos ayuda actuar con total responsabilidad encaminados siempre en el bienestar y salud del individuo, precautelando su vida Podemos decir que la ética y la moral son la base para regular el comportamiento, las acciones, las motivaciones en el actuar del profesional de enfermería, o sea, lo que debemos hacer o nuestros deberes como profesionales de la salud, para así no provocar algún daño, ya sea por omisión o negligencia, sino al contrario.

Bibliografía

- Gonzalez, L. (2014). Importancia de los aspectos nutricionales en el proceso inflamatorio de pacientes con artritis reumatoide. *Scielo*, 12.13.
- Harrison. (2013). Artritis Reumatoide. En Harrison, *Manual de Medicina* (pág. 1072). México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A de C.V .
- Harrison. (2016). Medicina Interna. Mexico : McGraw-Hill Education.
- Lopez, B. B. (2018). Etica y Moral en Artritis Reumatoidea. *Scielo*.
- Mena, D. (2016). En *Cuidados de Enfermeria*. Mexico: Publicacions de la Universitat Jaume I. Servei de Comunicació i Publicacions.
- Palomar, F. (2009). Psoriasis y sus cuidados. *Enfermería dermatológica* (06), 16-23. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4331389>

Cuadriplejia

En las investigaciones de Strassburguer et. al. (2018) se manifiesta que:

La Lesión Medular se define como un proceso patológico de etiología variable que resulta de la alteración temporal o permanente de la función motora, sensitiva y/o autonómica. En otras palabras, es el daño que sufre la médula espinal que conlleva al déficit neurológico con efectos a largo plazo que persisten a lo largo de la vida. Todas estas alteraciones habitualmente se presentan por debajo del nivel de la lesión. (p. 17)

A nivel científico Huete (2017) afirma lo siguiente:

Tetraplejia, la lesión se produce en los segmentos cervicales de la médula espinal (C1-C8). Este daño compromete a extremidades superiores, tronco, extremidades inferiores y órganos pélvicos. Si el compromiso es superior a C4, el individuo no puede respirar por sí mismo y se produce una tetraplejia dependiente de ventilación mecánica. (p. 14)

Etiología

En la redacción científica de Huete (2017) menciona que:

Los accidentes de tráfico son la causa más frecuente de lesión medular traumática (38,5%), incluyen tanto a los ocupantes de vehículos (coche o moto) como a los atropellos en la vía pública. Las caídas de diverso tipo son la segunda causa, con cifras ligeramente inferiores a las de los accidentes de circulación. Las causas principales en todas las series son los accidentes laborales y las caídas desde alturas (tejados, terrazas, escaleras, árboles...), los intentos de suicidio son otra de las causas (5%). Las actividades deportivas representan una media de alrededor del 10% en las series revisadas, con las zambullidas como el factor causal más frecuente. Las lesiones de etiología no traumática han aumentado considerablemente en las últimas décadas debido al aumento de la esperanza de vida de la población general, propiciando las lesiones de vascular y neoplásica como las más frecuentes. Otras causas son las de origen congénito como el mielomeningocele o

de tipo adquirido infeccioso, autoinmune, inflamatorio, desmielinizante o iatrogénico. (p. 13)

Fisiopatología

A nivel fisiopatológico Strassburguer et. al. (2018) reconocen que:

La lesión medular, según el nivel, puede provocar manifestaciones clínicas variadas y complejas, condicionando a la persona a una discapacidad severa y a múltiples complicaciones médicas. Como los signos, síntomas y principios terapéuticos son los mismos para cualquier lesión, para comprender los efectos que ésta produce en el cuerpo (se ha estudiado principalmente las que tienen su origen de manera traumática) explicaremos brevemente la fisiopatología de éstas últimas.

Lesión medular primaria. Es el daño inicial, generalmente mecánico, que puede incluir fuerzas de tracción y compresión. Afecta tanto al SNC como periférico (SNP). Simultáneamente a la disrupción de los axones y a la lesión de las neuronas se presenta un daño a nivel vascular de la médula. Esto provoca microhemorragias en la materia gris que se extienden radial y axialmente en las horas sucesivas.

Lesión Secundaria. Tras la lesión la hipoperfusión, que se inició en la sustancia gris, se extiende a la sustancia blanca que la rodea. Esta hipoperfusión disminuye o bloquea totalmente la propagación de los potenciales de axón favoreciendo el shock medular.

Shock Medular. Es un estado fisiológico transitorio, en el cual desaparece la función refleja de la médula por debajo de la lesión con la pérdida asociada de las funciones sensitivo-motoras, incluyendo la pérdida del tono rectal. (p. 37-38-39)

Signos y síntomas

Tras estudios realizados en cuanto a la sintomatología de la cuadriplejia Strassburguer et. al. (2018) menciona los siguientes:

Espasticidad: es una secuela importante de la lesión medular que forma parte del síndrome de la neurona

motora superior. Se define como un trastorno motor caracterizado por el incremento de los reflejos tónicos con aumento del tono muscular (velocidad dependiente en la resistencia al estiramiento pasivo)

Vejiga arreflexia: esta se presentará cuando la lesión medular ocurra a partir de L1 interrumpiendo el arco reflejo de los centros sacros responsables de la inervación de la vejiga (específicamente del detrusor) con afectación o no de los esfínteres (en este caso la incontinencia se presenta por rebosamiento)

La función gastrointestinal: En la lesión medular cervical o dorsal alta se anula el peristaltismo, derivando en una retención de heces y gases. Aparece dilatación intestinal y abombamiento abdominal por el meteorismo, que entorpece la respiración diafragmática, ya de por sí debilitada en las lesiones cervicales altas. En esta fase se recurre a cambios posturales y masaje abdominal que favorecen la evacuación.

Intestino Neurógeno: tras la lesión medular la función intestinal cambia. Esto se debe a que el sistema nervioso no puede controlar las funciones del movimiento intestinal. La lesión bloquea los mensajes del sistema digestivo hacia y desde el cerebro a través de la médula espinal. Asimismo, interfiere en las sensaciones a nivel del recto y altera el control del esfínter anal.

Las alteraciones gastrointestinales: tras la lesión medular se deben al intestino neurógeno; el cual se define como un impedimento gastrointestinal y de la función anorrectal que altera la vida. Estas alteraciones del intestino neurógeno, dependiendo si la lesión afecta a los segmentos sacros o no, se presentará como intestino refléxico o arrefléxico. En ambos casos, el estreñimiento es la complicación intestinal más frecuente en las personas que sufren una LM. La diferencia entre uno y otro es el método de evacuación intestinal. (p. 40-45-49)

Exámenes de laboratorio y gabinete

De acuerdo con Martínez (2020) se distinguen las siguientes pruebas de diagnóstico para personas que han sufrido una lesión a nivel de la médula espinal:

Diagnóstico por imagen: Las pruebas de imagen que se utilizan para el diagnóstico de la lesión medular juegan un papel fundamental también en el tratamiento y en la rehabilitación. Nos ayudan a conocer mejor cómo se ha producido cada lesión y así poder ofrecer un tratamiento más preciso. Las técnicas más utilizadas respecto al diagnóstico de la lesión medular son la radiografía simple, tomografía computarizada y resonancia magnética.

Radiografía y tomografía computarizada: La radiografía simple utiliza rayos X para crear imágenes del cuerpo en 2 planos: frontal y lateral. En cuanto a diagnóstico de la lesión medular espinal es una prueba limitada, ya que tan solo muestra las estructuras óseas, pese a que nos dan información sobre la estabilidad de la columna vertebral. La tomografía computarizada es una técnica que también usa rayos X, pero ésta crea imágenes de cortes transversales. Se utiliza como técnica complementaria para el diagnóstico de la lesión medular espinal.

Resonancia magnética nuclear: La resonancia magnética nuclear es una prueba de imagen que utiliza radiación no ionizante para crear imágenes de diagnóstico de tejidos blandos. Ofrece información concisa sobre las lesiones que se han producido en ligamentos, tejidos blandos y sobre todo en la médula espinal. (p. 9)

Tratamiento farmacológico

El Ministerio de Salud Pública Cuba (2017) afirma que:

Diclofenaco

- **Nombre genérico.** - Diclofenaco, Complejo B.
- **Nombre comercial.** - Dolo Neurobión.
- **Efectos adversos.** - dolor abdominal, náuseas, vómito, diarrea, flatulencia y anorexia.
- **Dosis.** - una dosis de solución inyectable 1 vez al día. (p. 2)
- En las investigaciones de la Clínica Universidad de Navarra (2022) se manifiesta que:

- **Diazepam**
- **Nombre genérico.** - Diazepam.
- **Nombre comercial.** - Valium, Aneurol, Ansium, Gobanal, Pacium, Stesolid, Tepazepan, Tropargal. (p. 1-2)
- **Efectos adversos.** - mareos, cefalea, náuseas, estreñimiento, cansancio, boca seca.
- **Dosis.** - dosis oral recomendada para la espasticidad es de 10 mg cada 6 horas, dosis inyectable de 10 a 20 mg cada 8 o 12 horas, dosis rectal de 10 a 20 mg al día. (p. 3-8)

Cuidados de enfermería

Fecaloma

Se da especialmente por la falta de frecuencia de la defecación, acompañada con dolores o sensaciones de insatisfacción por la evacuación incompleta. En base a los cuidados de enfermería que nos menciona Bulechek et. al. (2019) tenemos:

- Realizar masajes abdominales frecuentemente para ayudar al peristaltismo intestinal.
- Observar si hay signos y síntomas de rotula intestinal o peritonitis.
- Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que este contraindicado.
- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que puedan ser la causa de los fecalomas o que contribuyan a alteraciones gastrointestinales. (p. 313)
- Sugerir el uso de laxantes con periodicidad y dosificación reguladas bajo prescripción.
- Aplicar enema fleet para la urgencia en la defecación.
- Adecuar espacios sanitarios que garanticen la intimidad al momento de satisfacer necesidades fisiológicas (defecación).

- Instruir acerca de la dieta rica en fibra, porque promueven efectos beneficiosos fisiológicos como el laxante, y/o atenúa los niveles de colesterol en sangre y/o atenúa la glucosa en sangre.
- Evitar la automedicación de diuréticos, benzodiacepinas, antagonistas de calcio, porque generan alteración metabólica y por ende dificultad en la evacuación intestinal.

Ulceras por presión

Son un tipo de lesiones sensitivas en la piel originadas principalmente por la presión prolongada que se ejerce sobre determinadas regiones del cuerpo, en el cual se ve reflejado la desintegración de los tejidos debido a la falta de oxigenación de la piel. En los estudios realizados por Bulechek et. al. (2019) mencionan distintos tipos de cuidados de enfermería como, por ejemplo:

- Aplicar calor húmedo a la ulcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona.
- Describir las características de la ulcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud x anchura x profundidad), estadio (I-V), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
- Controlar: color, temperatura, edema, humedad y aspecto de la piel circulante.
- Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.
- Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel.
- Limpiar la ulcera con la solución salina, con movimientos circulares, desde el centro.
- Aplicar un apósito adhesivo permeable a la ulcera. (p. 133-134)
- Utilizar colchones antiescaras, los mismos que facilitan el masaje y la fricción dorsal.

- Pautar régimen alimenticio enfocado en el consumo de calorías y proteína para estabilizar la función fisiológica
- Vigilar signos de infección en las úlceras, para prevenir el proceso infeccioso.

Valoración de los patrones funcionales

Patrón 1. Percepción-manejo de la salud

Cuadripléjico por accidente automovilístico hace 17 años atrás y sordomudo de nacimiento, se encuentra orientado en espacio, tiempo y persona, de acuerdo al examen físico se observa facies normales, en cuanto a coloración de piel y mucosas normales, aspecto físico por dependencia del cuidador en aseo general.

Extremidades superiores e inferiores con tono y fuerza muscular disminuido.

El cuidado refiere el esfuerzo diario que realiza tras mejorar su condición.

Patrón 2. Nutricional-metabólico

Peso: 75kg.

Talla: 1.60 cm.

IMC: 29.3-sobrepeso.

Dependencia total al recibir alimentos por parte del cuidador, al presentar piezas dentarias que favorecen la masticación se mantiene con dieta asistida general 4 veces al día.

Piel hidratada con una ingesta aproximada de 2 litros por día, se le facilita el consumo de café una taza por las mañanas y aguas aromáticas todas las tardes y noches.

Patrón 3. Eliminación

No controla esfínter vesical. Heces fecales endurecidas, se indica ingesta abundante de líquidos y alimentos altos en fibra.

Patrón 4. actividad-ejercicio

Se evalúa la movilidad de acuerdo a la actividad física empleada. Permanece en sedestación autónoma y bipedestación con asistencia y ayuda ortopédica.

Patrón 5. Sueño-descanso

EL cuidador manifiesta un patrón de 8 horas de sueño y 1h de descanso, no presenta alteraciones.

Patrón 6. Cognitivo-perceptivo

Condición de la agudeza auditiva y del lenguaje nula.

El cuidador menciona que su nivel de conciencia es adecuado tras los rasgos de señas que realiza, como movimientos de la cabeza o la escritura, por lo que toma decisiones por voluntad propia.

Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto

Por medio de la técnica de escritura y señas manifiesta que no presenta problemas consigo mismo, ya que, en el tiempo transcurrido desde el accidente se ha visto en la necesidad de aceptar su condición, la información se corrobora por comentarios de la madre, ella mencionó que, a inicios de su accidente, presentaba comportamientos de negatividad, depresión y estado de ánimo escaso, hoy en día es una persona accesible que está dispuesta a seguir esforzándose con ayuda de sus familiares.

Patrón 8. Rol-relaciones

Vive con su madre y hermanos, es completamente dependiente en el hogar, el cuidador no refiere comportamientos de estrés, es una persona soltera sin hijos, no ocupa roles en su hogar porque su condición no le favorece.

De acuerdo con sus gestos y fascias expresivas se encuentra bien, al pasar del tiempo ha aceptado la condición que padece, no mantiene comunicación fluida por la falta de la agudeza auditiva y del lenguaje.

Patrón 9. Sexualidad-reproducción

Se mantiene el patrón como rasgo de privacidad por los factores que influyen en el mismo, el cuidador no refiere conversación sobre el tema por la incomodidad que causa al paciente.

Patrón 10. Adaptación-tolerancia al estrés

No presenta rasgos de estrés porque cuenta con ayuda mecánica en su movilización, como es la silla de ruedas eléctrica, le facilita la movilización a las afueras de su habitación, tras llevar años con su condición se ha adaptado muy bien a las acciones que le dificultan. El cuidador menciona que el paciente ha desarrollado el control del estrés y paciencia, evitando las actividades que repercuten mayor capacidad de fuerza.

Patrón 11. Valores-creencias

Católico por tradición familiar.

Disfemia

Lemoine et al. (2020) afirma que:

La tartamudez, disfemia, espasmofemia o disfluencia en el habla es un trastorno de la comunicación que se caracteriza por interrupciones involuntarias del habla, acompañadas de tensión muscular en cara y cuello, miedo y estrés. Además, forman parte de la expresión visible de la interacción de determinados factores orgánicos, psicológicos y sociales que a su vez determinan y orientan en el individuo la conformación de un ser, un hacer y un sentir con características propias. (p. 110)

Arce (2021) menciona que “también se refiere a un déficit motor, definiéndolo como una dificultad en la planificación motora, debido a un desfase temporal del mecanismo del habla” (p. 45).

Etiología

Etológicamente Arce (2021) dice que:

A lo largo del tiempo han existido diversas perspectivas que indiquen o no la causa en si de la tartamudez, sin embargo,

se han recopilado varias teorías de diversos autores que explican la causa del mismo, considerando a la tartamudez como multifactorial, entre sus causas tenemos:

La Genética. existen sujetos con esta dificultad teniendo progenitores disfémicos. En gemelos monocigóticos si uno sufre tartamudez el otro tiene un 90% de posibilidades de sufrirlo, mientras que en los dicigóticos es de un 25%. Asimismo, existe entre un 30% y un 40% de probabilidad de que el hijo de un progenitor disfémico tenga este trastorno.

Teoría psicosocial. Algunos factores relacionados con el mantenimiento del trastorno son la actitud negativa de los interlocutores, la atención a los errores y las correcciones realizadas a los niños.

Teoría psicolingüística. Esta teoría propone que son resultado de un déficit en la estructuración del lenguaje, un sistema fonológico lento desencadena un mayor número de errores y una alta demanda de auto reparaciones que interrumpen el fluido de la comunicación verbal. (p. 49-50)

Fisiopatología

Según las investigaciones de Navarro (2020) en personas con y sin disfemia, se ha verificado que las áreas del hemisferio izquierdo de las personas con tartamudez son totalmente diferentes a los individuos que no lo padecen específicamente las zonas sensoriales, motoras y de planificación, el cual manifiesta lo siguiente:

En cuanto a aspectos neurofisiológicos, se ha evidenciado un menor volumen de sustancia gris en el hemisferio cerebral izquierdo en personas con disfemia, además de una menor estabilidad de la sustancia blanca, encontrándose mayores conexiones de sustancia blanca en el hemisferio derecho que en el izquierdo.

El cerebro de las personas con tartamudez se desarrolla con mayor sustancia blanca en el hemisferio derecho, asumiendo las funciones del lenguaje y el habla y conectando áreas sensoriales y motoras que normalmente lleva a cabo el hemisferio izquierdo. Además, se ha

observado que, en ciertas zonas del hemisferio izquierdo encargadas de enviar representaciones fonológicas al área de Broca para la producción del lenguaje y conectar las áreas sensoriales, motoras y planificadoras necesarias para el habla mantienen un menor volumen de sustancia blanca. (p. 14)

Hernández Hervis (2017) dice que la valoración:

Se basa en una correcta anamnesis y exploración clínica. No son necesarias pruebas complementarias. Recientemente se han identificado varios genes asociados a la tartamudez (GNPTAB, GNPTG y NAGPA). Tres de estos genes están implicados en funciones lisosomales. Se cree que las mutaciones en ellos podrían ocasionar una alteración metabólica en las regiones implicadas en el lenguaje. (p. 1118)

Signos y síntomas

Entre los síntomas más comunes de la disfemia Guardia (2021) reconoce las manifestaciones lingüísticas, la cual se basa en ciertos usos de muletillas verbales, alteraciones sinápticas, el abuso incoherente de sinónimos y un alterado desorden entre el pensamiento y el lenguaje. Las manifestaciones conductuales provocan una serie de ansiedad y miedo a la hora de hablar, intervienen también las manifestaciones corporales, en este caso se trata de todos los rasgos físicos que una persona pueda presentar como, enrojecimiento, movimientos corporales repetitivos, espasmos e incluso una ligera rigidez facial.

En adición, las manifestaciones de la disfemia Guardia (2021) afirma que existen:

Tónica, se producen cuando al hablar parece entrecortada por bloqueos que afectan a grupos musculares relacionados con la fonoarticulación. Lo que conlleva a un habla explosiva y violenta a causa del gran esfuerzo y aumento del tono muscular que realiza el sujeto para solucionarlo.

Clónica, caracterizada por las repeticiones de sílabas y palabras enteras, frecuentes en consonante que, en vocal, más todavía en oclusivas y que se dan a principio que en medio de palabra.

Mixta(tónico-clónica), es el tipo más frecuente, porque resulta difícil encontrar un disfémico puro tónico o clónico, la mayoría combinan los dos síntomas. (p. 49)

Exámenes de laboratorio y gabinete

No son necesarias las exploraciones tanto en exámenes de laboratorio y gabinete.

Enfermería básica

Enfermería básica se centra especialmente en el manejo, cuidado, promoción y atención de la salud, de forma adecuada, con el fin de garantizar el cuidado óptimo y eficaz de tal manera que se brinde la seguridad y bienestar, aplicando técnicas de valoración, conocimientos, acciones y realizando diagnósticos de enfermería en el entorno al cual pertenezca. El manejo adecuado del cuidado para aquellas personas con cuadriplejia se establece en evaluar y dinamizar su condición, desde el mayor al menor daño posible, de este modo se podrá garantizar la recuperación, ya sea a largo o a corto plazo según la gravedad de la lesión, logrando niveles de independencia adecuados.

De acuerdo a los estudios analizados sobre los cuidados que brinda la enfermera/o a pacientes con discapacidad, Lujan (2019) nos menciona lo siguiente:

Sujetos de cuidados como los pacientes con discapacidad motora siendo un grupo vulnerable y en las mayorías de los casos presentan dependencia física, emocional y económica con un grado de atención permanente e integral. Representa un relevante problema de salud pública (progresivamente debilitante), requiere de un abordaje multidisciplinario de acción y seguimiento de enfermería con el fin de proporcionar un tratamiento oportuno y eficaz para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. (p. 57)

Farmacología

Conocer los principios farmacológicos en el área de la enfermería es indispensable e importante, porque se especificará las correctas dosis de administración de medicamentos, dependiendo de su causa. El personal de enfermería deberá conocer sobre el proceso de liberación,

absorción, distribución, metabolismo y eliminación, del mismo modo deberá identificar vías de administración, indicaciones, contraindicaciones y las relaciones entre un fármaco y otro. Conocer las diferentes presentaciones y explicar al paciente sobre las posibles reacciones adversas que se pueden presentar tras su consumo, y de esta manera proporcionar los cuidados adecuados.

Por tal motivo en el conocimiento de la Farmacología en el profesional de enfermería se menciona que:

La seguridad del medicamento no puede ser un proyecto a largo plazo, ha de ser un desafío constante en cada uno de los profesionales que tienen a cargo la vida del paciente, y que toca con sus manos el medicamento para ser aplicado a un individuo con el objetivo de mejorar su salud y calidad de vida. (Viamonte, 2018, pp 103)

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado

En el siguiente apartado de enfermería se recalcan todos los datos y patrones claves, que serán necesarios para el conocimiento de los futuros enfermeros/as. Normalmente hablar de fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado, se enfoca en la historia, teorías, métodos y diversidad de todos los elementos prácticos que abarca a la enfermería, definiéndola como una ciencia o una disciplina que está ligada a reflejar la intención de mantener las bases del conocimiento, de manera que brinda un cuidado eficaz, tomando como guía la realidad de las experiencias, de su complejidad y sobre todo las disciplinas que se vinculan en la práctica diaria acerca del desarrollo investigativo.

Siguiendo por esta línea se establece un criterio sobre la epistemología en enfermería en la que nos indica que:

Los modelos conceptuales y teorías disponibles abordan de forma explícita o implícita todos los campos de la enfermería, suministran conceptos y diseños que definen su lugar en el cuidado de la salud, y suministran estructura y terreno para fortalecer su práctica y academia; con estos referentes teóricos ha tomado su lugar como una disciplina de conocimiento que incluye redes, conceptos y abordajes

para responder a sus cuestionamientos sobre la realidad. "La práctica clínica de enfermería se ha estudiado primariamente desde una perspectiva sociológica. Así hemos aprendido mucho acerca del papel de las relaciones, socialización y aculturación en la práctica de enfermería. Pero, hemos aprendido menos acerca del conocimiento implícito de la práctica real de enfermería. Ese conocimiento que se incrementa al pasar el tiempo en la práctica de una disciplina aplicada. (Chalco, 2019, pp 52)

Dorothy Johnson – Teoría del sistema conductual

En personas con trastornos neurológicos, que requieren de recuperación pautada, el modelo de Johnson da mucho de qué hablar, puesto que maneja a la enfermería con la finalidad de brindar el cuidado óptimo, de manera que, se establezca un equilibrio del sistema conductual y evaluar los comportamientos más que su condición misma, ya que se trata de relacionar a la persona no con su enfermedad y las dificultades que le genera, sino más bien se la relaciona con su entorno, integrando sus conocimientos, sentimientos, la tensión que se genera al tener un cambio radical y el estrés como una consecuencia del desequilibrio en las acciones biológicas, sociales y psicológicas.

Por otro lado, Alligood & Tomey (2010) en su libro afirman que:

El modelo del sistema conductual de Johnson estuvo muy influido por el libro de Florence Nightingale *Notes on Nursing*, en el que empezó a trabajar en su modelo con la premisa de que la enfermería era una profesión que hacía una contribución característica al bienestar de la sociedad. Por tanto, la enfermería tenía un objetivo explícito de acción en el bienestar del paciente. Su tarea fue aclarar la misión social de la enfermería desde «la perspectiva de una visión teóricamente sólida de la persona a la que servimos». Aceptó la creencia de Nightingale de que el primer problema de la enfermería es con la «relación entre la persona que está enferma y su entorno, no con la enfermedad. (p. 367)

El modelo del sistema conductual estudia desde diferentes perspectivas las teorías de la persona, salud, cuidado y entorno; de manera que se ve reflejada a la persona como un metaparadigma disciplinar capaz de mantener un equilibrio entre sí, con los subsistemas planteados por la misma Dorothy Johnson, con la intención de valorar los rasgos estructurales y funcionales. Para Johnson cada uno de los siete subsistemas planteados se relacionan, con el objetivo de que un individuo sea capaz de relacionarse con el entorno y así mismo percibir las amenazas que provocan la desorientación, al adaptarse con su enfermedad cuando identifica un problema.

Ética y moral

En el campo de la enfermería se deberá evaluar comportamientos y principios específicos para regular y fomentar el mayor cuidado hacia una sociedad. Al relacionar la ética en enfermería, hablaremos de como un profesional de salud deberá evaluar sus propios conceptos básicos sobre la práctica frecuente, valores para determinar una disciplina profesional y diferentes técnicas aplicadas a estudios especializados; sin embargo, la moral se basa en cada aspecto de las personas, sus comportamientos, forma de actuar, sentimientos, emociones, ideologías, creencias e incluso tradiciones, ambas teorías van de la mano para formar profesionales que no estén centrados en la persona como tal, sino que, participe en incrementar ideas de como brindar un cuidado eficaz; al mismo tiempo incluirá los valores humanistas que serán la clave para prestar servicios de calidad.

De la misma manera se establecen estudios sobre ética del cuidado y cuidado de enfermería, en la que se manifiesta lo siguiente:

La ética el cuidado ha contribuido al fortalecimiento de la acción de cuidar, autoras como Gilligan, y posteriormente Tronto y Noddings han desarrollado marcos conceptuales que facilitan la comprensión del cuidado de manera universal, elevando su estatus como una acción fundamental para la vida en sociedad.

Recuperar las virtudes éticas para el cuidado en un justo equilibrio con el deber, contribuye a que los profesionales de enfermería revaloren la relación de ayuda que se establece con los pacientes, dado que posee una formación integral que le entrega los conocimientos, preparación, motivación y sensibilidad moral para cuidar. (Flores et. al., 2020, pp 13)

Bibliografía

- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2010). Modelos y Teorías en Enfermería. 7^a ed. Barcelona: Elsevier. <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/variostlibros/1358.%20Modelos%20y%20teor%C3%ADas%20en%20enfermeria.pdf>
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. & Wagner, C. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6^a ed. Barcelona: Elsevier.
- Chalco, N. S., (2019). Epistemología en enfermería. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/4187>
- Clínica Universidad de Navarra. (2022). *Diazepam*. CUNES-Enfermedades. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/medicamentos/diazepam#:~:text=Produce%20somnolencia%2C%20un%20descenso%20en,%2CTropargal%2%AE%2C%20Valium%2%AE>
- Flores, K.Y, Riveros, E.R., & Campillay, M.C. (2020). Ética del cuidado y cuidado de enfermería. Scielo. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062021000100003&script=sci_arttext&tlng=pt
- Guardia, K., Garrón, M., & Guzmán, A. (2021). *Disfluencia fisiológica en edad preescolar*. *Revista Científica de Salud UNITEPC*. SciELO. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rcsuni/v8n1/2520-9825-rcsuni-8-01-45.pdf>
- Hernández Hervis, I. T. (2017). *Auriculoterapia y tratamiento habitual en niños con tartamudez*. Medigraphic.

- <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2019/me195b.pdf>
- <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/spinalinjury/informacion/diagnostica>
- Huete, A. (2017). Análisis sobre la lesión medular. Federación Nacional Aspaym. https://www.aspaym.org/pdf/publicaciones/LM_Aspaym_Media.pdf
- Lemoide, E. I., Poumier, M., & Martínez, L. M. (2020). *Terapia Floral, Transtorno del lenguaje*. Revista Cognosis. <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/Cognosis/article/view/1536/2596>
- Lujan, E. (2019). Cuidados que brinda la enfermera/o a pacientes con discapacidad motora. Universidad Nacional de Córdoba. <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/24114>
- Martínez, C., (2020). Rehabilitación de la extremidad superior mediante sistemas electromecánicos y la terapia de observación de acción en pacientes con lesión medular cervical c6-c7. Ensayo clínico aleatorio. https://siidon.guttmann.com/files/04_martinez_cristina.pdf
- Ministerio de Salud Pública Cuba. (2017). *DoloNeurobion*. CECMED. https://www.cecmecmed.cu/sites/default/files/adjuntos/rcp/m16003a11_doloneurobion_dc.pdf
- Navarro Pecci, L. (2020). *Trastorno de la Fluidez Verbal de Inicio en la Infancia*. Facultad de ciencias humanas y sociales. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/41302/Trastorno%20de%20la%20Fluidez%20Verbal%20de%20Inicio%20en%20la%20Infancia.%20Análisis%20de%20Causas%20C%20Consecuencias%20y%20Estrategias%20de%20Intervencion%20->

%20Navaro%20Pecci%2C%20Laura%20%281%29.p
df?sequence=2

Pascual, F. (s. f.). *La médula espinal: el cordón de la vida. Relato de un tetraplégico por accidente de tráfico*. SciELO.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200013

Strassburguer, K., Hernández, Y., & Barquín, E. (2018). *Lesión Medular*. Guía para el manejo integral del paciente con LM crónica.

<https://www.aspaymmadrid.org/wp-content/uploads/2018/05/guia-manejo-integral-2013.pdf>

Viamonte, K. (2018). El conocimiento de la Farmacología en el profesional de enfermería. Dialnet.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6494657>

Distonía Generalizada

Según Zarranz (2018)"se caracteriza por contracciones musculares involuntarias, sostenidas o intermitentes, que causan movimientos de torsión repetidos y/o posturas anómalas que se producen por la contracción muscular simultánea de músculos agonistas y antagonistas."

Etiología

La distonía se debe a una alteración funcional o estructural del sistema nervioso central que provoca el mal funcionamiento de los circuitos cerebrales que controlan el movimiento. Según Rodríguez (2021), menciona que "de acuerdo con el conocimiento o no de la causa del trastorno; así como, la presencia o no de lesiones anatómicas macro o microscópicas. En la presencia de lesiones se utilizan herramientas de estudios de neuroimágenes estructurales o hallazgos histopatológicos" (p. 24)

En concordancia, con el párrafo anterior, en el libro de Zarranz (2018) afirma lo siguiente:

La causa de la distonía primaria puede ser hereditaria o esporádica. En las distonías primarias hereditarias existen múltiples alteraciones genéticas. En la distonía esporádica se piensa que puede haber una susceptibilidad genética también. Las distonías secundarias pueden ser debidas a causas ambientales (como fármacos, tóxicos (manganeso, monóxido de carbono)), infecciones o lesiones estructurales como lesiones vasculares, isquemia perinatal, lesiones tumorales, traumáticas o malformaciones medulares o en la columna cervical.

Las distonías secundarias también pueden ser debidas a enfermedades heredo degenerativas, como la enfermedad de Wilson. También las distonías pueden estar asociadas la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos degenerativos. (p. 60)

Signos y síntomas

En la distonía generalizada para la universidad Técnica de Navarra (2022) dice:

La contracción muscular excesiva que afecta a una parte o varias del cuerpo; Aparición de posturas anómalas o sostenidas que mejoran con el reposo y desaparecen con el sueño. En muchos casos las posturas distónicas pueden producir dolor y deformidad articular; La realización de movimientos voluntarios con la parte del cuerpo afectada por la distonía produce la aparición de movimientos distónicos en regiones distales (por ejemplo, aparición de distonía en un pie al realizar movimientos voluntarios con una mano distónica). Este fenómeno se conoce como “overflow”; La existencia de un gesto antagonista o truco sensitivo. Es frecuente en pacientes con distonías focales como la distonía cervical o el blefaoespasma. Consiste en que determinados gestos (como tocar la barbilla o las cejas) reduce de forma significativa la intensidad de la distonía; Aunque el síntoma predominante sea la distonía (distonía aislada) en muchos casos la distonía co-existe con otro tipo de trastorno del movimiento (distonía combinada) siendo el más común el temblor.

La progresión de la distonía es variable de unos casos a otros. En general, las distonías focales de inicio en la edad adulta tienden a estabilizarse al cabo de pocos años sin que exista una generalización de los síntomas (curso benigno). En el caso de los niños con frecuencia se inicia en una pierna y la tendencia es a que estas contracturas progresivamente vayan afectando a otras áreas del cuerpo hasta hacerse generalizadas. (párr 7-12)

Fisiopatología

En la patología mencionada para Aviles (2019)

Los pacientes con distonía muestran un incremento anormal en la excitabilidad neuronal, que, a su vez, impide que los procesos inhibitorios cortico-subcorticales controlen la emergencia del movimiento anormal e involuntario de manera efectiva.

Es cuestionable que alteraciones funcionales o lesiones de los ganglios basales pueden generar distonía a través de la modificación de los patrones de descarga del pálido medial hacia el tálamo y a neuronas tálamo corticales creando un

desequilibrio entre neuronas excitadoras y inhibitoras en la corteza motora.

(27/2018) (AVILÉS-OLMOS)

Exámenes de laboratorio y de gabinete

Según Rubin (2010) la distonía se puede identificar mediante:

- Imágenes por resonancia magnética o tomografía computarizada
- Electromiografía
- Pruebas genéticas de mutaciones asociadas con distonía mioclónica, mediante la amplificación completa por PCR de los exones de los genes SGCE, KCTD17 Y RELIN.
- Muestras recomendadas: sangre extraída con EDTA para separación de leucocitos sanguíneos, o tarjeta impregnada con muestras de sangre desecada.
- Cirugía de denervación selectiva (Rubin. 2020)

Tratamiento farmacológico

En el tratamiento medicamentoso de la distonía generalizada Castells (2012) dice que algunos fármacos que se pueden usar son:

Clonazepam (nombre genérico)

Nombre comercial: neuryl

Dosis: 3-6 mg cada 24 horas

Efecto adverso: somnolencia, sedación, desorientación, ataxia, incapacidad para coordinar movimientos.

Buprenorfina (nombre genérico)

Nombre comercial: transtec

Dosis: 1 vez cada 48 horas

Efecto adverso: disforia, somnolencia y estado de ensoñación, depresión respiratoria, hipotensión,

ortostática y vasodilatación, náuseas y vómitos, estreñimiento pertinaz, inmunodepresión y convulsiones.

Baclofeno (nombre genérico)

Nombre comercial: baclof

Dosis: 5 mg tres veces al día hasta alcanzar la dosis máxima de 40 a 80 mg al día

Efecto adverso: mareos, vértigo, debilidad, cefaleas, náuseas y vómitos, hipotensión, constipación, letargia, confusión, insomnio y aumento de la frecuencia urinaria. (525/3.

Castells)

Midazolam (nombre genérico)

Nombre comercial: dormicum

Dosis: 0,5 mg, escalado de dosis lento, según necesidad

Efecto adverso: somnolencia, sedación, desorientación, ataxia, incapacidad para coordinar movimiento (740/5. Castells)

Cuidados de enfermería

Contracciones musculares

En el libro de enfermería integral se dice que una contracción muscular se desencadena cuando un potencial de acción viaja desde los nervios a los músculos, un impulso denominado potencial de acción viaja a través de un tipo de célula nerviosa neurona motora.

Acciones a ejecutar

- Ayudar a regular el uso de la energía física para tratar a evitar la fatiga y mejorar las funciones.
- Elongar el musculo acalambrado y frotarlo suavemente para ayudar a
- relajarlo.
- Aplicar terapia alternativa de choque térmico (firo-caliente) para mejor la funcionalidad de la fuerza, tono y movimiento

- Mantener la Posición decúbito dorsal o decúbito lateral derecho o izquierdo dependiendo de la contracción muscular, con cambios periódica de posición para prevenir alteraciones dérmicas
- Tener en cuenta los fármacos prescritos benzodiazepina, antiespasmódico y opioides.
- Aumento de líquidos (en especial que contengan potasio).
- Apoyar en los esfuerzos cognitivos y de la conducta para mejorar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieren a la hora de satisfacer de demandas en la distonía.
- Proporcionar al paciente la educación sanitaria que precisa para manejar la alimentación.
- Reposo con miembro elevado para favorecer el retorno venoso y reducir el edema.
- Vendaje compresivo para controlar la hemorragia posterior y evitar la tumefacción. (*Colegio oficial de enfermería Valencia, 2012*)

Distrofia Muscular

En el mismo sentido, en el libro de Enfermería integral dice que la distrofia muscular es un trastorno genético que debilita los músculos que ayudan al cuerpo a moverse con el paso del tiempo, de modo que los niños, los adolescentes y los adultos afectados por esta enfermedad pueden ir perdiendo progresivamente la capacidad para hacer cosas que la mayoría de la gente puede hacer sin problemas, como andar o sentarse.

Acciones a ejecutar

- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/ minimizar las complicaciones de la enfermedad.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación.
- Instruir sobre la fatiga y sus síntomas.

- Enseñar al paciente las actividades apropiadas en función de su estado físico.
- Evaluar el nivel actual de movilidad del paciente y el conocimiento del ejercicio prescrito.
- Ayudar al paciente a marcarse objetivos para un aumento lento y constante del ejercicio.
- Ajustar la metodología de enseñanza para adaptarla a la edad y aptitud del paciente, según se precise.
- Instruir en alimentos que debe restringir de la dieta para controlar los factores de riesgo.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida
- Ayudar al paciente/cuidador/familia a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles. (*Colegio oficial de enfermería Valencia,*
- 2012)

Valoración de patrones funcionales

Patrón 1: precepción-manejo de salud

Orientada en tiempo, espacio y persona, hábitos de higiene por voluntad propia mientras que cuando existe crisis la higiene debe ser realizada por terceras personas ya sea parcial o total. No refiere antecedentes patológicos, ni alergias a medicamentos y con vacunas completas. Por su estado de salud no le permite ejercer su profesión ni estudiar, usa laxantes naturales por constipación. Consume analgésicos constantes para el dolor y para la ansiedad y anti convulsionantes, no consume alcohol ni tabaco.

Patrón 2: nutricional metabólica

Alimentación blanda y variada, la ingesta de líquidos es de 6^a 8 vasos al día. Presenta coloración normal, simetría, mucosas húmedas. En la exploración bucal presenta coloraciones normales.

El índice de masa corporal de la paciente con bajo peso.

Patrón 3: eliminación

Micción normal, esporádica y sin alteraciones. estreñimiento con dolor y ligero sangrado.

Patrón 4: actividad-ejercicio

Ejercicio en gimnasio con un fisioterapéutico 5 veces al día, en su hogar camina máximo una hora al día.

Patrón 5: sueño-descanso

Sueño con 6 horas máximas seguidas debido a que refiere dolor, pesadillas he insomnio, descanso en el día de 5 horas en horas de la mañana ya que refiere que en las noches no duerme lo suficiente.

Patrón 6: cognitivo perceptual

Presenta astigmatismo, pero refiere que no está usando lentes, los sentidos del gusto, tacto y olfato sin alteraciones, no presenta problemas neurológicos o alguna alteración de concentración, presenta dolor y malestar físico para lo cual lo combate con opioides.

Patrón 7: autopercepción-Autoconcepto

Paciente orientado en tiempo, espacio y persona, no refiere problemas de imagen corporal, presenta cambios corporales por las contracciones musculares, irritabilidad frecuentemente y depresión. Periodos de desesperanza constantemente.

Patrón 8: Rol-Relaciones

Vive con su familia compuesta por 3 miembros, madre, padre y hermano. La madre se hace cargo de cosas personales. Viven en un ambiente de depresión e irritabilidad, paciente refiere que no siente satisfacción con las ocupaciones actuales ya que refiere que le gustaría poder tener un trabajo y continuar con sus estudios. Se relaciona bien con sus amigos y su pareja actual.

Patrón 9: Sexualidad-Reproducción

Menstruación sin alteraciones, sin embarazos o abortos, no utiliza métodos anticonceptivos ya que no lleva una vida sexual activa.

Patrón 10: Adaptación -Tolerancia al estrés

Presenta depresión e irritabilidad, refiere que todavía no se adapta después de 4 años a su vida con distonía. Cuando presenta problemas acude a su familia, amigos y novio, maneja sus problemas y estrés siguiendo cursos en línea o de su pequeño emprendimiento vendiendo ropa en casa.

Patrón 11: Valores-Creencias

Paciente católica, no asiste a ninguna ceremonia religiosa

Distrofia Muscular de Duchenne

Son un grupo de enfermedades provocadas por defectos en los genes de una persona. Con el tiempo, esta debilidad muscular disminuye la movilidad y dificulta las tareas de la vida diaria.

Etiología

Para Zarranz (2018) la distrofia muscular:

Es un tercio de los casos DMD se deben a mutaciones de Inovo. Con la introducción del diagnóstico molecular y del Consejo genético, disminuye la proporción de casos familiares y aumenta de mutaciones nuevas. Caracterizado por debilidad muscular proximal causada por degeneración de las fibras musculares. (840. Zarranz)

Fisiopatología

Zarranz (2018) menciona que en la distrofia muscular de Duchenne:

El cuadro completo incluye una debilidad muscular progresiva, miocardiopatía y bajo coeficiente intelectual. Un tercio de los casos presenta un retraso mental no progresivo si la mutación se encuentra en la parte final del gen. En ausencia de la proteína distrofina, se generan unos mecanismos a nivel intracelular que conducen a la degeneración de la fibra muscular. La distrofia cumple su

papel estructural uniendo la F - actina y el B- disfroglicano en el citoesqueleto. Este daño se produce elevación te la creatina (CPK) sérica y aumento de influjo del calcio al interior de la fibra muscular. (945-947. Zarrannz)

Signos y síntomas

Rubin (2020) señala que la distrofia muscular:

Suele manifestarse entre los 2 y 3 años. La debilidad afecta los músculos proximales, en general de los miembros inferiores en las etapas iniciales. Los niños suelen caminar en punta de pie, y tienen marcha de pato y lordosis. Tienen dificultad para correr, saltar, subir escaleras y levantarse del suelo. Los niños se caen con frecuencia, lo que causa a menudo fracturas de brazos o piernas en (aproximadamente el 20% de los pacientes). La progresión de la debilidad es sostenida, y en casi todos los niños aparecen contracturas en flexión de los miembros y escoliosis. Se observa pseudohipertrofia firme (reemplazo adiposo y fibrosis de ciertos grupos musculares agrandados en particular las pantorrillas). Las consecuencias de la afección del músculo cardíaco incluyen miocardiopatía dilatada trastornos de la conducción y arritmias. Estas complicaciones se presentan en aproximadamente un tercio de los pacientes a los 14 años de edad y en todos los mayores de 18 años; sin embargo, debido a que estos no son capaces de realizar ejercicios, la afectación cardíaca suele ser asintomáticas hasta etapas tardías de la enfermedad. Alrededor de un tercio tiene deterioro intelectual leve, no progresivo, que afecta a la capacidad verbal más que el rendimiento.

(párr. 6)

Exámenes de laboratorio y de gabinete

Se comienza con los siguientes antecedentes médicos y la exploración física después pueden realizar lo siguiente:

- Pruebas de eximios
- Pruebas genéticas mediante la amplificación cpmpleta por PCR de los exones del gen DMD
- Biopsia del tejido

- Pruebas de control de corazón l electrocardiograma y ecografía
- Pruebas de control de los pulmones
- Electromiografía

Relación de las cátedras integradoras

Enfermería básica

Para generar atención que garantice bienestar y confort, primero se valoran las características sintomatológicas de la persona con distonía generalizada, a partir de la condición de mayor a menor complejidad. La cátedra se centra en el desarrollo de un pensamiento crítico, permitiendo así a los estudiantes analizar y adaptarse a las diversas situaciones a las que son expuestos siendo estos capaces de brindar los cuidados especializados y personalizados a cada persona; para que de este modo mediante la valoración de la situación así como la observación del entorno se logre mejorar la calidad de vida de los pacientes así como lograr una optimización de la salud del individuo; dichas actividades tendrán como justificación el marco teórico estudiado para dar razones científicas de las acciones.

Para Domínguez (2020): “La asignatura desarrolla los aspectos profesionales que explican el desenvolvimiento de la profesión, los valores implicados en la atención del paciente, familia y comunidad”. (p. 2)

Farmacología

Ciencia que estudia las formas medicamentosas y sus efectos en el cuerpo para lograr mejoría en estado de salud de los individuos; esta materia estudia la forma en que el principio activo contenido en el fármaco interacciona con el organismo y la distribución a nivel general; en el mismo sentido estudia por medio de los correctos en la administración de medicamentos, los lineamientos que se deben seguir para lograr la adecuada aplicación de los componen y evitar que aparezcan reacciones adversas. La catedra se centra también en el dominio de las técnicas y vías de administración, así como las interacciones medicamentosas que pueden surgir producto de la

polifarmacia que pueden perjudicar los efectos de los demás preparados.

Esta idea de la catedra de farmacología es compartida por Viamonte (2018) pues también menciona que esta ciencia:

Estudia; el origen y química de las drogas de utilidad en medicina, sus acciones farmacológicas, sus mecanismos de acción a nivel molecular o celular, la forma como las mismas pasan a través del organismo, sus efectos adversos y sus aplicaciones terapéuticas. (p. 96)

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado

Los humanos estamos creados para adaptarnos a las diferentes circunstancias, en este caso para adaptarse a la situación que se está enfrentando en su proceso salud enfermedad. La paciente debe afrontar sus cambios físicos y psicológicos mediante un proceso y al resultado por los que, las personas que tienen la capacidad de pensar y sentir como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su ambiente. Apartarse fisiológicamente, en función de su rol, regulador, cognitivo y de interdependencia. La paciente mediante la adaptación tendrá una vida estable, feliz y psicológicamente estable.

Una postura contemporánea es dada por Cruz et al. (2022) que dice:

En la actualidad las investigaciones se mueven desde posiciones más holísticas, multifactoriales y transdisciplinarias, lo cual provoca en el pensamiento epistemológico, nuevas e interesantes interrogantes que permiten evidenciar un número creciente de publicaciones, confección de guías, protocolos y manuales con el objetivo de mejorar la calidad de la atención. (p. 1)

Modelo de adaptación-Callista Roy

Para Alligood (2016)

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistema con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de clases de estímulos.

Focales, residuales, contextuales (Alligood)

Los humanos estamos creados para adaptarnos a las diferentes circunstancias, en este caso para adaptarse a la situación que se está enfrentando en su proceso salud enfermedad. La paciente debe afrontar sus cambios físicos y psicológicos mediante un proceso y al resultado por los que, las personas que tienen la capacidad de pensar y sentir como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su ambiente. Apartarse fisiológicamente, en función de su rol, regulador, cognitivo y de interdependencia. La paciente mediante la adaptación tendrá una vida estable, feliz y psicológicamente estable.

Ética y moral

El respeto a la vida, la diversidad, la igualdad de oportunidades nos debe llevar a contar a todos como parte de la sociedad, como un bien, no como una carga, en donde no se valore solo un patrón de perfección o de utilidad social, hay un gran bien moral que es la entrega, apoyo, ayuda, colaboración, así como la generosidad con quien más lo necesita; de igual manera eso también es riqueza social. En la ética hay que tratar a las personas con discapacidad intelectual con la máxima dignidad sin ningún tipo de discriminación dejando de lado el trato infantil inundado de lastima; del mismo modo se debe recordar que estas personas también tienen derechos, no pueden quedar discriminadas.

Para Yáñez et. al (2021): “El cuidado de enfermería tiene una connotación ética reflejada en los atributos que implica

el ejercicio del deber, establecido principalmente en el Código de ética profesional, mientras la ética de la virtud apela al desarrollo de valores.” (p.

3)

Bibliografía

Alamán, Carmen Chaverri. *PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA*. España : Gobierno de Aragón.

Alligood, Martha Raile. *modelos y teorías de enfermería* . barcelona-españa , 2015.

AVILÉS-OLMOS, DRA. ICÍAR. "El tratamiento quirúrgico mediante estimulación cerebral profunda resulta muy eficaz en el tratamiento de diferentes formas de distonía". 2020.

<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/distonia#:~:text=La%20diston%C3%ADa%20se%20debe%20a,cerebrales%20que%20controlan%20el%20movimiento>>.

Luque, Sandra García. «Distrofia muscular de Duchenne:» *Accelerating the world's research* (2009): 6.

Molina, Silvia Castells. *farmacología en enfermería* . barcelona-españa :

Elsevier España S.L., 2012.

Rodríguez M. R. (2021) *Análisis de las características clínicas y demográficas de los pacientes con el diagnóstico de Distonía, atendidos en la clínica de toxina botulínica del hospital San Juan de dios durante el periodo comprendido entre diciembre del 2019 a Marzo del 2021*. [Tesis de posgrado, Universidad de Costa Rica]. Archivo digital <http://repositorio.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/84413/Tesis%20Roger%20Rodr>

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho, Anisia Maria de Carvalho e Brito, Carlos Mulet Segura,

*Dilene Maria de Araújo Façanha, Tereza Cristina Pimentel
Coelho, Renata Sá Ferreira*

Brasileiro

*Distonía: qué es, causas, síntomas y tratamiento. Clínica
Universidad de Navarra. (2022).*

Www.cun.es.

<https://www.cun.es/enfermedadestratamientos/enfermedades/distonia#:~:text=%C2%BFCu%C3%A1les%20son%20los%20s%C3%ADntomas%20de%20la%20diston%C3%ADa%3F&text=Aparici%C3%B3n%20de%20posturas%20an%C3%B3malas%20o,producir%20dolor%20y%20deformidad%2>

Zarranz Imirizaldu J. J. (2018). *Neurología (6ª edición)*. S.A. ELSEVIER ESPAÑA.

Colegio oficial de enfermería. (2012). *Enfermería integral*.

<https://www.enfervalencia.org/ei/98/ENF-INTEG-98.pdf>

Rubin, M. (2020). *Distrofia de Emery-Dreifuss*. Manual MSD Versión Para Profesionales; Manuales MSD

Domínguez, M. Á. (2020). *Enfermería básica II*. <https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/greenstone/collect/planes/index/assoc/D1302.dir/programa-enfermeria-basica-ii-2020.pdf>

Viamonte, K. R. (2018). *El conocimiento de la Farmacología en el profesional de enfermería*.

Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión, 3(2), 95-104. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6494657.pdf>

Yáñez Flores, K., Rivas Riveros, E., & Campillay Campillay, M. (2021). *Ética del cuidado y cuidado de enfermería*. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 3-17.

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v10n1/2393-6606-ech-10-01-3.pdf>

Cruz González, E., Martínez, F., Osmani, F., Fernández Cruz, A. C., Girbau Cruz, R. A., & Santiesteban Cruz, L. (2022). *Fundamentos teóricos del cuidado de enfermería para la atención del recién nacido con atresia esofágica*. <https://congresosenfermeriacubana.sld.cu/index.php/enfermeria22/2022/paper/download/72/45>

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC

Miravittles et. al (2017) dicen que “EPOC presenta una gran heterogeneidad clínica, por lo que su tratamiento se debe individualizar según el nivel de riesgo y fenotipo” (p. 324).

Esta enfermedad incluye a los pacientes con bronquitis crónica y enfisema que tiene en común presencia de una obstrucción crónica progresiva, al flujo aéreo con clínica de disnea y cuya historia natural se ve modificada por episodios agudos de exacerbaciones.

Etiología

Morla (2021) dice que:

El desarrollo de la EPOC y exacerbación tienen gran relación, pero con varios

diferentes factores de riesgo. El tabaquismo habitual es principalmente, el más

significativo. El humo producido por el tabaco causa estrés oxidativo, da origen a

cambios en el balance entre proteasas y anti proteasas y produce una reacción

inflamatoria. Todos estos mecanismos, las cuales habitualmente están

involucrados en la patogenia de la EPOC, están igualmente presentes en el

fumador promedio. Además del tabaquismo frecuente, otros factores etiológicos

de la Exacerbación de EPOC son los de herencia Genética (déficit de alfa-1

antitripsina), la sobreexposición laboral y el tabaquismo poco habitual. La

contaminación ambiental, la hiperreactividad bronquial y otras infecciones

respiratorias presentes anteriormente en la niñez asimismo pueden estar

relacionadas, no obstante, su predominio es leve y su verdadera trascendencia

aún no se ha determinado. (p.12)

Signos y síntomas

- Tos productiva suele ser el síntoma inicial, que aparece entre fumadores en la quinta y la sexta década de vida.
- Disnea, que es progresiva, persistente, durante el ejercicio o que empeora con las infecciones respiratorias, aparece cuando los pacientes están en la sexta o la séptima década de vida.

Los síntomas suelen progresar rápidamente, en aquellos que siguen fumando y en los que tienen una mayor exposición al tabaco durante toda su vida. La cefalea matinal aparece en la enfermedad más avanzada e indica hipercapnia o hipoxemia nocturna.

Los signos de enfermedad avanzada incluyen la respiración con labios fruncidos, el uso de los músculos respiratorios accesorios, el desplazamiento paradójico hacia adentro de la caja torácica inferiores durante la inspiración (signo de Hoover) y la cianosis. Los signos del cor pulmonale son la distensión de las venas del cuello, el desdoblamiento del segundo ruido cardíaco con acentuación del componente pulmonar, la insuficiencia tricúspidea y el edema periférico. La sobrecarga del ventrículo derecho raro en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica porque los pulmones están hiperinsuflados. (Wise, 2020, Signos y síntomas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Fisiopatología

Según Wise (2020) los factores limitantes en el flujo de aire son:

Inflamación

Las exposiciones inhalatorias, pueden desencadenar una respuesta inflamatoria en las vías aéreas y los alvéolos que lleva a la enfermedad en personas genéticamente

susceptibles. Se considera que este proceso, está mediado por el aumento de la actividad de proteasa y una disminución de la actividad de anti proteasa. Las proteasas pulmonares, como la elastasa de los neutrófilos, las metaloproteinasas de la matriz y las catepsinas, degradan la elastina y el tejido conectivo en el proceso normal de reparación tisular. Su actividad está normalmente contrarrestada por las anti proteasas, como la alfa-1 anti tripsina, el inhibidor del leuco proteinasa derivada del epitelio de la vía aérea, la elafina y el inhibidor tisular de la metaloproteinasa de la matriz. En pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los neutrófilos activados y otras células inflamatorias liberan proteasas como parte del proceso inflamatorio; la actividad de proteasa excede la actividad de anti proteasa y esto da por resultado la destrucción y la hipersecreción de moco. (Fisiopatología de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica)

Infección

Las infecciones respiratorias, (a la que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica están propensos), pueden amplificar la progresión de la destrucción pulmonar. Las bacterias, sobre todo el Haemophilus influenzae, colonizan las vías aéreas inferiores en cerca del 30% de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En aquellos afectados en forma más grave es frecuente la colonización con Pseudomonas aeruginosa u otras bacterias gramnegativas. El tabaquismo y la obstrucción del flujo de aire, pueden llevar al deterioro de la eliminación del moco en las vías aéreas inferiores, que predispone a la infección. Los episodios repetidos de infección aumentan la magnitud de la inflamación, que acelera la progresión de la enfermedad. (Fisiopatología de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica)

Limitación al flujo de aire

La característica fisiopatológica central de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, es la limitación al flujo de aire, causada por el estrechamiento y/o la obstrucción de

las vías aéreas o la pérdida del retroceso elástico (Fisiopatología de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Exámenes de laboratorio y gabinete

La **radiografía de tórax** puede mostrar hallazgos característicos. En los pacientes con enfisema, los cambios pueden incluir hiperinsuflación pulmonar manifestada por diafragma aplanado.

La **TC de tórax** puede mostrar alteraciones que no se evidencian en la radiografía de tórax y también sugerir trastornos coexistentes o que complican el cuadro, como neumonías, neumoconiosis o cáncer de pulmón. La tomografía computarizada TC, ayuda a evaluar la extensión y la distribución del enfisema, estimadas por la puntuación visual o por el análisis de la distribución de la densidad pulmonar.

El **ECG**, que con frecuencia se realiza para descartar causas cardíacas de la disnea, de modo característico muestra un voltaje bajo difuso del complejo QRS, con un eje cardíaco vertical causado por hiperinsuflación pulmonar y aumento del voltaje de la onda P o desplazamientos del vector de la onda P, causada por el agrandamiento de la aurícula derecha en pacientes con enfisema avanzado. (Wise, 2020, Estudios de diagnóstico por imágenes).

Otros exámenes que se pueden aplicar para enfermería celayane (2018) son:

Broncoscopia, es un procedimiento diagnóstico que se realiza con una pequeña cámara en el extremo de la sonda a través de una sonda se introduce en la nariz o en la boca hacia los pulmones, permite visualizar las vías aéreas, recolectar secreciones o muestras de tejido (biopsia).

Examen de esputo, es un examen esencial para la evaluación de los pacientes con enfermedades respiratorias, el cultivo y la sensibilidad, y la Tinción de Gram son dos pruebas que se realiza de manera rutinaria sobre las muestras de esputo. Estas se cultivan para

diagnosticar infección bacteriana y las pruebas de sensibilidad determinan si la cepa bacteriana es resistente a algunos antibióticos.

Toracocentesis, es la inserción de una aguja por la pared torácica hasta el interior de la pleura con la finalidad de extraer líquido pleural. Las complicaciones asociadas son: hemotórax, neumotórax, embolismo aéreo y enfisema subcutáneo. (Exámenes de laboratorio y gabinete)

Tratamiento farmacológico

Administración de broncodilatadoras de acción corta como el salbutamol (nombre genérico), ventolin (nombre comercial). Para PLM (2022) la administración debe ser:

Únicamente por inhalación, administrada en nebulizaciones. Salbutamol solución para nebulizar sólo debe ser utilizado con instrucciones del médico. En tratamiento intermitente, puede administrarse cuatro veces al día. 10 ml de salbutamol solución para nebulizar contienen 50 mg de salbutamol.

La solución debe administrarse únicamente por medio de nebulizador, además de utilizarse una boquilla, o mascarilla facial o cánula traqueal o de traqueotomía, con o sin respirador. Se recomienda una presión de 40 cm H₂O y un volumen corriente de 300 a 400 ml durante la administración. (Dosis y vía de administración).

Se han encontrado efectos adversos con su administración que para PLM (2020):

Se han encontrado reportes de temblor leve, cefalea y otros efectos provocados por otros fármacos beta agonistas tales como palpitations, taquicardia, nerviosismo y vasodilatación periférica. Además, puede existir irritación leve en boca y garganta con la inhalación. Han existido reportes raros de espasmos y temblores finos musculares de manera transitoria. En pacientes hipersensibles se puede presentar vasodilatación periférica con taquicardia compensatoria, así como reacciones de hipersensibilidad (angioedema, urticaria e hipotensión y otros). (reacciones adversas)

También en la enfermedad obstructiva crónica se administra Teolong (nombre comercial), teofilina (nombre genérico); para PLM (2022) la dosis diaria de administración en adultos “es de 11 a 15 mg/kg de peso ideal. Después de los 60 años de edad, la eliminación de teofilina se reduce. Se debe ajustar con base en la eficacia individual y la tolerabilidad” (dosis y vía de administración).

Con su administración aparecen efectos adversos que según PLM (2022) pueden ser:

Trastornos del sistema inmune: Hipersensibilidad, trastornos del metabolismo y nutrición: hipocalcemia, hiperglucemia, hiperuricemia, desequilibrio electrolítico, trastornos psiquiátricos: Agitación, intranquilidad, irritabilidad, nerviosismo, trastornos del sistema nervioso: Cefalea, insomnio, temblor, convulsiones, trastornos cardíacos: Frecuencia cardíaca incrementada, frecuencia cardíaca irregular, palpitaciones, arritmia, arritmia ventricular, taquicardia, taquicardia sinusal, taquicardia supraventricular, taquicardia auricular y aleteo, extrasístoles ventriculares, fibrilación o aleteo auricular, trastornos vasculares: Hipotensión, choque, trastornos gastrointestinales: Náuseas, vómito, diarrea, síntomas gastrointestinales que incluyen hemorragia, dolor abdominal y hematemesis. (PLM Latinoamérica, 2020)

Cuidados de enfermería

Disnea

Se produce una disminución de la fuerza de los músculos inspiratorios, esta disfunción mecánica contribuye de forma importante a la sensación de disnea.

Acciones a ejecutar

Moreno (2021) afirma que se debe:

- Verificar mediante la auscultación el funcionamiento de los pulmones sonidos y ritmos respiratorios.
- Colocar en posición semi fowler o fowler total para seguridad ventilatoria.

- Mantener ambiente tranquilo para aliviar estados de ansiedad que pueda presentar.
- Proporcionar ayuda cuando no sea totalmente capaz de asumir los autocuidados, mientras que los hospitalizados se debe instruir a la persona y familiares en técnicas de manejo de la energía.
- Instruir a la familia en el uso de oxígeno en casa, con la finalidad de ayudar a tratar y prevenir la hipoxemia, hipertensión pulmonar y reducir el trabajo respiratorio y miocardio.
- Utilizar técnicas de relajación y meditación, con el objetivo de favorecer la empatía social precisamente para modificar estados de ánimo.
- Vigilar el flujo de administración de oxígeno (3 – 6) y asegurarse de que corresponde con la concentración prescrita. Permeabilizar cánulas nasales y vigilar fugas de aire.
- Proporcionar bienestar evitando episodios de angustia.
- “Explorar en busca de signos de complicaciones de dificultad respiratoria” (enfermería celayane, 2018, cuidados de enfermería).
- Fomentar apoyo especial a personas que se someten a distintos procedimientos para determinar anomalías.

Tos crónica

La bronquitis crónica mantiene inflamados los bronquios lo que provoca un aumento de la producción excesiva de moco en los pulmones, que causa tos durante periodos muy prolongados.

Acciones a ejecutar

Hermosín et. al (2017) recomiendan:

- Impulsar el autocuidado del área bucal en pacientes conscientes, en caso de personas enfermas inconscientes, se deberá mantener la higiene oral adecuada para evitar de lesiones como úlceras.

- Facilitar la eliminación de secreciones utilizando la técnica de tapotaje para ayudar a la expulsión del exceso de mucosidades.
- Aplicar los cuidados con la finalidad de que realice respiraciones efectivas, asegurándose que el área que se agranda sea el diafragma.
- Regular la ingesta de líquidos para llevar a cabo la función respiratoria.
- Ayudar a tener un ambiente de aceptación para adaptarse a su problema de salud.
- Humidificar el aire del entorno de la persona ayuda a humedecer las vías respiratorias, por tanto, la tos será productiva; el aire seco causa tos seca e improductiva.
- Favorecer los accesos de tos mediante la ventilación y permeabilización de vías áreas superiores e inferiores.
- Prevenir las complicaciones evitando en lo posible una bronquitis aguda.
- Asistir en la eliminación de secreciones mediante la succión.
- Enseñar al paciente a utilizar inhaladores, en caso de presentar episodios de asma.
- Proporcionar hidratación adecuada y reponer los volúmenes normales de líquidos.

Valoración de patrones funcionales

Patrón percepción- manejo de la salud

Estado de vacuna, tiene todas las vacunas, tiene el de la influenza y neumococo.

Patrón nutricional- metabólico

Comidas tres veces al día, por lo general se alimenta en su hogar, consume suplementos como: vitaminas (A, B y C) y el selenio. La ingesta de líquidos es de 1000ml por día, entre agua, jugos y sopas. Su índice de masa corporal IMC es de 22.22.

Patrón de eliminación

Micción, seis veces en 24 horas. Deposición 1 vez al día.

Patrón actividad- ejercicio

Autónomo para realizar las actividades básicas de la vida diaria a pesar que tiene disnea con esfuerzo. Permanece oxígeno complementario.

Patrón sueño- descanso

Alteración del ciclo sueño-vigilia por presentar disnea mínimos, mediano o grandes. Durante la noche duerme 6 horas y en el día descansa 1 hora.

Patrón cognitivo- perceptivo

Sin alteración

Patrón autopercepción- autoconcepto

Manifiesta tener preocupación, ya que le gustaría tener una vida normal, realizar muchas actividades de recreación. La disnea causa malestar por lo que ocasiona cuadros de nerviosismo y ansiedad.

Patrón rol- relaciones

Tiene una buena relación familiar y también con sus amigos- conocidos, no se encuentran alteraciones adicionales en este patrón.

Patrón sexualidad reproducción

Insatisfecha por afección respiratoria y el uso del circuito extracorpóreo que le provee de oxígeno externo.

Patrón afrontamiento- tolerancia al estrés

Incertidumbre frente a la enfermedad, expresa que adaptarse a su nuevo estilo de vida es complicado

Patrón valores- creencias

No practicante.

Enfermería básica

Es un componente teórico- práctico que permite a los estudiantes aplicar, técnicas de cuidado y realizar procedimientos: higiene de manos, uso y manejo de barreras protectoras, movilización y traslado de personas que necesitan cuidados, administración de medicamentos y

control de signos vitales. También desarrolla funciones esenciales para la mejora de la salud de las personas. La enfermería básica, es brindar atención de las personas que tienen problemas de salud, además se reconoce por las bases científicas de investigación que porta la enfermería. La cátedra también proporciona conocimientos sobre educación, administración, servicios sanitarios y características del personal de enfermería y sus roles.

La enfermería básica no es solo práctica, sino también es investigación para obtener resultados de personas con diferentes enfermedades. Según Grove & Gray, afirma que:

La enfermería básica requiere determinar mediante la investigación que conocimientos son relevantes para los profesionales que la ejercen. Debido a que la enfermería es una profesión práctica, la investigación es fundamental para desarrollar y aumentar el conocimiento que estos profesionales pueden aplicar para mejorar la práctica clínica y promover resultados de calidad (p. 2).

Concuerdo con Grove y Gray, ya que con la investigación científica los profesionales de salud puedes brindar un mejor cuidado y con el transcurrir del tiempo se puede evidenciar los resultados gracias a la investigación científica.

Fundamentos teóricos y bases epidemiológicas del cuidado

Modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson

El marco epidemiológico es la disciplina de la enfermería, este se resume en dos estructuras del conocimiento teórico y práctico, uno se enfoca en la ciencia y los elementos teóricos; y el otro se considera el arte de la disciplina a través de las prácticas y patrones del conocimiento enfermero. Los fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado, ayudan a comprender todos los modelos, filosofías y teorías de las diferentes teoristas, gracias a estos apartados el profesional de enfermería, ayuda a los cuidados de las personas con problemas de salud, siendo así también que brindan apoyo tanto al

paciente como a sus familiares y entorno. Además, el enfermero/a tiende a educarse humanísticamente y colaborar para la pronta recuperación de las personas.

Según Alligood & Tomey (2011):

El modelo de Johnson estuvo influido por el libro de Florence Nightingale, empezó a trabajar con la premisa de que la enfermería era una profesión, que contribuye al bienestar de la sociedad. La tarea fue aclarar la misión social desde la perspectiva de una visión teóricamente sólida de la persona a la que servimos. Johnson paso a concebir una contribución específica al bienestar del paciente, al fomentar un funcionamiento conductual eficiente y eficaz en la persona, para prevenir la enfermedad durante y después de la enfermedad. Johnson utilizó el trabajo de los científicos conductuales en psicología, sociología y etiología para desarrollar su teoría. Utilizo conceptos procedentes de otras disciplinas como: el aprendizaje social, la motivación, la estimulación sensorial, la adaptación, la modificación conductual, el proceso de cambio, la tensión y el estrés para ampliar su teoría y adecuarla a la práctica enfermera. (pp. 366-368)

El modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson, se basa en la perspectiva que el paciente tiene sobre su enfermedad y también en como el estrés puede estar presente y afectar el proceso de recuperación del paciente. También este modelo se dirige a la atención de las necesidades humanas, pero también se centra en la enfermería para procurar la igualdad y así ayudar a que el paciente disminuya el estrés.

Para Moreno (2018):

El desarrollo de investigaciones similares permite afirmar que la enfermería como disciplina es consecuencia del perfeccionamiento en la humanidad de la acción de cuidar. Por tal razón la profesión necesita confeccionar y ampliar su cuerpo propio de conocimientos teóricos para delimitar sus acciones, ampliar sus horizontes y perfeccionar la práctica, así como concretar y definir las actividades

enfermeras, que se proyectan en la gerencia, la docencia y la investigación. (p. 174)

Puedo decir que, según Moreno, la humanización es fundamental para personas que brindan un servicio de cuidado, ya que teniendo en cuenta el lado humanístico se brindara mejores cuidados y se valorara la vida de las demás personas.

Farmacología

Es una ciencia que se encarga de la acción de los fármacos, abarca todo lo que hace referencia a la composición química, además se encarga de procesos biológicos. La acción de los profesionales de enfermería, es ser responsable de la administración de sustancias haciendo referencia a la dosis correcta, el medicamento correcto, la hora correcta y la vía de administración correcta, que se debe suministrar a las personas según la condición o problema de salud en la que se encuentren. Pero su labor también es valorar lo efectos de los fármacos y para ellos es necesario tener un profundo conocimiento de los efectos y acciones de todos los medicamentos.

La ciencia de la farmacología tiene menos de 150 años; su desarrollo está determinado por la capacidad de aislar compuestos puros y por el establecimiento del método científico. Indica Brenner & Stevens (2018) que:

La farmacología es el estudio de los medicamentos y de sus efectos sobre los procesos biológicos. Se trata de una ciencia fundamental, que se posicionó en primera línea de la medicina moderna, al demostrarse sus logros en el tratamiento de las enfermedades en la capacidad de salvar vidas. (p.3)

Considero que la fundamentación de Brenner y Stevens, es muy importante ya que al crearse los medicamentos la población mundial mantuvo la lucha por salvar sus vidas, siendo así unas de las ciencias más importantes para el cuidado y mejora de personas con problemas de salud.

Ética y moral

La ética en la enfermería estudia algunos comportamientos de la práctica de la profesión, los principios, las motivaciones y los valores del ejercicio profesional y también algunos cambios. Existen cuatro principios de la enfermería: promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento; dentro de esta ciencia esta la bioética, que es una disciplina que sirve para la relación de las ciencias y las humanidades la cual se centra en dos aspectos: primero la ética implica una acción acorde con estándares morales, y segundo la ética humana no puede ser separada de una comprensión realista de la ecología. Los profesionales que conforman equipo multidisciplinario de salud, constituyen la perseverancia de los derechos y la calidad de vida de los pacientes. La aplicación y conocimiento de los enfoques éticos y bioéticos son indispensables para modificar ideas, hábitos y conductas éticas relacionadas con el ejercicio profesional, lo cual permite elevar el nivel de calidad en atención de los pacientes.

La profesión de enfermería lleva implícito el concepto del cuidado, tema vital para la subsistencia de la humanidad y las relaciones solidarias entre las personas. Según Yáñez et. al (2020) afirman que:

Cuidar es una actividad indispensable para la humanidad, no se trata solo de supervivencia, sino de promover y desarrollar todas aquellas actividades que vela por el bien común de las personas y de la sociedad. La moralidad dice que la relación con estándares de conducta que distinguen lo correcto de lo incorrectos, a diferencia de la ética que tiene por tarea pensar en el carácter ideal de la conducta humana. La importancia del carácter ético de una profesión permite que esta sea reconocida socialmente, por lo que la profesión de enfermería define el cuidado como su acción social esencial. (p. 113)

Mediante la fundamentación de Yáñez, concuerdo que la ética y moral en enfermería es una ciencia muy importante en relación a la salud, con ello los cuidados de enfermería se orientan a la vida humana, respetando los derechos y

sentimientos de las personas a su cuidado, ayudando a tomar conciencia de las decisiones que se deben tomar orientadas a un bien común.

Parálisis Cerebral Infantil

Las razones más comunes por la que se da el PIC en niños. Según Arguelles (2008), afirma que:

La PCI es la causa más frecuente de discapacidad motriz en la edad pediátrica. Engloba un grupo de síndromes no progresivos, con alteraciones de postura, de movimientos y de la función motriz, secundarios a lesiones o malformaciones del cerebro producidas durante su desarrollo. El trastorno motor es persistente, no temporal o transitorio, pero no invariable. (p. 1)

Etiología

La causa más frecuente de la parálisis cerebral infantil es en la etapa prenatal. Según Arguelles (2008):

La parálisis cerebral es un síndrome que puede ser debido a diferentes etiologías. El enfoque etiológico ha evolucionado, a propósito de un caso de “rigidez espástica”, postulara que el déficit motor era resultado directo de las dificultades ocurridas durante la labor de parto, causa más frecuente de parálisis cerebral es la prenatal seguida de la perinatal y con un 10% la postnatal. (p.1)

Signos y síntomas

En la PCI encontramos varios signos y síntomas lo cuales deben ser evaluados. Arguelles (2008) señala que:

La parálisis cerebral espástica

Es la forma más frecuente, los niños con parálisis cerebral espástica forman un grupo heterogéneo.

Tetraplejia espástica. – es la forma más grave, presenta afección en las cuatro extremidades. En esta forma se encuentra una alta incidencia de malformaciones cerebrales, lesiones resultantes de infecciones intrauterinas o lesiones clásticas como la encefalomalacia multiquística.

Diplejía espástica. – es la forma más frecuente, presentan afecciones de predominio en las extremidades inferiores, se relaciona con la prematuridad. La causa más frecuente es la leucomalia periventricular.

Hemiplejía. – existe paresia de un hemicuerpo casi siempre en la extremidad superior, la causa más frecuente son lesiones cortico-subcorticales de un territorio vascular, displasias corticales o leucomalacia periventricular unilateral. (p. 271)

En el mismo sentido, Arguelles (2008) también menciona:

Parálisis cerebral discinética

Es la forma de parálisis cerebral que más se relaciona con factores perinatales, hasta un 60-70% de los casos. Se caracteriza por un fluctuación o cambio brusco del tono muscular, presencia de movimientos involuntarios y persistencia de los reflejos arcaicos. Las lesiones afectan de manera selectica a los ganglios de la base. (p. 272)

Parálisis cerebral atáxica

El síntoma predominante es la hipotonía; el síndrome cerebeloso completo con la hipotonía, ataxia, dismetría incoordinación puede evidenciarse a partir del año de edad. Se distinguen en tres formas clínicas: diplejía, ataxia, ataxia simple y el síndrome de desequilibrio, también aparece en combinación con espasticidad y esteatosis. (p. 272)

Parálisis cerebral hipotónica

“Es poco frecuente se caracteriza por una hipotonía muscular con hiper reflexiva osteotendinosa, persiste más allá de los 2-3 años y esta no se debe a una patología neuromuscular” (p. 273).

Parálisis cerebral mixta

“Es frecuente que el trastorno motor no es puro, la ataxia y distonía con espasticidad son las formas más comunes” (p. 273).

Fisiopatología

Comprende muchos puntos en los cuales encontramos la fisiopatología de la parálisis infantil cerebral PCI. Gómez et al. (2013) mencionan que:

Se citan algunos hechos establecidos, encefalopatía hipóxico-isquemia perinatal, los datos de la clínica de la neuropatología y de la experimentación animal, han permitido demostrar que las lesiones cerebrales perinatales susceptibles, dan lugar a parálisis cerebral, son el resultado de una isquemia cerebral cuya causa esencial es la hipoxia e isquemia y en menor grado consecuencia de hemorragias cerebrales. En el periodo perinatal es la asfixia neonatal o asfixia perinatal, cuyos componentes biológicos esenciales son la hipoxia, hipo-hipercapnia y la acidosis, quien lleva modificaciones de la circulación cerebral provocando isquemia. (p. 32)

Exámenes de laboratorio y gabinete

Para realizar la valoración se debe basar en los aspectos clínicos y biológicos de las personas. Refiere Arguelles (2008) que:

Exámenes complementarios

Se recomienda realizar una imagen en todos los niños con PCI. Si es lactante se puede realizar inicialmente una ecografía transfontanelar, pero en la actualidad la prueba más específica es la resonancia magnética. Si hay sospecha de infección congénita puede plantearse la realización de la tomografía computarizada del cráneo TAC, para visualizar mejor las calcificaciones. Estos hallazgos de neuroimagen sirven para confirmar la existencia, localización y extensión de la lesión e incluso de la etiología. (p. 274)

EEG (electroencefalograma)

No es necesario para el diagnóstico, pero por el elevado porcentaje de niños con PCI que desarrollan epilepsia se recomienda para la detección de los pacientes con mayor riesgo, y para el seguimiento de los que hayan presentado crisis comiciales. Es fundamental la práctica de

exploraciones orientadas a descartar trastornos sensoriales asociados. (p. 274)

Revisión oftalmológica

“En todos los casos, principalmente indicando si existe antecedentes de prematuridad realizar potenciales evocados visuales, si es posible un electroretinograma” (p. 275).

Estudio de la audición

“Se realiza en todos los casos, principalmente indicando antecedentes de prematuridad, hiperbilirrubina infección congénita o tratamiento con aminoglucósidos en el periodo neonatal” (p. 274).

Radiografías

“Realizar al menos una radiografía de cadera antes de iniciar la carga en bipedestación, en todas cosas graves se ha de valorar realizar un control radiográfico de caderas anual, por el riesgo elevado de luxación” (p. 274).

Bibliografía

- Aguelles, P. P. (2008). *psiquiatria infantil*. <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/escalas/aep/36-pci.pdf>
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, Madrid: Elsevier.
- Bermúdez Moreno, G. (10 de 05 de 2021). *Revista Medica Ocronos*. <https://revistamedica.com/cuidados-enfermeria-epoc-caso-clinico/>
- Brenner , G., & Stevens , C. (2018). *Farmacología basica. Elsevier*, 3. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HHWCDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=farmacologia+%&ots=jczeoy9A7d&sig=017PcwOkxB3VfRJuEWoztPYs5ac#v=onepage&q&f=false>
- Gómez, S., Jaimes, V. H., Palencia, C., Hernández, M., & Guerrero, A. (marzo de 2013). *scielo*.

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492013000100008

Grove , S., & Gray, J. (2019). *investigacion en enfermería. elsevier*, 2.

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=-OKiDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=que+es+la+enfermer%C3%ADa+basica&ots=Q7PGGyaUQ8&sig=1lR_bnkTMciaCtVml2jbHsjKxQA#v=onepage&q&f=false

Hermosín, A., Pereira, E., & Calviño, I. (25 de 08 de 2017). *revista-portalesmedicos.com*.

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-bronquitis/>

Scielo. (marzo de 2013). *scielo*.

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492013000100008

Wise, R. (2022). *msd*.

[https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-pulmonares/enfermedad-pulmonar-obstruktiva-cr%C3%B3nica-y-trastornos-relacionados/enfermedad-pulmonar-obstruktiva-cr%C3%B3nica-epoc#:~:text=La%20caracter%C3%ADstica%20fisiopatol%C3%B3gica%20central%](https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-pulmonares/enfermedad-pulmonar-obstruktiva-cr%C3%B3nica-y-trastornos-relacionados/enfermedad-pulmonar-obstruktiva-cr%C3%B3nica-epoc#:~:text=La%20caracter%C3%ADstica%20fisiopatol%C3%B3gica%20central%20)

Yáñez Flores, K., Rivas Riveros , E., & Campillay Campillay , M. (03 de diciembre de 2020). *etica del cuidado y cuidado de enfermeria. scielo*, 5.

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v10n1/2393-6606-ech-10-01-3.pdf>

Miravittles Marc, Soler-Cataluña Juan José, Myriam Calle, Molina Jesús, Almagro Pere, Quintano José Antonio, Trigueros Juan Antonio, Cosío Borja G., Casanova Ciro, Riesco Juan Antonio, Simonet Pere, Rigau David, Soriano Joan B., Ancochea Julio. (2017). *Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva*

crónica (GesEPOC). Tratamiento farmacológico en fase estable, Archivos de Bronconeumología, Volume 53, Issue 6, 2017, Pages 324-335, ISSN 0300-2896.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289617300844>

Morla Rodriguez Dora Elizabeth. (2021). *PACIENTE FEMENINO DE 65 AÑOS CON EXARCEBACION DE EPOC*. [Tesis de grado, Universidad Técnica De Babahoyo].

<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/10280/E-UTB-FCS-TERRE-000206.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moreno Lavín, Damisela. (2018). Fundamentos del diseño de un modelo de atención de Enfermería para la gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(1), e1238. Epub 01 de marzo de 2018.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000100014&lng=es&tlng=es.

Enfermería celayane. (2018, April 18). *Unidad didáctica 4: Atención de enfermería a pacientes con afecciones del aparato respiratorio - Licenciatura en Enfermería y Obstetricia*. Licenciatura En Enfermería Y Obstetricia.

<https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-atencion-de-enfermeria-a-pacientes-con-afecciones-del-aparato-respiratorio/>

Epilepsia

Cualquier proceso o enfermedad que altera, destruye o lesione el funcionamiento de las neuronas de la corteza cerebral de manera persistente, y puede provocar una crisis de manera recurrente. La epilepsia es el resultado de un defecto o lesión estructural o incluso genético cerebral que atrofia el funcionamiento normal de las neuronas.

La epilepsia afecta a un 0,5 – 1 % de la población en general, pero existen 2 grupos más afectados, niños y adultos mayores; probablemente la epilepsia en los ancianos puede ser confundida con otros procesos patológicos, aun así la presencia del mismo aumenta en según la edad y en el sexo masculino. (Varios AUTORES, 2007) (Causas de la epilepsia y factores de riesgo. Etiología, 2021)

Etiología

Las crisis epilépticas son consecuencia de un desequilibrio entre los procesos de excitación e inhibición neural del sistema nervioso central, que tiene como resultado una descarga neural anormal. Para entender mejor primero debemos saber que el cerebro normal cuando se encuentra en determinadas circunstancias puede sufrir una **crisis epiléptica**, y existen algunas diferencias en las personas en cuanto a un factor para sufrir una crisis epiléptica, lo que sugiere que existen varios factores endógenos subyacentes, como factores genéticos, patologías que podrían sugerir un trastorno epiléptico crónico.

Estructural: Si existe una lesión en neuroimagen que es la causa de las crisis epilépticas – alteraciones EEG y semiología.

Genética: Si existe una anomalía genética patogénica para la epilepsia, o existencia de historia familiar positiva y hallazgos típicos en EEG y tipo de crisis.

Infeciosa: Si existe una infección no aguda que determina una lesión cerebral. (Neurocisticercosis – Toxoplasmosis cerebral)

Metabólica: Provocada por un defecto metabólicos genético o adquirido. No se considera como tal las alteraciones transitorias y no implican epilepsia.

Inmune: Si existe una enfermedad autoinmune responsable de la epilepsia.

Desconocida: Si no existe una causa identificada. (Luzán 5 Health Consulting, 2019)

Signos y síntomas:

- Pérdida del conocimiento o conciencia.
- Alteraciones del movimiento.
- Alteraciones de los sentidos.
- Alteraciones de los estados de ánimo o funciones cognitivas.

Problemas físicos:

- Fracturas.
- Hematomas.

Trastornos cognitivos:

- Trastornos psicosociales.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Muerte prematura.

Fisiopatología

Fenómeno de naturaleza exclusivamente eléctrica cuya actividad produce manifestaciones clínicas estrechamente ligadas con la función que cotidianamente desempeñan las redes neuronales por donde se distribuyen los estímulos anormales de trenes de potenciales propagados, generando la activación de sistemas motores y sensitivos que pueden, incluso, involucrar la participación de grupos neuronales relacionados con los mecanismos de percepción y pensamiento en sí mismos. (Scielo, 2016, pp 1-6)

Pruebas de laboratorio:

Electroencefalograma (EEG)

En esta prueba, los electrodos se fijan al cuero cabelludo con una sustancia pastosa o una tapa. Los electrodos registran la actividad eléctrica del cerebro.

Electroencefalograma de alta densidad

Ayuda al médico a determinar con mayor precisión qué áreas del cerebro se ven afectadas por las convulsiones.

Exploración por tomografía computarizada

Puede revelar la presencia de anomalías en la estructura del cerebro que podrían causar convulsiones, como tumores, sangrado y quistes.

Pruebas neuropsicológicas

Se evalúan las habilidades del pensamiento, la memoria y el habla. Los resultados de las pruebas ayudan a los médicos a determinar qué áreas del cerebro están afectadas. (Epilepsia - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic, 2021)

Tratamiento farmacológico:

Carbamazepina

Nombre genérico: Tegretol – carbatrol.

Nombre comercial: Tegretol – Carbamazepina.

Efectos adversos:

Los efectos adversos de este fármaco se pueden presentar al inicio del tratamiento o tras un ajuste del mismo en este sentido se puede presentar:

- Fiebre, dolor de garganta, llagas en la boca (Aftas), disminución en los glóbulos blancos.
- Cansancio, cefalea, disnea en medianos esfuerzos.
- Amarilleo en el blanco de los ojos (signo de hepatitis)
- Oscurecimiento en la orina (porfiria)
- Sangre en la orina o disminución de la misma.
- Erupciones cutáneas, descamación de la piel.

- Hinchazón de la cara, ojos, lengua o dificultad para deglutir.
- Náuseas, rigidez del cuello (signo de meningitis)
- Ritmo cardíaco irregular.
- Diarrea, dolor abdominal y somnolencia.

Dosis:

En pacientes adultos para tratamiento de epilepsia es de: 100 – 200 mg una a dos veces al día, esta dosis se va aumentando hasta 800 – 1200 mg al día. En niños suele iniciarse con una dosis de 100 – 200 mg al día (10 – 20 mg/kg/día) y se va aumentando progresivamente hasta 400 – 600 mg. Los adolescentes pueden recibir hasta 600 – 1000 mg al día. (PROSPECTO TEGRETOL 200 mg COMPRIMIDOS, 2022) (Carbamazepina, 2007)

Lamotrigina

Nombre genérico: Lamictal - Lamotrigina

Nombre comercial: Lamictal

Efectos adversos:

- Fiebre y sarpullido.
- Esplenomegalia – citopenia.
- Nivel de triglicéridos bajos.
- Nivel elevado de ferritina en sangre.
- Erupción cutánea.
- Piel y ojos amarillentos.
- Sangrado inusual.
- Aumento de convulsiones, dificultad para caminar, trastornos visuales.
- Inflamación de nódulos linfáticos.

Dosis:

Adultos, monoterapia inicial 25 mg una vez al día por dos terapias, seguida por 50 mg una vez al día por dos semanas más. Posteriormente se aumenta la dosis a un máximo de 100 mg en lapsos de una a dos semanas hasta lograr una respuesta óptima. En pacientes que estén recibiendo un inductor enzimático, 25 mg al día durante dos semanas;

después 50 mg dos veces al día durante dos semanas; luego 100 mg al día en una toma o dividido en dos. (Center for Drug Evaluation and Research, 2018), (Lamotrigina: AccessMedicina , 2022)

Cuidados de enfermería:

Perdida de conocimientos

Situación de un paciente en relación a su capacidad para interactuar con el entorno y comprender su realidad, su alteración puede provocar la pérdida de funciones motoras conscientes e inconscientes.

- Explicar al paciente y familiar la acción y los efectos secundarios en la medicación.
- Evitar interrupciones innecesarias del medicamento y permitir periodos de reposo.
- Colocación del paciente en posición de Fowler favoreciendo la correcta ventilación.
- Vigilar procesos de disnea o fatiga en el paciente.
- Observar cambios respectivos que pongan en juego la seguridad del paciente.
- Vigilar reflejos de tos, gases y capacidad deglutoria.
- Determinar efectos de la medicación en el esquema de sueño.
- Ayudar a tener un ambiente de aceptación.
- Proporcionar información objetiva necesaria de la patología.
- Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones del paciente. (Turón, 2020, pp 889)

Movimientos espasmódicos incontrolables de brazos y piernas

Caracterización contracción muscular breve y busca, predominante en el tronco y los músculos proximales de los extremidades superiores e inferiores, pueden ser movimientos son de flexión, extensiones o mixtos.

- Valoración del riesgo individualizado sobre el paciente.
- Orientación al paciente y familiares sobre los factores de riesgo a los que está opuesto.
- Vigilar el nivel y estado de conciencia.
- Disminuir factores personales que precipiten a causar vómitos: tales como la ansiedad, miedo, fatiga.
- Controlar el equilibrio de fluidos y electrolitos.
- Controlar signos o síntomas de aspiración.
- Planificación del ciclo regular del sueño, vigilar al paciente.
- Colaborar para que el paciente identifique las situaciones que precipitan ansiedad.
- Dar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Determinar fármacos necesarios y administrar de acuerdo a la prescripción médica. (Turón, 2020, pp 889)

Valoración de Patrones funcionales

1. *Percepción y manejo de salud.*

Paciente orientado en tiempo y espacio, madre indica que anteriormente refería cefalea y cansancio. Sin antecedentes patológicos personales, no alergia a ningún medicamento, indicó tener esquemas de vacunación completo.

2. *Nutricional-Metabólica.*

Facies compuestas, mucosas semi húmedas, no presente laceraciones bucales, no hay signos de deshidratación, presenta un peso de 60Kg, tala 1, 60.IMC 23,44.

3. *Eliminación.*

No refiere molestias al miccionar o al realizar deposiciones.

4. Actividad-Ejercicio.

Indica que corre como ejercicio físico, no se evidencia deterioro en su movilización.

5. Sueño-Descanso.

Madre indica que no tiene problema para conciliar el sueño.

6. Cognitivo-Perceptual.

Refiere dificultad de comprensión y memoria, presenta dificultad en su lenguaje y comunicación.

7. Autopercepción-Auto concepto.

Auto concepto bueno de sí mismo, su madre indica que refiere nerviosismo y mal carácter al comunicarse.

8. Rol-Relaciones.

Refiere problema para socializar, presente carencia afectivo, satisfacción al realizar actividades domésticas.

9. Sexualidad-Reproducción.

No ha tenido relaciones sexuales, no tiene confianza para tener una relación afectiva y sexual.

10. Adaptaciones y tolerancia al estrés.

Presenta cambios de humor y sensación habitual de estrés, la mayor parte del tiempo se encuentra tenso.

11. Valores y creencias.

No presenta problema o conflictos en sus creencias religiosas, posee planes o futuro y no refiere conflictos en su sentido por la vida.

PSICOSIS

Enfermedad mental que se caracteriza por la pérdida del contacto con la realidad. Afecta por igual a hombres y mujeres, y suele aparecer entre los 20 - 30 años, se estima que hasta el 3% de la población puede experimentar síntomas psicóticos.

Puede desarrollarse de forma gradual a lo largo del tiempo, siendo posible que los síntomas pasen de inadvertidos, o también aparecen bruscamente con síntomas tan obvios

tanto como para la paciente como para las personas que lo rodean.

El órgano más afectado es el cerebro, produciéndose cambios en el pensamiento, la percepción, los sentimientos y el comportamiento de la persona. (Facorro, 2010)

Etiología:

Hasta ahora no se identificado ningún factor concreto que cause psicosis, se puede considerar que la psicosis tiene origen multifuncional, es decir que, hay un conjunto de factores que interacciona unos con otros y pueden provocar que una persona desarrolle un episodio psicótico.

Factores genéticos: existen más casos de enfermedad en familiares de personas con psicosis, el riesgo de sufrir psicosis es proporcional al número de genes compartidos, aunque los genes involucrados aún no han sido identificados y puede haber psicosis sin antecedentes familiares de la enfermedad, o no darse la enfermedad, aunque haya varios miembros de la familia afectados.

Factores biológicos: Los síntomas psicóticos se deben a una hiperactividad de dopamina o a una mayor sensibilidad de los receptores dopaminérgicos a nivel cerebral.

Factores medioambientales: Experiencias o circunstancias externas que aumentan la probabilidad de experimentar un episodio psicótico como sucesos traumáticos, problemas familiares o socio – laborales, consumo de sustancias tóxicas.

Estrés: El estrés se define como la percepción que tiene una persona al no tener recursos suficientes para hacer frente a las exigencias de una determinada situación, en un momento concreto. (Facorro, 2010)

Síntomas y signos.

Síntomas positivos

- Alucinaciones: Percepción de que algo no existe, las más comunes son las auditivas, a las que solemos referirnos como voces.

- Delirios: creencias reales para quien las experimenta, pero no para los demás.
- Alteraciones en la forma del pensamiento: Pérdida de la asociación entre una idea y la siguiente, deslizamiento de un tema a uno totalmente diferente.

Síntomas negativos:

- Cambios en el comportamiento habitual.
- Falta de energía o motivación.
- Higiene personal insuficiente.
- Dificultad para expresar emociones, disminución de movimiento o de gestos expresivos. (Facorro, 2010)

Fisiopatología

Se han realizado investigaciones en busca de los factores que incrementan el riesgo para padecer el trastorno. Entre los posibles factores externos se incluyen; la exposición materna prenatal a ciertas condiciones infecciosas, tales como el virus de la influenza, la toxoplasmosis, el virus del herpes simple tipo 2, infecciones virales del sistema nervioso central, ya que las bacterianas no parecen asociarse, infecciones por citomegalovirus, desnutrición durante el embarazo, el consumo de tabaco durante el embarazo y otras complicaciones obstétricas. (Salud mental, 2015, pp s2)

Tratamiento

El tratamiento psicológico

Incluye tratamientos psicológicos específicos dirigidos a la resolución de problemas, la estimulación de capacidades cognitivas y tratamientos psicoeducativos dirigidos a los pacientes y sus familias.

El tratamiento social

Uno de los principales objetivos para conseguir la recuperación es la integración de la persona enferma en su medio social y laboral. Para ello se desarrollan

intervenciones sociales dirigidas a promover las habilidades sociales y laborales del paciente mediante estrategias de intervención individual o grupal o en algunos casos mediante programas rehabilitadores.

El tratamiento farmacológico

La medicación es elemento esencial en el tratamiento de la psicosis. Los fármacos utilizados para tratar la psicosis son los conocidos como **Antipsicóticos o neurolépticos**. Los antipsicóticos pueden ser administrados de forma oral o inyectable; en ambos casos, su función es reducir síntomas y prevenir su reaparición.

Exámenes de laboratorio y gabinete:

El cuadro clínico del LES puede incluir sintomatología psiquiátrica: depresión, psicosis, demencia. Las pruebas de laboratorio para este trastorno incluyen anticuerpos antinucleares y anticuerpos anti-DNA. VSG, proteína C-reactiva, Coombs directo e indirecto.

Enfermería Básica

La enfermería básica abarca el cuidado autónomo y colaborativo por parte del equipo de salud a personas de todas las edades, grupos o comunidades, satisfaciendo las necesidades de bienestar y confort, planificando, evaluando, orientando y sirviendo, es así que, dentro de la epilepsia, la enfermería refiere un plan de cuidados a las diferentes alteraciones que esta patología presenta, evitando riesgo, deterioro, vulnerabilidad e incapacidad del paciente en su estado de conciencia y aspectos físicos, permitiendo a la persona epiléptica llevar un estilo de vida adecuado y satisfactorio que no le limite dentro de los ámbitos sociales, personales y laborales.

Vinculado a esto la epilepsia conlleva una comorbilidad significativa, que puede llegar a la muerte y por ende implicación social y psicobiológica, por lo que se hace necesario un manejo integral por el personal de salud y primordialmente por enfermería. Deben cumplirse los protocolos especializados para proporcionar un entorno seguro y así evitar lesiones en el paciente con crisis

epilépticas, mejorando la calidad en la atención a pacientes con crisis epilépticas y así evitar la aparición de posibles complicaciones. (Hernández et. al, 2020, p 13)

Farmacología

Permite comprender el mecanismo de acción de los fármacos, la preparación, propiedades, transportación, vías de administración y efectos indeseables, que los profesionales en enfermería; evalúan el mecanismo de conservación de los fármacos para garantizar los resultados terapéuticos. En la epilepsia se busca prevenir y disminuir la frecuencia de las crisis epilépticas con fármacos anti convulsionantes, el tratamiento no es curativo, pero permite controlar la enfermedad, evitando riesgos, peligros y mejorando el estilo de vida de la persona epiléptica.

El conocimiento adecuado de los fármacos depende la salud, e incluso la vida del paciente, pues a partir de este conocimiento, estos profesionales pueden ser capaces de detectar reacciones adversas, interacciones medicamentosas y errores de medicación, además, garantiza una administración eficaz y segura, y le permite orientar al paciente sobre el consumo de los mismos. (Romero, 2018, p 96)

Fundamentos teóricos y prácticos en enfermería

Imogene King – Teoría del logro de metas.

Afianzando el contenido teórico con el postulado de Imogene King en el desarrollo de acciones vinculados al paciente epiléptico; se determina la particularidad social para el logro de metas, siendo así, se ejecutan condiciones asociadas a las actividades a nivel personal, social y laboral, que limitan a la persona epiléptica a realizar actividades diarias y de superación. Es así que se considerará a la epilepsia dentro de esta teoría como una forma de vivir, informando, comunicando y guiando al paciente a mejorar sus capacidades y experiencias propias; entre ellos como; Persona con cualidades sociales, que percibe, controla una acción en el tiempo.

La teoría de metas se percibe desde los conceptos de sistemas personales e interpersonales, entre ellos interacción, percepción, comunicación, estrés, crecimiento, tiempo y espacio. Imogene King presenta a la persona como ser racional, que percibe, controla, tiene propósitos, se autorreconoce y participa en decisiones que afectan a su vida, su salud y cuidados en salud; en la enfermería considera importante el proceso interpersonal de acción, interacción; incentivando al personal a lograr el objetivo de mantener el cuidado de salud y actuar según su rol apropiado, planificando los cuidados con percepción y saberes del paciente.

La relación del paciente epiléptico y de la teoría de meta permite considerar un proceso de servicio en enfermería en el desarrollo de cuidados en salud, tener percepciones acertadas alcanzando las metas de recuperación del paciente epiléptico, disminuyendo las crisis epilépticas y permitiendo satisfacción en el entorno diario de la persona, así mismo, superación en su vida social, laboral y personal. Este enfoque se orienta al enfermero que debe aportar su conocimiento, práctica y habilidades específicas, y el paciente que aporta con su autoconocimiento, cuidados, responsabilidades y percepciones en su tratamiento y mejoría.

La teoría de enfermería de Imogene King sobre el logro de objetivos o metas proporciona un marco para guiar la futura enfermera/o graduados en la práctica, este futuro exige que los educadores de enfermería tengan la capacidad de apoyar a los estudiantes en formación y el logro de sus objetivos a través de diferentes modalidades de aprendizaje, para que tengan la voluntad de respaldar y asesorar a los estudiantes como los nuevos pioneros en la práctica de la enfermería. (McQueen et. al, 2017, p 223 – 225)

Ética y moral

Son principios que caracterizan a cada persona, exigen respeto, dignidad, calidad, eficiencia, justicia y beneficencia a todos los que nos rodean. En la enfermería se distingue el bien y el mal, la conciencia de que se tiene una vida al cuidado y que se lo debe tratar con estricto conocimiento y

disciplina. La enfermería trabaja con diversas patologías y enfermedades, así como la epilepsia; en la cual el enfermero (a) debe planificar y prestar cuidados a las personas con humanismo, amor, respeto y responsabilidad garantizando una recuperación exitosa y la estabilidad que se ha perdido en la salud.

La ética del cuidado está íntimamente relacionada con la profesión de enfermería, responsable del cuidado formal de las personas y las comunidades, como profesión históricamente conformada por mujeres, con gran sensibilidad emocional y moral natural, e injustamente cargando con los prejuicios asociados a su género, desvalorizando e invisibilizando el cuidado característico de un mundo que resalta por sobre todo la productividad. (Flores et. al, 2021, p 14)

Bibliografía

Cerdá, M. J. (1 de JULIO de 2015). *ELSIEVER*. Obtenido de ELSIEVER: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-pronostico-epilepsia-inicio-del-tratamiento-So213485314000395>

Luzán 5 Health Consulting, S. (1 de SEPTIEMBRE de 2019). *GOOGLE ACADEMICO*. Obtenido de MANUAL DE PRACTICA CLINICA EN EPILEPSIA: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://epilepsia.sen.es/wp-content/uploads/2020/06/Recomendaciones-Epilepsia-SEN-2019.pdf>

Varios AUTORES. (2007). *TRATADO DE GERIATRIA PARA RESIDENTES*. MADRID: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Obtenido de *GOOGLE ACADEMICO*.

Causas de la epilepsia y factores de riesgo. Etiología. (2021, 6 abril). Ápice, Asociación Andaluza de Epilepsia. <https://www.apiceepilepsia.org/que-es-la-epilepsia/causas-de-la-epilepsia-y-factores-de-riesgo-etilogia/>

Facorro, B. C. (2010). Guía para familias y Psicosis. *Guía para familias y Psicosis*, 10 - 32.

PROSPECTO TEGRETOL 200 mg COMPRIMIDOS. (2022, enero). Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/39955/P_39955.html#:~:text=Tegretol%20puede%20provocar%20somnolencia%2C%20mareos,disminuir%20la%20capacidad%20de%20reacci%C3%B3n.

Carbamazepina. (2007, 3 agosto). Facmed. http://www.facmed.unam.mx/bmd/gi_2k8/prods/PRODS/Carbamazepina.htm

Center for Drug Evaluation and Research. (2018, 3 mayo). *La FDA advierte sobre una reacción grave del sistema inmunitario con el medicamento para convulsiones y enfermedades psiquiátricas lamotrigina (Lamictal)*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/la-fda-advierte-sobre-una-reaccion-grave-del-sistema-inmunitario-con-el-medicamento-para>

Lamotrigina: Antiepilepticos | Vademecum Académico de Medicamentos | AccessMedicina | McGraw Hill Medical. (2022, 8 junio). Accesses Medicina. Recuperado 8 de junio de 2022, de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1552&ionid=90371936#:~:text=La%20dosis%20de%20mantenimiento%20usual,0%20como%20dosis%20divididas>.

Epilepsia - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic. (2021, 7 octubre). Mayo Clinic. Recuperado 23 de junio de 2022, de [https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/epilepsy/diagnosis-treatment/drc-20350098#:~:text=Electroencefalograma%20\(EEG\),la%20actividad%20el%C3%A9ctrica%20del%20cerebro](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/epilepsy/diagnosis-treatment/drc-20350098#:~:text=Electroencefalograma%20(EEG),la%20actividad%20el%C3%A9ctrica%20del%20cerebro).

Consalvo, D. E. (2013, 1 julio). *Actualización de las guías para el tratamiento farmacológico de la epilepsia en adultos* | *Neurología Argentina*. Elsevier. <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-actualizacion-guias-el-tratamiento-farmacologico-S1853002813000335>

Esclerosis múltiple

La esclerosis múltiple se distingue por ser una enfermedad crónica inflamatoria del sistema nervioso central (SNC), que se caracteriza por la desmielinización de la vaina de mielina.

Indica Núñez (2022) “La esclerosis múltiple es una enfermedad neurológica discapacitante de origen inflamatorio y autoinmune que se caracteriza por desmielinización y daño axonal en el SNC (cerebro y médula espinal), sobre todo a nivel de la sustancia blanca” (párr. 1).

Por lo tanto, la esclerosis múltiple ocasiona una anomalía del sistema inmunológico, debido a lo cual se desarrolla una acción autolesiva dirigida contra la sustancia blanca, que conlleva a la desmielinización evocando en un problema fisiológico en la conducción de los impulsos nerviosos.

Etiología:

Desconocida.

Signos y síntomas:

Los diferentes signos y síntomas son señales de lesión, enfermedad, o a su vez de que algo no está bien en nuestro organismo. Las distintas manifestaciones que se pueden observar en una persona que padece de esclerosis múltiple según Pericot y Montalban (2001) son:

Trastornos visuales

El hallazgo más frecuente es la neuritis óptica. La neuritis óptica, forma muy frecuente de presentación, cursa con dolor ocular, pérdida de visión con un escotoma central, defecto pupilar aferente y discromatopsia (incorrecta visión del color). Durante el episodio agudo, el fondo de ojo puede ser normal (neuritis retrobulbar) o bien, mucho más infrecuente, presentar edema de papila (papilitis). La alteración visual empeora con el ejercicio y el calor (fenómeno de Uthoff). (p. 19)

Síntomas motores

La pérdida de fuerza puede ser poco intensa manifestándose inicialmente sólo con el esfuerzo o en condiciones de aumento de temperatura ambiental. En otros pacientes, la debilidad motora puede ser intensa, impidiendo la deambulaci3n. El déficit motor es muy frecuente, y se caracteriza por pérdida de fuerza en uno o más miembros. En la exploraci3n se aprecian paresias o parálisis francas, hiperreflexia muscular profunda, ausencia de reflejos cutáneos abdominales y signo de Babinski. (p. 19)

Síntomas sensitivos

La alteraci3n de la sensibilidad es un sntoma de inicio muy frecuente, consiste en la aparici3n de sensaciones de hormigueo (parestias) o disestesias o acorchamiento de uno o más miembros o del tronco, sugestivas de afecci3n del haz espinotalámico; así como sensaci3n de banda constrictiva en el tronco o los miembros, indicando afecci3n de los cordones posteriores. En la exploraci3n se pueden apreciar hipoestesia táctil, térmica y dolorosa, o disminuci3n de la sensibilidad profunda, posicional y vibratoria, así como signo de Romberg con frecuencia positivo. (p. 19)

Disfunci3n cerebelosa

Los signos y sntomas cerebelosos no son frecuentes como forma de inicio de la EM, pero sí en la enfermedad de larga evoluci3n o bien en la EM grave. Se puede presentar en forma de disartria cerebelosa (lenguaje escándido), incoordinaci3n motora de los miembros o inestabilidad en la marcha. Es una de las alteraciones más incapacitantes de la EM. (p. 19)

Disfunci3n del tronco cerebral

Los sntomas producidos por la disfunci3n del tronco cerebral, como disartria, diplopía, disfagia o vértigo, pueden ser también la forma de inicio de la enfermedad. En la exploraci3n, son típicas de la EM la presencia de nistagmo horizontal, vertical, rotatorio o retráctil y la

oftalmoplejía Inter nuclear, característica de la EM (al mirar a un lado el ojo que aduce no pasa de la línea media y el ojo que abduce muestra sacudidas nistagmoides). Asimismo, es típico el temblor intencional, disimetría, ataxia de los miembros o del tronco, con inestabilidad en el test de Romberg y en la marcha. (p. 19)

Alteraciones vesicales, intestinales y sexuales

En el curso de la enfermedad, aproximadamente un 70% de los pacientes presentan clínica de disfunción esfinteriana. Existen diferentes alteraciones urinarias, vejiga espástica, en la que pequeños volúmenes de orina desencadenan la micción, con micciones frecuentes (urgencia, aumento de la frecuencia e incontinencia); vejiga flácida con volúmenes residuales elevados y micción por rebosamiento, y una combinación de ambos tipos de vejiga (disinergia vesical), que es la alteración más frecuente en la EM. Aproximadamente el 50% de los pacientes presenta alteraciones sexuales, impotencia y dificultades en la eyaculación en los varones y anorgasmia en las mujeres. (p. 19-20)

Afección cognitiva

“La existencia de un deterioro neuropsicológico en la EM aparece en un 40-70% de pacientes. El patrón de deterioro cognitivo no es uniforme, implicando principalmente la memoria reciente, atención mantenida, fluencia verbal, razonamiento conceptual y percepción espacial visual” (Pericot y Montalban, 2001, p. 20).

Otros síntomas comunes de la esclerosis múltiple

La fatiga:

“La existencia de una fatiga excesiva es un síntoma corriente en los pacientes con EM, muy exacerbada por el calor” (Pericot y Montalban, 2001, p. 20).

Signo de Lhermitte:

“Sensación de calambre eléctrico descendiendo por la espalda a los miembros inferiores al flexionar el cuello” (Pericot y Montalban, 2001, p. 20).

Síndromes paroxísticos:

Los síndromes paroxísticos se dan en un 1-4% de los enfermos con EM, y son muy característico de la enfermedad. Estos síntomas se caracterizan por ser intensos, de breve duración (de segundos a minutos) y estereotipados. Los más frecuentes son: neuralgia del trigémino, crisis tónicas, disartria, ataxia, parestesias, prurito y diplopía. (p. 20)

Fisiopatología:

Refiere Gonzáles (2018) sobre la fisiopatología de la esclerosis múltiple:

La fisiopatología de la EM es consecuencia del daño producido por la inflamación y el daño axonal y en definitiva por la pérdida de mielina que recubre el axón de las neuronas del SNC. Además, se lleva a cabo un proceso de gliosis, que es un proceso que consiste en la formación de cicatrices por parte de las células de la neuroglia. El resultado de estas lesiones son placas de desmielinización circunscritas, de 1mm a 4 cm de diámetro, distribuidas por toda la sustancia blanca del SNC, que tienden a unirse con otras placas y así forman zonas de lesión de un tamaño mayor. (p. 18)

Exámenes de laboratorio y gabinete

En la valoración nos encontramos con las pruebas de laboratorio y gabinete, estos tipos de exámenes tienen como objetivo diagnosticar la esclerosis múltiple.

Pruebas de laboratorio: El examen de laboratorio que se realiza para diagnosticar la esclerosis múltiple es el control del líquido cefalorraquídeo. Según Pericot y Montalban (2001):

El estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) en la EM es de aspecto macroscópico normal. El número de células es normal en la mayoría de los pacientes. Las proteínas totales son normales o están ligeramente elevadas. Un hallazgo característico es la elevación relativa de las inmunoglobulinas, especialmente la IgG, lo que implica síntesis intratecal. Asimismo, también es característica la

presencia de bandas oligoclonales (BOC) en el LCR. La técnica más sensible es el isoelectroenfoque en gel de poliacrilamida, que permite detectar BOC en el 95% de los casos. De todas formas, existen falsos positivos y pueden aparecer en algunas otras enfermedades, como panencefalitis esclerosante subaguda, infecciones virales, infecciones crónicas del SNC, síndrome de Guillain-Barré, ictus, etc.). (p. 21)

Pruebas de gabinete: La RM es la prueba más sensible y útil para confirmar el diagnóstico clínico de la esclerosis múltiple. Indica Según Pericot y Montalban (2001):

La resonancia magnética (RM) permite descartar otras enfermedades, evidenciar lesiones desmielinizantes no sospechadas clínicamente y es útil para monitorizar la actividad en los ensayos clínicos. Las placas de EM se manifiestan hiperintensas en las secuencias potenciadas en T2 y en densidad protónica. Característicamente son lesiones múltiples, de pequeño tamaño y de morfología nodular, a pesar de que la presencia de al menos una placa de morfología ovoidea con su eje mayor perpendicular al eje anteroposterior de los hemisferios cerebrales aparece en la gran mayoría de pacientes con EM clínicamente definida. (p. 20-21)

Los potenciales evocados (PE) son potenciales eléctricos generados en el SNC tras la estimulación de un órgano sensitivo/sensorial periférico. Los potenciales evocados más usados son los visuales (PEV), los auditivos de tronco cerebral (PEAT) y los somato sensitivos (PESS). (p. 21)

Tratamiento farmacológico

La alteración vesical tiene como consecuencia una disfunción esfinteriana lo que provoca una incontinencia urinaria, por lo tanto, para su tratamiento se recomiendan los medicamentos pertenecientes a los alfabloqueadores. “Los alfabloqueadores en los pacientes con incontinencia urinaria por urgencia o por rebosamiento, estos medicamentos relajan los músculos del cuello de la vejiga y las fibras musculares de la próstata, al tiempo que facilitan

el vaciamiento de la vejiga” (Mayta et al. 2022, “Medicamentos”, párrafo 3).

Tamsulosina

Según la PLM Ecuador (2022) indica:

- ***Nombre genérico:*** Tamsulosina.
- ***Nombre comercial:*** Tamsulosina Nifa 0.4 mg.
- ***Dosis:*** 0.4 Mg 1 vez al día, aproximadamente 1/2 hora antes de la misma hora de la correspondiente comida de cada día. Tomarla con un vaso (150 ml o más) de agua; se la debe tragar entera (no masticarla ni aplastarla). Si no hubiere respuesta después de 2 a 4 semanas: se puede aumentar la dosis a 0.8 mg / día. (“Dosis”, párr. 1-2).
- ***Vía de administración:*** Vía oral (“Dosis”, párr. 3).
- ***Efectos adversos:*** La incidencia más frecuente (5 a 21%): Tiene como riesgo que se pueda presentar astenia, cefalalgia, diarrea, dolor de espalda, eyaculación anormal, mareo, rinitis. Por otro lado, la incidencia menos frecuente (menos de 5%): Puede provocar una disminución de la libido, dolor de pecho, palpitaciones, hipotensión ortostática, insomnio, náusea, somnolencia (“Efectos adversos”, párr. 1-2).

El fingolimod es el primer fármaco aprobado para tratar por vía oral la esclerosis múltiple, y se administra una vez al día. “El fingolimod es un modulador de los receptores de la esfingosina- 1 – fosfato (S1P)” (La Torre, 2018, “Descripción de la tecnología”, párrafo 1).

Indica La PLM (2022), sobre el fingolimod:

Fingolimod

- ***Nombre genérico:*** Fingolimod
- ***Nombre comercial:*** Gilenya
- ***Dosis:*** En adultos: Una cápsula de 0,5 mg administrada por vía oral una vez al día. Niños y adolescentes: Niños y adolescentes con peso corporal ≤ 40 kg: Una cápsula de 0,25 mg por día;

con peso corporal >40 kg: Una cápsula de 0,5 mg por día. No se ha estudiado en pacientes pediátricos menores de 10 años (“Dosis”, párr. 1-2).

- **Vía de administración:** Vía oral (“Efectos adversos”, párr. 1).
- **Efectos adversos:** Indica la PLM (2022), que los efectos adversos del fingolimod se pueden dividir en:

Muy frecuentes (≥10%): Gripe, sinusitis, cefalea, diarrea, dorsalgia, elevación de enzimas hepáticas, tos. (“Efectos adversos”, párr. 1).

Frecuentes (de ≥1 a <10%): Bronquitis, herpes zóster, pitiriasis versicolor, carcinoma basocelular, bradicardia, mareos, migraña, astenia, eccema, prurito, aumento de triglicéridos en sangre, disnea, visión borrosa, hipertensión, leucopenia, linfocitopenia (“Efectos adversos”, párr. 2).

Infrecuentes (de ≥0,1 a <1%): Neumonía, edema macular, melanoma, convulsiones, incluido estado epiléptico (en el estudio pediátrico, se notificaron casos de convulsiones en el 5,6% de los pacientes tratados con fingolimod y en el 0,9% de los tratados con interferón β-1a) (“Efectos adversos”, párr. 3).

Raras (de ≥0,01 a <0,1%): Síndrome de encefalopatía posterior reversible (“Efectos adversos”, párr. 4).

Muy raras (<0,01%): Sarcoma de Kaposi (“Efectos adversos”, párr. 5).

Cuidados de enfermería

Rigidez muscular en extremidades superiores e inferiores: La espasticidad o rigidez muscular en personas con esclerosis múltiple. Por lo regular, se genera por la mala conexión que existe entre el cerebro y los músculos debido a la desmielinización de las neuronas, lo que secuela en la presencia de un mayor tono muscular, espasmos musculares y consecuentemente se presenta dolor porque las señales neuronales no se transmiten adecuadamente.

Cuidados de enfermería para la rigidez muscular:

- Colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.
- Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.
- Ayudar a determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.
- Poner en marcha las medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.
- Fomentaremos en el paciente el ejercicio diario, con ayuda, si lo necesita.
- Marcaremos una terapia de ejercicios para el equilibrio, la movilidad articular y el control muscular. Para ello, le remitimos al fisioterapeuta.
- Se debe educar al paciente recomendándole que tenga cuidado con el desarrollo de úlceras de decúbito por el ejercicio o por estar en la misma posición en la cama o en una silla de ruedas, demasiado tiempo.
- Cuidar y lavar la piel del paciente.
- Realizar la medicación prescrita a la hora correcta para mejorar la condición del paciente.
- Cuidado del empleo de los contrastes de frío y calor o los ejercicios con peso, pues son beneficiosos tanto para la flexibilidad como para el tono muscular.

Problemas de la vejiga e intestino: La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria del control de la micción. En los pacientes con esclerosis múltiple, la correcta continencia de la orina es alterada debido al daño que se produce en el sistema nervioso central. Cuando decidimos orinar, el sistema nervioso central permite que la vejiga se contraiga de forma refleja. Esto es así ya que la micción es un acto de reflejo. Las personas afectadas de EM no pueden impedir que su vejiga se contraiga de forma involuntaria, por lo cual no son capaces de inhibir este reflejo. Estas contracciones suelen asociarse a un deseo súbito para orinar, lo que en muchas ocasiones termina en un escape urinario. Por otro lado, en la incontinencia intestinal los mecanismos de control y evacuación de heces se ven alterados debido a la patología, consecuentemente los

músculos del suelo pélvico no regulan el proceso de defecación y como consecuencia no mantienen la continencia fecal normal.

Cuidados de enfermería para los problemas de vejiga e intestino:

- Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación, función cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, residuo después de la eliminación y medicamentos).
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia a través de ejercicios vesicales.
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Llevar al paciente al baño o recordarle que orine en los intervalos prescritos.
- Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.
- Ayudar a seleccionar la prenda y compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo, mientras se determina un tratamiento definitivo.
- Proporcionar prendas protectoras, si es necesario.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.

Valoración de los patrones funcionales

Patrón percepción- manejo de salud

La percepción del afectado comprende los factores físicos, psíquicos y sociales, se ven afectados a consecuencia de la esclerosis múltiple. Sin embargo, la conciencia le permite tener en cuenta la erudición de su enfermedad, por eso trata de ver la manera positiva de su condición, pero la ausencia de un tratamiento curativo y de carácter progresivo que se

presenta en la enfermedad, provoca que nuestro paciente, como su cónyuge tengan que adaptarse a los múltiples retos y variaciones de los síntomas invisibles que se presentan en la EM. Para el manejo de la sensación disneica la cónyuge afirma que, para mejorar la disnea, ayuda a su esposo a realizar ejercicios caseros, aportando un beneficio positivo a la falta de aire, ejecutan ejercicios de respiración profunda y respiración con los labios fruncidos.

Patrón nutricional y metabólico

Realiza ingesta alimenticia teniendo en cuenta su condición, consume dieta baja en grasa y rica en fibra, los alimentos: frutas, verduras, nueces y semillas le proporcionan energía necesaria. En cambio, evita el consumo de grasas saturadas debido al gran número de efectos negativos que presentan. Esta dieta permite mantener un peso saludable y ayuda a evitar el sobrepeso, lo cual puede agravar los síntomas de la enfermedad como por ejemplo la fatiga. También, consume una ración de frutas y verduras al día, debido a su importante fuente de fibra, que proporciona vitaminas, minerales y tienen propiedades antiinflamatorias. Se conoce que los antioxidantes que están presentes en las frutas y verduras desempeñan un rol importante en la ralentización de la progresión de la enfermedad.

El consumo de pescados ricos en omega 3, proporciona a los ácidos grasos omega 3, el cual es beneficioso para la EM, ayudando la reducción de la duración y severidad de los brotes. Elude la sal, pues el consumo elevado de sodio aumenta la actividad de la EM, provocando más exacerbaciones aumentando el desarrollo de nuevas lesiones. Finalmente, realiza la ingesta líquida de 2 litro diarios, con el fin de evitar la deshidratación porque esta contribuye a la fatiga y estreñimiento.

Patrón actividad- ejercicio

Presenta marcha tambaleante, que impide realizar las actividades para la movilidad autónoma y de la misma manera las actividades de la vida diaria que requieren del gasto de energía. A pesar de esto, evita el sedentarismo,

realizando caminatas cortas con ayuda dependiente. También, realiza ejercicios posturales como por ejemplo: Hacer el puente, es un ejercicio que ayuda a la estabilidad del tronco y fuerza; estiramiento de piernas; sentarse y levantarse; flexión de rodillas.

Patrón sueño- descanso

No descansa bien por la noche, duerme 5 horas y se despierta en mitad de la noche. Por la mañana se encuentra cansado y dice que le cuesta afrontar el día con energía. Se encuentra en tratamiento farmacológico para mejorar su descanso.

Patrón cognitivo- perceptivo

Presenta un estado de deterioro cognitivo en el lenguaje, provoca que realice un lenguaje escandido, el habla es explosivo y separa anormalmente las sílabas y palabras, esto es normal debido a la afección cerebelosa que presenta. Sin embargo, en los aspectos básicos como la sensación, percepción, atención y memoria no presenta alteraciones cognitivas.

Patrón autopercepción- autoconcepto

Tiene miedo a la forma en la que evolucione la enfermedad, le cuesta tener voluntad para creer en que se podrá recuperar. Pero, la familia es muy importante en el concepto de autopercepción debido a que siente el apoyo emocional de su esposa e hijos, lo que genera una mejora en el patrón emocional, dejando de lado la falta de desesperanza e ideación suicida.

Patrón rol- relaciones

El rol de interacción y logros se han visto afectados tanto en los roles individuales, como familiares. Ha pasado a ocupar el rol de enfermo, dejando las actividades que anteriormente desempeñaba, a otros miembros de la familia. Las relaciones sociales se dan exclusivamente en el ámbito familiar, debido a que manifiesta, que su condición limita que se produzca otro tipo de interacción.

Patrón sexualidad- reproducción

Tiene 3 hijos, se realizó la vasectomía hace 1 año tras el nacimiento de su último hijo. Refiere que en lo que lleva de la enfermedad no tiene impotencia sexual, pues siente que le falta energía.

Patrón afrontamiento tolerancia del estrés

Es una persona tranquila, trata de tomarse la enfermedad de la mejor manera posible, trata de evitar el estrés a pesar de su enfermedad. Cuenta con el apoyo familiar, especialmente con su cónyuge. Una causa de estrés es el temor de ser una carga para su entorno familiar en el futuro.

Patrón de valores y creencias

Es creyente de la fe católica y del amor, que Dios le tiene, a pesar de la dificultad por la que está cursando, manifiesta que vive de acuerdo a los valores cristianos, y es su ética de vida, la cual nunca perderá.

Enfermería básica

La enfermería básica es el conocimiento científico y práctico, que tiene como fin mayor que el profesional de enfermería se desenvuelva en el cuidado a toda la atención que pueda brindar a una persona, es decir, de manera preventiva o cuando se encuentre enferma. La profesión está focalizada en el cuidado de individuos, familia y grupos sociales de bajo, mediano y alto riesgo, con base en sus necesidades, y se da en los ámbitos donde la persona vive o acude a atender su estado de salud. Por otro lado, se busca una relación enfermero- paciente, por tal razón el personal de enfermería está capacitado para aplicar una serie de procedimientos y protocolos que van en beneficio de la estabilidad y seguridad del paciente. Los cuidados básicos de la enfermería naturalmente se aplican en busca de la fortaleza física, psíquica y emocional del paciente, mediante estudio de las diferentes técnicas que son adquiridas a lo largo de la cátedra.

Refiere Castro y Simian (2018):

La enfermería es una profesión y como tal, profesa una vocación con una misión. Esta es, proveer el cuidado del

paciente, cumpliendo los mejores estándares de calidad y seguridad en salud disponibles. La gestión y ejecución de los cuidados de enfermería deben estar sustentadas y justificadas en evidencia científica y, por lo tanto, se hace necesario que las enfermeras(os) desarrollen investigación, para contribuir en los fundamentos de su quehacer. Los profesionales de enfermería entregan gran parte de su tiempo de trabajo a la labor asistencial y de gestión del cuidado, lo que dificulta detenerse a reflexionar algunos conceptos en los cuales está basada su profesión. Se hace necesario meditar sobre las bases y cimientos deontológicos de la profesión de enfermería, y considerar las responsabilidades éticas y jurídicas, todo lo cual obliga a ejercer una labor profesional consecuente a éstas. Esto implica un permanente autoevaluación y mejoramiento de su labor asistencial y a la vez, fundamentar los procedimientos en la evidencia científica. Por consiguiente, en este artículo, se describirán cómo la investigación es parte estructural y básica para la excelencia del cuidado, los campos de desarrollo de la enfermería en la investigación, las competencias del profesional de enfermería que le permiten desarrollar estudios de investigación y la relevancia del equipo para la creación, desarrollo y ejecución de la investigación. (p. 301)

Farmacología

En enfermería, la farmacología se relaciona con el conocimiento científico, en base a los mecanismos de acción de los fármacos. Pues los profesionales de enfermería conocen el proceso correcto de preparar, administrar y detectar efectos secundarios de los fármacos. De igual manera, se responsabilizan de la educación del paciente y sobre el consumo racional de los medicamentos e informando sobre los principales riesgos del medicamento, que se tienen que conocer, con el fin de evitar los efectos adversos de la metabolización del fármaco. La regla del yo (Yo preparo, yo administro, yo registro y yo monitoreo) y los 5 momentos (Paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y horario correcto), se los utiliza dentro de la farmacología con el objetivo de evitar errores en el ámbito laboral, en

donde es fundamental determinar la seguridad y la efectividad de los medicamentos.

Según Herrero (2018):

La farmacología es una de las disciplinas más ligadas a la Enfermería. Un fármaco es considerado como toda sustancia química capaz de inducir una reacción o cambio en el funcionamiento celular y los tejidos vivos. La farmacología médica, puede entonces definirse como la rama de las ciencias médicas que se ocupa del estudio de los fármacos que se utilizan para el diagnóstico, la prevención o el tratamiento de las enfermedades del ser humano. Más específico, puede definirse también, como la rama de las ciencias biomédicas que estudia; el origen y química de las drogas de utilidad en medicina, sus acciones farmacológicas, sus mecanismos de acción a nivel molecular o celular, la forma como las mismas pasan a través del organismo, sus efectos adversos y sus aplicaciones terapéuticas.

Los enfermeros tienen a su cargo una gran diversidad de funciones y tareas, sin embargo, la administración de fármacos forma parte de su haber día tras día por lo que el conocimiento de esta rama es fundamental, además de que, en dicha labor, enfrenta un riesgo legal permanente, relacionado con errores en la práctica, dada la responsabilidad y frecuencia con que se realiza.

Del conocimiento adecuado de los fármacos depende la salud, e incluso la vida del paciente, pues a partir de este conocimiento, estos profesionales pueden ser capaces de detectar reacciones adversas, interacciones medicamentosas y errores de medicación, además, garantiza una administración eficaz y segura, y le permite orientar al paciente sobre el consumo de los mismos. (p. 96)

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado

Los fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado, se relaciona con las distintas teorías y filosofías de enfermería que han surgido a lo largo de la historia, las mismas que han contribuido con modelos teóricos, para

que la profesión sea reconocida por el conocimiento científico que tiene el personal de enfermería en los distintos ámbitos, la primera teorista que inicio con un cambio generacional en la historia de la profesión fue “Florence Nightingale”, con su teoría del entorno. La epistemología del cuidado de enfermería incorpora sin rebozo dos conceptos esenciales para aplicar la acción del cuidado en relación a la teoría crítica. Refiriéndose a la: autonomía y responsabilidad, los cuales funcionan de forma interdependiente. El concepto de autonomía hace referencia al principio que guía a una persona cuando habla y actúa en su rol; sin coerciones o barreras externas o internas.

En su modelo, Benner, adaptó el de Dreyfus, en donde existen 5 niveles de competencia, estos son: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. El cuidado se da a partir de la práctica y se requiere del apoyo mutuo paciente-enfermera. Según Carrillo (2018):

Patricia Benner plantea que la enfermería abarca el cuidado, el estudio de las experiencias vividas con relación a la salud, la enfermedad y las relaciones con el entorno, y describe la práctica desde un planteamiento fenomenológico interpretativo. Por tanto, la formación requiere integrar los conocimientos y la práctica a través de experiencias de aprendizaje que propicien la adquisición de habilidades, saberes y actitudes que desarrollen las competencias necesarias para cuidar con mayor calidad, las cuales, debido a los avances científicos y técnicos es necesario actualizar. (p. 2)

Finalmente, Benner y Wrubel (1989), consideran que la práctica enfermera abarca el cuidado y el estudio de las experiencias vividas con respecto a la salud, la enfermedad, el malestar y las relaciones existentes entre estos elementos.

La teoría planteada por Benner, es beneficiosa y acorde con nuestro paciente que presenta Esclerosis Múltiple, pues al personal de enfermería se le atribuye la práctica del cuidado, cuya ciencia sigue una moral y una ética, basándose en la responsabilidad. La propuesta de la autora señala que a medida que el profesional adquiere

experiencia en cualquier ámbito, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla entre en conocimiento práctico y teórico. La clasificación que se realiza, fortalece la idea de que la experiencia enriquece la formación del profesional. De esta forma, se señala que los niveles muestran las situaciones por las que un estudiante de enfermería puede pasar. Según Escobar y Jara (2019):

En el nivel I principiantes: Abarca los inicios del estudiante de enfermería, en donde deben enfrentar situaciones y desempeñar tareas, aunque no estén familiarizados. En el nivel II principiante avanzado: El estudiante es guiado por alguien y ha enfrentado las suficientes situaciones como para poder desenvolverse en las situaciones clínicas. Ha desarrollado habilidades, el nivel III competente: Se trata con egresados de enfermería con 2/3 años de experiencia; comienzan a sentir dominio, capacidades justas para enfrentar situaciones difíciles, presenta coherencia, planeación, previsión y organización. Además, son capaces de distinguir clínicamente las situaciones más relevantes, Nivel IV eficiente: El egresado toma decisiones más eficientes, mejorando la interacción con el paciente y su familia. Logra percibir situaciones en su totalidad, reconociendo los aspectos más importantes, relacionando todo con información previa y finalmente, en el nivel V experto: En este punto, el egresado logra desarrollar un nivel intuitivo totalmente completo, identificando el problema desde su raíz sin perder tiempo buscando soluciones alternativas. Posee dominio clínico y capacidad de reconocer patrones debido a su experiencia. (p. 187-189)

Ética y moral

La ética se basa en el estudio antropológico de la moral, mientras que está, es el comportamiento que presentan las personas al identificar entre el bien y el mal. Un punto importante en enfermería es el respeto a las personas y el no hacer daño, las relacionamos con la ética y moral, debido a que se expone un comportamiento moral por parte del personal de enfermería. La beneficencia o también conocida como benevolencia o no-maleficencia, es el principio ético que se basa en hacer el bien, evitando hacerle

daño al paciente y a la sociedad. Por otro lado, la justicia biótica refiere en dos hechos importantes que se debe conocer en el ámbito profesional: Pues todas las personas, por el mero hecho de serlo, tienen la misma dignidad, independientemente de cualquier circunstancia, y por tanto, son merecedoras de igual consideración y respeto.

Según Rodríguez y Rodríguez (2018):

Principios éticos como beneficencia, autonomía, justicia y responsabilidad deben apoyar y sustentar a los cuidados de enfermería que le son brindados a pacientes hemodializados, tratamiento este con serias complicaciones para la vida por su invasividad y durabilidad, los cambios en el estilo y modo de vida son muchos y acarrear para el paciente situaciones estresantes y comprometedoras, donde los cuidados éticos se enaltecen con alto grado de humanismo. (párr. 38)

El profesional de la salud debe, atento siempre de su actitud frente al paciente, de su comportamiento al actuar, seguro de sí mismo, tener principios claros, puntos de vista, las decisiones y las consecuencias que estas pueden traer consigo. Principios como la beneficencia y la justicia, reclaman, el primero, de la obligación de prevenir o aliviar el daño, hacer el bien, ayudar al prójimo por encima de los intereses personales no solo a curar o restaurar la salud sino además de prevenir educar, el segundo de tratar por igual a los distintos pacientes, pues se vuelve más sensible aquel con el que se establece la diferencia al no tratarse adecuadamente. (párr. 39)

Enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn es una enfermedad intestinal inflamatoria crónica que afecta la costra del tracto digestivo. La definición según Ballester et al. (2018):

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica de asociada a una respuesta inmunológica alterada que cursa con períodos de actividad y remisión. Puede afectar a cualquier tramo del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el ano, principalmente de forma transmural y parcheada. (p. 26)

Por lo tanto, la enfermedad de Crohn es una alteración fisiológica inflamatoria que provoca el daño crónico en las paredes del tubo digestivo.

Etiología

Desconocida.

Signos y síntomas

Diarrea: El síntoma más frecuente es la diarrea, es una alteración de heces debido al incremento de volumen (>200 gr/día), frecuencia (>3 deposiciones/día) y fluidez, lo que causa unas deposiciones más acuosas (García y Iglesias, 2020).

Dolor abdominal: El dolor abdominal depende de su intensidad y localización, este varía en función a la zona que se encuentra alterada por la patología (García y Iglesias, 2020).

Hemorragia rectal o rectorragia: A pesar de no ser un síntoma muy común, se puede encontrar la presencia de sangre en las heces, pudiendo originarse como consecuencia de la presencia de úlceras sangrantes en las paredes del intestino (García y Iglesias, 2020).

Signo de fiebre: Durante los brotes graves producidos durante la actividad de la enfermedad, los pacientes pueden presentar fiebre como consecuencia de la presencia de la inflamación intestinal (García y Iglesias, 2020).

Anemia: La anemia por lo general se puede manifestar en forma de malestar general, cansancio, fatiga, irritabilidad y palidez en la piel (García y Iglesias, 2020).

Presencia de fatiga: Algunos pacientes con enfermedad de Crohn pueden presentar sensación de excesivo cansancio o fatiga (García y Iglesias, 2020).

Pérdida de peso: Las alteraciones en la pared intestinal, pueden producir un fallo en la capacidad de absorción de nutrientes a nivel del intestino, lo que produce pérdida de peso (García y Iglesias, 2020).

Alteraciones psicológicas: La enfermedad de Crohn no se relaciona a ninguna enfermedad mental conocida; pero

debido a su índole crónico, tratamiento y sus secuelas, en algunos casos, puede afectar de manera directa a la autoestima y calidad de vida de los pacientes, causándoles un malestar psicológico general (García y Iglesias, 2020).

Síntomas perianales: La enfermedad perianal consiste en la aparición de una serie de lesiones (erosiones superficiales, pliegues cutáneos, fisuras, fístulas, abscesos o estenosis anal), en la zona del ano y/o del recto, que en ocasiones pueden estar relacionadas con la presencia de EC (García y Iglesias, 2020).

Otras manifestaciones extraintestinales: Pueden observarse síntomas o complicaciones en otros órganos del cuerpo. Entre las más comunes, están la presencia de lesiones dermatológicas, oculares, articulares y hepáticas (García y Iglesias, 2020).

Fisiopatología

Indica Díaz et al. (2015):

La enfermedad de Crohn, es un tipo de enfermedad inflamatoria intestinal, afecta la integridad estructural y funcional de la barrera intestinal. Esta barrera está constituida por una capa de células epiteliales que forman una monocapa continua y polarizada, estrechamente conectada por varios tipos de uniones celulares, entre las que se destacan las uniones estrechas. Las uniones estrechas forman una estructura continua entre los dominios apical y basolateral en las células epiteliales y endoteliales, creando una barrera para celular selectiva fundamental para la homeostasis del organismo. Los pacientes con enfermedad de Crohn presentan una pérdida de la función de barrera de las uniones estrechas y un aumento de la producción de citoquinas pro-inflamatorias, así como una desregulación del sistema inmune. (p. 48)

Exámenes de laboratorio y gabinete

Pruebas de laboratorio: Las pruebas de laboratorio existentes para identificar la enfermedad de Crohn según Yamamoto et al (2017) “biometría hemática, velocidad de

sedimentación globular (VSG), PCR, albúmina, hierro, ferritina, examen coprológico (calprotectina fecal). (p. 50)

Pruebas de gabinete: Las pruebas de medicina nuclear que se pueden utilizar para la identificación de la enfermedad de Crohn según Yamamoto (2017) “ultrasonido (US) abdominal, La imagen por RM (IRM) es preferida sobre la TC debido a la exposición a radiación, y se realiza con un protocolo entero gráfico, Exámenes radiológicos con contraste de bario (tránsito intestinal y colon por enema)”. (p. 50)

Bibliografía

- Nuñez Arias, M. (2022). Esclerosis múltiple: importancia de conocer la enfermedad. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica*. Obtenido de <https://revistamedica.com/esclerosis-multiple-sintomas-signos/#:~:text=La%2oesclerosis%2om%C3%BAltiple%2oes%2ouna,nivel%2ode%2ola%2osustancia%2oblanca>.
- Pericot, I., & Montalban, X. (2001). Esclerosis múltiple. *Elsevier*, 18-24. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-esclerosis-multiple-13015299>
- González Rodríguez, M. (2018). Esclerosis múltiple: últimos avances. (Trabajo Fin de Grado Inédito). Universidad de Sevilla, Sevilla. Obtenido de <https://idus.us.es/handle/11441/82694>
- Mayta Huaraca, N. R., García, L., Pozo, M., Gea, B., Ortego, C., & Herranz, D. R. (2022). Plan de Cuidados de Enfermería a paciente con incontinencia urinaria. Caso clínico. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica*. Obtenido de <https://revistamedica.com/plan-cuidados-enfermeria-incontinencia-urinaria/>
- PLM. (2022). <https://www.medicamentosplm.com>. Obtenido de <https://www.medicamentosplm.com>: <https://www.medicamentosplm.com/ecuador/Home>

/productos/tamsulosina_tabletas_recubiertas_de_liberacion_prolongada/1168/101/67655/223

- Aramburo La Torre, A. (2018). Fingolimod para el tratamiento de la esclerosis múltiple remitente-recurrente [Tesis de maestría no publicada]. Instituto Nacional de Salud
- PLM. (2022). <https://www.medicamentosplm.com>. Obtenido de <https://www.medicamentosplm.com>: https://www.medicamentosplm.com/ecuador/Home/productos/gilenya_c%C3%A1psulas_duras/1130/101/51856/302
- Castro, M., & Simian, D. (2018). LA ENFERMERÍA Y LA INVESTIGACIÓN. *Elsevier*, 301-310. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-la-enfermeria-y-la-investigacion-S0716864018300531>
- Romero Viamonte, K. (2018). El conocimiento de la Farmacología en el profesional de enfermería. *Enfermería Investiga*, 3(2), 95-104. Obtenido de <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/406>
- Carrillo Algarra, A. (2018). Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2). Recuperado de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522>
- Escobar - Castellanos, Blanca, & Jara - Concha, Patricia. (2019). Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. *Educación*, 28(54), 182-202. <https://dx.doi.org/10.18800/educacion.201901.009>
- Rodríguez Abrahantes, T., & Rodríguez Abrahantes, A. (2018). Dimensión ética del cuidado de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(3).

Recuperado

de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2430/383>

Ballester Ferré, M. P., Boscá-Watts, M. M., & Mínguez Pérez, M. (2018). Enfermedad de Crohn. *Elsevier*, 26-33. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775317308448>

García Sánchez, V., & Iglesias Flores, E. (2022). *educainflamatoria.com*. Obtenido de [educainflamatoria.com: https://educainflamatoria.com/enfermedad-crohn/brotos-signos-y-sintomas/](https://educainflamatoria.com/enfermedad-crohn/brotos-signos-y-sintomas/)

Díaz, D., Dorelo, R., Fleitas, D., & Chifflet, S. (2015). Rol de las uniones estrechas del epitelio intestinal en la patogenia de la enfermedad de Crohn. *Anales De La Facultad De Medicina*, 2, 48-58. Recuperado a partir de <https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/anfa-med/article/view/139>

Yamamoto Furusho, J., Bosques Padilla, F., de Paula, J., Galiano, M., Ibañez, P., Juliao, F., Zaltman, C. (2017). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso Latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation. *revistagastroenterologiamexico*, 46-84. Obtenido de <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-diagnostico-tratamiento-enfermedad-inflamatoria-intestinal-articulo-S0375090616300829>

Escoliosis

Desviación lateral de la columna vertebral, el eje longitudinal del raquis en el plano frontal, determina deformidad en tres dimensiones, caracterizada por una curvatura anómala en donde el movimiento lateral corporal cruza la línea media (García et al., 2015).

Etiología

Esta desviación puede ser originada por malformaciones vertebrales congénitas, posturas incorrectas o parálisis muscular

Suele originarse principalmente por tres categorías. Expresa Barreras (2011):

- Neuromuscular: Ocurre en pacientes con patologías de origen neurológico o musculo esquelético. Aunque la mayoría de las personas presenta asimetría en la longitud de las extremidades pélvicas de menos de 1cm, si esta es mayor de 2cm genera escoliosis neuromuscular. Es el resultado de un desbalance muscular, causando la pérdida del control del tronco.
- Congénita: Es el resultado de la asimetría en el desarrollo de las vértebras y anomalías congénitas como fallas de segmentación. Principalmente se manifiesta en niños o antes de la adolescencia.
- Idiopática: No se encuentra causa específica, generalmente un diagnóstico de exclusión, se subdivide en 3 categorías dependiendo de la edad.

Infantil: 0 a 3 años

Juvenil: 4 a 9 años

Adolescencia: 10 años en adelante

Las formas infantil y juvenil se denomina escoliosis idiopática de presentación temprana, la escoliosis adolescente se llama escoliosis idiopática de la presentación tardía. (pp. 77-78)

Signos y síntomas

- Hombros desparejos, producto del patrón de rotación vertebral que ocurre en la columna.
- Un omoplato más prominente que otro, siendo posible que al agacharse un lado de la caja torácica sobresalga más cuando la persona se agacha.
- Cintura despareja, un lado más alto que otro.
- “Una parte de la caja torácica hacia fuera, se sobresale más en un lado de la espalda al inclinarse hacia adelante” (Mayoclinic, 2022)
- Dolor axial, radicular y déficit neurológico.
- La cabeza no parece centrada con el resto del cuerpo.

Fisiopatología

Destaca Garcia et. al (2015):

Originada de una enfermedad degenerativa asimétrica del disco y las facetas articulares a diferentes niveles generando cargas asimétricas en un segmento espinal, provocando en la columna lumbar una deformidad tridimensional.

Se produce la formación de osteofitos en las facetas auriculares y en las plataformas, contribuyendo a la estrechez del canal espinal con calcificación del ligamento amarillo y las facetas auriculares. La disminución de calibre del canal espinal causa estenosis de los recesos laterales y centrales con la presencia de radiculopatía y claudicación neurogénico. (p. 130)

Examen de laboratorio o gabinete

El diagnóstico de escoliosis parte por una evaluación radiológica que posibilita observar asimetría paravertebral, confirmar y cuantificar la magnitud de la escoliosis, del mismo modo funciona como una herramienta para el control de evolución. Recomienda Díaz et. al (2009):

Para la proyección frontal, la persona debe ubicar las rodillas extendidas y pies separadas nivel de los hombros, mirando al frente, esencial que se observen las crestas iliacas especialmente en menores de edad para indicar el índice de *Risser*

En proyección lateral, los codos deben permanecer flectados y dedos encajados a las fosas supraclaviculares. Otra proyección es *side-bending*; evalúa la flexibilidad de las curvas y grado de corrección, cuantifica el grado de reducción de las escoliosis cuando se encuentra inclinado el paciente hacia lado convexo de las curvas. Se adquieren en posición supina, inclinado hacia uno y otro lado. (p.2)

Paraplejia de los miembros inferiores

Refiere Strassburguer (s. f), “Proceso patológico que resulta de la alteración temporal o permanente de la función motora, sensitiva o automática” (p.17). La mayoría de veces se ve ocasionada por alguna lesión involucrada la medula espinal en los niveles dorsal o lumbar que interrumpe la vía descendente corticoespinal, causado por trastornos congénitos, enfermedades degenerativas y problemas de infecciosos e inmunológicos.

Etiología

Se produce como consecuencia de una enfermedad congénita, la cual está presente en el instante del nacimiento, o bien una lesión medular que se refiere a una interrupción de la conexión nerviosa entre el canal medular y cerebro, “debido a causas de ser población de riesgo, por el uso de un transporte, determinadas actividades laborales o deportes, lo cual provoca pérdida de movimiento o sensibilidad” (Torres, 2018).

A su vez también puede ser causada por un tumor, lo cual es un “conjunto de manifestaciones de tipo neurológico ocasionados por metástasis del tumor a la medula espinal” (Bautista y Medina, 2011) y la polineuropatía, específicamente de los nervios periféricos por una difusión simultánea. Siendo así una enfermedad permanente y no progresiva.

Signos y síntomas

- Debilidad de las extremidades inferiores.
- Pérdida del músculo.
- Abdomen Agudo.
- Espasmos del músculo.

- Sensación reducida del tacto, hormigueo.
- Ardores molestos.
- Retención urinaria.
- Infección de las Vías Urinarias.
- Litiasis.

Fisiopatología

La lesión medular perjudica a todos los órganos situados debajo de el mismo nivel, de acuerdo con el nivel, puede variar las manifestaciones clínicas y las complicaciones dependiendo de su origen de manera traumática, por ello poseen distintas fisiopatologías.

Lesión primaria

Es el daño inicial, indica Strassburguer et. al (s.f.):

Puede incluir fuerzas de tracción y compresión. Afecta al sistema nervioso central y periférico. Siguiendo la disrupción de los anexos y la lesión de neuronas, presenta una información, ocupando todo el canal medular. Al momento de que el edema medular sobrepasa la presión capilar venosa aparece un esquema secundario. El flujo sanguíneo cuando se detiene lleva a una hipotensión sistemática que incrementa que incrementa la isquemia, la cual favorece la liberación de sustancias toxinas de las membranas neuronales dañadas y el cambio del equilibrio hidroeléctrico. (pp.37-38)

Lesión secundaria

De acuerdo con Strassburguer et. al (s.f.):

Tras la hipoperfusión, se extiende la sustancia blanca, disminuyendo o bloqueando la propagación de los potenciales de axón. La liberación de sustancias tóxicas, incrementa sobrecitando las células neutrales que permiten la entrada de iones de calcio, desencadenando liberación de radicales libres y provoca la muerte de células sanas. También afecta a los oligodendrocitos, por lo tanto, es incapaz de transmitir impulsos. (pp.38)

Exámenes de laboratorio o gabinete

La escala de *Americanada Spinal Injury Association* (ASIA) facilita determinar de forma precisa y unificada el deterioro neurológico y estimar el pronóstico de la rehabilitación. Analiza Álvarez (s.f.):

Se valora la función motora en cinco grupos musculares en cada extremidad con un valor de cero a cinco según su fuerza, y la función sensitiva mediante la sensibilidad al pinchazo y al tacto en 28 dermatomas dando un valor de 0 a 2; si la sensibilidad está ausente (0), está disminuida (1), o es normal (2). Globalmente agrupa en cinco categorías funcionales a los pacientes con lesión medular de la A a la E; la definición de lesión completa depende exclusivamente de la ausencia de preservación sacra en los segmentos S4-S5: ASIA B, sin función motora, pero con preservación sensitiva; ASIA C, función motora preservada pero no funcional; ASIA D, función motora preservada funcionalmente útil; ASIA E, función normal o con déficit neurológico mínimo. (p.2)

Tratamiento farmacológico en paraplejías de los miembros inferiores

Tizanidina

Nombre genérico: Tizanidina

Nombre comercial: Sirdalud

Efectos Adversos

Personas con trastornos del sistema inmunológico experimentan reacciones de hipersensibilidad; anafilaxis, angioedema y urticaria, en personas con trastornos psiquiátricos; insomnio y ocasionalmente muestran alucinaciones y delirio, así como además acostumbran a padecer de visión borrosa.

Con manejo de bajas dosis, para las contracciones musculares dolorosos, acostumbran ocurrir reacciones adversas leves y transitorias; fatiga, somnolencia, mareos, hipotensión, xerostomía, náuseas, trastornos gastrointestinales, aumentos de las transaminasas.

Con altas dosis para el tratamiento de la espasticidad, los efectos adversos son más comunes y pronunciados que en dosis bajas, aunque no resultan demasiado graves como para ocasionar la suspensión del tratamiento.

Dosis

La dosis regular es 2 a 4 mg asistida 3 veces al día preferiblemente en la noche por sus efectos sedantes. Se puede tomar cantidad adicional de 2 o 4 mg en casos de gravedad

En espasticidad debido a trastornos neurológicos la dosis diaria inicial no debe sobrepasar 6 mg administrados en 3 tomas, sin embargo, se puede aumentar cada 3 o 4 días en 2 o 4 mg. (CIMA, 2020)

Baclofeno

Nombre genérico: *Baclofeno*

Nombre comercial: *Lioresal, Lioresal intratecal*

Efectos adversos

Suelen ocurrir reacciones adversas al principio del tratamiento, incrementar la dosis de manera brusca o emplear dosis elevadas son causantes de sedación y somnolencia de manera transitoria, aunque pueden ser atenuadas o eliminadas reduciendo la dosis.

En pacientes con antecedentes de enfermedades psiquiátricas o con trastornos cerebrovasculares como apoplejía y en pacientes de avanzada edad, las reacciones desfavorables pueden tornarse de mayor gravedad, puesto que consigue producir descenso del umbral convulsivo y convulsiones, especialmente en pacientes epilépticos. Pocos individuos aumentan de la espasticidad muscular, además padecen de depresión respiratoria, delirio, pesadillas, alucinaciones, depresión, fatiga, insomnio, estado de euforia, descenso del gasto cardiaco, cefalea, hipotensión, xerostomía y nistagmo.

Dosis

En adultos, el tratamiento se inicia con 15 mg al día divididos entre 2 o 3 tomas, se aumenta, 15 mg/día cada tres

días, hasta llegar a la dosis diaria indicada por el médico. En individuos sensibles se comienza con una dosis de 5 o 10 mg y se incrementa lentamente.

La dosis recomendada es de 30 y 80 mg al día, divididas entre 2 a 4 tomas y en hospitalizados se puede administrar dosis diarias de 100 a 120 mg con precaución.

En niños la terapia se inicia con dosis bajas de 0,3 mg/kg al día divididas en 2 tomas. La dosis se incrementa en intervalos de 1 semana según se requiera.

La dosis diaria recomendada para la terapia de mantenimiento es de 0,75 a 2 mg/kg de peso la cual no debe sobrepasar los 40 mg/día en niños menores de 8 años. En niños mayores de 8 años, puede administrarse una dosis máxima diaria de 60 mg/día. (CIMA, 2020)

Cuidados de enfermería

Parálisis

Privación de movimiento de una parte del cuerpo por pérdida total de las capacidades de contracción en el músculo.

Acciones a ejecutar

- Realizar cambios posturales en decúbito supino y lateral cada 2 horas durante el día y cada 4 horas en la noche para inspeccionar prominencias óseas de la piel y puntos de presión con el fin de evitar úlceras por presión.
- Fomentar dieta rica en fibra; tras la pérdida parcial de actividad nerviosa aparecen problemas gastrointestinales
- Impulsar el aumento de líquido diario para prevención de infecciones en el tracto urinario.
- Impulsar el uso de bastón y silla de ruedas para su movilización e instruir su utilización.
- Mantener paciencia, determinación y actitud positiva para evitar un trastorno de depresión en la persona con paraplejia.

- Evaluar reflejos osteotendinosos que permitirá valorar conexiones sinápticas con la médula espinal.
- Asistir en la realización de ejercicios pasivos con la finalidad de mejorar la circulación y evadir atrofia muscular
- Orientar el aprendizaje de las tareas de autocuidado personal.
- Administrar medicamentos prescritos por el médico en caso que se requiera.
- Administrar laxantes intestinales puesto que el contenido intestinal no se mueve con facilidad por el colon.

Espasmos

Contracciones tónicas involuntarias bruscas temporales y persistente de un músculo esquelético.

Acciones a ejecutar

- Proporcionar tanto al paciente como a su familia educación para identificar síntomas y prevenir complicaciones.
- Apoyar a la terapia fisioterapeuta con ejercicios de estiramiento.
- Instruir el manejo del entorno físico para fomentar la seguridad y prevenir las caídas.
- Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo.
- Enseñar a modificar el entorno para una mejor comodidad física y garantizar seguridad minimizando lesiones.
- Determinar las limitaciones del movimiento articular.
- Monitorizar el estado respiratorio antes y después de la administrar de opiáceos.
- Asegurarse de brindar atención analgésica tras el dolor antes que se agrave.
- Evaluar la valoración del dolor, la cual incluirá localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad.

- Comprobar aparición de alergia tras administración de medicamentos.

Valoración patrón funcional

1. Patrón percepción control de salud

Conductas saludables, pues manifiesta interés para aumentar su nivel de conocimientos relacionado con la paraplejia para su beneficio propio, sin alergias, ni hábitos tóxicos.

2. Patrón nutrición metabólica

No depende de cuidador para recibir alimentación, con un IMC de patrón eficaz entre 18,6 y 24, 9, presenta nutrición adecuada, regulando ingesta de líquidos y sólidos a voluntad priorizando alimentación rica en proteínas para evitar lesiones por presión.

3. Patrón eliminación

Con frecuencia realiza evacuación urinaria e intestinal. Sin embargo, hace poco tiempo presento problemas de micción con disuria por infección de vías urinarias que se solucionó con medicamentos.

4. Patrón actividad-ejercicio

Permanece en reposo relativo debido a su lesión medular, precisa de silla de ruedas para su desplazamiento por lo que realiza actividades de ocio; hablar con sus amigos y de recreación; jugar basquetbol siendo ventajoso para el sistema psiconeurológico.

5. Patrón sueño- descanso

Ritmo circadiano con periodos cíclicos normales de descanso de una media de 8 horas al día, sin interrumpir las horas de sueño.

6. Patrón cognitivo-perceptivo

Autónomo, pues se desarrolla como chofer, con conciencia íntegra, se expresa en forma verbal y escrita, al igual que reconoce peligros del entorno.

7. Patrón autopercepción-autoconcepto

Autoestima baja en un inicio de su enfermedad, con angustia y temor ante la sociedad.

8. Patrón rol-relaciones

Se comunica sin complicaciones, permanece y comparte hogar con su pareja e hijo, al ser jefe de hogar, siente responsabilidad de ser apoyo para la familia. Esta enfermedad causo alteraciones en relaciones sociales al principio.

9. Patrón sexualidad- reproducción

Mantenia sexualidad activa antes del accidente; del cual procreo un hijo junto a su pareja. Al localizarse en la región genital la paraplejia, su vida sexual se vio afectada, aunque mantiene buena relación con su pareja mediante el dialogo.

10. Patrón tolerancia estrés

En los últimos años se encuentra relajado la mayor parte del tiempo, sin embargo, al principio padeció de depresión ya que no fue capaz de afrontarlo de forma efectiva.

11. Patrón valores creencias

Presenta interés en mantener una vida social, demuestra importancia en las actividades que realiza diariamente, además que se adapta a las actividades vitales más amplias. Refiere a la religión católica en relación a Dios y fe, la cual influye significativamente en su vida.

Enfermería básica

La enfermería es un aspecto esencial en cuanto al cuidado corporal para la salud y bienestar, puesto que brinda cuidado, comodidad y tranquilidad a los enfermos para su recuperación promoviendo un ambiente sano el cual debe minimizar el sufrimiento. En cuanto al cuidado de enfermería se prioriza relación enfermera- paciente; medio para percibir la enfermedad y dolor de la discapacidad, manteniéndose empáticos y sensibles para ayudarlos. El cuerpo humano en enfermería se relaciona con el crecimiento de conocimientos y habilidades reflejadas en la práctica, desarrollando competencias donde se realiza

procedimientos poniendo atención a aspectos como la respuesta del individuo ante el tratamiento.

Para generar atención que garantice confort y bienestar, primero se valoran las características somatológicas de la persona con paraplejia, a partir de la condición de superior a menor complejidad.

Farmacología

Describe NIHSeniorHealth (2013) “Estudio de medicamentos que permiten tratar o controlar una enfermedad, contribuyendo al tratamiento del paciente” (p.1). La farmacología dentro de la enfermería constituye un papel fundamental para la utilización terapéutica de los fármacos, puesto que administra y detecta efectos adversos, observando cómo afectan a las personas que los toman, al igual que informa al paciente sobre el consumo racional de los fármacos. Además, la enfermera es quien mantiene el conocimiento de los aspectos del medicamento; las acciones, indicaciones y contraindicaciones de las sustancias.

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del autocuidado

Posibilita comprender la realidad de los individuos con paraplejia tras una lesión traumática de la medula espinal; cambios en el cuerpo, corporalidad y como se usan para ajustarse al nuevo ambiente de una realidad. Estas teorías entienden los fenómenos del cuidado por medio de la enfermería, se puede incentivar a que aprovechen tanto sus habilidades como sus capacidades residuales como expresa Moreno (2011), “Sentidos, vías sensitivas superficiales y profundas, y las vías motoras por encima del nivel de la lesión, para ejecutar respuestas motoras que los ayuden a retomar el control del cuerpo y adaptarse a su condición”. (p.17)

Callista Roy

El modelo de adaptación de Callista Roy facilito la comprensión de procesos cognitivos y su aplicación para apoyar a personas con paraplejia en la adaptación a la

condición de la discapacidad, refleja que las respuestas de adaptación son una función del estímulo recibido y el nivel que tiene para adaptarse, los mismos que pueden darse en un entorno interno como externo. Esta idea respalda la idea de grandes cambios que se dan en los individuos y su ambiente en el hábitat que surgen tras una lesión de la medula espinal por accidente, integrando una nueva experiencia y afectando el control sobre la vida y cuerpo en el proceso de adaptación.

Margaret Newman

La teoría de la salud como expansión de la conciencia, comprende nuevos patrones de expresión del cuerpo, según Moreno (2011), “son fundamentales en el proceso de “Descubrir la nueva normalidad”, en el concepto reconociendo el nuevo cuerpo” (p. 367). Los individuos con paraplejia con el tiempo alcanzan a identificar nuevos patrones de expresión, con ellas pueden realizar acciones con conciencia para controlar y abolir causas de incomodidad o de dolor; así mismo consiguen responden de manera automática, recobrando el control total del cuerpo y adquiriendo una nueva normalidad de sobrellevar la vida.

Sally Gadow

La teoría sobre el ser y el cuerpo garantiza un cuidado individual y holístico lo define Moreno (2011), “Cuidado es asistir al paciente a interpretar su propia realidad” (p.368). En la paraplejia es necesario reconocer el cuerpo entero para adaptarse a transformaciones que conlleva, así mismo, retomar el control del mismo y adaptarse la reciente normalidad. Por lo tanto, enfermería debe identificar las capacidades residuales y recursos que se presentan en las etapas del proceso de descubrir la nueva vida con ayuda de la valoración para determinar para el está físico y psicológico y así ayudarlos a retomar el control sobre su cuerpo y su vida con la discapacidad.

Ética y moral

En el proceso de atención al paciente se aplica la ética; “una disciplina que estudia el bien y el mal, relacionada con la

moral y con el comportamiento humano” (Abad, 2019) en donde el pensamiento es vital, ya que esto influye en la forma y manera de afrontar la discapacidad. Los principios éticos aplicados en pacientes con paraplejia se sostienen en la autonomía y justicia, primando el respeto a la vida, diversidad y equidad de oportunidades como un bien, mas no una carga, en donde se valora la utilidad en la sociedad. Por ello enfermería reconoce a la persona con discapacidad como alguien útil con entrega y brindarle apoyo, ayuda, colaboración y generosidad.

Bibliografía

- Abad, J. (2019). La etica en la inclusion de las personas con discapacidad. *Trevol integra*.
<https://trevolintegra.com/la-etica-en-la-inclusion-de-las-personas-con-discapacidad/>
- Alaminos, T. (2018). Aspectos epidemiológicos de la lesión medular en el Hospital Nacional de Paraplégicos. *Ene*,12(2).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000200002
- Álvarez, C., Cardoso, T., Zamora, F., Perez, A., & Teresa, M. (s.f.). Caracterización del paciente lesionado medular según deterioro. *Revista ecuatoriana de Neurología*, 18(1-2) <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Caracterizaci%C3%B3n-del-paciente-lesionado-medular-seg%C3%BA-deterioro-neurol%C3%B3gico-y-discapacidad.pdf>
- Barreras, M. T. (2011). Escoliosis: concepto, etiología y clasificación. *Orthotips AMOT*, 7(2), 75-82.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2011/ot112d.pdf>
- Bautista, M. Y., & Medina, E. A. (2011). Síndrome de compresión medular por cáncer. *Gaceta mexicana de oncología*, 10(5), 295-302.
<https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-sindrome-compresion-medular-por-cancer-X1665920111894309>

- Caudevilla, P., Vicente, C. M., Loste, A., Suñen, E., & Iñiguez, G. (2020). *Deformidad torácica como causa de compresión traqueobronquial. A propósito de un caso clínico pediátrico*. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n3a33.pdf>
- CIMA. (2020). Prospecto: información para el usuario. Sirdalud 2 mg comprimidos Tizanidina. *Aemps.Es*. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/58313/Prospecto_58313.html
- CIMA. (2020). FICHA TECNICA LIORESAL 0,5 MG/ML SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN. *Aemps.Es*. https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/52180/52180_ft.pdf
- Díaz, J., Schröter, C., & Schulz, R. (2009). ACTUALIZACION DE LA EVALUACION RADIOLOGICA DE LA ESCOLIOSIS. *Revista chilena de radiología*, 15(3), 141-151. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082009000300007
- García-Ramos, CL., Obil-Chavarría, CA., Zárate-Kalfópulos, B., Rosales-Olivares, LM., Alpizar-Aguirre, A y Reyes-Sánchez, AA. (2015). Escoliosis degenerativa del adulto. *Acta Ortopédica Mexicana*, 29(2), 127-138. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022015000200012#:~:text=La%20escoliosis%20degenerativa%20del%20adulto,manifiesta%20en%20una%20deformidad%20tridimensional.
- Moreno, M. (2011). *CUERPO Y CORPORALIDAD EN LA PARAPLEJIA: UNA TEORÍA DE ENFERMERÍA* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Nacional de Colombia] <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/7676/539226.2011.pdf?sequence=1>
- Mayoclinic. (2022). Escoliosis - Síntomas y causas. *Mayoclinic.org*. [181](https://www.mayoclinic.org/es-</p>
</div>
<div data-bbox=)

es/diseases-conditions/scoliosis/symptoms-
causes/syc-20350716

NIHSeniorHealth. (2013). Farmagologia.
NIHSeniorHealth.
[https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pharma/
informacion](https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pharma/informacion)

A

Strassburguer, K., Hernández, Y., Barquín, E. (2013).
Lesión Medular. Aspaymmadrid.Org.
[https://www.aspaymmadrid.org/wp-
content/uploads/2018/05/guia-manejo-integral-
2013.pdf](https://www.aspaymmadrid.org/wp-content/uploads/2018/05/guia-manejo-integral-2013.pdf)

Fibrosis quística

Etiología

Harrison et al. (2016) manifiesta que:

La fibrosis quística, por sus siglas en inglés (CF, Cystic Fibrosis) es una exocrinopatía recesiva autosómica que afecta a diversos tejidos epiteliales. El producto génico que causa CF (el regulador de conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) activa como un conducto aniónico en las membranas plasmáticas apicales (luminales) de las células epiteliales, y regula el volumen y la composición de la secreción exocrina. (p.1697)

Signos y Síntomas

La morbilidad y la mortalidad mayores que surgen con CF pueden atribuirse a:

- Procesos infecciosos respiratorios frecuentes
- Tos
- Ruido en vías respiratorias
- Silbidos en la caja torácica
- Cuadros infecciosos recurrentes de las vías respiratorias bajas
- Neumonías recurrentes

Fisiopatología

Regulador de conductancia transmembrana de la fibrosis quística.

Harrison et al. (2016) sostiene que:

Es una proteína integral de membrana que actúa como un conducto aniónico epitelial. La molécula compuesta de alrededor de 1480 aminoácidos codifica un conducto pasivo para el transporte de cloruro a través de las membranas plasmáticas de los tejidos epiteliales con dirección del flujo iónico que depende de la fuerza impulsadora electroquímica.

La regulación del CFTR incluye la conformación cíclica entre la configuración abierta y la cerrada, y aumenta por hidrólisis de trifosfato de adenosina (ATP, adenosín trifosfato).

El CFTR está situado en las membranas plasmáticas apicales de células epiteliales acineras y de otro tipo, en las cuales se regula el grado y la composición de la secreción por parte de las glándulas exocrinas; A lo largo de toda la mucosa respiratoria se necesita CFTR para que la capa de líquido periciliar alcance la profundidad suficiente (PCL, Capa de líquido periciliar) que permita la extensión normal de los tejidos y el transporte mucociliar.

Las células de vías respiratorias con deficiencias de CFTR muestran depleción de PCL, lo cual ocasiona colapso de cilios e incapacidad de eliminar el moco suprayacente. En las glándulas submucosas de las vías respiratorias existe gran excreción de CFTR en los acinos y muchos participan en la formación de moco y extrusión de la secreción glandular en la superficie de las vías respiratorias.

En otras glándulas exocrinas caracterizadas por abolición del transporte de moco (como en los acinos y conductos pancreáticos, conductos biliares y el interior de los intestinos) se ha dicho que participan mecanismos patógenos similares. En los tejidos mencionados, se piensa que una fuerza impulsora de la secreción apical/bicarbonato o ambas sustancias induce la liberación de líquido y electrolitos mediados por CFTR.

La ineficacia del mecanismo en cuestión altera la hidratación normal y el transporte de la secreción glandular y se le considera ampliamente como la causa proximal de obstrucción de conductillos con lesión hística concomitante. (pp.1698-1700)

Exámenes de Laboratorio y de gabinete

Prueba de determinante de cloro en sudor

Esta prueba consiste en administrar una inyección de pilocarpina que es un fármaco que se encarga de estimular las grandes secreciones de grandes cantidades de saliva y

sudor en una zona de la piel donde se determina la concentración de cloro y sodio

Glaucoma de ángulo cerrado agudo

Etiología

Castañeda et al. (2007) expresa lo siguiente:

Lesión de fibras del nervio óptico producido por un aumento de la presión intraocular, causado por una falta de drenaje del humor acuoso, que se encuentra en la cámara anterior del ojo, cuya función es la de nutrir y oxigenar estructuras del globo ocular tales como la córnea y el cristalino. Neuropatía progresiva caracterizada por cambios morfológicos en pérdida de las células ganglionares retinales y sus axones. Las células ganglionares retinales mueren por apoptosis. (p. 273)

Signos y Síntomas

En su mayoría de manifestaciones no produce síntomas, ya que no produce dolor y no es perceptible hasta que nos damos cuenta de una pérdida importante de la visión, sin embargo, pueden presentar sintomatología común y asociarse a otras patologías.

- Cambios repentinos de la visión
- Degeneración Macular
- Halos Oculares
- Dolor fuerte en el ojo
- Náuseas
- Vómito

Fisiopatología

Labrada (2007) declara acerca del glaucoma de ángulo cerrado lo siguiente:

Los procesos ciliares producen el humor acuoso, que pasa desde la cámara posterior a través de la pupila hacia la cámara anterior y sale a través de la malla trabecular, entra al canal de Schlemm y sale del ojo a través del sistema venoso por el plexo de canales colectores. El trabéculo yuxtacanalicular funciona como principal resistencia al

flujo del humor acuoso, y es el que principalmente dará como fruto final la presión intraocular.

Algunos efectos trabeculares del envejecimiento como la pérdida de las células trabeculares, la compactación de las lamelas trabeculares uveales y corneoesclerales con engrosamiento de las membranas basales y engrosamiento de las placas de material de desecho, cierre de los espacios trabeculares, así como cambios de la matriz extraocular, pueden también ser los causantes de la falla fisiológica de este aparato de filtración en el glaucoma.

Se han estudiado dos teorías de daño al nervio óptico Mecánico y Vascular. El factor mecánico sostiene que el daño principal de los axones que pasan por la lámina cribosa del nervio óptico es por una deflexión mecánica en forma de un estrangulamiento parcial, ya que, al aumentar la presión intraocular, hay un abombamiento posterior de la lámina cribosa, Los forámenes de la lámina cribosa ofrecen resistencia a las fibras nerviosas se comprimen justamente en su flexión al pasar por la lámina.

Al flexionarse estos haces de células ganglionares, impide el libre movimiento de sustancias que van del cuerpo celular a las dendritas. Este movimiento se llama flujo axoplásmico y tiene dos direcciones: uno rápido que va en dirección de la retina hacia el cuerpo geniculado externo, y uno lento que va en sentido contrario. El glaucoma produce colapso de la lámina cribosa, el cual causa enrizado de las células ganglionares a medida que atraviesan ese plato.

Este enrizado de los axones interfiere con el transporte axoplásmico en ambas direcciones y como las neurotrofinas y otras proteínas de apoyo del cerebro no pueden alcanzar el cuerpo celular, se activa el proceso de apoptosis. (párr. 3-7)

Exámenes de Laboratorio y Gabinete

- Tonometría, procedimiento realizado para obtener la medición de la presión intraocular (PIO), por medio de un instrumento llamado tonómetro de Goldmann.

- Oftalmoscopia, examen que se realiza para verificar la integridad de distintos tejidos que componen al ojo por medio de un oftalmoscopio.
- Gonioscopía. De acuerdo con este estudio Olavarri (2020) expresa que es la “Técnica diagnóstica esencial que permite visualizar las estructuras del ángulo de la cámara anterior que no son visibles directamente”. (p. 47)

Tratamientos farmacológicos

Tabla 1. Fármacos usados en tratamiento de Glaucoma cerrado agudo. :

| Fármaco | Acción Farmacológica | Principio activo | Nombre comercial | Efectos adversos | Dosis |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------|--------------------|---|---|
| Derivados de las prostaglandinas | Aumentan el drenaje uveo-escleral | Latanopros - t | Glaucoftal - Latof | Hiperemia Conjuntival Pigmentación del iris Edema macular | Una gota una vez al día. (Laboratorio MK visión. s.f. reacciones adversas-dosis) |

| | | | | | | |
|----------------|---|--------|----------------------------|---------|--|---|
| Betabloqueador | Disminuyen la producción del humor acuoso | la del | Maleato de timolol al 0.5% | de Tiof | Prurito y ardor tras la administración | y 1 gota en cada ojo dos veces al día (12h) |
|----------------|---|--------|----------------------------|---------|--|---|

| | | | | | | |
|----------------------|---------------------------------------|-----------|------------------------------|------------------------|------------------------|---|
| Parasimpatomiméticos | Aumentan el drenaje por el trabéculum | el por el | Colirio de Pilocarpina al 2% | Saval – Pilocarpina 2% | Alergias a medio plazo | a 1 a 2 gotas cada 6 a 12 horas. (Saval, s.f. reacciones adversas-dosis) |
|----------------------|---------------------------------------|-----------|------------------------------|------------------------|------------------------|---|

Cuidados de enfermería

Pérdida parcial de visión

- Instruir acerca de dieta variada y saludable, consumo de carotenoides (luteína y zeaxantina), antioxidantes (vitaminas C y E), vitaminas A y D, zinc y ácidos grasos omega 3 pueden contribuir a una mejor visión
- Realizar actividad física que ayuda a reducir la presión intraocular, actividades aeróbicas como caminar y nadar. Tener precaución de algunos ejercicios de actividad física pueden aumentar la presión intraocular
- Mantener un peso en relación con la altura, índice de masa corporal adecuado
- Evitar el consumo de tabaco

- Realizar revisiones periódicas de la presión arterial para mantenerla en valores normales
- Evitar exposición excesiva de luz solar con el uso de ala ancha y anteojos de sol con alta calidad 99-100% de protección de los rayos UVA y UVB
- Acudir regularmente a un oftalmólogo para exámenes completos y dar seguimiento según lo recomendado
- Disminuir el temor, facilitando la expresión verbal y educación sobre su patología
- Instruir acerca del aseo ocular
- Prevenir la manipulación ocular, evitando friccionar o aplicar pomadas no recetadas
- Educar acerca de la valoración de la intensidad del dolor según corresponda. (Bellés 2017, p.26-27)

Ceguera

Pérdida de visión sin un posible enmiendo.

- Durante el informe, pregúntele al paciente cómo se desenvuelve en casa con sus actividades cotidianas y qué tal se maneja en el hospital
- Ponga un cartel sobre la cama del paciente que ponga “paciente con deficiencia visual”, para que los facultativos de otras áreas como los profesionales de servicio de comidas, de atención respiratoria y del departamento de ingresos, sepan cómo tratar con el paciente
- Llame a la puerta antes de entrar a y diríjase al paciente por su nombre, preséntese y dígame su cargo. Si quiere saludarle dándole la mano, indíqueselo de palabra y coja usted su mano primero
- Preséntese cada vez que entra en la habitación, el paciente necesita su tiempo para reconocer la voz de una persona
- Con un tono natura, normal y mirándole directamente a los ojos explíquele exactamente lo que va a hacer antes de hacerlo. Por ejemplo, diga: “Voy a tomarle la tensión arterial en su brazo izquierdo”

- No se preocupe si dice “mirar”, “ver” o “ciego”, es perfectamente correcto preguntarle si “ha visto” la última película de alguien
- Compruebe el timbre para asegurarse de que está al alcance del paciente y que puede usarlo fácilmente; si no está en un sitio elevado, péguelo a cierta altura con esparadrapo o un electrodo de ECG con un gancho elevado a la altura adecuada.
- Coloque el teléfono, el timbre, la mesilla y otros objetos que el paciente necesite a su alcance y dígame dónde están
- Cuando le dé algo, colóqueselo directamente en la mano o ponga la mano del paciente sobre el objeto
- Descríbale la habitación y la ubicación del lavabo, mantenga la zona despejada y ordenada y no deje las puertas entreabiertas: deben estar cerradas o abiertas del todo. (A. Luckowski y M. Luckowski, p.29)

Valoración patrones funcionales de Marjory Gordon en Glaucoma de Ángulo cerrado agudo

Patrón 1: Percepción manejo de la salud

Pérdida parcial de la agudeza visual a nivel globos oculares, dependencia parcial para percibir su entorno, deambula mediante bastón ortopédico, fácilmente se relaciona con personas del entorno. Profesional en hotelería y turismo. Actividad económica parcialmente cubierta en la venta de repostería

Patrón 2: Nutrición – metabólica

Refleja facie compuesta, mucosas semihúmedas. Mediante la exploración bucal presenta coloración amarillenta en sus piezas dentales, ortodoncia dental, mantiene buena higiene bucal.

Patrón 3: Eliminación

Micción y defecación sin alteración

Patrón 4: Actividad y ejercicio

Realiza ejercicio cardiovascular (ejercicios aeróbicos y caminatas largas), mantiene su condición física y tónus muscular

Patrón 5: Sueño Descanso

Patrones de sueño normales, descansa un aproximado de 8h diarias y toma siestas de 40 minutos por la tarde

Patrón 6: Cognitivo Perceptual

Extrovertido, gracias al emprendimiento logra extender círculo de conocidos

Patrón 7: Autopercepción auto – concepto

Orientado en tiempo, espacio y persona. Es consciente del entorno que lo rodea. Refleja comportamiento de pasividad con sus familiares y personas extrañas a él, se preocupa por su imagen corporal.

Patrón 8: Rol – relaciones

Es integrante de una familia extensa. Mantiene adecuadas relaciones interpersonales. El relacionamiento social favorece el espacio de la dinámica familiar

Patrón 9: Sexualidad y reproducción

Explica que hace varios meses mantuvo una relación amorosa, no se profundiza en el tema ya que el paciente no desea comentar más al respecto

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia

Tiene mecanismos o técnicas para resolver condiciones adversas que le generan la enfermedad, ejemplo de ello es la movilidad de la vista en forma de bloque, facilita la pérdida de la periferia de la visión.

Patrón 11: Valores y creencias

Actúa en relación con principios éticos, respetando espacios ajenos. Cree en Dios, pero no tiene religión específica.

Enfermería Básica

La enfermería básica es la cátedra que tiene en su centro el cuidado, encargada de atender a las personas, familias y comunidades enfermas, además, vela para que las personas que están sanas no enfermen. Se encarga principalmente de la promoción de la salud y prevención de enfermedades, enseñando al sano a no enfermar, al enfermo le enseña a no complicar su condición, y a quién se complica con su afección le ayuda a rehabilitarse de las secuelas que dejó la enfermedad. Por medio de la implementación de prácticas instruye al futuro enfermero/a para que pueda desenvolverse en el ámbito laboral de manera oportuna y eficaz.

Mora (2015) manifiesta que:

El desarrollo de la ciencia en el campo de la salud se ha ido perfeccionando con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población. Los profesionales de la enfermería tienen como premisa preservar o mejorar su estado de salud, vinculando los principios éticos y bioéticos en la realización de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades. La enfermera y el enfermero de nuestros tiempos requieren de una preparación con los conocimientos científicos que exige el avance tecnológico moderno alcanzado y, a la vez, deben desarrollar la sensibilidad frente a los problemas del ser humano; de ahí el carácter humanista de la profesión. La práctica profesional de la enfermería se encuentra estrechamente ligada a la ética, ya que este personal es uno de los que mayor tiempo permanece cercano al paciente, al mismo tiempo que con frecuencia se enfrenta a múltiples dilemas éticos. (p. 230)

Farmacología

La farmacología es una de las más relevantes ciencias biomédicas básicas, ocupando en la enfermería un lugar muy importante, y constituyendo un pilar esencial para la correcta utilización de los fármacos.

El enfermero es el encargado de preparar, administrar y detectar efectos secundarios, aplicando principios como los

4 “YO”, yo preparo, yo administro, yo registro, yo respondo; los 5 correctos, medicamento correcto, paciente correcto, hora correcta, dosis y preparación correcta. El personal de enfermería también educa a la población acerca del consumo irracional de los fármacos (automedicación) e informa de los principales aspectos del medicamento que se deben conocer. La información, la educación son obligación del enfermero y derecho del paciente.

Romero (2018) señala la estrecha relación de la farmacología y la enfermería declarando lo siguiente:

Los enfermeros tienen a su cargo una gran diversidad de funciones y tareas, sin embargo, la administración de fármacos forma parte de su haber día tras día por lo que el conocimiento de esta rama es fundamental, además de que, en dicha labor, enfrenta un riesgo legal permanente, relacionado con errores en la práctica, dada la responsabilidad y frecuencia con que se realiza. (p.95)

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado

El uso de modelos y teorías de enfermería son de mucha ayuda al momento de investigar o registrar información de variada amplitud, ya que estos sirven como bases y brindan argumentos sólidos que nos permiten generar nuevos conocimientos, también permite explicar y comprender varios aspectos de enfermería, por ejemplo, prácticas o metaparadigmas para considerar válidos razonamientos que surjan a lo largo del tiempo. El enfoque teórico es una herramienta útil para dicho razonamiento, permite desarrollar un pensamiento crítico y cuestionar varios procedimientos o estructuras ya establecidas en enfermería. El uso de modelos conceptuales desarrollados por teoristas garantiza que todo el personal de enfermería comparta un lenguaje en común y similitudes en torno a enfermeros, persona, salud, entorno y cuidados que caracterizan a este rol profesional.

Teoría del desarrollo Humano de Rosemarie Rizzo Parse

La teorista Rosemarie Rizzo Parse, plantea que las personas piensan sobre sí mismas en relación con cómo son con los demás y como podrían ser. Las personas eligen que es lo importante en su vida y qué es lo que pasa desapercibido, es decir, las personas se ven así mismas en el reflejo de otra persona, involucrando diferentes perspectivas de sí mismo para poder estructurar un razonamiento de cómo se ven ante la sociedad. “El hombre no puede ser reducido a sus sistemas o partes constituyentes para ser entendido”, se comprende al hombre como una unidad vital, desprendiéndolo así de estigmas o características que condicionen su reconocimiento como ser e integridad como persona.

Parse cambia la visión tradicional de enfermería por la de una ciencia natural emergente, bien entendida, la enfermería es una ciencia humana. La fuerza de su enfoque es clara: Una teoría basada en las ciencias humanas es un sistema de conceptos interrelacionados que describen la interrelación del hombre unitario con el entorno (es por eso por lo que se relaciona con esta patología, cómo este percibe su entorno y cómo perciben al individuo en dicho entorno, pese a mantener capacidades distintas al promedio), se fundamenta en la base de cómo relación que contribuye con la constitución de la salud. Dentro de esta teoría son esenciales las interrelaciones hombre-entorno, el significado que el hombre unitario da al ser y al llegar a ser y la libertad del hombre en cada situación para elegir las maneras alternativas de realizarse. (Ramirez 2009, pp.2-3)

Ética y Moral

Ética y Moral en enfermería se basa en el estudio de las razones de los comportamientos y actuar del personal profesional en la práctica, otorga principios tales como: No maleficencia (se basa en la obligación de no infringir daño intencionalmente), Beneficencia (refiere a que el propósito de toda acción del personal de enfermería sea de mejorar las condiciones de vida y de relación de los pacientes, buscando siempre su bienestar), Justicia (se fundamenta en

que todas las personas tienen la misma dignidad y nosotros como referentes del área de la salud no podemos distinguir para brindar nuestro apoyo y conocimiento hacia el paciente), dichos principios regulan las conductas, las motivaciones y los valores al momento de aplicar la práctica profesional, teniendo en cuenta que estos pueden cambiar con el paso del tiempo.

Escobar & Cid-Henríquez sostiene que:

La ética profesional permite juzgar la acción de los actos médicos y de otros profesionales, incluido el personal de enfermería, quienes realizan cuidados encaminados al mejoramiento y recuperación del paciente, siempre guiándose por los principios fundamentales de la bioética que son autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. (p.40)

Bibliografía

Castañeda-Díez, R., Mayorquín-Ruiz, M., & Jiménez-Román, J. (2007). Glaucoma de ángulo cerrado. Perspectiva actual. *Revista Mexicana de Oftalmología*, 81(5), 272-282.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexoft/rmo-2007/rmo075i.pdf>

Labrada Rodríguez, Yunia Herbania. (2007). Algunas consideraciones sobre la fisiopatología del glaucoma. *Revista Cubana de Oftalmología*, 20(2) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So86421762007000200018&lng=es&tlng=es.

Harrison, T. R., Kasper, D. L., Hauser, S., Jameson, J. L., Fauci, A. S., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2016). Harrison: principios de medicina interna. V. 2. Capítulos 169 al 238.

Fielbaum, C. Ó. (2011). Avances en fibrosis quística. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(2), 150-159.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011704072>

- Fielbaum, O. (2017). Manejo actual de la fibrosis quística. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(1), 60-71.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-actual-de-la-fibrosis-S0716864017300159>
- Gasulla, S. B. (s.f.). *Intervención del personal de enfermería en el paciente con glaucoma de ángulo cerrado agudo*.
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/25329/TFM-H336.pdf;jsessionid=5655240952E58EEF315BBDDF563E9CB?sequence=1>
- Luckowski, A., & Luckowski, M. (11 de Julio de 2017). *Atención de un paciente con ceguera en enfermería*
<https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-atencion-un-paciente-con-ceguera-S0212538216300929#:~:text=Mantenga%20iluminada%20la%20habitaci%C3%B3n%20de,ponga%20una%20luz%20de%20noche.&text=Utilice%20la%20gu%C3%ADa%20vidente%20para,camine%20un%20paso%20po>
- María López-Parraa, S. S.-R.-P.-S.-L.-M.-B. (21 de Julio de 2016). *Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial*. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-reflexiones-acerca-del-uso-utilidad-13091857#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20es%20esencial%20para,facilitando%20la%20toma%20de%20decisiones>.
- Mivademecum. (s.f.). *GLAUCOFTAL - Antiglaucomatoso análogo de las prostaglandinas*.
<https://co.mivademecum.com/medicamento-glaucoftal-id-8792>
- Pharmaceutical. (s.f.). *PILOCARPINA - Pilocarpina*.
<https://www.savalcorp.com/es/productos/PILOCARPINA.html#:~:text=Posolog%C3%ADa%20y%20Administra>

ción&text=1%20a%202%20gotas%20cada,hasta%20 control%20de%20la%20presión.

SINALUISA, S. N. (2020). *PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE*. Babahoyo - Los Ríos.

Pacheco Palomino, L. V. (2020). *Concordancia entre oftalmoscopia indirecta con smartphome y oftalmoscopia indirecta convencional: telemedicina en el diagnóstico oftalmológico* (Doctoral dissertation, Universidad del Sinú, seccional Cartagena).

Olavarri González, G. (2019). *Perimetrías Humphrey y Octopus en el glaucoma. Efecto aprendizaje y concordancia entre evaluadores*.

<https://eprints.ucm.es/id/eprint/58504/1/T41590.pdf>

Viamonte, K. R. (2018). El conocimiento de la Farmacología en el profesional de enfermería. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 3(2), 95-104.

<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/406>

Ramírez, O. R. (2009, 25 noviembre). *Fraternidad en la interacción docente estudiante*. Portlesmedicos.

<https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1836/3/Fraternidad-en-la-interaccion-docente-%96-estudiante->

Hemofilia

La hemofilia es una patología genética en la que las manifestaciones clínicas consisten básicamente en la presencia de hemorragias. Se conocen dos tipos de hemofilia: A y B, las cuales se originan por la deficiencia de los factores VIII y IX de la coagulación. (Medina & Vargaz, 2013,p 639.)

Etiología

Su causa está asociado al cromosoma X, por lo que es una enfermedad crónica hereditaria ligada al sexo, de manera que las mujeres la transmiten, son portadoras, pero la padecen los hombres debido a la dotación de los cromosomas XY. Por otro lado, la enfermedad es recesiva y pueden existir saltos de generaciones. (González, 2019, p. 6)

“Generalmente, la hemofilia se hereda a través del cromosoma X, el cual presenta una mutación del gen F8 o F9. Sin embargo, alrededor de un 30% de los casos son el resultado de variantes genéticas espontáneas” (Segura, 2021, p.27)

Fisiopatología

El factor VIII está compuesto por dos fracciones diferentes, una que contiene el antígeno y el factor von Willebrand y otra que contiene la fracción procoagulante. La síntesis de la fracción procoagulante que se hace principalmente en el hígado, pero también en el pulmón, bazo y ganglios linfáticos, es codificada por el brazo largo del cromosoma X. La síntesis del factor von Willebrand que se realiza en las células endoteliales y en los megacariocitos, es codificada por el cromosoma XII. Ambas fracciones circulan juntas para cumplir las funciones hemostáticas que les corresponden. El factor IX es producido en el hígado y es dependiente de la vitamina K. Su síntesis es codificada por el brazo largo del cromosoma X. La deficiencia del factor VIII o de factor IX no permitirá que se haga una adecuada primera fase de coagulación, lo cual a su vez no permite un buen tapón de fibrina, lo que en última instancia es lo responsable de que los pacientes hemofílicos no sean

capaces de responder como es debido a los retos serios a la hemostasis (Andrés, 2013, p 16.)

Signos y síntomas

- El preescolar y el escolar, fundamentalmente presentan hemartrosis y hematomas y se manifiesta hematuria
- En la adolescencia presenta hemorragias severas por la iniciación de coitos, hemorragia cargada de una gran ansiedad
- Principalmente uno de los síntomas es moretones que pueden presentarse por cualquier diminuto accidente que a su vez se convierte en hematomas
- Sangrados que se producen con facilidad principalmente por medio de la nariz y las encías por el cepillado brusco
- Hemorragias en una articulación que conlleva dolor, inmovilidad y con el tiempo, deformidad si no se realiza el tratamiento médico
- Hemorragia en los músculos, puede causar edema, dolor y enrojecimiento.
- Hemorragia por lesiones o hemorragia cerebral (Andrés, 2013, p19-22.)

Datos de laboratorio y Datos de gabinete

- TTPa Tiempo de tromboplastina parcial activada
- TP Tiempo de protrombina
- Agregometría plaquetaria Con ADP, colágeno y ristocetina
- FVIII: coagulante De un tiempo o bien cromogénico
- FVIII: Ag Antígeno del FVIII
- FvW: CoRi Cofactor de ristocetina
- FvW: Ag Antígeno del FvW
- Fibrinógeno Prueba funcional
- FXIII Prueba enzimática. (Jaime García Chavez, 2013, p. 313)

Tratamiento farmacológico

| Nombre genérico | Nombre comercial | Dosis | Efectos adversos |
|-----------------|------------------|---|---|
| Desmopresina | Minurin | <p>Vía venosa Se debe preparar la cantidad necesaria en una jeringa que se disuelve en 50-100ml de suero fisiológico</p> <p>Vía inhalatoria “El paciente inclina la cabeza hacia atrás para poder introducir el aplicador en el orificio nasal y realiza la nebulización” (González, 2019, p.17).</p> | <p>“rubor facial molestias oculares frío en extremidades cansancio, dolor de estómago, congestión nasal, rinitis y epistaxis e hiponatremia” (González, 2019, p.17)</p> |
| Emicizumab | Hemlibra | De 5 a 40 µg/día promedio para un adulto, hasta | el dolor en el punto de inyección Dolor de cabeza |

| | |
|--------------------------|--|
| dosis de 0.2 a 1.2 mg | <p>Dolor articular o muscular</p> <p>Síntomas de un coágulo sanguíneo: Brazos, piernas, rostro: inflamación, enrojecimiento, dolor.</p> <p>Entumecimiento, debilidad, cambios en la capacidad de discernimiento, parálisis facial o babeo, cambios visuales, dolor de cabeza fuerte.</p> <p>Respiración entrecortada, dolor torácico,</p> <p>(Juárez, et al. , 2019, p.6)</p> |
|--------------------------|--|

Tabla 2: Tratamiento farmacológico

Cuidados de enfermería

Hemorragia

Perdida gradual de sangre, cuando por alteración de la integridad cutánea se observa fuera del cuerpo, y cuando por traumatismo internos refleja condiciones fisiológicas en una persona

- Administrar concentrados de remplazo como DDAVP® (acetato de desmopresina), Amicar (Ácido

épsilon amino caproico), Crioprecipitado de factor de coagulación por vía endovenosa

- Orientar el tipo de ropa, preferencia que no impida la circulación sanguínea
- En caso de presentar hemorragia, reponer los volúmenes de sangre, plasma con coloides o cristaloides por vía endovenosa
- Identificar el entorno físico en el cual el paciente reside para disminuir los riesgos de posibles lesiones
- Mantener los niveles de coagulación en límites normales mediante el uso de anticoagulantes
- No administrar fármacos (heparina, la quinina, los antibióticos con contenido de sulfamida y los anticonvulsivos) que afecten la función plaquetaria
- Suministrar los medicamentos indicados para el dolor prescritos por el médico
- Controlar y prevenir el riesgo de infección en la zona de hemorragia
- Administrar oxígeno en caso de alteración en la saturación
- En caso de presentar hemorragia eleve el miembro afectado si las lesiones se lo permiten.

Hematoma

Aparición de una coloración llamativa a nivel cutáneo a causa de un traumatismo, se da una acumulación de fluido sanguíneo ocasionada por el rompimiento de un vaso sanguíneo

- Orientar que durante el aseo corporal evitando rozamientos dérmicos fuertes.
- Pautar un plan de ejercicio considerando el riesgo de hematomas
- En caso de hematoma comprimir hasta disminuir hematoma y colocar vendaje compresivo
- Aplica una compresa caliente sobre la zona afectada entre 2 y 3 veces por día para favorecer la reabsorción de la sangre.
- Identificar el entorno físico en el cual el paciente reside para disminuir los riesgos de posibles lesiones

- brindar una Información al paciente y familia acerca de las recomendaciones generales sobre los cuidados inmediatos
- Higiene diaria a través del baño.
- Usar ropa cómoda y limpia.
- Asistir con regularidad a controles médicos y terapias que hayan ordenado.
- Evitar contacto con personas que se encuentren con gripa o infecciones en la piel.

Valoración de patrones funcionales

Patrón percepción - manejo de la salud

No presenta patologías infecciosas y tiene conocimiento de su propio autocuidado

Patrón nutricional - metabólico

Mantiene dieta equilibrada para la ingesta de alimentos cuenta con toda la autonomía y en relación de IMC se encuentra dentro de los parámetros normales lo cual detalla su bienestar

Patrón eliminación

En el proceso de eliminación en su mayoría lo realiza adecuadamente, pero en ocasiones presenta estreñimiento por múltiples razones como la mala ingesta de alimentos y la insuficiencia de fibra y líquidos para el tratamiento recomienda laxantes osmóticos o sales de magnesio.

Patrón actividad – ejercicio

Presenta dificultad para realizar ejercicio por los posibles riesgos de producirse un traumatismo o algún tipo de punción lo que conlleva a hemorragias

Patrón sueño – descanso

No presenta alteraciones de sueño, duerme aproximadamente 8 horas y también descansa durante el día 3 hora en lo cual presenta sueño profundo.

Patrón cognitivo – perceptivo

No presenta alteraciones sensoriales, entiendes y comprende las cosas, por lo cual no tiene ninguna dificultad para comunicarse, su comunicación puede ser tanto como verbal como escrita

Patrón autopercepción – autoconcepto

No presenta rechazo e incomodidad de su cuerpo y no refiere problemas de conducta.

Patrón rol – relaciones

Presenta unas relaciones muy favorables con sus familiares, pero sin embargo presenta dificultad con personas extrañas

Patrón sexualidad – reproducción

Es una persona sexualmente activa convive con su pareja, no tiene hijos no presenta indicios de anomalías en su sexualidad

Patrón afrontamiento – tolerancia al estrés

En circunstancias de estrés es una persona que no presenta violencia es más bien permanece en calma y tranquilidad

Patrón valores – creencias

Es creyente practicante en su religión, mantiene un respeto mutuo por las demás religiones

Enfermería básica

Son los cuidados que garantizan el bienestar y el confort de un paciente tratar que la persona se recupere siempre y cuando ayudándole con la administración y cuidados efectuados en lo terapéutico reposo, ejercicio óseo, alimentación y así aplicar técnicas apropiadas para cuidados mediante conocimiento científico y aplicación de habilidades y destrezas que garanticen la optimización de recursos a demás satisfacer las necesidades fisiológicas alteradas de la persona enferma, primero se valora características sintomatológicas de las personas con hemofilia a partir de la condición de mayor a menor complejidad

Destacar la importancia de la labor de enfermería, su evolución y adaptación a los avances científico-técnicos en el tratamiento de los pacientes con hemofilia como de igual manera es necesario tener personal con adecuada formación teórica y práctica sobre la enfermedad y también destacar la relevancia de la enfermera en la instrucción de estos pacientes en el autotratamiento como también es necesario continuar las líneas de investigación para mejorar la eficacia y seguridad de los tratamientos e incluso encontrar una cura referido por Nuria.(González, 2020, p. 26). La importancia que conlleva la enfermería es primordial para la adecuación bienestar y confort del paciente, los cuidados que recibiera deberán ser realizados de las mejores condiciones

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado

La teoría del logro de metas, según Kingmb, se define como la relación de conceptos básicos, definidos en el campo de la enfermería. Su visión del proceso de enfermería se centra en los procesos personales. La filosofía personal de Imogene King sobre las personas y la vida influyó en sus suposiciones sobre el medio ambiente, la salud, la enfermería, las personas y la interacción entre enfermeras y pacientes. El concepto de logro de metas se basa en el supuesto general de que es de suma importancia en enfermería que las personas se relacionen con su entorno, lo que conduce al bienestar saludable de las personas, y es su forma de trabajar para proporcionar una función de un social papel como un proceso de acción, reacción e interacción por el cual enfermeras y pacientes comparten información sobre su desarrollo que también determina sus teorías en el marco general de sistemas, ciencias del comportamiento, razonamiento inductivo y deductivo. Se define como el proceso de acción, reacción, interacción y transacciones entre individuos; Los defectos de la enfermera y del cliente influyen en la relación para definir la convivencia. Se ayudan mutuamente a fortalecer y mantener una relación en la que las enfermeras brindan un espacio cómodo para los pacientes y brindan atención de calidad en caso de enfermedad o lesión.

También resalta la relación enfermero paciente como un tipo de sistema interpersonal que se define como un proceso de interacción humana entre ambos, en el cual cada uno percibe del otro su situación y a través de la comunicación identifican problemas, fijan objetivos, exploran los medios y se ponen de acuerdo para alcanzar los objetivos propuestos. Por lo tanto, la relación es un proceso de acción-reacción-interacción-transacción. (Imogen, 2012)

Farmacología

Los conocimientos adquiridos asociados al estudio de la farmacología permiten el profesional en enfermería, conducir los cuidados farmacológicos al momento de brindar asistencia directa, en el nivel hospitalario, comunitario y en situaciones extremas a nivel domiciliario. Conocer las formas farmacéuticas, dosis, efectos adversos, dilución, garantiza la mecánica de conducción plantica del principio activo en la saberte, para genera la recuperación progresiva. Cumplir con los principios de los cinco correcto es la esencial del cuidado de enfermería.

Utilizan una amplia gama de tratamientos farmacológicos que obtienen con y sin receta médica. Estas terapias pueden formar parte de un programa de atención progresiva por etapas que va de anestésicos tópicos, a analgésicos suaves, hasta opioides, aunque no se cuenta con directrices o protocolos basados en pruebas que establezcan un tratamiento por etapas para el dolor. (Riley, et al., 2011, p 4.)

Ética y moral

Los principios éticos y morales son subjetivamente encaminados en los valores los cuales nos guía para la toma de decisiones adecuadas con el objetivo de que al brindar los cuidados también exista un buen trato humanístico. En la práctica profesional de enfermería se ha observado una marcada deficiencia en la aplicación de estas normas morales que solo se lo realiza técnicamente es más la práctica de enfermería involucra una relación entre la enfermera y el paciente, la cual es necesaria para promover,

prevenir, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La ética se delega en el estudio de las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, dichas conductas se rigen en las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones que ocurran a través del tiempo llevando a un plano biopsicosocial, por ello, es de vital importancia que el personal en enfermería pueda brindar la correcta atención continua para evitar el empeoramiento de su estado o posibles complicaciones a raíz de sus patologías, realizando valoraciones a diario. En cualquier caso, durante la prestación de los cuidados a los pacientes, es la obligación de la enfermera(o) evitar yatrogenias por negligencia, omisión, descuido, o ignorancia.

La atención integral para los pacientes con hemofilia es de vital importancia ya que permiten abordar de manera integral al individuo y su contexto con el fin de identificar sus necesidades y así diseñar planes o mecanismos de atención que permitan obtener resultados apropiados mejorando así su calidad de vida y así respetando su integridad. (Vásquez, 2020, p. 15)

En el campo ético es bastante principal recalcar los diferentes tipos de situaciones en las cuales los enfermeros se encontrarán y manifestar una buena relación paciente.

Filariasis

La enfermedad afecta principalmente al sistema linfático con manifestaciones clínicas. En la filariasis, hay una inflamación crónica de los vasos linfáticos, que conduce a la fibrosis, que finalmente conduce a la linfedema. Si bien las piernas están afectadas en la mayoría de los casos, la linfedema también puede afectar los genitales, los brazos y las mamas. (Zulfiqar, 2021, p.1)

Etiología

Las filariasis pertenecen al conjunto de enfermedades infecciosas es causada por varios nematodos de la familia Filarioidea, son transmitidas mediante la picadura de insectos, siendo las principales que afectan a humanos *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, *Brugia timori*,

Onchocerca volvulus, *Loa loa*, *Mansonella perstans*, *Mansonella streptocerca* y *Mansonella ozzardi*. (Menéndez, et al., 2011, p 28.)

Fisiopatología

Cuando el mosquito pica al huésped, L3 se pone en la superficie de la piel y después tirando de la probóscide; entran en la herida y viajan a los vasos linfáticos. Después de aproximadamente 9 a 10 días de ingresar, el L3 muda para convertirse en el cuarto estado larvario (L4). La etapa L4 necesita de varios días a algunos meses antes de que se desarrolla y se convierte en un adulto. El macho adulto de *W. bancrofti* tiene una longitud de 23,8 a 30,6 mm y ancho de 90 a 120 µm. La longitud de la hembra es 42,2–46,3 mm y ancho de 160–188 µm. En el cuerpo humano, los gusanos adultos (masculino y femenino) viven en los vasos linfáticos y los ganglios linfáticos. Después del apareamiento, el las hembras producen numerosas microfilarias, que migran al sistema linfático y se disemina a través del torrente sanguíneo. (KANAAAN & RAIAAN, 2019, p. 1)

Signos y síntomas

Al menos la mitad de todos los pacientes con LF son personas asintomáticas. Estas infecciones asintomáticas gradualmente causar daños en el sistema linfático, los riñones y alteraciones en el sistema inmunológico del cuerpo y esto está directamente relacionado con la eficiencia del sistema inmune del paciente y puede tener una inflamación aguda de los vasos linfáticos vasos con altas temperaturas, escalofríos, dolores corporales y linfa hinchada. Se pueden acumular cantidades excesivas de líquido en el área afectada. Tejidos en condiciones crónicas, filariasis conduce a linfedema (tejido hinchazón) o elefantiasis (engrosamiento de la piel), y extremidades e hinchazón de hidrocele (hinchazón escrotal o hinchazón de los senos y puede convertirse en abscesos filariales. (KANAAAN & RAIAAN, 2019, p. 2)

Exámenes de gabinete y laboratorio

La linfogammagrafía con isótopos de las extremidades permite demostrar de manera fiable gran variedad de

alteraciones linfáticas, tanto en las personas con microfilaremia asintomática, como en las que tienen manifestaciones clínicas de dicha patología, La eosinofilia, la elevación de las concentraciones séricas de IgE y los anticuerpos contra la filaria apoyan el diagnóstico de filariosis linfática. Hay dos pruebas disponibles: el enzimoimmunoanálisis de adsorción (ELISA, enzyme-linked immunosorbent assay) y el de formato rápido de inmunocromatografía en tarjeta (Thomas B. Nutman, 2019, p 1417.)

Bibliografía

Andrés, M. L. (2013). *CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTESHEMOFÍLICOS Y SU RELACIÓN CON EL DESEMPEÑOEDUCATIVO/LABORAL*[Tesis de medico,UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO]. Repositorio institucional.

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3694/1/Tesis%20Final%20Hemofilia.pdf>

González, N. d. (2019). Grado en enfermería. *Pasado, presente y futuro del papel de enfermería en los pacientes con Hemofilia*. Universidad de Valladolid, Valladolid.

Jaime García Chavez, A. M. (2013). Hemofilia. *Gaceta médica de México*, 149(3), 308-321.

Juárez-Giménez, García, M., Bernabé, A., Broto, L., & Ortiz, S. (2019). Emicizumab en el tratamiento de la hemofilia A con inhibidores. *El Farmacéutico Hospitales*, 44; 48.

KANAAN, T., & RAIAAN, K. (2019). Filariasis linfatica y una Vision General. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 12(12).

Medina, F., & Vargaz, A. (2013). Hemofilia . *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*(6), 638-643.

Menéndez, M. D., Norman, F., Maillo, B. M., Molina, J. A., & Vélez, R. L. (2011). Enfermedades Infecciosas y microbiología clinica. *Elsevier España*, 28.

- Riley, R. R., Witkop, M., Hellman, E., & Akins, S. (2011). Valoración del dolor y su control en pacientes con hemofilia. *Haemophilia*, 17(53), 839-845.
- Segura, N. M. (2021). *Tratamiento no farmacológico del dolor crónico en pacientes con hemofilia: eficacia de un programa de fisioterapia combinado con terapia cognitivo conductual*[tesis de doctorado,universidad de Valencia]. repositorio institucional. Obtenido de <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/80534/TesisV11-RODERICfirmas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Thomas B. Nutman, P. F. (2019). Filariosis e infecciones relacionadas. En M. Dennis Kasper, M. Anthony S. Fauci, M. Stephen L. Hauser, M. Dan L. Longo, J. L. Jameson, & M. Joseph Loscalzo, *Harrison Principios de Medicina Interna* (Vol. 19, pág. 1467).
- VÁSQUEZ, D. S. (2020). *Intervención Fisioterapéutica para el paciente con hemofilia: Revisión documental*[tesis de grado fisioterapeutico)unviversidad de ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN]. Repositorio institucional. Obtenido de <https://ecrdspace.metabiblioteca.com.co/handle/001/372>
- Imogen, K. (11 de JUNIO de 2012). *TEORIA DEL LOGRO DE METAS*. Obtenido de El Cuidado: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.co/2012/06/imogen-kingteoria-del-logro-de-metas.html>
- Zulfiqar, H., & ., A. M. (2021). *Stat Pearls [Internet]*. Obtenido de filariasis bancroftiana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547682/>

Hemorroides

Etiología

Según Bermejo, J. (2006) las hemorroides son una parte normal de nuestro cuerpo, unas almohadillas formadas por vasos sanguíneos que rodean al canal anal.

Sin embargo, habitualmente se utiliza el término “hemorroides o enfermedad hemorroidal” para designar aquellas que se dilatan y producen molestias. La enfermedad hemorroidal es una causa frecuente de consulta médica, con una frecuencia variable (4-86% de las personas) en los diversos estudios, sin diferencias entre varones y mujeres. Hasta hace poco tiempo se ha asociado la enfermedad hemorroidal con el estreñimiento y sus factores predisponentes: edad, dieta pobre en fibra y esfuerzos en la evacuación. Sin embargo, los estudios epidemiológicos no han demostrado una clara asociación con el estreñimiento crónico. La causa probablemente sea diferente para cada paciente. Puede deberse a una debilidad del tejido conjuntivo en las hemorroides, al aumento de la presión del esfínter anal interno o a trastornos inflamatorios locales. Se califican en grados, desde grado I (que no salen del ano) hasta grado IV (que están permanentemente fuera del ano y no se pueden reintroducir). (pág. 218)

Signos y Síntomas

Las hemorroides pueden producir sangrado al final de la deposición o al limpiarse, prurito (picor) anal, y molestias provocadas por la salida hacia el exterior (prolapso) y la sensación de “bulto” anal. En casos extremos el dolor puede ser intenso debido a la trombosis y contractura del esfínter anal.

Fisiopatología

Bermejo J. (2006) postula la siguiente sucesión de eventos para el desarrollo de la enfermedad hemorroidaria: El incremento de la presión abdominal sumado a la disminución del retorno venoso y a la hiperperfusión arterial de las sinusoides (por falla del mecanismo

esfinteriano arteriolar) sumado al descenso del tono vascular (por predominancia de los factores relajantes derivados del óxido nítrico sobre los factores contráctiles derivados de los radicales de oxígeno) llevan a la congestión sinusoidal. Por otro lado, los tejidos conectivos hipertrofiados y relajados pierden su capacidad de contener a las sinusoides, los cuales se dilatan pasivamente. Adicionalmente, la actividad aumentada del esfínter interno ya sea primaria o secundaria, impide el correcto vaciamiento de los sinusoides¹⁸. Últimamente, Yong-Jian Deng y colaboradores, evalúan en 281 pacientes con hemorroides internas grado I-IV con técnica de histoquímica e inmune - histoquímica los vasos y la muscularis mucosa. En dicha investigación encuentran: malformación miofibrótica de los vasos (MMV) y displasia de la muscularis de la mucosa. Las MMV son indicadores del estadio clínico de las hemorroides internas pudiendo ser causa de sangrado recurrente y prolapso hemorroidal. En un escaso número de pacientes operados de hemorroides los autores han estudiado dicha malformación, coincidiendo con lo descrito previamente. En las figuras 1 y 3 se emplea tricrómico de Masson (100X) que evidencia el colágeno del tejido conectivo y las bandas musculares lisas de la muscularis mucosa. Esta tinción destaca la displasia de músculo liso y la fibrosis de la muscular de la mucosa. Se ven además estructuras vasculares dilatadas que atraviesan la muscular de la mucosa inmersas en esa fibrosis, son los vasos de malformación miofibrótica (MMVs). Esos MMVs se pueden resaltar también con una inmunomarcación para endotelios vasculares CD34 (100X) como se ve en la figura 4 o bien, por contraste, como en la figura 2 con una inmunomarcación para actina de músculo liso (40X) de la muscularis mucosa.

Exámenes de laboratorio y gabinete

Anoscopia. (Ansari, 2021)

Tratamiento Farmacológico

Hidrocortisona tópica

Nombre comercial: Calmiox, Ceneo, Derosa hidrocortisona, Hidrocisdin, Lactisona, Nutrasona, Suniderma.

Efectos adversos: aparición de ampollas o erupciones en la piel, cambios en la coloración de la piel, excesivo crecimiento de pelo, en la zona sensación de quemazón y picor en la piel y disminución del espesor de la piel.

Dosis: De 2 a 3 aplicaciones al día. Si comienza a producirse una mejoría se puede reducir la dosis a una única administración al día.

Diosmina

Nombre comercial: Daflon®.

Efectos adversos: molestias en el estómago (náuseas y dolor de estómago) y aparición de erupciones en la piel.

Dosis: 500 mg (1 comprimido) cada 12 horas durante 2 a 3 meses.

Cuidados de Enfermería

- Se intentará evitar el estreñimiento. Será necesario un aporte suficiente de fibra y de líquidos.
- Dieta: Se debe ayudar al paciente a disminuir el sobrepeso. Se deben evitar alimentos que formen gases, así como comidas abundantes, pesadas o muy grasas. Se evitarán picantes y especias, alimentos ricos en azúcar, arroz, quesos curados y pan blanco. Se debe realizar un aporte adecuado de agua, unos 2L diarios. Eliminar el consumo de café y alcohol, así como el tabaco.
- Postura: se deben evitar largos periodos sentado, así como estar de pie en la misma posición varias horas.
- Ejercicio físico: Se debe realizar ejercicio moderado al menos tres veces por semana. Se deben evitar

ejercicios que puedan causar irritación en la zona perianal como ciclismo o equitación.

- Medicamentos: se debe evitar el abuso de laxantes. Hay una serie de medicamentos que pueden producir estreñimiento, como la codeína.
- Uso del baño: Se debe acudir al baño cuando se sienta la necesidad de defecar, ya que la espera puede dar lugar a un mayor esfuerzo posteriormente. Permanecer sentado más tiempo del necesario en el inodoro puede acentuar el episodio hemorroidal. El uso de papel higiénico áspero o rugoso es perjudicial, se debe humedecer y limpiar suavemente.
- Se recomienda la terapia de frío y reposo para evitar la inflamación en la zona anal. (Ruz, 2018)

Lesiones Infecciosas del SNC

Etiología

Los patógenos más frecuentes en el SDE (somnolencia divina excesiva) vinculado con sinusitis son estreptococos aerobios y anaerobios, estafilococos, enterobacterias y bacterias anaerobias. Los microorganismos causales más frecuentes son estafilococos y bacilos gramnegativos cuando ocurre SDE, después de procedimientos neuroquirúrgicos de traumatismo craneoencefálico. Hasta el 33% de los pacientes no tienen microorganismos detectables en el cultivo, ello quizá refleja la dificultad para lograr cultivos adecuados de anaerobios.

Signos y Síntomas

Suelen producirse déficits neurológicos focales, convulsiones y signos de hipertensión intracraneal. La cefalea es el síntoma de presentación más frecuente, la hemiparesia o hemiplejía contralateral, es el déficit neurológico focal más frecuente y puede producirse por la acción directa del SDE sobre la corteza cerebral, las convulsiones comienzan siendo parciales siendo parciales motoras, pero se generalizan, estas se pueden deber al efecto irritativo directo del SDE sobre la corteza subyacente o a un infarto venoso.

Fisiopatología

El SDE puede producirse también por l introducción directa de bacterias en el espacio subdural como complicación de una intervención neuroquirúrgica. La evolución del SDE puede llegar hacer muy rápida porque el espacio subdural es un amplio compartimiento que ofrece pocas barreras mecánicas a la propagación de la infección. El SDE se asocia con frecuencia a otras infecciones intracraneales como empiema epidural (40%), tromboflebitis cortical (35%) y cerebritis o absceso intracraneal (>25%). (Harrison, 1950)

Exámenes de laboratorio y Gabinete

Encefalocardiograma

Punción lumbar

Electroencefalograma

Estudios neurofisiológicos (Harrison, 1950)

Tratamiento Farmacológico

Penicilina

Nombre Genérico: Penicilina G (bencilpenicilina)

Nombre comercial: Benzetacil, Framaproina, Penibiot, Penilevel, Sodiopen

Efectos Adversos: Alergia es el efecto adverso más importante. Ésta puede presentarse desde simples erupciones cutáneas hasta shock anafiláctico, nefritis intersticial, encefalopatía, trastornos gastrointestinales y otros.

Dosis: Adultos: Una sola inyección de 1'200,000 unidades. Lactantes y niños con peso menor de 27 kg: 300,000 unidades. Niños de mayor edad: Una sola inyección de 900,000 unidades. (Patiño1, 2006)

Metronidazol

Nombre Genérico: Flagyl®

Nombre comercial: Flagyl comprimidos, Zideval gel.

Efectos Adversos: Trastornos de la sangre y del sistema

linfático, trastornos del sistema inmunológico, trastornos del sistema nervioso, trastornos gastrointestinales, trastorno renales y urinarios.

Dosis: Para el tratamiento de infecciones graves por anaerobios se debe administrar inicialmente metronidazol intravenoso, según la pauta posológica que se indica a continuación: Adultos: La dosis habitual es de 7,5 mg/kg de peso cada 6 horas. Niños: Ladosis habitual es de 7,5 mg/kg de peso cada 8 horas.

Cuidados de Enfermería

Acciones que ejecutar: Aplicación por parte del personal de enfermería Administración de antibióticos

Anticonvulsivo

Antiulceroso

Antiinflamatorio

Valoración de patrones funcionales

Patrón 1. Percepción manejo y salud

Paciente muestra un estado de salud poco considerable dado que presenta somnolencia divina excesiva, que se asocia con algunas infecciones intracraneales, recibe tratamiento antibiótico. Ex bebedor e de alcohol.

Patrón 2. Nutricional – metabólico

Presenta malnutrición a causa de disfagia, trastorno cognitivo, por otra parte, su apetito ha disminuido por afectación psicológica lo cual indica una pérdida de peso.

Patrón 3. Eliminación

Presenta ruidos peristálticos disminuidos, va al baño con poca frecuencia para realizar la deposición y su frecuencia urinaria es normal. Diaforesis moderada.

Patrón 4. Actividad-ejercicio

Realiza muy pocas actividades que le toca realizar en su diario vivir ya que su condición de salud no le permite realizarlas como una persona comúnmente lo realiza

Patrón 5. Sueño-descanso

Presenta sueño excesivo en el día a causa de bacterias y microorganismos

Patrón 6. Cognitivo-perceptual

Actualmente no labora debido a su patología, presenta alteraciones a nivel del oído, y el seguimiento y apego que conserva con su tratamiento para sus complicaciones.

Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto.

No se siente a gusto como se ve actualmente, siente fracaso y depresión al no poder realizar sus deberes y responsabilidades al 100%. Muestra ansiedad y estrés elevado.

Patrón 8. Rol-relaciones.

Relación con entorno social y familiar no es muy tratable ya que tiene cambios de humor muy frecuente por la razón de ser padre de familia, que aportaba a la economía familiar y ahora sentirse inferior a ellos, su familia cuida del paciente muy bien para llenarlo de satisfacción.

Patrón 9. Sexualidad-reproducción

Forma en la que se ve y se siente deseado, sentir que despierta algo en su esposa, aunque ya llevé años de casados, seguir sintiendo ese afecto, placer, vitalidad y ante todo comunicación. Que los cambios físicos que se da con el tiempo no sean causa para que presente desinterés como pareja.

Patrón 10. Adaptación-tolerancia al estrés

Fuerza débil. Estado de conciencia somnoliento con debilidad muscular motora.

En momentos de devastación acude a su esposa a quien le cuenta sus estados de ánimo.

Patrón 11. Valores-creencias.

Religión católica al igual que toda su familia por convicción, asisten a misa todos los Domingos, cuando sienten la necesidad rezan en casa en familia.

Enfermería Básica

En enfermería básica se proporciona atención que garantice el bienestar y confort al paciente, caracterizándose por la sensación de tranquilidad física y así mismo un bienestar corporal, sintiéndose el paciente aliviado y tranquilo, se ejecutan los cuidados que se realizan a través de varias técnicas y procedimientos donde valoramos las características sintomatológicas de la persona con una lesión infecciosa del Sistema Nervioso Central a partir de una condición de mayor a menor complejidad, además identificar que procedimientos podemos realizar por parte de enfermería para estabilizar al paciente que se encuentra con esta patología.

Talens y Casabona aportan que los cuidados básicos (2013) de enfermería deben entenderse como aquellas acciones/actividades generales y comunes que ejecutan las enfermeras sobre cualquier individuo que se encuentre ingresado en una unidad hospitalaria, Brindando atención que garantice el bienestar y confort del paciente, caracterizándose por la sensación de tranquilidad física, sintiéndose el paciente aliviado y tranquilo con independencia del problema de salud que motivó su ingreso. Son acciones para las que estar capacitadas por sus conocimientos técnicos y científicos de enfermería. (Tudela, 2016)

Farmacología

La farmacología es la técnica que estudia los fármacos en todos sus aspectos, es decir, de donde vienen, su preparación, sus propiedades físicas y químicas, sus contraindicaciones, etc. Para iniciar un tratamiento se debe empezar con antibióticos dependiendo de la valoración de exámenes de laboratorio y monitoreo constante con supervisión cercana. Si se da la situación como en esta patología, al observar un absceso a nivel cerebral puede ser drenado quirúrgicamente o aspiración por medio de aguja fina. Como tratamiento farmacológico para este paciente he mencionado algunos fármacos que se puede administrar.

El enfermero prepara, administra, detecta efectos

secundarios, educa a la población sobre el consumo racional de los fármacos e informa a los pacientes sobre los principales aspectos del medicamento que se deben conocer, teniendo una responsabilidad legal, pero sobre todo ética en el conocimiento de las acciones, indicaciones y contraindicaciones de estas sustancias, por lo que el conocimiento de la Farmacología dentro de este colectivo es fundamental. Es decir, el personal de Enfermería debe ser un educador e informador sobre el medicamento que administra o sobre el que va a auto administrarse el paciente. (González-Cuello, 2009)

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas

Teoría del modelo de promoción de la salud

Nola Pender

Esta teoría es la base para el estudio de cómo las personas tomaban decisiones sobre su propio cuidado de la salud en un contexto de enfermería, se amplía el MPS para abarcar las conductas que fomentan la salud, y se aplica de forma potencial a lo largo de toda la vida.

La capacidad predictiva del modelo para la promoción de la salud se basa en el estilo de vida, ejercicio físico, prácticas de nutrición, uso de protección auditiva y supresión de la exposición al humo del tabaco en el entorno. Las bases que Pender poseía en enfermería, en desarrollo humano, en psicología experimental y en educación la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y al aprendizaje de la teoría como bases para el MPS.

El Modelo de Promoción de la Salud, integra diversas teorías. La teoría del aprendizaje social que postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta es de gran importancia. La autoeficacia es una construcción central para el MPS. Además, el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana, que afirma que la conducta es racional y económica, es importante para el desarrollo del modelo. (Meléndez**, 2011)

Las teorías enfermeras brindaron la fundamentación para

superar la concepción de la atención de enfermería de oficio o trabajo artesanal con tareas de cuidados basadas en las intuiciones, tradiciones, creencias y sabiduría popular y entenderla como un conocimiento con basamento científico. La práctica conjugada con la teoría ascendió de conocimiento empírico, experiencial o vivencial a conocimiento científico, es decir le otorgó a la atención de enfermería los conceptos, definiciones y proposiciones para entender los fenómenos vinculados con la salud y enfermedad. (Chancay, 2018)

Ética y moral

a ética dentro de la rama de la enfermería instruye las razones de comportamientos en la práctica de la profesión, regular dichas conductas, motivaciones, cambios y transformaciones del tiempo y lo más importante los valores que se deben aplicar en el trabajo profesional de enfermería. Como principio ético es preservar la vida humana. La ética del cuidado enfatiza el valor de cada persona como ser único, que toma decisiones desde sus propios ideales, mitos y símbolos y desde su propia visión de la realidad; por lo tanto, la ética trata de alcanzar aquello que va más allá de los intereses particulares.

La ética de la enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones y los valores del ejercicio profesional, así como los cambios y las transformaciones a través del tiempo. Dentro de sus deberes fundamentales con los enfermos está el compromiso moral de preservar la vida humana, la ética se basa en el respeto a dos principios fundamentales: la vida y la autodeterminación de la persona. Los cuatro principios fundamentales de la enfermería son: Promover la salud, Prevenir las enfermedades, Restaurar la salud, Aliviar el sufrimiento. (Guillart, 2015)

Bibliografía

Ansari, P. (2021). Hemorroides . *MANUAL MSD*.

Bleila1, D. M. (2017). ABCESO CEREBRAL. *Dialnet*, 71-74.

- colaboradores, D. M. (2016). Cuidados básicos de enfermería. *Unidad predepartamental d'Infermería*, 25.
- Chancay, R. d. (2018). Fundamentos Teóricos y Prácticos de Enfermería. *MAWIL*, 105-106.
- González-Cuello, A. M. (2009). Farmacología en Enfermería, de Silvia Castells Molina y Margarita Hernández Pérez. Editorial Elsevier (2007), 2ª edic. 654 páginas. *SciELO*.
- I. Gastón, J. M. (2008). Infecciones del sistema nervioso central en urgencias. *Scielo* . KB
- Guillart, L. M. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *SciELO*.
- José, F. B. (2006). Hemorroides . *SciELO*.
- Meléndez**, L. G. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Unareflexión en torno a su comprensión. *Scielo*.
- Patiño1, N. M. (2006). Penicilina. *medigraphic*.
- Ruz, R. S. (2018). cuidados de enfermería en hemorroides . *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*.
- Tudela, D. M. (2016). Cuidados básicos de enfermería . *Unidad predepartamental d'Infermería*, 2

Hernia Discal

Román (2018), indica que la hernia discal:

Es la protrusión de esta hernia hacia el canal raquídeo, ya sea el anillo fibroso o el núcleo pulposo, origina compresión de las raíces nerviosas, lo que motiva manifestaciones clínicas de compresión radicular bastante típicas en dependencia de la ubicación topográfica, ocasionando limitaciones físicas por los daños neurológicos” (p. 13).

Etiología

Según Aso et al. (2010), “dentro de los 50 años en adelante se registran cambios en los componentes del disco, tanto en sus células, como en el colágeno, los proteoglicanos (el principal entre ellos es el aggrecan) y la matriz discal” (p. 20-22).

Los diferentes factores dentro de la etiología de la hernia discal Según Aso et al. (2010):

Genéticos: Los elementos genéticos vinculados a la degeneración discal estudiados hasta la fecha son múltiples. Entre ellos destacan el papel del colágeno (principalmente, afectación de colágeno II Y XI) y las mutaciones de sus genes, en especial del Col9a2 y Col9a3, así como de los receptores de vitamina D, el genmatrix metaloproteasa -3, otros como las interleucinas, citocinas y TNF.

Bioquímicos: Enzimas como la catépsina actúan disgregando la matriz del disco. También se ha comprobado un aumento de fibronectina, con

efectos nocivos para el agregan, cuyo metabolismo se resiente con la formación y la fragmentación de la fibronectina.

Metabólicos: Arteriosclerosis y calcificación aórtica con degeneración discal y lumbalgia. El disco es relativamente avascular y depende del aporte sanguíneo de los vasos de sus márgenes tanto para nutrirse como para eliminar sus desechos.

Mecánicos: Se podría decir, pues, que los factores mecánicos juegan un papel significativo en la degeneración discal. Sin embargo, recientes trabajos tienden a considerar que los factores mecánicos de entorno, entre ellos los sobreesfuerzos o cargas reiteradas, tienen, más bien, un papel modesto.

Psico-sociales: Hay factores psicológicos implicados. Así se ha citado que los pacientes con hernias de disco lumbar refieren altos niveles de estrés laboral y menos satisfacción. (p. 20-22)

Signos

Aso et al. (2010), nos indica los diferentes signos que se presentaran durante la hernia discal, como una “estructura amorfa del disco, presencia de fisuras discales, pérdida de intensidad de señal del disco en T2, rotura discal interna, presencia de fluido discal, cambios de vacío, calcificación dentro del disco intervertebral, colapso discal” (p. 23).

Síntomas

Según Aso et al. (2010), se presentan los siguientes síntomas “dolor en brazos o piernas, dolor cortante y agudo, falta de sensibilidad en los dedos, hipoestesia en el tronco, cefaleas, ortostasis, miastenia, alteración al miccionar y en la evacuación fecal” (p. 23).

Fisiopatología

La hernia discal se produce cuando se presenta una afección por un problema en el disco cartilaginoso. Según Villanueva (2018):

El envejecimiento del disco intervertebral produce un bajón en la elevación de la columna con una tendencia a la migración hacia atrás, hacia el canal medular, logrando comprimir las construcciones nerviosas. El disco intervertebral es una almohadilla o cojinete que amortigua los pesos y las cargas que aguanta la columna. Si pierde agua, si se deshidrata, pierde esta capacidad y esto produce una sobrecarga en las cartillas articulares de la columna, lo que es causa de dolor y envejecimiento prematuro de la misma (síndrome facetario). Esta pérdida de hidratación y composición del disco podría ser progresiva y se traduce en las conocidas protrusiones discales.

El disco se deshidrata, se aplasta, se abomba y al abombarse puede presionar algo en el canal medular, posibilitando el choque de las carillas articulares, que se hipertrofian y son causa de dolor la columna funciona como un acordeón; al estar toda la composición de la columna más aplastada se disminuye el espacio de los anillos de combinación, por donde salen las raíces nerviosas, por la cual es más simple que se compriman o irriten. En esta situación el mismo disco puede comprimir o irritar las construcciones nerviosas del canal medular, dando cuadros de dolor central (lumbalgia pura) o irradiado a las extremidades. Entre cada vertebra hay un disco, que es una especie de almohadilla, cuya función es amortiguar los cargos de los impactos, es una región de gran movilidad por lo que sus estructuras sufren un enorme desgaste con el deporte, el trabajo y las actividades de la vida diarias por eso las lesiones a este nivel son muy frecuentes. (p. 2-3)

Exámenes de laboratorio y de gabinete

Gálvez et al. (2017), nos indica el diagnóstico que se tomara en cuenta dentro de la valoración diferencial de Hernia Discal, son:

Tomografía computada: Se utiliza para visualizar una masa intrarraquídea extradural, adyacente e isodensa al disco intervertebral que ocupa en canal raquídeo o receso lateral desplazando el saco dural.

Resonancia magnética: Su apariencia es muy variable, se utilizan ondas de radio y un campo magnético fuerte para crear imágenes de las estructuras internas del cuerpo. Este examen se puede utilizar para confirmar la ubicación de la hernia de disco y para ver qué nervios están afectados frecuentemente se visualizan como lesiones de baja señal en las imágenes ponderadas en T2 comparadas con los discos intervertebrales, pero pueden ser isointensas o hiperintensas respecto del disco intervertebral lo cual dificulta su visualización en imágenes convencionales de resonancia magnética.

Inyección epidural de esteroides: Se inyectan esteroides en la espalda para reducir la inflamación local. Los estudios muestran que las inyecciones epidurales pueden tener éxito de entre un 42% - 56% de pacientes que no han tenido alivio con un tratamiento de seis semanas o más tiempo de otro tratamiento no quirúrgico.

TAC y mielograma es más sensible e invasivo ya que la tinta del mielograma debe ser inyectada en el canal espinal como parte del procedimiento.

Disco grama: sirve para confirmar el disco doloroso, para ello se va a inyectar un tinte radiográfico en el disco por que se considera que un paciente sufre dolor discal, si el tinte inyectado recrea el dolor normal. (p. 5-7)

Tratamiento Farmacológico en Hernia Discal

Administración de Dexketoprofeno (nombre comercial) dexketoprofeno (nombre genérico) PLM Latinoamérica (2022):

Es un analgésico, antiinflamatorio y antipirético perteneciente a la familia de los antiinflamatorios no esteroideos capacitado para aliviar el dolor de intensidad leve o moderada, tal como dolor musculoesquelético, dosis: 1 capsula de 25mg cada 6 a 8 horas, sin exceder la dosis diaria de 75mg, si es necesario administrar una segunda cápsula 1 hora después de la primera toma, se pueden presentar efectos adversos como náuseas, dolor abdominal, diarrea, cefalea o vomito. (dosis y vías de administración)

Administración de Bedoyecta, Bedoyecta Tri (nombre comercial) Tiamina, piridoxinay cianocobalamina (nombre genérico) PLM (2022):

Es un suplemento que contiene la asociación de complejo B y ginseng para mejorar el rendimiento físico y el desempeño, ya que incrementa la resistencia, mejora el estado del sistema inmunológico y combate el estrés biológico mejorando la vitalidad. Dosis: para la prevención de deficiencias vitamínicas se recomienda de 1 a 3 cápsulas diarias por vía oral. En el tratamiento de deficiencias se requieren de 3 a 6 cápsulas diarias repartidas en 3 tomas, teniendo en cuenta los eventos adversos que se pueden generar con dosis altas puede presentar trastornos gastrointestinales como náuseas, vomito y diarreas transitorias. (dosis y vías de administración)

Cuidados de enfermería en Hernia Discal

Pérdida del movimiento o sensibilidad en las extremidades

- Ayudar a mantener postura adecuada para reducir la presión sobre la espina dorsal y los discos, dándole a conocer la posición en la que debe conservar la espalda recta y alineada, en especial, cuando se encuentre sentado durante periodos prolongados.
- Aplicar de forma adecuada el plan estratégico de

ejercicios fisioterapéuticos para mejorar la rectificación lumbar, dando una adecuada orientación del sacro, mejorando la movilidad de anteversión y retroversión, fortaleciendo la musculatura a nivel abdominal y lumbar, así mismo realizar trabajos miofasciales.

- Recomendar actividades manuales de lectura para reducir las causas de estrés para afrontar limitaciones y cambios de estilo de vida
- Plan de ejercicios físicos, para el fortalecimiento de los músculos del tronco que estabiliza y sostiene la espina dorsal.
- Fomentar la ingesta de dieta hipograsas para un peso adecuado a su estatura, ya que el exceso de peso va a generar más presión sobre la espina dorsal y los discos, evitando de esta forma dificultades y controlar el proceso de la enfermedad.
- Garantizar espacios que favorezcan periodos alternativos de descanso y actividades, porque las necesidades básicas de satisfacción generan bienestar y confort.
- Guiar al paciente enseñándole la aplicación correcta de terapia de ejercicios de ambulación para evitar lesiones perjudiciales para su salud.
- Apoyar las necesidades de autocuidado que son en beneficio de su intimidad.
- Indicar como realizar los ejercicios de tonificación y estiramiento de la cadena muscular posterior, evitando la limitación de movimiento a nivel lumbar.
- Proporcionar información sobre la importancia de la fisioterapia realizando fichajes sobre el cuidado postural, poniendo énfasis en el ámbito laboral, posturas que demanden movimientos repetitivos y llevando un adecuado tratamiento fisioterapéutico.

Dolor crónico lumbar

- Colocar en posición de sims izquierda o derecha para aliviar la presión sobre la espina dorsal, indicándole una forma adecuada de dormir, en posición encorvada o posición fetal con una almohada entre las piernas, en caso de encontrarse en posición decúbito supino colocar una almohada o una toalla enrollada debajo de las rodillas.
- Administrar e indicar la dosis correcta que se debe aplicar de cada analgésico recetado, siguiendo las pautas marcadas de forma rigurosa por el médico tratante.
- Se pondrá en conocimiento a la persona sobre los posibles efectos adversos frecuentes de la medicación prescrita, con la finalidad de detectarlos y minimizarlos.
- Recomendar no realizar ejercicio durante la presencia de dolor, una vez menorados los dolores, puede volver a comenzar con su rutina lentamente en los días inmediatos anteriores o después de 2 a 3 semanas, según las indicaciones del fisioterapeuta.
- Recomendar una buena manipulación de levantamiento de cargas pesadas especialmente en el género masculino, siendo de manera segura y adecuada para evitar un dolor radicular, referido o muscular.
- Realizar ejercicios como yoga, masajes o el taichi para disminuir el estado de estrés que pueda provocar las manifestaciones de tensión muscular y lumbago.
- Se aplicarán antiinflamatorios tanto no esteroideos como los corticoesteroides, analgésicos y relajantes musculares, útiles en los periodos de reagudización del dolor.
- Recomendar reeducación de movimiento en las actividades de la vida diaria como, acostarse, levantarse de la cama, en actividades que se presenten fases del dolor.

- Aplicación de frío o calor ya que las bolsas de hielo reducen la velocidad de conducción de los impulsos dolorosos al cerebro y de los impulsos motores a los músculos. El calor estimula la síntesis de serotonina, lo cual contribuye a que la persona se sienta segura y a salvo manteniendo la calma en caso de presentar un dolor que se intensifique, se puede aplicarse en forma de paños o compresas calientes
- Explicación de posición en higiene postural mobiliario ergonómico en el puesto de trabajo, evitando flexionar la columna hacia delante y mantener los pesos pegados al cuerpo

Valoración Patrones funcionales de Marjory Gordon en Hernia discal

Patrón 1: Percepción – Manejo de la salud

Orientado en tiempo y espacio, presenta dolor lumbar agudo, percibe su salud como mala, debido al dolor el cual no le permite realizar sus actividades diarias, exterioriza un aspecto cansado, no bebe bebidas alcohólicas, no refiere intolerancia a ningún alimento, no fuma y no muestra alergias a ningún medicamento.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico

Presenta una mucosa semihúmeda, no presenta signos de deshidratación, presenta una coloración bucal amarillenta de piezas dentarias, refiere un peso de 65 kg, talla de 1.60m, con un índice de masa corporal de 25,39 kg/m, lo que indica que se encuentra en sobrepeso en referencia a su estatura, consume suplementos de vitamina B1- B6 y B12, los acompaña de un corticoide y calcio.

Patrón 3: Eliminación

Presenta patrones de micción y defecación normales, con padecimiento de infección urinaria por aseo inadecuado.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio

Presenta movilidad limitada, al caminar refiere un equilibrio inestable, muestra una marcha atáxica, nos manifiesta problemas para realizar las AVD, así como las

actividades de ocio y deportivas.

Patrón 5: Sueño – Descanso

Presenta sueño no reparador, levantándose de manera brusca debido a la presencia de dolor intenso como consecuencia su estado emocional está alterado, manifestando cansancio e irritabilidad durante el día.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptual

Manifiesta tristeza e irritabilidad, ya que existe una evidencia de déficit motor provocando dolor intenso y punzante en la zona lumbar que se va exacerbando al momento de realizar cualquier maniobra física, sin ánimo de relacionarse con las personas de su entorno.

Patrón 7: Autopercepción Auto Concepto

Manifiesta no sentirse a gusto consigo mismo, presentando rabia e impotencia al no poder realizar actividades de ocio, presenta poca interacción con sus compañeros de trabajo y la inconformidad por no poder realizar actividades recreativas junto a su familia.

Patrón 8: Rol Relaciones

Presenta pérdida de interés por actividades recreativas y un notable empobrecimiento en sus habilidades y funciones motoras, la familia se muestra preocupada por el problema de salud, procurando ayudarlo para mejorar en sus relaciones sociales, debido a que no le apetece salir.

Patrón 9: Sexualidad- Reproducción:

Manifiesta intranquilidad ante las relaciones sexuales, debido al dolor que siente ya que no le permite sentir satisfacción, presenta temor debido a que cada vez sus movimientos se van limitando de forma progresiva

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al Estrés:

Presenta capacidad y disposición para afrontar su enfermedad, pero refiere tener poca información sobre su situación y tratamientos para mejorar o mantener su padecimiento, lo cual le provoca impotencia y preocupación ya que su situación repercute en su trabajo y entorno

familiar debido al dolor intenso, generando en el frustración y desinterés.

Patrón 11: Valores – Creencias:

Se define como católico por tradición familiar, vive de acuerdo con su ética y valores, asiste a misa junto con su familia.

Enfermería Básica

Conocimiento científico y técnico el cual rige una disciplina académica y profesional, se da la aplicación de procedimientos y cuidados integrales que son la base disciplinar sobre el discernimiento de los profesionales de enfermería, desarrollando un pensamiento crítico reflexivo para ejercer su rol como profesionales enfatizan las relaciones humanas, para brindar ayuda e impartir conocimientos sobre el autocuidado, a través de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, tiene como objetivo ayudar al paciente de todas las edades, familia o comunidad, llevando a cabo el proceso de cuidado y ayuda que contribuyan a la salud y a su pronta recuperación, satisfaciendo necesidades básicas de las personas con el fin de salvar vidas.

En el libro de cuidados humano Watson (2022), nos expresa:

Nightingale tenía muy claro que la enfermería es un llamado, aquí estamos por una razón y también tenía muy claro que la enfermería es una práctica espiritual, porque estamos tocando la vida y el alma de otra persona; es muy preciado ofrecer ese cuidado a otra persona. (p. 10)

Por tanto, concuerdo con Nightingale, la aseveración del llamado a una profesión es algo indescriptible, asistir y dar la vida al cuidado de otras personas, satisface cuando el principio de compasión y entrega alivian el sufrimiento.

Farmacología

Es la ciencia que estudia la acción de los fármacos, mediante esta se evalúa la respuesta del cuerpo a los distintos medicamentos, se encuentra relacionada directamente con la práctica de enfermería, esencial para la

utilización terapéutica de los fármacos y propiedades químicas, abarcando el estudio de los medicamentos y la acción que generan al tratar o controlar una enfermedad brindando un alivio, siendo de suma importancia contar con el conocimiento adecuado de los fármacos, ya que de ello depende la salud e incluso la vida del paciente, pues a partir de este conocimiento, los profesionales llegarán a ser capaces de detectar reacciones adversas, interacciones medicamentosas y errores de medicación, garantizando así una administración eficaz y segura, permitiéndole orientar al paciente sobre el consumo de los mismos.

Importancia del conocimiento de la farmacología en el profesional de enfermería, Romero (2018), nos manifiesta que:

La farmacología médica, puede entonces definirse como la rama de las ciencias médicas que se ocupa del estudio de los fármacos que se utilizan para el diagnóstico, la prevención o el tratamiento de las enfermedades del ser humano. Más específico, puede definirse también, como la rama de las ciencias biomédicas que estudia; el origen y química de las drogas de utilidad en medicina, sus acciones farmacológicas, sus mecanismos de acción a nivel molecular o celular, la forma como las mismas pasan a través del organismo, sus efectos adversos y sus aplicaciones terapéuticas. (p. 96).

Mediante la fundamentación de Romero, coincido con la importancia que tiene el conocimiento científico por parte del profesional de enfermería, para brindarle al paciente un cuidado total, basándose en la aplicación de una serie de acciones señaladas y pensadas para cumplir con el objetivo de la enfermería para la identificación de las interacciones medicamentosas, errores de medicación y educando al paciente.

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado

Modelo de relación enfermero – paciente de Joyce Travelbee

Dentro de la cátedra de fundamentos teóricos y epistemológicas forman la base y las disposiciones del pensamiento enfermero al instante de actuar desde una perspectiva propia ya que nos proporcionan conocimiento, habilidades y técnicas, mediante las cuales se sustenta el cuidado integral de enfermería para paciente, familia y comunidad, que ven a la humanidad como el centro del cuidado integral, mediante la composición del conocimiento teórico científico y saber realizarlo, empleando como elementos básicos de la enfermería característicos de su área de conocimiento y su práctica.

El modelo de relación entre seres humanos propuestos en (1971) por Joyce Travelbee según Raile y Martha (2010) “era conceptual y escribió sobre las enfermedades, el sufrimiento, el dolor, la esperanza, la comunicación, la interacción, la empatía, la compasión, la transferencia y el uso terapéutico del propio yo” (p.61). Hace referencia a los pacientes como seres humanos que necesitan asistencia, ya que con contacto directo y una relación enfermera-paciente será posible proporcionarle los cuidados necesarios, el trabajar en esta relación les permitirá cumplir con el objetivo de la enfermería, el cual se basa en darsentido al sufrimiento del paciente y cubrir las necesidades que tanto el paciente como sus familiares presenten.

Su modelo se basa en la importancia que tienen las relaciones entre semejantes, ya que las relaciones interpersonales le permiten al profesional de salud, favorecer la relación terapéutica y así llegar a satisfacer las necesidades del paciente, brindándole cuidados de enfermería, en donde es de suma importancia que el profesional sea empático, compasivo y muestre interés, obteniendo establecer una relación de confianza y seguridad del paciente, su familia y las personas que se encuentren presentes, para de esa manera manifestar una buena comunicación la cual nos beneficia en la relación

mutua y nos contribuye con la función profesional de la enfermería.

Ética y Moral

Es un campo de conocimiento y práctica de la profesión la cual garantiza la calidad y la empatía en el desempeño de los profesionales, se fundamentan tanto en los valores morales, los cuales guían el comportamiento humano en la comunidad y también en las costumbres, normas y convenios que son establecidos para una buena convivencia entre personas o grupos con diferentes morales, teniendo como objetivo brindar cuidados mediante los valores y deberes, por ende el enfermero debe aplicar en su ejercicio profesional los principios bioéticos: Respeto a las personas, autonomía, justicia, beneficencia y no hacer daño, como una base para guiar sus acciones de manera adecuada.

Valores éticos, estéticos y sociales del libro cuidados humanos, Leyva (2018), nos manifiesta:

El cuidado de Enfermería ha sido identificado como objeto de estudio y eje del ejercicio profesional, siendo éste intencional, interpersonal e intransferible, como lo plantea Colliere cuando expresa: “El cuidado humano en Enfermería no es por tanto una simple emoción, preocupación, o un deseo bondadoso. Cuidar es el ideal moral de Enfermería, el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano implica valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento y acciones de cuidado” (p. 23)

Conuerdo con la opinión de Leyva, puesto que la ética en la enfermería trata directamente con la identidad de las personas, concentrándose en el código de los valores denominados principios, exigiéndoles un mayor apego a actitudes éticas y humanitarias que aseguren la calidad en la atención de enfermería y velen por la idoneidad de las personas, por tanto, se requiere de un sistema educativo de alto nivel, para una formación de profesionales sólida.

Insuficiencia Cardíaca Congestiva

Pereira et al. (2016) plantea que la insuficiencia cardíaca congestiva:

Se produce cuando el corazón es incapaz de aportar sangre de acuerdo a los requerimientos metabólicos periféricos. Esto produce que la sangre y los líquidos se acumulen en los pulmones, hígado y otros órganos, de modo que el corazón tiene que esforzarse más para bombear sangre al resto del cuerpo. (pp. 58-59)

Etiología

Montesinos et al. (2004) afirma lo siguiente:

la insuficiencia cardíaca congestiva se produce cuando el miocardio no bombea eficazmente sangre, produciendo una congestión en la circulación del cuerpo. Cualquier estado que comprometa el funcionamiento cardíaco puede provocar insuficiencia cardíaca congestiva, la cual constituye una importante complicación de una cardiopatía en la población anciana y su prevalencia aumenta con la edad. (p. 23)

Signos

Según Pereira JE, et al. (2016) se presentan signos como el “aumento de la volemia y del natural, hiperactividad del sistema renina- angiotensina- aldosterona, aumento de las presiones venocapilares pulmonares y sistémicas, hiperactividad sistemática, limitación y retribución del gasto cardíaco” (p. 62).

Síntomas

Pereira JE, et al. (2016) nos manifiesta los síntomas que se presentan dentro de la ICC se da la presencia de “facultad de Disnea progresiva, Ortopnea, tos de decúbito, disnea paroxística nocturna, la hepatomegalia, ingurgitación yugular, ascitis, edemas”

Fisiopatología

Fisiopatológicamente Expósito et al. (2001) indican que:

La ICC puede ser valorada como un proceso en el cual un daño

miocárdico inicial causa pérdida de miocitos, ya sea por sobrecarga de trabajo, como en la HTA o valvulopatías, o por pérdida de fibras miocárdicas segmentarias, como en el IMA, o difusas como en las miocardiopatías. Esto provocaría una sobrecarga de trabajo secundaria al resto de las fibras, lo que desencadenaría en la célula un aumento en la expresión de genes fetales. Estos son los encargados de codificar la síntesis de proteínas, por ejemplo, péptidos natriuréticos y proteínas contráctiles dispuestos o ensamblados en serie, esto da lugar a cambios fenotípicos como incremento en el grosor y/o la longitud del miocito, lo cual origina hipertrofia y dilatación ventricular. Este proceso es conocido como remodelado ventricular que, al inicio, es útil al tratar de realizar un trabajo en la parte óptima de la curva de Frank-Starling.

Esta sobrecarga de trabajo provocaría mayor pérdida de miocitos en un período más o menos prolongado (según la causa o la severidad del daño) durante el cual, el individuo que se encuentra asintomático, en realidad tiene elementos de disfunción ventricular, esto puede durar años y ser desencadenado o no por factores agravantes (que serán examinados posteriormente) tiene períodos de agravamiento dados por retención de líquidos (edemas) y bajo gasto cardíaco (disnea, fatiga); esto puede resolverse, pero el paciente se ajusta a un nivel más bajo de trabajo ventricular. (p. 197)

Exámenes de laboratorio y de gabinete

Segovia (2004), nos indica la analítica sistemática que el paciente con IC tomara en cuenta dentro de la valoración, son:

Hemograma para la detección de anemia como factor precipitante, función renal y electrolitos séricos, que pueden alterarse tanto por el tratamiento de la IC (diuréticos) como en casos severos con hipoperfusión renal, lo que es signo de mal pronóstico, transaminasas, bilirrubina y parámetros de coagulación (alterados en la isquemia o congestión hepática).

Glucemia y colesterol para el cribado de los factores de

riesgo cardiovascular, hormonas tiroideas, pues tanto el hipertiroidismo como el hipotiroidismo pueden causar IC. Análisis elemental de orina que descarte proteinuria, glucosuria o nefropatías. En situaciones especiales está justificada la determinación de los valores plasmáticos de ciertos fármacos (como la digoxina, si existe sospecha de intoxicación o infra dosificación) y lagasometría arterial en pacientes con edema agudo de pulmón.

El electrocardiograma (ECG), permite detectar alteraciones de la frecuencia cardíaca (la taquicardia se asocia a un peor pronóstico), del ritmo (fibrilación auricular) y de la conducción (los pacientes con bloqueo de rama izquierda tienen peor función sistólica y peor pronóstico). También pueden detectarse hipertrofia, ondas Q (que apoyan el origen isquémico de la IC) y alteraciones de la repolarización por sobrecarga, trastornos electrolíticos, efectos farmacológicos o isquemia renal y electrolitos séricos, que pueden alterarse tanto por el tratamiento de la IC (diuréticos) como en casos severos con hipoperfusión renal, lo que es signo de mal pronóstico, transaminasas, bilirrubina y parámetros de coagulación (alterados en la isquemia o congestión hepática).

Glucemia y colesterol para el cribado de los factores de riesgo cardiovascular, hormonas tiroideas, pues tanto el hipertiroidismo como el hipotiroidismo pueden causar IC. Análisis elemental de orina que descarte proteinuria, glucosuria o nefropatías. En situaciones especiales está justificada la determinación de los valores plasmáticos de ciertos fármacos (como la digoxina, si existe sospecha de intoxicación o infra dosificación) y lagasometría arterial en pacientes con edema agudo de pulmón.

El electrocardiograma (ECG), permite detectar alteraciones de la frecuencia cardíaca (la taquicardia se asocia a un peor pronóstico), del ritmo (fibrilación auricular) y de la conducción (los pacientes con bloqueo de rama izquierda tienen peor función sistólica y peor pronóstico). También pueden detectarse hipertrofia, ondas Q (que apoyan el origen isquémico de la IC) y alteraciones de la repolarización por sobrecarga, trastornos electrolíticos,

efectos farmacológicos o isquemia.

La radiografía de tórax puede ser normal o lo que es más habitual, mostrar cardiomegalia, así como signos de congestión pulmonar (hipertensión venocapilar, edema intersticial, peribronquial, perivascular y alveolar, dilatación de elementos vasculares) o derrame pleural.

Es importante tener en cuenta que la presencia e intensidad de los hallazgos radiológicos dependen de la duración y la gravedad de la IC28. Así, la ausencia de cardiomegalia con datos muy floridos de Insuficiencia Cardíaca izquierda es sugestiva de un proceso agudo, mientras que, en los pacientes crónicos, los signos de congestión pulmonar pueden estar ausentes, aunque tengan síntomas típicos como disnea y ortopnea. La repetición de la radiografía de tórax es muy útil para valorar la evolución del cuadro. (pp. 91-92-93)

Bibliografía

- Aso Escario , J., Martínez Quiñones , J., Consolini, F., Domínguez, M., & Arregui, R. (2010). Hernia discal traumática. Implicaciones médico-legales. *Scielo* , 19-30.
- Cesar, U. P. (2018). *REFLEXIONES DE CUIDADO HUMANO*. Colombia : Universidad Popular del Cesar.
- García, R. (27 de Abril de 2014). *Hernia discal lumbar: Patología degenerativa de columna vertebral*. neurorgs.net:
<https://neurorgs.net/docencia/pregraduados/hernia-discal-lumbar-patologia-degenerativa-de-columna-vertebral/#:~:text=Hernia%20discal%20significa%20salida%20del,los%2020%20y%2060%20a%C3%B1os>
- Katia Hechavarría, K., Ibarbia Carreras, M., Planas Montalvo, E., Martínez Lara, T., & Suárez Guevara, P. Y. (2021). Plan de cuidados de Enfermería para pacientes operados de Hernia Discal Lumbar en el CCOI Frank País. *Dialnet* , 2-9.

- Nieto Montesinos, M., García Fernández , Y., & Atrio Padrón, M. (2004). Se produce cuando el corazón no es capaz de bombear la sangre de manera eficaz. Esto produce que la sangre y los líquidos se acumulen en los pulmones, hígado y otros órganos, de modo que el corazón tiene que esforzarse más para bombear sangre al resto del. *Dialet* , 23-25.
- Pereira-Rodriguez, J., Rincón Gonzales , G., & Niño Serrato, D. (2016). Insuficiencia cardíaca: Aspectos básicos de una epidemia en aumento. *CorSalud*, 58-70.
- PLM Latinoamérica. (2022). *medicamentosplm*. PLM Restaurando la Salud a través del Conocimiento: https://www.medicamentosplm.com/cad/Home/productos/dexketoprofeno_c%C3%A1psulas/1380/101/66095/14
- Raile Martha y Marriner Ann. (2010). *Modelos y teorías en enfermería*. España: EdieDe, S.L. [file:///D:/USUARIO/Nueva%20carpeta/file%20\(2\).pdf](file:///D:/USUARIO/Nueva%20carpeta/file%20(2).pdf)
- Román Zumaeta, R. J. (2018). *repositorio.unfv.edu*. HERNÍA DE NÚCLEO PULPOSO DE COLUMNA LUMBOSACRA DE:
<http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2199/Rom%C3%A1n%20Zumaeta%20Richard%20Juan.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20hernia%20del%20disco%20es,dependencia%20de%20la%20ubicaci%C3%B3n%20topogr%C3%A1fica>.
- Romero Vimonte, K. (2018). El conocimiento de la Farmacología en el profesional de enfermería. *Enfermería Investiga* , 96.
- Segovia Cubero , J., Alonso- Pulpón Rivera , L., Pereira Moral, R., & Silva Melchor , L. (2004).
- Etiología y evaluación diagnóstica en la insuficiencia cardíaca. *revista española de cardiología* , 250-259.

Ictus

Patología de Ictus, según García (2018) menciona:

Enfermedad cerebrovascular. Síndrome que incluye un grupo de enfermedades heterogéneas con un punto en común: alteración en la vasculatura del sistema nervioso central, produce desequilibrio entre el aporte de oxígeno y los requerimientos de oxígeno, cuya consecuencia es disfunción focal del tejido cerebral. El accidente cerebrovascular (ACV), por otra parte, se refiere a la naturaleza de la lesión, y se clasifica en dos grandes grupos: isquémico y hemorrágico.

El ACV isquémico agudo se genera por oclusión de un vaso arterial e implica daños permanentes por isquemia; no obstante, si la oclusión es transitoria y se autorresuelve, se presentarán manifestaciones momentáneas, lo cual haría referencia a un ataque isquémico transitorio, que se define como un episodio de déficit neurológico focal por isquemia cerebral, de menos de 60 minutos de duración, completa resolución posterior, y sin cambios en las neuroimágenes. (p. 2)

Etiología

Etiología según García (2018) dice:

Existen 5 categorías etiológicas del ACV según la escala de TOAST, y su categorización ha probado ser benéfica al optimizar el tratamiento específico de cada paciente.

Enfermedad aterotrombótica aterosclerótica de gran vaso: la isquemia es generalmente de tamaño medio o grande, de topografía cortical o subcortical y localización vertebrobasilar o carotídea. Debe cumplir uno de los dos criterios:

Aterosclerosis con estenosis: estenosis > 50% de diámetro luminal u oclusión de la arteria extra craneal correspondiente o de la arteria intracraneal de gran calibre.

Aterosclerosis sin estenosis: estenosis < 50% en ausencia de otra etiología y con al menos dos de los siguientes factores de riesgo: > 50 años, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia o tabaquismo.

Cardioembolismo: isquemia de tamaño medio o grande, de topografía cortical en la que existe alguna cardiopatía de características embolígenas.

Enfermedad oclusiva de pequeño vaso infarto lacunar: isquemia de pequeño tamaño < 1,5 cm de diámetro en el territorio de una arteria perforante cerebral que puede ocasionar un síndrome lacunar.

Otras causas: isquemia de tamaño variable de localización cortical o subcortical, en territorio carotídeo o vertebrobasilar, en un paciente en el que se han descartado las tres anteriores. Se puede producir por enfermedades sistémicas, alteraciones metabólicas, alteraciones de la coagulación, disección arterial, displasia fibromuscular, migraña, malformación arteriovenosa, etc.

De origen indeterminado: por estudio incompleto, por más de una etiología o por origen desconocido y estudio completo (p. 5).

Signos y Síntomas

Hemiparesia, disartria, parestesia, amaurosis fugaz, cefalea.

Fisiopatología

En materia fisiopatológica, García (2018) menciona:

El flujo sanguíneo cerebral (FSC) está determinado por la resistencia vascular cerebral, directamente relacionada con su diámetro. Es el proceso por medio del cual el FSC se mantiene constante a pesar de variaciones en la presión de perfusión. El mantenimiento del FSC ocurre dentro de un rango de presión arterial media de 60 a 150 mm Hg. Fuera de este rango, el cerebro no puede compensar los cambios en la presión de perfusión, ya que aumenta el riesgo de isquemia a bajas presiones y edema a altas presiones.

El ACV isquémico disminuye el FSC y la presión de perfusión cerebral. En el estadio I, el FSC se mantiene constante gracias a la dilatación máxima de arterias y arteriolas, lo que produce un aumento compensatorio en el volumen sanguíneo cerebral. En el estadio II, cuando se agota la vasodilatación máxima, la fracción de extracción de

oxígeno se incrementa para mantener la oxigenación y el metabolismo del tejido cerebral. En el estadio III, cuando en el núcleo isquémico se supera el rango autorregulatorio disminuye el volumen y el FSC hasta que la circulación colateral falla, ocasionando apoptosis. (p.3)

Exámenes de laboratorio y gabinete

Valoraciones, según García (2018) menciona:

El diagnóstico del ACV isquémico agudo es clínico y los estudios imagenológicos se realizan con el fin de detectar hemorragia, evaluar el grado de lesión e identificar el territorio vascular afectado.

La tomografía axial computarizada (TAC) cerebral simple es la imagen recomendada por la Asociación Americana del Corazón (AHA) para la evaluación inicial y toma de decisiones sobre el manejo del paciente con sospecha de ACV, ya que la TAC es ampliamente disponible, tiene una alta sensibilidad y es relativamente rápida (p. 6)

Tratamiento Farmacológico

Fernández (2015) menciona:

Relajantes musculares de acción central.

Baclofeno

Nombre Genérico: Baclofeno

Nombre comercial: Lioresal, Lioresal intratecal, Baclofeno Sun.

Efecto Adverso: mareo, debilidad, confusión, dolor de cabeza, náuseas, estreñimiento, dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido.

Dosis: Vía oral: 0,75-2 mg/kg/día. El tratamiento debe iniciarse normalmente a dosis muy bajas (aproximadamente 0,3 mg/kg/día), preferiblemente dividido en 2 tomas.

Tizanidina

Nombre Genérico: Tizanidina

Nombre comercial: Sirdalud

Efecto Adverso: Mareo, vértigo y desmayos si se levanta demasiado rápido después de estar acostado.

Dosis: Niños >12 años: dosificación similar al adulto iniciándose con 4 mg/día en 2 tomas (dosis máxima: 36 mg/día). En adultos es necesario reducir la dosis gradualmente cuando se va a interrumpir el tratamiento.

Amitriptilina.

Nombre Genérico: Amitriptilina.

Nombre comercial: Deprelío, Typtizol.

Efectos adversos: Náuseas, vómitos, somnolencia, debilidad o cansancio, dolores de cabeza, sequedad en la boca.

Dosis: Adultos ambulatorios: generalmente 75 mg /día en dosis divididas. Si es necesario, aumentar hasta 150 mg /día.

Warfarina

Nombre Genérico: Warfarina

Nombre comercial: Coumadin

Efectos adversos: Orina de color rojo o marrón, Heces oscuras o con sangre, Dolores de cabeza o de estómago intensos.

Dosis: 2 a 5 mg de warfarina al día.

Cuidados de Enfermería

Trastorno de la marcha

Tropezar o perder el equilibrio, también puede tener una persona mareos o pérdida de coordinación.

- Valor estático normofisiológico de postura, equilibrio y movimiento, para crear la estabilidad precisa que permitan realizar los movimientos de la cara, la cabeza, miembros superiores e inferiores y la locomoción.

- Realizar examen neurológico (Escala del Coma de Glasgow y valoración de reflejos), para valorar el funcionamiento del sistema nervioso.
- Valorar, controlar y registrar constantes vitales. – Tipo de respiración, Presión arterial media, permite identificar las alteraciones potenciales y reales.
- Utilizar sonda nelaton para evacuar vejiga en caso de globo vesical, para aliviar el dolor.
- Colocar sonda Foley con bolsa recolectora, si presenta vejiga con ausencia de relación y contracción.
- Medir con oximetría la hemoglobina circulante, permite saber el nivel de hemoglobina en la sangre.
- Valor constantemente el estado de conciencia (tiempo espacio y persona), lo que nos permite reconocer si se encuentran activas las funciones neurocognitivas superiores.
- Asistir con la dieta, considerando función de masticación, deglución, metabolismo y excreción.
- Aplicar medidas de confort y bienestar, para intervenir en su estado emocional.
- Brindar información sobre el uso de ayuda ortopédica, para ayudar a mejorar su movilización.

Trastornos de la comunicación

El paciente que ha sufrido ictus puede mostrar alteraciones del lenguaje, denominadas afasias, o alteraciones del habla.

Según, Cosío (2021) dice:

- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
- Percibir en los pacientes la aparición de frustración, ira, depresión u otras respuestas a la alteración de las capacidades del habla.

- Identificar las conductas emocionales y físicas, cómo formas de comunicación.
- Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada ya sea por tableta de escritura, tabla de comunicación con imágenes y letras, señales con la mano u otros gestos.
- Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente tales como: situarse frente a él al hablar, escuchar con atención, hablar despacio, pero evitando gritar, usar comunicación escrita o solicitar la ayuda de la familia para comprender el habla del paciente.
- Repetir lo que dice, para asegurar la precisión.
- Evitar frustrar con demandas que superen su capacidad
- Utilizar gestos/objetos, para aumentar la comprensión de las comunicaciones verbales.
- Modular los estímulos sensoriales humanos y ambientales, según la necesidad del paciente.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira y aceptación de las fases del sentimiento de pena. (p. 2)

Valoración de patrones funcionales

Patrón 1: Percepción – manejo de la salud.

Masculino con 84 años de edad, con patología Ictus, presenta dificultad desde los 18 años de edad. Orientado en tiempo espacio y persona.

Patrón 2: Nutricional- metabolismo.

Peso= 65 kg

Talla= 165 cm

IMC= 23,89 Normapeso

Independencia total al recibir alimentos, no existen alteraciones bucales, ni alteraciones metabólicas.

Tiene un nivel normal de conciencia mismos que le permiten concentrarse en el proceso de comer de forma eficaz y sin riesgo.

Patrón 3: Eliminación

Controla esfínteres. Eupneico. El cual mantiene un rango de saturación de oxígeno (96%)

Patrón 4: Actividad y ejercicio

Se observa al paciente con capacidad poco normal y poca marcha, con cierta inmovilidad de su extremidad inferior derecha.

Incapacidad para ejecutar actividades básicas de la vida diaria. Actividad y ejercicio limitado en marcha, fuerza, tono y equilibrio.

Patrón 5: Sueño-descanso

Intervalo de 8 horas de sueño y de 10 a 15 minutos de descanso.

Patrón 6: Percepción y cognitivo

Liberó tensiones en el consumo de alcohol. Su estado de concentración y memoria es bueno.

Patrón 7: Autopercepción y auto-concepto

Persona sencilla, se siente a gusto consigo mismo. Comenta que se han producido cambios en su cuerpo de la hemiparesia derecha. Cuando no consigue hacer las por sí mismo se siente triste, pero nuevamente lo intenta ya que es una persona persistente.

Patrón 8: Rol- relaciones.

Rol de padre. Vive con su hijo y nuera, nietos y esposa quienes están pendientes de él. Mantiene una buena comunicación con su familia, se siente satisfecho en su entorno. Tiene 3 hijos los cuales no fueron planificados, pero mantenía cuidados íntimos con su esposa.

Patrón 9: Sexualidad y reproducción

No se aborda por mitos y creencias.

Patrón 10: Afrontamiento- tolerancia des estrés

Su esposa refiere que su esposo en cierto punto encontraba refugio de sus problemas malos en el alcohol; hace más de 18 años atrás ya no procede a refugiarse en el mismo.

Patrón 11: Valores- creencias

Católico de tradición y convicción, el cual lo practica hasta la actualidad.

Apraxia del habla

Apraxia del habla, Blasco (2006) menciona:

Incapacidad para ejecutar y reconocer una secuencia de movimientos complejos aprendidos previamente en ausencia de factores motores o psíquicos; a causa de una lesión cerebral. Clasificación de apraxia; motora, oral no verbal, del habla. Habituales en logopedia.

Es la alteración articulatoria que afecta a la capacidad de programar la posición de los músculos bucofonatorios implicados en la producción voluntaria de fonemas. El interés por estudio de la patología radica en su baja incidencia, su complejidad y comorbilidad con la afasia y su poco esperanzador pronóstico. (p.1)

Etiología

Causas de la patología, Blasco (2006) menciona:

La apraxia es consecuencia de un daño producido en el hemisferio cerebral izquierdo, por ello, puede coexistir con la afasia, pero no están necesariamente correlacionadas. Debido a esto, se necesitará evaluar de forma independiente cada patología.

Existe una gran variedad de apraxias. A continuación, se citan unos ejemplos:

Apraxia Constructiva: Incapacidad para construir figuras con un orden espacial.

Apraxia Motora: Incapacidad para llevar a cabo los movimientos planeados o para manejar objetos pequeños aun conociendo el uso adecuado de éstos. Se produce como:

Apraxia oral no verbal: Incapacidad de producir eficiente e inmediatamente movimientos orales en respuesta a una orden verbal o la imitación verbal con capacidad conservada para producir semiautomáticamente acciones similares. Afecta a los movimientos de las estructuras respiratorias y bucales. La mayoría de los pacientes que presentan este tipo de apraxia experimentan mayor dificultad en la ejecución de los gestos respiratorios transitivos (P. ej: oler una flor) que en la de los gestos no respiratorios intransitivos (P. ej: sonreír). Apraxia del habla: Alteración en la programación de los movimientos complejos, coordinados y secuenciales utilizados para la producción del habla en ausencia de una parálisis o lesión que impida el movimiento (p.2 - 3)

Signos y Síntomas

Entre los síntomas Instituto Nacional de Trastornos de la Comunicación (2017) dice:

Distorsión de los sonidos. Las personas con apraxia del habla pueden tener dificultad para pronunciar las palabras correctamente. A menudo los sonidos, especialmente las vocales, les salen distorsionados. Ya que la persona no puede colocar en el lugar correcto las partes del cuerpo necesarias para el habla (por ejemplo, la lengua o la mandíbula), el sonido sale mal. Las palabras más largas o más complejas son generalmente más difíciles de decir que las palabras más cortas o más simples. También se pueden ver sustituciones de sonidos cuando la apraxia del habla viene acompañada de afasia.

Errores incoherentes en el habla. Por ejemplo, la persona con apraxia puede decir correctamente una palabra difícil, pero luego tener problemas para repetirla, o puede ser capaz de pronunciar un sonido un día, pero tener problemas con el mismo sonido al día siguiente.

Titubeo al buscar los sonidos correctos. Las personas con apraxia del habla a menudo parecen estar buscando el sonido exacto o la palabra correcta, y pueden tratar de decir una palabra varias veces antes de decirla correctamente.

Errores en la entonación, la acentuación o el ritmo.

Otra característica común de la apraxia del habla es el uso incorrecto de la prosodia. La prosodia es el ritmo y la inflexión que usamos al hablar para ayudarnos a expresar el significado. Una persona que tiene problemas con la prosodia podría usar el mismo énfasis o acentuación en las palabras, dividir una palabra en sus sílabas, omitir sílabas en las palabras y frases, o hacer pausas inadecuadas mientras habla. (p. 2)

Fisiopatología:

En materia Fisiopatológica de la enfermedad (Heilman KM et al. 1997) menciona:

Errores de producción: reflejan la alteración en los sistemas de producción. Estos se han dividido a su vez en errores espaciales (postural, de movimiento y de orientación) y temporales. Los errores espaciales hacen mención a la dificultad que presentan algunos pacientes para ejecutar un gesto transitivo en el que utilizan una parte del cuerpo como objeto (por ejemplo, los dedos como la representación de unas tijeras). Los errores espaciales de movimiento son aquellos en los que los pacientes ejecutan la esencia del movimiento requerido, aunque de forma defectuosa. Los errores espaciales de orientación describen defectos al orientar una determinada herramienta respecto del objeto sobre el que debe utilizarse. Los errores temporales se manifiestan por un especial retraso en el inicio de la tarea solicitada, o por una interrupción múltiple de su ejecución.

Errores de contenido: implican un defecto en la selección. Los pacientes presentan dificultad en realizar o relacionar las acciones correspondientes a una determinada herramienta u objeto. Se dividen a su vez en defectos en el reconocimiento asociativo y en el mecánico. Los primeros hacen referencia a dos aspectos, el conocimiento de la acción de una determinada herramienta y el conocimiento de la asociación de una determinada herramienta con el objeto al que normalmente se asocia. Los defectos de contenido en el conocimiento mecánico hacen referencia a la dificultad que muestran los pacientes en concebir la ventaja esencial que aporta una determinada herramienta o

en la posibilidad de elaborar o fabricar una herramienta para un fin determinado. (p .4-5)

Exámenes de laboratorio y gabinete

Entre la valoración (Fernández et al. 2018) menciona:

Las pruebas urgentes sirven para diagnosticar el ictus y distinguir entre infarto y hemorragia. El objetivo es dirigir el tratamiento inicial para limitar las secuelas. Las herramientas principales para el diagnóstico urgente del Ictus son las técnicas de neuroimágenes, como la tomografía computarizada (o TC craneal), o la resonancia magnética (o RM craneal).

La realización de pruebas para visualizar de forma directa los vasos sanguíneos, como la angiografía por tomografía computarizada (angio-TC). Una angiografía ofrece una imagen detallada del flujo de los vasos sanguíneos del organismo. En el caso de una angio-TC cerebral permite la localización de la oclusión o comprobar si la sangre llega de forma eficaz a todas las áreas del cerebro. (p. 4 -7)

Enfermería básica

La articulación dinámica de la enfermería básica, radica en orientar a la persona sana o enferma con adecuados niveles de cuidados y confort, siendo así la atención de cuidado de la persona con Ictus, permite la interrelación de pautas generadas para aliviar el dolor, minimizar el sufrimiento y garantizar el nivel de recuperación para dinamizar la curación. Además, en pacientes con ictus se valora características sintomatológicas ya sean de mayor o menor complejidad, de tal manera que pueda actuar con inmediatez ante una complicación. Implicando una participación activa en el mantenimiento y recuperación de la salud.

Relacionando la premisa anterior Zaronadona refiere (2019) “desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el cuidado de las personas que presentan un ictus es esencial en la formación de futuros profesionales de enfermería”.

Concluyendo con el estudio sobre los cuidados de enfermería en pacientes con discapacidad nos indica que al valorar las características sintomatológicas debe ser valoradas con conocimientos, habilidades y actitudes.

Farmacología

En enfermería es una parte muy importante de tal manera que constituye un pilar esencial, misma que consiste en la utilización terapéutica de los fármacos. Permite preparar, dosificar, administrar, detectar efectos secundarios, conocer en qué casos y a que pacientes van destinados los diferentes grupos de fármacos, sus indicaciones, contraindicaciones, la forma de administración, aspectos principales de los medicamentos que se deben conocer; de tal manera que la farmacología en este espacio colectivo es fundamental, brindando los cuidados necesarios, evitando iatrogenia.

Según Moreno, (2018) menciona:

El profesional de enfermería juega un importante papel, si toma en consideración aspectos farmacológicos que se encuentran estrechamente vinculados. La seguridad del medicamento no puede ser un proyecto a largo plazo, ha de ser un desafío constante de cada uno de los profesionales que toca con sus manos el medicamento con el objetivo de mejorar la salud de los pacientes.

Los enfermeros tienen a su cargo una gran diversidad de funciones y tareas, sin embargo, la administración de fármacos forma parte de su haber día tras día por lo que el conocimiento de esta rama es fundamental, además de que, en dicha labor, enfrenta un riesgo legal permanente, relacionado con errores en la práctica, dada la responsabilidad y frecuencia con que se realiza. (p. 95 - 96)

Asegurando que la farmacología es una rama fundamental en los profesionales de la salud, por ello la farmacología tiene como objetivo el mejoramiento, recuperación de la salud de los pacientes.

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas

Pamela Reed – Teoría de la autotrascendencia

Sosa (2021) dice que:

Las teorías de enfermería bajo el enfoque humanista han destacado la importancia de cuidar a la persona en todas sus dimensiones. En general, algunos investigadores han observado mayoritariamente casos directamente centrados en lo corporal, bordando aspectos sociales, psicológicos, espiritualidad.

La valorización minimizada obedece a elementos contextuales y culturales disciplinares, por ejemplo; falta de desarrollo de competencias para el cuidado espiritual en dos esferas: formativas y profesionales. Sin embargo, se torna necesario abordar el cuidado de la espiritualidad por su significado para la persona adulta mayor.

El aumento de la población mundial de adultos mayores permite reconocer la importancia del cuidado en toda la población. De acuerdo con las características de la vejez, se muestra un aumento en la necesidad espiritual, ya que las personas suelen acercarse más a esta esfera durante el proceso de envejecimiento. Por ello, los cuidados deben enfocarse en todos los aspectos de la persona, tanto biológicos, psicológicos y sociales como espirituales. (p. 3)

La implementación de teorías permite al personal de enfermería fundamentar, implementar y sostener argumentos desarrollados a lo largo de la práctica profesional, necesarios en la base metodológica-percepción del actuar enfermero, desarrollando conciencia del pensamiento enfermero desde perspectivas propias. Las teorías son conceptos, relacionados entre sí, - salud, persona, entorno. Cuidados de enfermería-, generalidades metaparadigmáticas; para implementar prácticas satisfactorias de las necesidades humanas.

En la teoría de la autotrascendencia Reed (2003):

Emplea la definición que es una fluctuación que el sujeto percibe en los límites que hacen que la persona se extienda más allá de los puntos que tenía en ese momento. Esta

fluctuación es multidimensional; es decir hacia fuera con el entorno, hacían dentro con una mayor conciencia de los propios puntos de vista ya sean valores o ideales y temporalmente mediante la interacción del pasado y el futuro de tal forma que el presente quede ampliado y reforzado. (p. 620)

Concluyendo que los fundamentos teóricos actúan bajo un enfoque humanista, con el que pueda intervenir el actuar enfermero, lo que permitirá satisfacer las necesidades de las personas en todas sus dimensiones.

Ética y moral

El componente de ética y moral cumple un rol fundamental en la práctica profesional y fisiológica del personal de enfermería, dotando de principios que sirven como bases donde se puede fundamentar el actuar del personal de salud. Dichos principios son; no maleficencia que se basa en el acto de no ejercer daño intencional en el paciente; Beneficencia cuyo objetivo es mejorar las condiciones de vida del paciente enfocándose en el bienestar del enfermo; Justicia quien se enfoca en el trato justo, aplicando la igualdad en todos los pacientes, sin distinguir su raza, etnia, creencias religiosas o ideologías políticas. Este conjunto de principios metódicos ajusta conductas, valores y motivaciones que permiten el desenvolvimiento correcto de la enfermera.

Relacionando la premisa anterior Escobar & Cid (2018) menciona:

“Los profesionales de enfermería están expuestos a enfrentar conflictos de carácter ético debido a las responsabilidades propias asociadas al cuidado de las personas y al hecho de trabajar en un ámbito de salud cada vez más tecnificado y complejo”.

Concluyendo que la ética y la moral son las bases fundamentales para los profesionales de salud, ya que nos proporcionan los principios éticos primordiales que nos sirven para poder actuar de una manera correcta y profesional ante las situaciones que en el ámbito laboral se nos presente.

Bibliografía

- Apraxia del habla. (2017, 31 octubre). NIDCD.
<https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/apraxia-speech>
- Bases neurobiológicas de las apraxias | NeuroWikia. (2011). NEUROWIKIA.
<http://www.neurowikia.es/content/bases-neurobiologicas-de-las-apraxias>
- Cosío, C. (2021, 17 febrero). Plan de cuidados de enfermería en deterioro de la comunicación verbal por ictus isquémico. Caso clínico. Revista Electrónica de Portales Medicos.com. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-deterioro-de-la-comunicacion-verbal-por-ictus-isquemico-caso-clinico/>
- Fernández, A. (2015, julio). Plan de cuidados Estándares de Enfermería en pacientes con Ictus Subagudo. repositorio Unican.
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/6788/FernandezAlvarezA.pdf?sequence=1>
- Fernández, Urra, Renú, Chamorro, A. X. A. A. (2018, 20 febrero). Pruebas y diagnóstico de Ictus | PortalCLÍNICA. Clínic Barcelona.
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/ictus/pruebas-y-diagnostico>
- García, C. (2018, 11 noviembre). Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo. SciELO.
<http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v60n3/0041-9095-unmed-60-03-00041.pdf>
- Medina, V. O. T. (2014). Protocolo de actuación de Enfermería para pacientes con enfermedad cerebrovascular. SciELO.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300006

- Patología Blasco, E. (2006). Apraxia del Habla. Uv.es.
[https://www.uv.es/perla/1\[01\].BlascoTamarit.pdf](https://www.uv.es/perla/1[01].BlascoTamarit.pdf)
- Rodríguez, G. M. (2019a, junio). Principales factores pronósticos, clínicos y epidemiológicos en pacientes con infarto cerebral total de circulación anterior. SciELO.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000500685
- Rodríguez, G. M. (2019b, octubre 2). Principales factores pronósticos, clínicos y epidemiológicos en pacientes con infarto cerebral total de circulación anterior. SciELO.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000500685
- Sosa, A. A. C. (2021, junio). Autotrascendencia y espiritualidad en personas adultas mayores, reflexión para el cuidado. SciELO.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682021000100014&script=sci_arttext

Lupus Eritematoso Sistémico

Según Harrison (2015) “el lupus eritematoso sistémico (SLE) es una enfermedad autoinmunitaria en la que órganos, tejidos y células se dañan por adherencia de diversos anticuerpos y complejos inmunitarios” (p. 2124).

Etiología

Enfermedad autoinmunitaria de etiología desconocida.

Signos y síntomas

Las manifestaciones clínicas presentadas en el lupus eritematoso sistémico Harrison (2015) expresa en cuanto a:

Manifestaciones diseminadas

“Casi siempre existen síntomas generales, en especial fatiga y mialgias/ artralgias. El lupus generalizado grave que necesita glucocorticoides muchas veces se acompaña de fiebre, postración, pérdida de peso y anemia con o sin manifestaciones de otros órganos blanco” (p. 2127).

Manifestaciones musculoesqueléticas

La mayoría de las personas con SLE manifiesta poliartritis intermitente, que varía de leve a incapacitante y se caracteriza por edema de tejidos blandos e hipersensibilidad en articulaciones, tendones o ambos, principalmente manos, muñecas y rodillas. Algunas personas exhiben artritis tipo reumatoide con erosiones. Algunos casos exhiben miositis con debilidad muscular clínica, elevación de creatina cinasa, MRI positiva y necrosis e inflamación muscular. (p. 2127)

Manifestaciones cutáneas

Eritemas en el Lupus eritematoso sistémico son urticaria recurrente, una dermatitis similar al liquen plano, bulas y paniculitis. Los eritemas pueden ser desde tenues hasta pronunciados y, en ocasiones, constituyen una de las principales manifestaciones de la enfermedad. Con frecuencia se observan pequeñas úlceras en la mucosa bucal, que simulan úlceras aftosas. (p. 2128)

Manifestaciones renales

“La nefritis es asintomática en casi todos los pacientes con lupus. Los pacientes con un daño glomerular proliferativo y peligroso casi siempre presentan hematuria y proteinuria; casi 50% genera síndrome nefrótico y la mayoría padece hipertensión” (p. 2128).

Manifestaciones del sistema nervioso central

“Disfunción cognitiva, en particular alteraciones de la memoria y el razonamiento. También son frecuentes las cefaleas” (p. 2129).

Manifestaciones pulmonares

“La manifestación pulmonar más común es la pleuritis, con y sin derrame pleural. Las manifestaciones pulmonares potencialmente letales incluyen inflamación intersticial que ocasiona fibrosis, síndrome de pulmón retráctil y hemorragia intraalveolar” (p. 2129).

Manifestaciones cardiacas

“La manifestación más frecuente es la pericarditis; Los trastornos cardiacos más graves son la miocarditis y la endocarditis fibrinosa de Libman-Sacks” (p. 2129).

Manifestaciones hematológicas

“La más frecuente es la anemia, por lo general de tipo normocítico normocromico, que refleja la presencia de una enfermedad crónica. En algunos casos, la hemólisis comienza pronto y es muy intensa. También es habitual observar leucopenia” (p. 2131).

Manifestaciones del aparato digestivo

“Náusea, a veces con vómito y diarrea. Los incrementos en las concentraciones séricas de aspartato aminotransferasa y alanina aminotransferasa” (p. 2131).

Manifestaciones oculares

“El SLE se acompaña con frecuencia de síndrome de Sjögren y conjuntivitis inespecífica, pero éstos rara vez ponen en peligro la vista. Por el contrario, la vasculitis

retiniana y la neuritis óptica son manifestaciones graves” (p. 2131).

Fisiopatología

En materia fisiopatológica de la enfermedad el personaje de Harrison (2015) dice que:

Las interacciones entre los genes de susceptibilidad y los factores ambientales generan respuestas inmunitarias alteradas que varían entre los pacientes. Los autoantígenos (DNA nucleosómico/proteína; RNA/proteína en Sm, Ro y LA; fosfolípidos) son reconocidos por el sistema inmunitario en las vesículas superficiales de las células apoptóticas; por tanto, los antígenos, los autoanticuerpos y los complejos inmunitarios persisten por periodos prolongados, lo cual hace posible la inflamación y la aparición de la enfermedad.

El descenso en la producción de otras citocinas también contribuye al Lupus Eritematoso Sistémico: los linfocitos T del lupus y las citolíticas naturales no producen suficiente IL-2 ni factor transformador de crecimiento β para inducir y sostener a los linfocitos T reguladores CD4+ y CD8+. El resultado de estas anomalías es la producción sostenida de autoanticuerpos (y de complejos inmunitarios; los subtipos patógenos se unen con los tejidos blanco, con activación del complemento, lo cual da lugar a la liberación de citocinas, quimiocinas, péptidos vasoactivos, oxidantes y enzimas proteolíticas. Esto tiene como resultado la activación de células de tejidos múltiples y la afluencia en los tejidos blanco de linfocitos T y B, monocitos/macrófagos y células dendríticas. (p. 2024-2025)

Exámenes de laboratorio y gabinete

Entre algunas pruebas para identificar al Lupus eritematoso sistémico Harrison (2015) menciona:

Pruebas para detectar anticuerpos

Desde el punto de vista diagnóstico, los principales autoanticuerpos que se detectan son ANA, Las pruebas de ANA que utilizan métodos inmunofluorescentes son más confiables que las que se basan en análisis

inmunoabsorbentes ligados a enzimas. La prueba ELISA y reacciones inmunofluorescentes del suero con dsDNA en el flagelado *Crithidia luciliae* tiene una sensibilidad -60% para SLE; Una prueba de autoanticuerpo adicional con valor pronóstico cuando es positiva detecta anti-Ro/SS-A, lo cual indica mayor riesgo de lupus neonatal. (p. 2131)

Pruebas estandarizadas para el diagnostico

“En la biometría hemática completa, el recuento de plaquetas y el análisis general de orina, se identifican anomalías que contribuyen a establecer el diagnóstico y ayudan a tomar decisiones terapéuticas” (p. 2131).

Tratamiento farmacológico en Lupus Eritematoso Sistémico

Administración de Amoxaren (nombre comercial) amoxicilina (nombre genérico) es un antibiótico que según PLM (2022) es capaz de: “interferir con la síntesis de la pared bacteriana, motivando una estructura defectuosa que finalmente se rompe para causar la muerte de la bacteria” (párr. 4). Dosis: 500mg vía oral cada 8 horas con presentación de posibles reacciones adversas como erupciones cutáneas eosinofilia, angioedema, choque anafiláctico, náuseas, vómito, diarrea y rara vez colitis pseudomembranosa.

Administración de Cozaar (nombre comercial) Losatan (nombre genérico), fármaco según PLM (2022): “antagonista del receptor de la angiotensina II con actividad antihipertensiva debida principalmente, a un bloqueo selectivo de los receptores AT1 con la consiguiente reducción del efecto presor de la angiotensina II” (párr. 2), 50 mg vía oral cada 8 horas, teniendo riesgo de presentar erupciones cutáneas, choque anafiláctico, náuseas, vómito, diarrea y rara vez colitis pseudomembranosa.

Cuidados de enfermería en Lupus eritematoso sistémico

Infección de vías urinarias

Al ser el lupus un padecimiento que afecta al sistema inmunitario generando que este se debilite vuelve al

paciente propenso a infecciones, acompañado de una mala higiene en el uso de la sonda vesical o un aseo inadecuado ha producido la aparición de infección urinaria.

Para mejorar el estado de salud de la persona o evitar la manifestación de infecciones urinarias y úlceras se debe mantener en buen estado genital siendo el personal de enfermería el encargado de mantener limpio la zona perineal por lo que se debe:

- Lavarse las manos y ponerse los guantes al momento de manipular los genitales, para evitar contaminar al paciente con elementos patógenos y empeorar la infección.
- En la higiene de los genitales se debe verter agua templada en la zona genital asegurando de lavar bien para controlar la infección y mejorar el estado de salud.
- Aplicar antiséptico en caso del uso de sonda vesical para evitar la aparición de infecciones urinarias o controlar la enfermedad.
- Incentivar la ingesta de líquidos con periodicidad para aumentar volumen y frecuencia de la micción así las bacterias alojadas en las vías urinarias pueden ser eliminadas.
- En el caso de las mujeres realizar la limpieza genital con movimientos de adelante hacia atrás para prevenir que las bacterias de la región anal se irradien a la zona vaginal y genere la infección.
- Evitar el uso de implementos de higiene genital que tengan un pH ácido son potencialmente irritantes y generadores de la proliferación de bacterias
- Realizar un aseo adecuado de los genitales luego de episodios de incontinencia, permitiendo reducir el riesgo de infección.
- Colocar el pañal en casos de inconciencia o limitaciones físicas, procurando higiene adecuada y estar alerta ante la presencia de irritaciones

- En el caso de las mujeres, el aseo luego de orinar o defecar debe ser apropiado y profundo debido a que son más propensas a contraer infecciones por la proximidad de su uretra al ano.
- Pautar la ingesta de fármacos, en función de la dosificación y conseguir la adherencia al tratamiento.

Úlceras en la mucosa bucal

A pesar de que el lupus afecta a los tejidos blandos, las lesiones a nivel de la boca son desapercibidas por ser asintomáticas siendo de gran importancia revisiones periódicas y más aún en pacientes encamados por no poder ser capaces de controlar la enfermedad o mantener higiene dental adecuada siendo los más propensos a presentar ulceraciones en la mucosa bucal.

En personas inconscientes la responsabilidad de mantener una higiene oral optima es responsabilidad de enfermería con el fin de mantener la mucosa bucal en óptimas condiciones, prevenir enfermedades y evitar que en el caso de pacientes intubados exista contaminación en las vías respiratorias; se debe:

- Fomentar el autocuidado del área bucal en pacientes consientes; en el caso de pacientes inconscientes mantener una higiene oral adecuada para evitar lesiones en la mucosa.
- Lavarse las manos antes de manipular la boca de la persona y hacer uso de guantes para evitar generar infecciones que puedan empeorar el estado de salud.
- Realizar higiene bucal en un paciente inconscientes usar un cepillo de cerdas suaves para asegurar que los dientes, lengua y encías no sean lastimados, pero precautelar la adecuada.
- Aplicar en los labios bálsamo hidratante para evitar resequedad y que la integridad bucal sea dañada.
- En caso de que el paciente use prótesis dental se le retira la dentadura para cepillarla y enjuagar

con agua tibia, de modo que se evita la proliferación bacteriana en la prótesis.

- Eliminar el tabaco o hábitos de fumar ya que pueden causar la aparición de llagas en la boca.
- Recomendar ingesta de alimentos poco irritantes pues los alimentos ácidos pueden afectar a la mucosa produciendo ampollas.
- Enjuagar la boca usando agua con sal por sus propiedades antisépticas naturales para limpiar y prevenir infecciones orales.
- Prevenir la ingesta de alimentos calientes o con aditivos de canela debido a que son elementos irritantes bucales que pueden dar paso a la aparición de úlceras.
- En caso de que se presenten úlceras bucales aplicar leche de magnesia en pequeñas cantidades en las llagas para combatir bacterias al cambiar el pH bucal.

Valoración Patrones funcionales de Marjory Gordon en Lupus Eritematoso Sistémico

Patrón 1: Percepción-manejo de la salud

Paciente en reposo absoluto, estado de sedación profunda, pero con conocimiento previo de su enfermedad, el cuidado y control de la enfermedad es llevado a cabo por el personal de salud, así como también el aseo, pero familiares perciben la apariencia del individuo en decadencia producto de la falta de actividad motora.

Patrón 2: Nutricional metabólico

Índice de masa corporal 18.8 siendo adecuado para su talla (1.60 m) y peso 48 kg pero con riesgo de presentar bajo peso. Al ser un paciente en estado de inconciencia se lo alimenta vía enteral a través de una sonda nasoyeyunal, siguiendo indicaciones médicas.

Patrón 3: Eliminación

Eliminación de orina a través de sonda vesical con padecimiento de infección urinaria por aseo inadecuado en los cambios de sonda.

Patrón 4: Actividad-Ejercicio

Movilidad limitada debido a su estancia en la Unidad de cuidados Intensivos con presencia de deterioro de fuerza y tono muscular por la falta de actividad física, además de un riesgo alto de presentar úlceras por presión.

Patrón 5: sueño y descanso

Presentaba complicaciones a la hora de descansar teniendo periodos donde se despierta bruscamente por el estrés que le produce estar hospitalizado, por lo mismo muestra irritabilidad en las mañanas, además manifiesta dolor a través de gesticulaciones que hace mientras duerme.

Patrón 6: cognitivo- perceptual

Antes de ingresar a Cuidados Intensivos se mostraba consciente tanto de sí mismo como de su padecimiento, del mismo modo en tiempo, espacio y persona mostraba orientación; activo en la lectura y gustoso por entablar conversación.

Patrón 7: autopercepción- autoconcepto

Manifiesta miedo por estar en la unidad de cuidados intensivos teniendo periodos de estrés e irritabilidad donde se ha mostrado agresivo, presenta dificultad para expresar sus sentimientos, aunque es una persona muy empática.

Patrón 8: rol-relaciones

No presenta alteraciones que le impidan escuchar o hablar bien, también existe buena comunicación familiar, pero hay frecuentes discusiones y situaciones estresantes; el padre tiene 2 trabajos y la madre labora horas extra para cubrir los gastos de hospitalización.

Patrón 9: sexualidad-reproducción

Patrón no valorable por su estado de inconciencia, presenta en sus genitales llagas como efecto de Lupus.

Patrón 10: adaptación tolerancia al estrés

Antes de ingresar a la unidad de cuidados intensivos presentaba periodos frecuentes de estrés, con ciclos de llanto usuales por el miedo e inseguridades que le generaba su enfermedad, además de mostrar episodios de depresión y ansiedad.

Patrón 11: valores-creencias

Paciente católico por influencia y tradición familiar, además, los familiares llevan a un cura usualmente cada domingo para acompañarlos en su oración.

Enfermería Básica

Cuidados destinados a pacientes que no son capaces de valerse por sí mismo ya sea por estado de inconciencia o limitaciones físicas que restrinjan su autonomía, con el objetivo brindarles bienestar y confort, además de ofrecer asistencia psicoemocional en el proceso de aceptación y mejora de su estado de salud en cada etapa de vida. El personal de enfermería a través de la correcta interpretación de signos y síntomas, ejecuta técnicas de apoyo destinadas a mejorar el estado de vida de las personas incentivándolos a precautelar su integridad física y mental, desarrollando de este modo un pensamiento crítico reflexivo que le da la capacidad de desempeñar su rol profesional de la mejor manera en beneficio de las personas.

Según Juliana et al. (2018): “La concepción y las prácticas de promoción de la salud favorecen el proceso de formación profesional y empoderan las acciones de los enfermeros en la implementación de los cambios sociales y en el desarrollo del empoderamiento de los individuos.” (p. 1)

La importancia del conocimiento de las técnicas para la practica en enfermería radica en lograr satisfacer las necesidades alteradas en los pacientes para lograr su autonomía a través de cambios en su entorno o en sí mismos.

Farmacología

Ciencia que estudia y analiza principios activos de fármacos y su campo de aplicabilidad en las enfermedades siempre orientada a la mejora del estado de salud de las personas o controlar malestares, por ende enfermería deberá usar los cinco correctos para la administración de medicamentos en su desenvolvimiento profesional, también la utilización de prácticas seguras al momento de suministrar fármacos así como su preparación; paralelamente reconocer las dosis adecuadas de acuerdo a las indicaciones, vías adecuadas y sitios correcto para la aplicabilidad medicamentosa, de manera similar llevar a cabo terapias destinadas a restablecer la salud de los pacientes.

Según Adams & Holland (2009): “La farmacología es una materia extensa que abarca desde el conocimiento de la administración de los fármacos hasta el recorrido que siguen en el organismo y las respuestas que producen.” (p. 4)

Si bien es una materia amplia que concentra diversas áreas referentes a los medicamentos y sus usos, es de gran valor los conocimientos que brinda para mejorar el estado de salud a través del correcto proceder en las terapias farmacológicas.

Fundamentos Teóricos y bases epistemológicas de cuidados

Filosofía de la asistencia de Kari Martinsen

Cátedra destinada al aprendizaje y análisis de las bases de enfermería a través del estudio de teorías de cuidado, así como filosofías de teoristas que orientan al personal de enfermería a mejorar la calidad del servicio pensando en las necesidades insatisfechas de los pacientes y el rol de enfermería en el proceso de mejora de salud ayudando a lograr autonomía en las personas. Por otra parte, la materia se centra también en estudiar la fundamentación y método científico que vuelve a la enfermería una ciencia y profesión, por medio de los paradigmas siendo la base de la profesión el cuidado; las personas, los individuos a quienes se aplican dichos

cuidados; la salud el objetivo buscando y en entorno la creación de condiciones óptimas para aplicar los cuidados.

Según Damisela (2018): “Los modelos representan un sistema auxiliar y un sustento filosófico en el proceso de gestión del cuidado para la ciencia enfermera, enmarcan lo esencial de la profesión y proveen los servicios asistenciales.”

El apoyo de teorías y modelo de enfermería aporta gran fondo científico a las actividades realizadas en la práctica con el fin de brindar un cuidado óptimo a los usuarios.

En la teoría de la filosofía de la asistencia de Kari Martinsen el cuidado se manifiesta en enfermería a través de la empatía y el trabajo reflexivo aplicados en el ejercicio del deber obtenidos en la observación clínica junto con conocimiento profesional. En los metaparadigmas de la teoría de la filosofía Martinsen pone a la persona como individuo incapaz de ser apartado del medio social o la comunidad en la que vive, existiendo un paralelismo entre el cuerpo y la persona, según Raile (2015): “El cuerpo es una unidad de alma y carne, de espíritu y carne. La persona es corpórea, y como cuerpos percibimos y también entendemos” (p. 154). A la salud considera como expresión de competencia médica más allá del estado de salud y pone de manifiesto que en la enfermería el hecho de cuidar implica preocuparse por alguien semejante viendo más allá de uno mismo y por último clasifica al entorno como el lugar donde se encuentra la persona y en donde existe el tiempo el ambiente y la energía, pero donde el cual la percepción es demasiado amplia lo cual conlleva a que la relación enfermera paciente sea mayor.

La relación entre la teoría de la filosofía de la asistencia de Kari Martinsen y la cátedra de fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado proporciona al personal de enfermería un punto de vista más amplio sobre el estado del paciente y proporciona conocimientos para aplicar en los cuidados y mejorar la calidad de atención, pues teniendo en cuenta que Martinsen considera al cuidar superior a la enfermería, el hecho de atender a una persona implica preocuparse y sentir empatía permitiéndole enseñar

métodos de como auto cuidarse para lograr su autonomía lo más rápido posible y generar sentimiento de bienestar en los usuarios.

Ética y moral

Disciplina que proporciona un pensamiento crítico-analítico encaminada a ofrecer bases que permita orientar a la enfermería en sus actividades como la toma de decisiones o sus roles en el proceso de cuidar, todo esto basándose en que la ética es la reflexión profunda de las acciones mientras que la moral es percibida como el comportamiento y normas que permiten discernir lo bueno de lo malo; ambos términos se fusionan para brindar un criterio propio a la enfermería que le permita actuar libremente siendo la importancia su fundamentación en los deberes y el manejo de la integridad del ser humano. En adición, enfermería debe mantener un alto grado de respeto por las personas en las creencias, cultura y dignidad; para que junto con el principio de justicia ofrecer un servicio empático, así como, tolerante, pues este se basa en brindar asistencia indiscriminadamente a quien lo necesite. De igual manera, llevando también a la aplicación del principio de beneficencia al tener la obligación moral de ayudar a los otros en virtud de hacer el bien siendo amables; así mismo, se aplican el principio de no maleficencia al negar hacer daño a los pacientes tanto de forma física o verbal, tendiendo siempre presente el principio de autonomía que pone de manifiesto el respeto a las acciones o decisiones al considerar a cada individuo como ser libre-autónomo.

En este sentido, los profesionales de enfermería se enfrentan a menudo a situaciones complejas que comprometen la relación enfermero-paciente, ante esto Ramos et. all “Estas situaciones involucran cuestiones éticas y requieren posturas y deliberaciones, que despiertan sentimientos de incertidumbre, incomodidad e inquietud entre los profesionales frente a conflictos y diferencias de opinión con los involucrados, incluidos otros profesionales, pacientes y familiares.” (p. 2)

Ante los diversos escenarios pueden desorientar las acciones, el personal enfermero debe mantener posturas

firmes para evitar indecisiones y por ende la realización de malas prácticas.

Síndrome de Asperger

Díaz et al. (2011) afirman lo siguiente:

El trastorno de Asperger es un cuadro crónico, de manifestación temprana que se encuentra clínicamente caracterizado por alteración de las relaciones sociales debido a carencias de mecanismos neurocognitivos que permiten captar los estados emocionales de las demás personas, déficit en la interpretación del lenguaje no verbal, lenguaje lineal (incapacidad para adaptar el discurso en función del contexto), dificultad en la comprensión de conceptos abstractos e inflexibilidad ante los cambios del ambiente. (p. 52)

Etiología

Según López & Munguía (2008):

La etiología principalmente es de origen genético en 30-60% de casos, en donde la mayor parte de los casos tiene antecedente familiar en grado variable de consanguinidad; con problemas sociales, de comunicación o ambos, un estudio británico involucra a los genes 2q y 7q, sugiriendo heredabilidad de 91-93% en gemelos, así como concordancia en 69% de los gemelos monocigóticos. (p. 6)

Signos y síntomas

López & Munguía (2008) nos plantean lo siguiente:

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.

3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
 4. Ausencia de reciprocidad social o emocional
- B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, manifestados al menos por una de las siguientes características:
1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
 2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
 3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 4. Preocupación persistente por partes de objetos
- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia. (p. 8)

Fisiopatología

Fisiopatológicamente Adan Manes & Espliego Felipe (2007) dicen que:

No dispone de una fisiopatología (variable verdaderamente independiente de los criterios definatorios del síndrome) que permita explicar la naturaleza del trastorno, se ha realizado un intenso esfuerzo desde el terreno de la neuropsicología con el fin de elaborar una serie de constructos cognitivos cuya alteración podría contribuir a explicar la naturaleza de los trastornos.

Exámenes de laboratorio y gabinete

López & Munguía (2008) afirman los siguiente:

La función ejecutiva está vinculada al lóbulo frontal, pero involucra otras regiones conectadas con el lóbulo frontal, como los ganglios basales. Los tests más útiles para estudiar la función ejecutiva son: El Wisconsin Card Sorting Test, la Torre de Hanoi, la Figura compleja de Rey, el Stroop y los tests de Fluencia verbal. Mediante estas pruebas han sido demostradas alteraciones de la función ejecutiva en los trastornos autistas. La alteración de la función ejecutiva explica en el Síndrome de Asperger la rigidez mental, la dificultad para afrontar situaciones nuevas, la limitación de intereses, el carácter obsesivo y los trastornos de atención que suelen estar presentes.

El trastorno de Asperger no se diagnostica si se cumplen criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia, debe distinguirse del trastorno obsesivo-compulsivo y del trastorno esquizoide de la personalidad. El trastorno de Asperger y el trastorno obsesivo-compulsivo comparten patrones de comportamiento repetitivo y estereotipado. A diferencia del trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de Asperger se caracteriza por una alteración cualitativa de la interacción social y un patrón de intereses y actividades más restrictivo. (p. 7-9)

Bibliografía

Adams, M., & Holland, N. (2009). Farmacología para enfermería. Madrid: PEARSON EDUCACIÓN S. A.

- Adan Manes, J., & Espliego Felipe, A. (2007). Relación entre el Síndrome de Asperger y el autismo infantil. Una reflexión sobre la naturaleza de la enfermedad mental. *REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL*, 11.
- Díaz, J., Lopez , Y., & Jimenez, P. (2011). *Etiología, diagnóstico y modalidades terapéuticas del trastorno de Asperger*. *DUAZARY*, 51-59.
- Harrison, T. R. (2015). Principios de medicina interna (19 ed.). Estados Unidos: Mc Graw Hil.
- López, R., & Munguía , A. (2008). Síndrome de Asperger. *Revista del Postgrado de Psiquiatría*, 6-9.
- Moreno Lavín, Damisela. (2018). Fundamentos del diseño de un modelo de atención de Enfermería para la gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(1), e1238. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192018000100014&lng=es&tlng=es
- Para Los Médicos [PLM]. (2022). Amoxicilina. Medicamentosplm.com https://www.medicamentosplm.com/Home/productos/amoxicilina_c%C3%A1psulas/10/101/64766/14
- Para Los Médicos [PLM]. (2022). Losartán. Medicamentosplm.com. https://www.medicamentosplm.com/Home/productos/losart%C3%A1n_comprimidos/10/101/64754/25
- Ramos FRS, Brehmer LCF, Dalmolin GL, Silveira LR, Schneider DG, Vargas MAO. Asociación entre distrés moral y elementos de apoyo de la deliberación moral en enfermeros. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 2020;28: e3332, 2. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3990.3332>
- Silva JP, Gonçalves MFC, Andrade LS, Monteiro EMLM, Silva MAI. Health promotion in primary education: perceptions of bachelor's degree with a teaching diploma in nursing students. *Revista Gaúcha Enfermería*.

Neumonía

Según OMS (2021) nos comenta de la neumonía lo siguiente:

Datos y cifras

La neumonía es responsable del 15% de todas las defunciones de menores de 5 años y se calcula que mató a unos 920 136 niños en 2015.

La neumonía puede estar causada por virus, bacterias u hongos.

La neumonía puede prevenirse mediante inmunización, una alimentación adecuada y mediante el control de factores ambientales.

La neumonía causada por bacterias puede tratarse con antibióticos, pero solo un tercio de los niños que padecen neumonía reciben los antibióticos que necesitan.

La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Estos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que —en las personas sanas— se llenan de aire al respirar. Los alvéolos de los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno.

La neumonía es la principal causa individual de mortalidad infantil en todo el mundo. Se calcula que la neumonía mató a unos 920 136 niños menores de 5 años en 2015, lo que supone el 15% de todas las defunciones de niños menores de 5 años en todo el mundo. La neumonía afecta a niños — y a sus familias— de todo el mundo, pero su prevalencia es mayor en el África subsahariana y Asia meridional. Pueden estar protegidos mediante intervenciones sencillas y tratados con medicación y cuidados de costo bajo y tecnología sencilla. (párr. 1-6)

Causas

Diversos agentes infecciosos —virus, bacterias y hongos— causan neumonía, siendo los más comunes los siguientes:

- *Streptococcus pneumoniae*: la causa más común de neumonía bacteriana en niños;

- *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib): la segunda causa más común de neumonía bacteriana;
- El virus sincitial respiratorio es la causa más frecuente de neumomía vírica.
- *Pneumocystis jiroveci* es una causa importante de neumonía en niños menores de seis meses con VIH/SIDA, responsable de al menos uno de cada cuatro fallecimientos de lactantes seropositivos al VIH. (párr. 7-9)

Transmisión

La neumonía puede propagarse por diversas vías. Los virus y bacterias presentes comúnmente en la nariz o garganta de los niños pueden infectar los pulmones al inhalarse. También pueden propagarse por vía aérea, en gotículas producidas en tosidos o estornudos. Además, la neumonía puede propagarse por medio de la sangre, sobre todo en el parto y en el período inmediatamente posterior. Se necesita investigar más sobre los diversos agentes patógenos que causan la neumonía y sobre sus modos de transmisión, ya que esta información es fundamental para el tratamiento y la prevención de la enfermedad. (párr. 10)

Formas de presentación

Los síntomas de la neumonía vírica y los de la bacteriana son similares, si bien los de la neumonía vírica pueden ser más numerosos que los de la bacteriana.

En menores de 5 años con tos y/o dificultad para respirar, acompañadas o no de fiebre, la neumonía se diagnostica por la presencia de taquipnea (respiración rápida) o tiraje subcostal (depresión o retracción de la parte inferior del tórax durante la inspiración, cuando en las personas sanas el tórax se produce una expansión). Las sibilancias son más frecuentes en las infecciones víricas.

Los lactantes con afectación muy grave pueden ser incapaces de comer o beber, y pueden presentar pérdida de consciencia, hipotermia y convulsiones. (párr. 11-13)

Factores de riesgo

La mayoría de los niños sanos pueden combatir la infección mediante sus defensas naturales, pero los niños inmunodeprimidos presentan un mayor riesgo de contraer neumonía. El sistema inmunitario del niño puede debilitarse por malnutrición o desnutrición, sobre todo en lactantes no alimentados exclusivamente con leche materna.

La presencia previa de enfermedades como sarampión o infecciones de VIH asintomáticas también aumentan el riesgo de que un niño contraiga neumonía.

Los factores ambientales siguientes también aumentan la susceptibilidad de los niños a la neumonía:

- La contaminación del aire interior ocasionada por el uso de biomasa (como leña o excrementos) como combustible para cocinar o calentar el hogar;
- Vivir en hogares hacinados;
- El consumo de tabaco por los padres. (párr. 14-16)

Tratamiento

La neumonía causada por bacterias puede tratarse con antibióticos. El antibiótico de elección es la amoxicilina en comprimidos dispersables. La mayoría de los casos de neumonía requieren antibióticos por vía oral los cuales suelen recetarse en centros de salud. Estos casos también pueden ser diagnosticados y tratados con antibióticos orales baratos a nivel comunitario por los trabajadores de salud comunitarios capacitados. Se recomienda la hospitalización solamente en los casos graves. (párr. 17)

Prevención

La prevención de la neumonía infantil es un componente fundamental de toda estrategia para reducir la mortalidad infantil. La inmunización contra la Hib, neumococos, sarampión y tos ferina es la forma más eficaz de prevenir la neumonía.

Una nutrición adecuada es clave para mejorar las defensas naturales del niño, comenzando con la alimentación

exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida; además de prevenir eficazmente la neumonía, reduce la duración de la enfermedad.

También puede reducirse el número de niños que contraen neumonía corrigiendo factores ambientales como la contaminación del aire interior (por ejemplo, proporcionando cocinas de interior limpias a precios asequibles) y fomentando una higiene correcta en hogares hacinados.

A los niños infectados con el VIH se les administra el antibiótico cotrimoxazol diariamente para reducir el riesgo de que contraigan neumonía. (párr. 18-21)

Costos económicos

Se calcula que el costo de tratar con antibióticos a todos los niños enfermos de neumonía en 66 de los “países de la cuenta regresiva para 2015 con respecto a la supervivencia materna, neonatal e infantil” es de US\$ 109 millones al año. Esta cifra incluye los antibióticos en sí mismos y las pruebas necesarias para establecer el diagnóstico de neumonía. (párr. 22)

Respuesta de la OMS

El *Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de la Neumonía* (GAPP) de la OMS y el UNICEF tiene por objetivo acelerar el control de la neumonía combinando diversas intervenciones de protección, prevención y tratamiento de la enfermedad en los niños, con medidas como las siguientes:

- **Protección** de los niños de la neumonía, entre otras cosas promoviendo la lactancia natural exclusiva y el hábito de lavarse las manos y reduciendo la contaminación del aire en interiores;
- **Prevención** de la neumonía mediante la vacunación, el lavado de las manos con jabón, la reducción de la contaminación del aire doméstico, la prevención del VIH y la profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol en los niños infectados por el VIH o expuestos a él.

- **Tratamiento** de la neumonía, sobre todo procurando que todos los niños enfermos tengan acceso a una atención sanitaria correcta (dispensada por un agente de salud comunitario o bien en un centro de salud cuando la afección revista gravedad) y reciban los antibióticos y el oxígeno que necesitan para sanar.

Varios países, entre ellos Bangladesh, la India, Kenya, Uganda y Zambia, han elaborado planes distritales, estatales y nacionales para intensificar las medidas destinadas a combatir la neumonía y la diarrea. Muchos otros han integrado en sus estrategias nacionales de salud y supervivencia del niño medidas específicas contra la diarrea y la neumonía. Para muchos países, la agenda para después de los Objetivos de Desarrollo del Milenio ha incluido explícitamente como acción prioritaria el acabar con las muertes prevenibles por diarrea y neumonía (párr. 23-25).

Hipertensión

Según OMS (2021) nos expone acerca de la hipertensión lo siguiente:

Datos y cifras

- La hipertensión (o tensión arterial alta) es un trastorno grave que incrementa de manera significativa el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades.
- Se estima que en el mundo hay 1280 millones de adultos de 30 a 79 años con hipertensión y que la mayoría de ellos (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos.
- Según los cálculos, el 46% de los adultos hipertensos desconocen que padecen esta afección.
- La hipertensión se diagnostica y trata a menos de la mitad de los adultos que la presentan (solo al 42%).
- Apenas uno de cada cinco adultos hipertensos (el 21%) tiene controlado el problema.
- La hipertensión es una de las causas principales de muerte prematura en el mundo.

- Una de las metas mundiales para las enfermedades no transmisibles es reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25% en 2025 (con respecto a los valores de referencia de 2010). (párr. 1-7)

¿Qué es la hipertensión?

La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Se considera que la persona presenta hipertensión cuando su tensión arterial es demasiado elevada.

De la tensión arterial se dan dos valores: el primero es la tensión sistólica y corresponde al momento en que el corazón se contrae o late, mientras que el segundo, la tensión diastólica, representa la presión ejercida sobre los vasos cuando el corazón se relaja entre un latido y otro.

Para establecer el diagnóstico de hipertensión se han de tomar mediciones dos días distintos y en ambas lecturas la tensión sistólica ha de ser superior o igual a 140 mmHg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg. (párr.8-10)

¿Cuáles son los factores de riesgo de presentar hipertensión?

Entre los factores de riesgo modificables figuran las dietas malsanas (consumo excesivo de sal, dietas ricas en grasas saturadas y grasas trans e ingesta insuficiente de frutas y verduras), la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol y el sobrepeso o la obesidad.

Por otro lado, existen factores de riesgo no modificables, como los antecedentes familiares de hipertensión, la edad superior a los 65 años y la concurrencia de otras enfermedades, como diabetes o nefropatías. (párr. 11-12)

¿Cuáles son los síntomas frecuentes de la hipertensión?

La mayoría de las personas hipertensas ignoran que lo son, pues la enfermedad no siempre va acompañada de síntomas o signos de alerta, por lo que se dice que mata silenciosamente. Por tanto, es muy importante medir la tensión arterial periódicamente.

Pueden presentarse síntomas como cefaleas matutinas, hemorragias nasales, ritmo cardiaco irregular, alteraciones visuales y acúfenos. La hipertensión grave puede provocar cansancio, náuseas, vómitos, confusión, ansiedad, dolor torácico y temblores musculares.

La única manera de detectar la hipertensión es recurrir a un profesional sanitario para que mida nuestra tensión arterial. Se trata de un proceso rápido e indoloro que también podemos hacer nosotros mismos con un aparato automático, si bien es importante que un profesional valore el riesgo existente y los trastornos asociados. (párr. 13-15)

¿Cuáles son las complicaciones de la hipertensión no controlada?

Entre otras complicaciones, la hipertensión puede producir daños cardiacos graves. El exceso de presión puede endurecer las arterias, con lo que se reducirá el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón. El aumento de la presión y la reducción del flujo sanguíneo pueden causar:

- Dolor torácico (angina de pecho).
- Infarto de miocardio, que se produce cuando se obstruye el flujo de sangre que llega al corazón y las células del músculo cardiaco mueren debido a la falta de oxígeno. Cuanto mayor sea la duración de la obstrucción, más importantes serán los daños que sufra el corazón.
- Insuficiencia cardiaca, que se produce cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre y oxígeno a otros órganos vitales.
- Ritmo cardiaco irregular, que puede conllevar la muerte súbita.

La hipertensión puede también causar la obstrucción o la rotura de las arterias que llevan la sangre y el oxígeno al cerebro, lo que provocaría un accidente cerebrovascular. Asimismo, puede causar daños renales que generen una insuficiencia renal. (párr. 16-21)

¿Por qué la hipertensión es un problema importante en los países de ingresos bajos y medianos?

La prevalencia de la hipertensión es distinta en función de la región y de la categoría del país, según su nivel de ingresos. La prevalencia más elevada corresponde a la Región de África de la OMS (27%), mientras que la más baja es la de la Región de las Américas (18%).

El número de adultos con hipertensión pasó de 594 millones en 1975 a 1130 millones en 2015. El incremento se observó especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, lo que se explica principalmente por el aumento de los factores de riesgo en esas poblaciones. (párr. 22-23)

¿Cómo puede reducirse la carga de la hipertensión?

Reducir la hipertensión previene infartos, accidentes cerebrovasculares y daños renales, además de otros problemas de salud. (párr. 24)

Prevención

- Reducir la ingesta de sal (a menos de 5 g diarios)
- Consumir más frutas y verduras
- Realizar actividad física con regularidad
- No consumir tabaco
- Reducir el consumo de alcohol
- Limitar la ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas
- Eliminar/reducir las grasas trans de la dieta (párr. 25)

Control

- Reducir y gestionar el estrés
- Medir periódicamente la tensión arterial
- Tratar la hipertensión
- Tratar otros trastornos que pueda presentar la persona. (párr. 26)

Respuesta de la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ayuda a los países a reducir la hipertensión como problema de salud pública.

En 2021, la OMS publicó unas nuevas directrices sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión en el adulto- en inglés, en las que se formulan recomendaciones basadas en la evidencia sobre el comienzo del tratamiento de la hipertensión y los plazos de revisión recomendados. Además, se indica la presión arterial que debe alcanzarse para controlar la hipertensión y se informa sobre cuáles son los profesionales del sistema de salud que puede dar inicio al tratamiento.

Para ayudar a los gobiernos a reforzar la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares, la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos lanzaron en septiembre de 2016 la iniciativa Global Hearts, que incluye el paquete técnico HEARTS. Los seis módulos de este paquete (asesoramiento sobre estilos de vida saludables, protocolos de tratamiento basados en datos objetivos, acceso a las tecnologías y medicamentos esenciales, gestión basada en los riesgos, atención en equipo y sistemas de seguimiento) constituyen un enfoque estratégico para mejorar la salud cardiovascular en todo el mundo.

En septiembre de 2017, la OMS se alió con Resolve to Save Lives, una iniciativa de Vital Strategies, para ayudar a los gobiernos nacionales a aplicar la iniciativa Global Hearts. Otros asociados que contribuyen a esta Iniciativa son: la Fundación de los CDC, la incubadora Global Health Advocacy Incubator, la Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins (Estados Unidos de América), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los CDC de los Estados Unidos. Desde la puesta en marcha del programa en 2017 en 18 países de ingresos medianos y bajos, tres millones de personas han recibido tratamientos antihipertensivos basados en un protocolo mediante modelos de atención centrados en la persona. Estos programas demuestran la viabilidad y la

eficacia de los programas normalizados de control de la hipertensión. (párr. 27- 30)

Tratamiento farmacológico

Nimpas de 200mg por vía oral

Administrar Nimpas, Alidol (nombre comercial); Ibuprofeno (nombre genérico). VitaBeauty S.A. (2022) dice que “Se sugiere administrar NIMPAS dos tabletas de inicio y luego 1 a 2 tabletas cada 6 u 8 horas de ser necesario” (párr. 4). Generalmente es bien tolerado; pero VitaBeauty S.A. (2022) menciona que existe: “Hipersensibilidad o alergia a sus componentes. Enfermedad ulcero péptica activa. Si está embarazada o en periodo de lactancia debe consultar al médico antes de usarlo. Se recomienda tomar tabletas con las comidas” (párr. 2-3)

Topictal de 25mg por vía oral

Administrar Topictal. Acomicil, Topimylan, Epilmax (nombres comerciales); Topiramato (nombre genérico). Se solicita comenzar con dosis bajas de 25 mg y de acorde a la patología, se puede administrar hasta 400 mg; dosis máxima 1600 mg al día. Se debe tener en cuenta que el Topiramato actúa sobre el sistema nervioso central y puede producir: somnolencia, mareos, alteraciones visuales y disminución de la capacidad de reacción, cefaleas, debilidad. Está contraindicado en hipersensibilidad.

Cuidados de enfermería

Disnea

Sensación de dificultad en la respiración, de intensidades variables.

- Estar alerta ante el estado de hidratación del paciente mientras este bajo mi cuidado y cubrir la necesidad de ingesta si es necesario.
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas para facilitar las maniobras del intercambio de gases y evita así complicaciones.

- Controlar el flujo de litros de oxígeno como herramienta fundamental para la insuficiencia respiratoria.
- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardias, palidez, frecuencia respiratoria).
- Evidenciar la capacidad del paciente para toser correctamente.
- Controlar los cuadros de respiración (sinusitis, faringitis, rinitis).
- Verificar la dirección del dispositivo de aporte de oxígeno si procede.
- Terapia respiratoria mediante nebulizaciones con fármacos broncodilatadores
- “Evitar actividades y factores que aumenten la demanda de oxígeno (temperatura extrema, estrés y otros)” (Roldán y Fernández, 1999, p. 92).
- “Limpiar eficazmente las vías aéreas para ayudar a facilitar la respiración” (Roldán y Fernández, 1999, p. 92).

Tos (generalmente productiva)

Tos acompañada de flema o moco que se genera en los pulmones y dificulta la respiración.

- Realizar drenaje postural y auscultar para determinar movilización de secreciones.
- Mantener al paciente en posición anatómica apropiada (semifowler) para una mejor oxigenación.
- Hidratación oral, con suero casero o líquidos tibios movilización de secreciones.
- Realizar ejercicios respiratorios cada cuatro horas, para garantizar el proceso ventilatorio adecuado.
- Indicar que debe mantener estilos de vida saludable (Evitar el consumo de tabaco).
- Cambios posturales cada dos horas, para garantizar la ambulación y mantener fuerza y tono muscular.
- Mantener higiene bucal después de cada expectoración para prevenir procesos infecciosos.

- Ayudar en caso de excesos de fatiga emocional y física, escuchándole y realizando actividades de ocio para que se despeje.
- “Enseñarle el método correcto de para una tos efectiva” (Roldán y Fernández, 1999, p. 92).
- “Acompañarlo en actividades que demanden esfuerzo, coordinando actividades con su capacidad de inspirar y expirar” (Roldán y Fernández, 1999, p. 92).

Valoración patrones funcionales de Marjory Gordon en Pacientes con neumonía

Patrón 1: Percepción - manejo de salud

Orientación en tiempo y espacio en estado de reposo relativo por presentar cuadro de neumonía, toma amoxicilina oral. refiere antecedentes patológicos familiares. Indica no tener el esquema de vacunación completo. Tiene conocimiento, pero no presenta interés por las conductas saludables.

Patrón 2: Nutricional – metabólica

Dificultad para satisfacer hambre y sed, sin horarios ni números fijos de ingesta, durante la valoración se recogen datos donde se puede apreciar sobrepeso.

Presenta dientes sanos, pero con un color amarillento. Además, se pudo apreciar gingivitis.

Patrón 3: Eliminación

Irregularidad para ir al baño debido a los inadecuados hábitos de alimentación. También presentación sudoración al mínimo esfuerzo físico.

Patrón 4: Actividad – ejercicio

No realiza actividad física, presenta capacidad funcional disminuida. Al mínimo esfuerzo presenta aumento de la respiración y el ritmo cardiaco.

Patrón 5: Sueño y descanso

Ritmo circadiano alterado debido a los inadecuados horarios de descanso. Además, comparte habitación con otros hermanos y hay ruido en el entorno.

Patrón 6: Cognitivo – perceptual

Presenta un buen estado de conciencia, sin embargo, padece de crisis de ausencia ocasionales que no afectan de ninguna manera. Sus órganos de los sentidos se encuentran en bien. No cuenta con ningún apoyo de compensación o prótesis.

Tiene dificultad para hablar cuando se pone nervioso, padece lagunas mentales, pero es dependiente con sus ideas y la toma de sus decisiones. Acude a terapia por su discapacidad intelectual en donde le ayudan también a comunicarse mejor y desenvolverse con personas que no son de su entorno.

Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto

Expresa sentirse bien la mayoría del tiempo, pero también en ocasiones le cuesta sentirse apreciado debido a que siente menos importante por la mala actitud que le muestran algunos familiares.

Patrón 8: Rol – relación

Familia extensa. es afectivo con las personas de su entorno sin embargo le cuesta relacionarse, presenta temor al comunicarse y convivir.

Patrón 9: Sexualidad – reproducción

Adolescente de 12 años de edad aun no inicia su vida sexual. No quiere hablar del tema, porque no le han instruido.

Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés

Paciente presenta poca tolerancia al estrés, se irrita con facilidad cuando las cosas no salen como quiere sobre todo en sus actividades escolares. Tiene discusiones frecuentes con su hermana menor que en ocasiones terminan en golpes.

Patrón 11: Valores – creencias

Adolescente de 12 años cumple con sus responsabilidades, se preocupa por los demás y siempre busca la manera de hacerlos sentir bien. Tiene creencias inculcadas que no desea cumplir.

Enfermería básica

Es una disciplina encargada de los procedimientos sanitarios, así como también asistenciales. Los enfermeros están encargados de brindar una atención de calidad a sus pacientes basándose en sus conocimientos científicos y teóricos.

La neumonía al ser una infección respiratoria debe ser tratada por los enfermeros aplicando un plan de cuidados basado en las necesidades alteradas, con el fin de brindar vigilancia y acompañamiento objetivo que generen confort. Es de gran importancia el conocimiento actualizado de los principios generales de la salud que permiten brindar una atención con eficacia a los pacientes. Por tanto, en el estudio de cuidados de enfermería en paciente con neumonía adquirida en la comunidad refiere que:

El cuidado de enfermería basado en el proceso que responde al diagnóstico de enfermería, facilita la toma de decisiones en colaboración con otros profesionales. En este caso es necesario que el personal conozca la patología para intervenir en todos los niveles de atención y prevención (Delgado, 2017, pp. 45)

En consecuencia, el personal de enfermería cumple un rol de gran importancia, ya que, a diferencia del médico, se encargan más allá de atender la patología, trata al enfermo en todo tu ser como persona.

Farmacología

La farmacología es una ciencia importante de estudio, que constituye un pilar esencial para la correcta utilización de tratamientos. Esta disciplina está directamente relacionada con la práctica de la enfermería pues, el enfermero es quien se encarga de la preparación y administración de los fármacos que se gestionan con fines terapéuticos. Debido a

la administración de medicamentos y el contacto directo, el personal de salud, detecta efectos adversos en etapas tempranas y toma decisiones importantes con respecto al bienestar del paciente. La correcta administración de medicamentos, incluida la evaluación antes y después de que el paciente recibe el tratamiento, es una de las principales responsabilidades enfermeras en su trabajo diario.

Según Romero (2018) “los farmacéuticos clínicos, expertos en farmacoterapia, pueden desempeñar un papel clave en la mejora de la educación farmacológica y en aumentar la confianza de los estudiantes de enfermería en su capacidad para seleccionar y administrar la terapia adecuada” (pp. 103).

A modo de conclusión, la cátedra de farmacología complementa los cuidados de enfermería ayudando a tratar patologías, determinando seguridad y efectividad de los medicamentos.

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado

Materia analítica que se ocupa de reflexionar sobre la naturaleza y características del conocimiento científico en el contexto de la disciplina enfermera. Enfermería, desde la antigüedad siempre ha visto el arte de cuidar más que como una acción de su profesión, es por ello que tiene una visión biomédica-positivista que, junto con su desarrollo personal, busca mejorar su calidad de cuidados basándose en modelos y teorías que aportan una mirada más compleja para enfrentar los desafíos en salud.

Todo conocimiento siempre estará sujeto a un sustento teórico y a un pensamiento filosófico y aunque cada disciplina tiene sus propios conceptos enfermería se diferencia por cuidar desde un conocimiento teórico y probado.

Sor Callista Roy

Sor Callista Roy en su modelo de adaptación que deriva de la teoría psicofísica de Helson, Alligood, (2015) nos habla de:

Ser humano como un ser con capacidades y recursos para lograr una adaptación a las diversas situaciones que se deben enfrentar en un proceso de enfermedad, su modelo nos permite hacer una distinción entre los problemas de adaptación y los diagnósticos enfermeros, basada en el trabajo que se desarrolla en ambos campos. Así, los problemas de adaptación no se ven como diagnósticos enfermeros sino como áreas de interés de las y los enfermeros en relación con la persona o grupo que se tiene que adaptar (pp. 89-90).

Una vez estudiado el modelo de Roy basado en la adaptación de pacientes a un nuevo entorno y sus limitaciones que le impiden exteriorizar sus sentimientos se puede relacionar con la cátedra de fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado en el conocimiento científico y teórico aplicado a la práctica y la convivencia, esto puede generar bienestar y confort al proporcionar a los individuos un entorno agradable donde puedan sentirse libres, además de reconocer las necesidades del paciente y ayudar a adaptarse a las nuevas experiencias a las que tendrá que enfrentarse; una de las cosas que puede ayudar en dicha adaptación es el ambiente en el que se encuentra, y si este tiene las condiciones óptimas para su estancia.

Se visualizan los diversos enfoques y tópicos sobre los cuales se aborda la esencia del objeto de estudio de la enfermería, así como su relación con los procesos que se vienen desarrollando en el ejercicio de la práctica profesional; de esta manera analizar las bases epistemológicas permiten a los profesionales hacerse preguntas como: ¿estamos cuidando bien?, a quienes debemos cuidar más?, ¿existe equidad en el cuidado? Se busca además sensibilización, empoderamiento y autorregulación en torno a la práctica, con sentido humano y no como una simple manera de ejercer la profesión (Vélez y Vanegas, s.f, pp. 52)

De tal forma que, la epistemología del cuidado se basa en la ciencia de la profesión de enfermería, pues se caracteriza por sus teorías sustentadas en la investigación de modelos teóricos de enfermería como Sor Callista Roy.

Ética y moral

El estudio del componente permite diferenciar ambos conceptos. La moral es la forma como actuó, el comportamiento, la práctica, tiene en cuenta varios aspectos ideológicos políticos, costumbres, tradiciones, creencias religiosas. Nos permite tener una relación enfermera-paciente centrada en la confianza e incluso en la disponibilidad de responder a las necesidades individuales. Mientras que la ética, trata la teoría y el estudio de la moral, es decir de las actitudes. En enfermería es importante principalmente en la toma de decisiones, en la capacidad de reflexión del ser humano sobre aquello que es correcto en relación con el deber.

El cuidado ha contribuido al fortalecimiento de la acción de atender la salud, autoras como Gilligan, y posteriormente Tronto y Noddings han desarrollado marcos conceptuales que facilitan la comprensión del cuidado de manera universal, elevando su estatus como una acción fundamental para la vida en sociedad. Recuperar las virtudes éticas para el cuidado en un justo equilibrio con el deber, contribuye a que los profesionales de enfermería revaloren la relación de ayuda que se establece con los pacientes, dado que posee una formación integral que le entrega los conocimientos, preparación, motivación y sensibilidad moral para cuidar (Yañez, 2021, pp.13)

A modo de conclusión puedo decir que ética y moral son términos con definiciones diferentes pero que se complementan, entender sus conceptos significa la reflexión de mi propia persona, mi forma de ser y mis acciones.

Bibliografía

- Alligood, M. R. (2015). *Modelos y teorías en enfermería* (Octava ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Consuelo Vélez Álvarez, José Hoover Vanegas García. (2011). Epistemología del cuidado en enfermería: a la luz de la fenomenología. ISSN-e 1794-5232. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3757228.pdf>

Delgado. Ruth. (2017). cuidados de enfermería en paciente con neumonía adquirida en la comunidad. Universidad inca Garcilaso de la Vega.

http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2564/SEG.ESPEC._RUTH%20ELOISA%20DELGADO%20RODRIGUEZ.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Organización mundial de la salud. [OMS]. (2021, 11 de noviembre). Neumonía.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>

Organización mundial de la salud. [OMS]. (2021, 25 de agosto). Hipertensión.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Roldán de T. Amparo, Fernández de S. María Stella. (1999). *Proceso de atención en enfermería*. 17(2), 79-93.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5331980.pdf>

Romero K. El conocimiento de la Farmacología en el profesional de enfermería. *Enferm Inv.* 2018;3(2):95-104.

<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/406/235>

Yáñez Flores, Kathia, Rivas Riveros, Edith, & Campillay Campillay, Maggie. (2021). *Ética del cuidado y cuidado de enfermería. Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 3-17. Epub 01 de junio de 2021.

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v10n1/2393-6606-ech-10-01-3.pdf>

Obesidad mórbida (OM)

Definición: La obesidad es el aumento de peso, lo que evoca a un daño en la salud según Rubio et al. (2015):

La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25,0 y 29,9 Kg/m² y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Se considera obesidad mórbida, obesidad severa u obesidad clase III cuando el IMC es de 40 o mayor o bien el IMC es de 35,0 o mayor y está asociado a la presencia de al menos una comorbilidad significativa como la diabetes o hipertensión arterial, entre otras, que pueden mejorar con la pérdida de peso. (p. 27)

Etiología

A nivel mundial según la OMS (2021): El aumento del consumo de alimentos ricos en calorías y grasas y la disminución de la actividad física debido al sedentarismo de diversas formas de trabajo, nuevos modos de transporte y la creciente urbanización. Los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física suelen ser el resultado de cambios ambientales y sociales relacionados con el desarrollo y la ausencia de políticas de apoyo en áreas como la salud; Agricultura; transporte; planificación urbana; ambiente; elaboración, distribución y comercialización de alimentos; y educación (p. 4).

Signos y síntomas

Los principales signos también se derivan de la magnitud del exceso de peso, los más frecuentes, según Martí et al. (2022):

El síntoma más obvio es el aumento de peso, por lo que los síntomas dependerán de este incremento de peso que, entre otros, pueden ser:

Dificultad para dormir. Apnea del sueño, somnolencia diurna, dolor de espalda y/o en las articulaciones, sudoración excesiva, intolerancia al calor, infecciones en los pliegues cutáneos, fatiga, depresión, disnea. (párr. 1)

Acantosis nigricans, es un trastorno cutáneo, caracterizado por la presencia de hiperqueratosis e hiperpigmentación en los pliegues cutáneos y de las axilas, estrías por distensión

y ruptura de las fibras elásticas de la piel-, vinosas en el caso de obesidad por alteración endocrinológica (Cushing), edemas y varices en extremidades inferiores, índice de Masa Corporal mayor a 30 kg/m², circunferencia de cintura superior a 94 cm en hombres y 88 cm en mujeres, nivel de presión arterial elevado > 140/90 mmHg. (párr. 2)

Fisiopatología

La obesidad es una patología crónica multifactorial que resulta de la interacción de causas ambientales con el genotipo individual para Puente et al. (2012):

Es el resultado de una acumulación excesiva de grasa corporal como consecuencia de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. El entendimiento del cómo y por qué se desarrolla es incompleto, pero se estima que un 70% de los fenotipos relacionados con la obesidad son de origen hereditario. Las variaciones ambientales explicarían el 30% restante. Existen más de 450 genes relacionados con la obesidad, pero solo unos pocos casos se deben a un origen monogénico. Si consideramos el incremento dramático de la obesidad en países desarrollados en las últimas décadas y que la dotación genética se mantiene relativamente estable de una a otra generación, la conclusión es que el cambio del estilo de vida, el sedentarismo y un aumento calórico de la ingesta pueden ser responsables de la pandemia. (p. 86-88)

Exámenes de laboratorio y de gabinete

Laboratorio

Según Rubio (2015), “Se solicitará una analítica básica: glucemia basal, perfil lipídico, hepático y renal, ionograma, ácido úrico y hemograma. Se solicitará también *HbA1c* en individuos con algún factor de riesgo cardiovascular y sobrepeso u obesidad y en los mayores de 45 años” (p. 33).

Gabinete

Los datos de gabinete es la medicina nuclear, que tiene como objetivo realizar pruebas científicas, refiere Rubio (2015):

Pruebas de función respiratoria, ante la sospecha clínica de insuficiencia respiratoria o hipoventilación se realizará un electro cardiograma y una gasometría. Electro cardiograma, se realizará en pacientes con hipertensión arterial. Ecografía abdominal, se realizará cuando exista sospecha clínica de esteatosis hepática, litiasis biliar o síndrome de ovario poliquístico. (p. 33)

Tratamiento Farmacológico.

Istaril

Los medicamentos Istaril (nombre comercial), Fentermina (nombre genérico) se recomiendan para bajar de peso, según PLM (2022) algunos de los efectos secundarios son: "Toxicidad fetal, aumento de la frecuencia cardíaca, comportamiento suicida, glaucoma agudo de ángulo cerrado, estado de ánimo y trastornos del sueño, déficits cognitivos, acidosis metabólica" (Efectos Adversos). En la misma línea, dosis recomendada de PLM 2022:

Tome Fentermina - Topiramato una vez al día por la mañana con o sin alimentos. Evite tomar Fentermina - Topiramato por la noche porque puede causar insomnio. Iniciar tratamiento con Fentermina - Topiramato 3.75mg/23mg (fentermina de liberación prolongada 3.75mg/topiramato 23mg) diariamente por 14 días; después de 14 días, aumente a la dosis recomendada de 7,5 mg/46 mg de fentermina - topiramato (7,5 mg de fentermina/46 mg de topiramato de liberación prolongada) una vez al día. (Dosis)

Neurobión

La PLM (2022), indica que el neurobión:

El fármaco Neurobión (Nombre comercial), Vitamina B1 - Tiamina-, Vitamina B12 -Cianocobalamina-, Vitamina B6 - Piridoxina- (Nombre genérico). En raros casos los Efectos adversos son: reacciones de hipersensibilidad a la vitamina B1 (Reacciones adversas) y la dosis recomendada es de: 1 a 2 grageas 3 veces al día para proseguir el tratamiento o para prevenir recidivas. (Dosis)

Cuidados de enfermería

Dislipidemia

La dislipidemia afecta a las personas obesas que tienen una mayor tendencia a presentar concentraciones altas de colesterol total lo que hace que aumente el riesgo de aterogénesis, según Davidson (2019), “La dislipidemia es la elevación de las concentraciones plasmáticas de colesterol, triglicéridos o ambos, o una disminución del nivel de colesterol asociado a HDL que contribuyen al desarrollo de aterosclerosis” (párr. 1)

- Dieta variada y equilibrada, con abundantes cereales, verduras, frutas, hortalizas y legumbres.
- Reducir el sobrepeso con dieta baja en calorías.
- Tomar lácteos semidesnatados o desnatados. Evitar derivados de la leche entera (helado, mantequilla, quesos grasos...)
- Evitar el consumo de alcohol, dos o tres vasos en varones y la mitad en mujeres. (Calviño, I. et al 2017)
- Pautar la realización de ejercicio físico; la actividad física es fundamental en el manejo del exceso de peso.
- Orientar a reconocer los factores de riesgo de la obesidad.
- Control de peso diario y medición de circunferencia abdominal para alertar sobre posibles enfermedades cardiovasculares.
- Motivar las técnicas de ejercicios físicos para regular tensión arterial.
- Colocar barandas en la cama para prevenir caídas.
- Observa características dérmicas para prevenir riesgos de infección, vigilancia de la piel.

Disminución de la fuerza y tono muscular

Levin (2019) dice “La debilidad es la pérdida de la fuerza muscular, La debilidad puede afectar algunos o muchos músculos y desarrollarse en forma súbita o gradual. Otros síntomas pueden estar presentes dependiendo de la causa” (párr. 1)

- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (por ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos), en caso de que sea necesario.
- Animar a comer frutas, verduras, cereales integrales, leche, carnes magras, pescado, legumbres y huevos.
- Motivar a realizar movimientos coordinados mientras realiza quehaceres domésticos, como alternativa al ejercicio físico.
- Establecer un plan realista, que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento del gasto de energía.
- Facilitar al paciente y a su familia la toma de decisiones con respecto a su cuidado, según sea apropiado. (Benaiges, S. et al 2020)
- Realizar cambios posturales para prevenir úlceras por presión.
- Control del peso diario en busca de signos de edematización.
- Pautar espacios para ejercicios según condiciones físicas.
- Ayudar con actividades instrumentales de la vida diaria.
- Disminuir dietas hiperproteicas, cuidando la fase metabólica e intestinal.

Valoración de Patrones Funcionales

Patrón 1: Percepción-manejo de la salud.

Estado de salud evoluciona favorablemente. Realiza caminata. Según capacidad respiratoria. Es bebedora social, y consume café diariamente. En estos momentos la paciente es consciente de su enfermedad y del esfuerzo diario que le supone afrontarlo.

Patrón 2: Nutricional-metabólico.

Peso: 120 Kg

Talla: 1,57 m

I.M.C.: 48.784% Obesidad Mórbida.

Manifiesta tener alimentación variada, con conocimiento del estado de salud y las dietas aconsejadas. Afirma tener una dieta pobre en grasa, pero dice: “*de vez en cuando me permito algún caprichito*”. Remarca que en varias ocasiones se mantiene activa gracias al café que toma, que suele ser por lo general una taza al día

Patrón 3: Eliminación

Presenta buen control de esfínteres sin problemas en la eliminación urinaria ni fecal. Indica que defeca dos veces al día, y casi siempre a la misma hora. No ha precisado nunca de laxantes para un buen hábito intestinal.

Patrón 4: Actividad-ejercicio.

Concedora de los beneficios de la realización de ejercicio como: Mejora de la capacidad física, menor trabajo del corazón para un mismo grado de esfuerzo, menor elevación del pulso y T.A, mayor tolerancia al esfuerzo, disminución de las cifras de colesterol, disminución de riesgo de trombosis. Además, menciona que camina 30 minutos diarios por las mañanas pero que a menudo se siente cansada. la paciente refiere llevar un estilo de vida en el que la movilidad es mínima.

F. C.= 98 lat/min

F.R.= 18 resp/min.

P.A.S.= 135 mmHg

P.A.D.= 95 mmHg

Índice de Katz de las actividades de la vida diaria= es independiente en todas ellas.

Patrón 5: Sueño-descanso.

Presenta dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, se despierta varias veces por la noche y después le es muy difícil quedarse dormida de nuevo, manifiesta también que suele tener pesadillas. No tiene diagnosticada ninguna medicación para dicha alteración. A veces suele tener poca energía durante el día y pocas ganas de realizar las actividades diarias.

Patrón 6: Cognitivo-perceptual.

En cuanto a la valoración sensoperceptiva (auditiva, visual, gustativa, táctil), no presenta ninguna alteración.

Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto.

Refiere de que a pesar de que mantiene una buena relación con sus familiares y amigos hay ocasiones en los que se siente sola. Tiene sensación de malestar corporal. Presenta falta de ilusión.

Mantiene contacto visual durante la entrevista. La voz es suave, con frases largas y coherentes y bien construidas. Atiende a todas las preguntas.

Patrón 8: Rol-relaciones.

Se siente acogida socialmente en la institución en la que estudia. Pero hay personas que le juzgan por su aspecto físico y eso le hace sentir mal y se siente avergonzada para realizar nuevas amistades.

Patrón 9: Sexualidad-reproducción.

Menarquía= 13 años

Refiere que no mantiene una vida sexualmente activa.

Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés.

Manifiesta adaptarse a las situaciones adversas con valentía y esperanza de superarlas de la mejor manera. Poniendo todo de su parte y con el apoyo de sus seres queridos.

Patrón 11: Valores-creencias.

Católica practicante por convicción. Acude a misa con su familia el domingo.

Lepra

Definición

La O.P.S. (s.f.) refiere:

La Lepra es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Mycobacterium leprae*, llamada también bacilo de Hansen. El periodo de incubación e inicio sintomatológico es de cinco años. Los síntomas iniciales son manchas claras

u oscuras o nódulos en la piel resultan en lesiones en la piel y pérdida de sensibilidad en la zona afectada. Debilidad muscular y sensación de hormigueo en las manos y los pies. La enfermedad puede causar secuelas progresivas y permanentes, que incluyen deformidades y mutilaciones, reducción de la movilidad de las extremidades e incluso ceguera. (párr. 1)

Afectación de: piel, nervios, mucosa de las vías respiratorias superiores y ojos. La sintomatología aparece entre 9 meses y 20 años después de haberse contagiado. No es altamente infecciosa y se transmite a través del contacto cercano con personas infectadas no tratadas. Con tratamiento adecuado es curable, se evita la discapacidad y es gratuito. (párr. 2)

Datos clave

Las personas afectadas por la lepra, son discriminadas. Tiene efectos negativos en el acceso al diagnóstico, el resultado del tratamiento y los resultados de la atención, además de violaciones de los derechos civiles, políticos y sociales. A nivel mundial, en 2015 se registraron 211.973 nuevos casos y en las Américas 33.789 nuevos casos. En 24 países de las Américas se notificaron casos de lepra, algunos con más de 100 casos por año: Argentina, Colombia, Cuba, México, Paraguay, República Dominicana, Venezuela y Brasil. Éste último concentra el 94% de los casos de toda la región. (párr.4)

LEPRA

Es una enfermedad bacteriana curable.



Transmisión

LA ENFERMEDAD ES CAUSADA POR LA BACTERIA...

- *Mycobacterium leprae* (conocida como "Bacilo de Hansen").

Se reproduce lentamente y tiene un período promedio de incubación de 5 años.

NO ES UNA ENFERMEDAD MUY CONTAGIOSA PERO...

se transmite por fluidos corporales de la nariz y boca de aquellas personas en contacto frecuente con personas enfermas no tratadas.

Signos y Síntomas

- Los síntomas pueden aparecer en el plazo de un año, pero también pueden tomar hasta 20 años en aparecer o incluso más.
- La enfermedad afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos, la mucosa del tracto respiratorio superior y los ojos.
- Las manifestaciones incluyen: Lesión(es) cutánea(s) hipopigmentada(s) o rojiza(s) con pérdida definitiva de sensibilidad.
- Daño a los nervios periféricos, como se demuestra por la pérdida de sensibilidad y movilidad de las manos, los pies o la cara.

Tratamiento

Consiste en una combinación multimedicamentosa compuesta de dapsona, rifampicina y clofazimina, este tratamiento mata al agente patógeno, cura al paciente y detiene la transmisión. El diagnóstico temprano y la administración del tratamiento son clave para su eliminación.

Los pacientes no tratados pueden desarrollar lesiones progresivas incapacitantes y ceguera.

Estigma y Discriminación

Las personas afectadas por la lepra suelen ser objeto de discriminación y estigmatización. Esta situación tiene efectos negativos en el acceso al diagnóstico, el resultado del tratamiento y los resultados de la atención, además de violaciones de los derechos civiles, políticos y sociales. Poner fin a la discriminación, el estigma y los prejuicios es fundamental para acabar con la lepra.

OMS. (s.f.). Lepra Es una enfermedad bacteriana curable. [Imagen]. paho.org.
<https://www.paho.org/es/temas/lepra>

Lo que la OPS hace

Según la OPS, a partir del 1992, promueve el Plan de Acción Regional para la Eliminación de la Lepra en las Américas, para la cobertura de tratamiento con poliquimioterapia, alcanzando coberturas del 42%. Desde el 2001 hasta la actualidad la cobertura es universal. Los fármacos son gratuitos, a través de donaciones de la Fundación Novartis para el Desarrollo Sostenible.

En 2009, los países Miembros de la OPS/OMS, a través de la Resolución CD49.R19, 2009, se comprometieron con la meta de eliminar la lepra como problema de salud pública, al primer nivel sub-nacional para el 2015 y en el 2012, la OPS/OMS formuló un "Plan de Acción para Acelerar el

Logro de la Eliminación de la Lepra en Latinoamérica y el Caribe”, alcanzar la reducción de la prevalencia por esta enfermedad a menos de 1 caso por cada 10.000 habitantes.

La Resolución A/RES/65/215 para la “Eliminación de la Discriminación Contra las Personas Afectadas por la Lepra y sus Familiares”, se aprobó por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre del 2010 con el fin de fomentar la formulación y aplicación de políticas y medidas para prevenir la discriminación de las personas afectadas por lepra y a sus familiares.

En 2016, el Consejo Directivo de la OPS/OMS aprobó la Resolución CD55.R9 que incluye la implementación del Plan para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, entre ellas la lepra.

La OMS desarrolló la Estrategia mundial contra la lepra 2016-2020, que brinda orientación a los administradores de los programas nacionales de control de la lepra para tomar medidas para reducir la carga de la enfermedad y trabajar con múltiples organizaciones, incluidas organizaciones que trabajan por los derechos humanos y la igualdad de género.

En 2018, la OMS publicó Directrices para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lepra, las cuales proporcionan los conocimientos y las evidencias más recientes sobre el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la lepra, con base en un enfoque de salud pública en países endémicos. (párr. 5-10)

Según, Tierney, M. & Nardell, E. (2018) *M. leprae* fue la única causa conocida de lepra hasta 2008, cuando se identificó una segunda especie, *M. lepromatosis*, en México.

Aunque la lepra no es muy contagiosa, rara vez es mortal y puede tratarse eficazmente con antibióticos. Todavía hay muchos conceptos erróneos sobre la enfermedad, posiblemente porque la lepra no era curable antes de que se descubriera una terapia antibiótica eficaz en la década de 1940. Las personas con esta enfermedad a menudo tenían

la visión desfigurada y suelen ser graves, por lo que causaban temor y rechazo de los demás.

Epidemiología

En el mundo, el número de casos de lepra está disminuyendo. En el año 2016, se anunciaron unos 215.000 casos nuevos. En 2015, alrededor del 80% de los casos ocurrió en la India, Brasil e Indonesia.

En 2015, se informaron 178 nuevos casos en los Estados Unidos; el 72% ocurrió en 7 estados: Arkansas, California, Florida, Hawái, Louisiana, Nueva York y Texas. La mayoría de los estadounidenses con lepra son personas llegadas de países en vías de desarrollo.

La lepra puede aparecer a cualquier edad, pero suele ser más común en personas de entre 5 y 15 años o en mayores de 30 años. (párr. 1-5)

Fisiopatología

Los seres humanos son el principal reservorio natural del *M. leprae*. Los armadillos son la única fuente confirmada además de los humanos, sin embargo, pueden existir otros reservorios animales y ambientales.

Se dice que la lepra se transmite de una persona a otra a través de los aerosoles y las secreciones nasales. El contacto tanto casual y el contacto a corto plazo no parecen diseminar la enfermedad. Se considera que aproximadamente el 50% de las personas con lepra pueden haberla contraído de un contacto cercano infectado, con el que comparte mucho tiempo. Incluso después de la exposición a la bacteria, la mayoría de las personas no desarrollan lepra; los profesionales de la salud suelen trabajar durante muchos años con personas con lepra sin desarrollar la enfermedad. La mayor parte de los individuos aproximadamente el 95% son inmunocompetentes infectados por *M. leprae* no desarrollan lepra porque tienen inmunidad efectiva. Es probable que las personas que lo desarrollan tengan una predisposición genética que aún no se ha identificado por completo.

El *M. leprae* prolifera de forma lenta (se duplica en 2 semanas). El período de incubación habitual es de 6 meses a 10 años. Una vez que aparece la infección, puede producirse su diseminación hematológica. (párr. 6-8)

Clasificación

La lepra se puede clasificar según su tipo y el número de zonas de piel afectadas:

Paucibacilar: Ganglios linfáticos subcutáneos: ≤ 5 lesiones cutáneas sin bacterias en muestras de estas áreas.

Multibacilar: ≥ 6 lesiones cutáneas, bacterias detectadas en la muestra de la lesión, o ambas.

La lepra también se puede clasificar según la respuesta citológica y la evaluación clínica: Tuberculoide, lepromatosa, límite.

El paciente con lepra tuberculoide típica desarrolla una intensa respuesta inmune celular que se limita a unas pocas lesiones cutáneas (subcutáneas), la enfermedad es más leve, menos frecuente y menos contagiosa. Las personas con lepra o lepra límite desarrollan una inmunidad celular débil contra *M. leprae* e infecciones sistémicas más graves con invasión bacteriana generalizada de la piel, los nervios y otros órganos (p. ej., riñones, testículos, nariz). Estos pacientes tienen más lesiones en la piel y la enfermedad es más contagiosa.

En ambas clasificaciones, el tipo de lepra es determinante. Pronóstico a largo plazo, complicaciones, posible duración de la terapia con antibióticos y signos y síntomas. Los síntomas de la lepra por lo general no aparecen hasta > 1 año después de la infección (mediana de 5 a 7 años). Una vez que aparecen, se moverán lentamente. La lepra afecta principalmente a la piel y los nervios periféricos. La afectación de los nervios produce entumecimiento y debilidad en las áreas controladas por los nervios afectados.

Lepra tuberculoide: las lesiones cutáneas consisten en una o unas pocas máculas hiperestésicas con hipopigmentación central y bordes netos sobreelevados.

Como en todas las formas de lepra, el exantema no es pruriginoso.

Lepra lepromatosa: Gran parte de la piel y diferentes áreas del cuerpo, como los riñones, la nariz y los testículos, pueden verse afectadas. Los pacientes presentan máculas, pápulas, nódulos o parches en la piel, generalmente simétricos. La neuropatía periférica es más grave que la lepra tuberculosa, con más áreas entumecidas. Ciertos grupos de músculos pueden ser débiles. Los pacientes pueden experimentar ginecomastia o pérdida de pestañas y cejas.

Lepra limítrofe: Se identifican las características de la lepra tuberculoide y la lepra lepromatosa. Si no se trata, la lepra limítrofe puede disminuir en severidad y convertirse en una forma más semejante a la tuberculoide, o empeorar y llegar a una forma más severa semejante a la lepra lepromatosa. (párr.9-18)

Complicaciones

Las complicaciones más graves son el resultado de la neuropatía periférica, que afecta el tacto e impide sentir el dolor y la temperatura. Los pacientes pueden quemarse, cortarse o lesionarse sin darse cuenta. El trauma recurrente puede resultar en la pérdida de uno o más dedos. La debilidad muscular puede provocar deformidades (p. ej., deformidad en garra del cuarto y quinto dedo de la mano debido a daño del nervio cubital, descenso del pie como consecuencia del compromiso del nervio peroneo).

Los nódulos y pápulas pueden causar desfiguración facial. Otras áreas del cuerpo también pueden verse afectadas:

Pies: Las úlceras en los pies con infección secundaria son la principal causa de enfermedad porque provocan dolor en la deambulación.

Nariz: el daño a la mucosa nasal puede provocar congestión nasal y epistaxis que, si no se tratan, pueden provocar erosión y colapso del tabique nasal.

Ojos: La inflamación del globo ocular puede causar glaucoma y la insensibilidad de la córnea puede causar cicatrices y ceguera.

Función sexual: los hombres con eczema pueden experimentar disfunción eréctil e infertilidad. Las infecciones pueden reducir la testosterona y la secreción de esperma en los testículos.

Riñón: en pacientes con lepra lepromatosa, a veces se desarrolla amiloidosis, lo que lleva a insuficiencia renal. (párr. 19-24)

Reacciones lepromatosas

Durante la lepra no tratada o incluso tratada, el sistema inmunitario puede producir respuestas inflamatorias. Hay dos tipos. Las reacciones de tipo 1 son secundarias a un aumento espontáneo de la inmunidad celular. Pueden presentarse fiebre e inflamación preexistentes de los nervios periféricos y lesiones cutáneas, lo que lleva a edema, eritema y sensibilidad cutánea a la palpación, así como empeoramiento de la disfunción neurológica. Estas reacciones contribuyen significativamente al daño a los nervios, especialmente si no se tratan. A pesar del empeoramiento clínicamente aparente, se cree que estas reacciones son reversibles porque la respuesta inmunitaria es exagerada. Una reacción de tipo 2 (nódulo de eritema) es una reacción inflamatoria sistémica similar a la vasculitis o inflamación tisular, que puede ser secundaria al depósito de inmunocomplejos circulantes o al aumento de la función de las células T colaboradoras. La incidencia de estas reacciones ha disminuido desde que se agregó clofazimina al régimen. Los pacientes pueden desarrollar pápulas o nódulos eritematosos dolorosos que pueden volverse pustulosos, ulcerarse y causar fiebre, neuritis, linfadenitis, orquitis, artritis (especialmente en las articulaciones grandes, generalmente la rodilla) y glomerulonefritis. La hemólisis o la supresión de la médula ósea pueden causar anemia y la hepatitis puede tener poco efecto en el cuadro hepático. (párr. 25-27)

Diagnóstico

Examen microscópico de una muestra obtenida mediante biopsia de la piel

El diagnóstico de la lepra a menudo se retrasa en los Estados Unidos porque los médicos desconocen las manifestaciones clínicas.

La lepra se sospecha en presencia de lesiones cutáneas y neuropatía periférica y se confirma mediante examen microscópico de muestras de biopsia. *Mycobacterium leprae* y *M. lepromatosis* no crecen en cultivos artificiales. Las muestras de biopsia deben obtenerse de la superficie anterior de la lesión tuberculoide o, en la lepra lepromatosa, de nódulos o placas.

Los anticuerpos séricos IgM contra *M. leprae* son específicos, pero no sensibles (definidos en solo dos tercios de los pacientes con lepra tuberculosa). Su utilidad diagnóstica se reduce aún más en áreas endémicas, ya que estos anticuerpos pueden estar presentes en pacientes con infecciones asintomáticas. (párr. 28-30)

Tratamiento

Los regímenes de múltiples fármacos a largo plazo incluyen dapsona, rifampicina y, a veces, clofazimina. A veces, los antibióticos duran toda la vida.

Los antibióticos pueden detener la progresión de la lepra, pero no revierten el daño o las anomalías nerviosas. Por lo tanto, la detección y el tratamiento tempranos son esenciales.

Debido a la resistencia a los antibióticos, se recomienda un régimen de múltiples fármacos. Los fármacos elegidos dependen del tipo de lepra, ya que la multibacilar requiere regímenes de tratamiento más intensivos y prolongados que la lepra paucibacilar. (párr. 31-33)

Multibacilar

El régimen estándar de la OMS incluye dapsona, rifampicina y clofazimina. La OMS proporciona estos medicamentos de forma gratuita a todos los pacientes de

lepra en todo el mundo. Los pacientes recibieron rifampicina 600 mg por vía oral y clofazimina 300 mg por vía oral una vez al mes bajo vigilancia del médico tratante y dapsona 100 mg por vía oral con clofazimina 50 mg por vía oral una vez al día sin supervisión. Esta dieta se continuó durante 12 meses. En Estados Unidos, los regímenes incluyen rifampicina 600 mg por vía oral una vez al día, dapsona 100 mg por vía oral una vez al día y clofazimina 50 mg por vía oral una vez al día durante 24 meses.

Paucibacilar

Según el régimen estándar de la OMS, los pacientes deben recibir rifampicina 600 mg por vía oral una vez al mes bajo supervisión y dapsona 100 mg por vía oral una vez al día sin supervisión durante 6 meses. Las personas con lesiones cutáneas únicas deben recibir una dosis oral única de 600 mg de rifampicina, 400 mg de ofloxacina y 100 mg de minociclina. En los Estados Unidos, los regímenes incluyeron 600 mg de rifampicina por vía oral una vez al día y 100 mg de dapsona por vía oral una vez al día durante 12 meses. (párr. 34-37)

Fármacos contra la lepra

La dapsona es segura. Los efectos indeseables observados fueron hemólisis, anemia y alergia cutánea; A veces se presenta el síndrome de dapsona, caracterizado por dermatitis exfoliativa, fiebre alta y leucocitosis similar a la mononucleosis.

La rifampicina es principalmente bactericida contra *M. leprae* y es incluso más efectiva que la dapsona. Sin embargo, con la dosis recomendada de EE. UU. de 600 mg una vez al día por vía oral, el tratamiento es demasiado costoso para la economía de muchos países en desarrollo, pero la OMS lo proporciona de forma gratuita. Sus efectos secundarios incluyen hepatotoxicidad, síndromes gripales y, en raras ocasiones, trombocitopenia e insuficiencia renal.

La clofazimina es muy confiable. El principal efecto secundario es la pigmentación reversible, pero las anomalías de decoloración pueden tardar meses en resolverse. La clofazimina solo está disponible en los

Estados Unidos a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos porque es un nuevo fármaco en investigación. (párr. 38-40)

Reacciones lepromatosas

Los pacientes con reacciones de tipo 1 (excepto dermatitis leve) se tratan inicialmente con prednisona de 40 a 60 mg por vía oral una vez al día, seguida de una dosis baja de mantenimiento (generalmente inferior a 10 a 15 mg una vez al día) durante varios meses. La dermatitis leve no requiere tratamiento.

El primer y segundo episodios de lepra nodular pueden tratarse, si son leves, con aspirina y, si son graves, con 40 a 60 mg de prednisona por vía oral una vez al día en combinación con otros antibióticos. En caso de recaída, el fármaco de elección es la talidomida, 100 a 300 mg por vía oral una vez al día. Sin embargo, debido a su potencial teratogénico, la talidomida no debe administrarse a mujeres que puedan quedar embarazadas. Sus efectos secundarios son estreñimiento leve, leucopenia leve y sedación. (párr. 41-42)

Prevención

El riesgo de transmisión es bajo porque la lepra no es contagiosa. Solo la forma lepromatosa no tratada es contagiosa, pero aun así la infección no se propaga fácilmente. Sin embargo, los contactos domésticos (especialmente los niños) de los pacientes con lepra deben ser monitoreados para detectar el desarrollo de síntomas y signos de la enfermedad. Una vez que comienza el tratamiento, la lepra ya no se transmite. La mejor prevención es evitar el contacto con los fluidos corporales y las erupciones de una persona infectada. La vacuna BCG, que se utiliza para prevenir la tuberculosis, protege contra la lepra, pero no suele prescribirse para ese fin. No hay quimioprofilaxis. (Tierney & Nardell , 2018, párr. 43-44)

Enfermería básica

Disciplina académica y profesional en la cual los futuros profesionales en enfermería aprenden la aplicación de

técnicas, procedimientos y mecanismos para la planificación y ejecución de funciones de asistencia y atención al paciente, brindando apoyo y ayuda en el mejoramiento de la salud de una persona en particular y de la sociedad en general, pudiendo verse desestabilizado su estado de salud y que por tanto necesitan de una intervención de enfermería mediante cuidados integrales de calidad y calidez; la enseñanza al paciente, la familia y la orientación necesaria para que tomen decisiones y mantengan la independencia en su autocuidado en la medida de lo posible.

Otros autores han afirmado que:

El alto incremento de la prevalencia de obesidad en la sociedad indica que las medidas preventivas, así como la ejecución de intervenciones sencillas y útiles (Educación para la Salud, autoevaluación del IMC y cintura), con el enfoque puesto en la detección clínica, son de gran importancia para evitar el desarrollo de enfermedades asociadas y favorecer una mejoría en la calidad de vida de las personas con OM. (Guevara, M. et al 2019, p. 3)

Farmacología

Ciencia que estudia el mecanismo de acción de los fármacos. En Farmacología el personal de enfermería aprende como y cuando debe aplicar una medicación, observando los 5 correctos para la administración de un medicamento; teniendo en cuenta el proceso de liberación, administración, distribución, metabolismo y excreción del medicamento en el organismo (LADME); logrando así conseguir el objetivo de la farmacología para enfermería que es mejorar el cuidado de los pacientes mediante la promoción de la utilización de fármacos de modo seguro y eficaz, teniendo además un papel importante en la educación del paciente y de sus familiares.

Según Navarro y Jáuregui mencionan que la “obesidad constituye un reto terapéutico, por las complicaciones médicas asociadas y por las consecuencias socioeconómicas que conlleva. La base del tratamiento de esta enfermedad lo constituye la incorporación de hábitos de vida saludable

(dieta y actividad física)” (Navarro M & Jáuregui I, 2020, p. 1)

Fundamentos Teóricos y Bases Epistemológicas del Cuidado

Katharine Kolcaba - Teoría del confort

Según Kolcaba, los seres humanos ofrecen respuestas holísticas a estímulos complejos, Alligood & Tomey (2011) mencionan:

El confort es un antídoto contra los factores de estrés inherentes en situaciones sanitarias de hoy, y cuando el confort mejora, pacientes y familias salen reforzados frente a las tareas que tienen por delante es una necesidad humana básica que las personas luchan por satisfacer o ya han satisfecho. (p.706)

Es el estado que experimentan los receptores de las intervenciones de confort. Es la experiencia inmediata y holística de fortalecerse cuando se abordan las necesidades para tres tipos de confort alivio, tranquilidad y trascendencia en cuatro contextos físico, psicoespiritual, social y ambiental. (p.709)

La enfermería incluye la valoración de las necesidades de la comodidad, el diseño de las intervenciones de comodidad para satisfacer esas necesidades y la revaloración de los niveles de comodidad después de la implantación de dichas medidas, en comparación con una situación anterior. Los receptores del cuidado deben ser individuos, familias, instituciones o comunidades que necesiten cuidados de salud. El entorno es cualquier aspecto del paciente, la familia o las instituciones que la enfermera, los familiares o la institución pueden manipular para mejorar el confort. La salud es el funcionamiento óptimo del paciente, familia, profesional de la salud o comunidad, según la definición del paciente o grupo. (p.711)

Partiendo del concepto y de los metaparadigmas propuestos por Katharine Kolcaba en su teoría del Confort, se puede concluir que las diferentes medidas de confort en la práctica de enfermería, permiten aliviar el sufrimiento

físico, psicoespiritual, social y ambiental a través de la acogida amable y cordial, respetando creencias, valorando y respetando sentimientos y emociones a través de la escucha atenta a necesidades; brindando siempre ambiente de confianza y seguridad; teniendo presente que la comodidad o confort es un factor importante en la recuperación, además que se logra también la satisfacción del paciente y sus familiares por la calidad de atención recibida.

Según Valle, M. et al (2021) señalan “que el enfoque de las intervenciones del confort no suele ser únicamente técnico además complementan la asistencia clínica y contribuyen a satisfacer las necesidades básicas del paciente. En este sentido, la disciplina enfermera tiene un rol relevante” (p. 2), por lo tanto, el confort es vital en el cuidado de los pacientes.

Ética y moral

La ética es una disciplina que estudia el proceder humano y su relación con las nociones del bien y del mal, los criterios morales, el deber, la felicidad y el bien común. Se encarga del estudio basado de los valores morales que rigen el comportamiento humano en la sociedad, debe precisar lo que es bueno; mientras que la moral son las costumbres, normas, prácticas y acuerdos establecidos por cada sociedad. En otras palabras, la moral es el conjunto de reglas que se emplean en la vida diaria y todas las personas las usan continuamente. Estas normas orientan a cada individuo, guiando sus acciones y sus decisiones sobre lo que es correcto o incorrecto, es decir, bueno o malo dentro de un nivel de valores compartido por la sociedad.

Según González (2019):

la ética trata de establecer en qué consiste el valor de bondad que atribuimos a determinadas conductas. Y cuando lo hace, simultáneamente establece una contraposición entre las conductas buenas y las malas, imponiendo el consiguiente “deber” de seguir aquéllas y evitar éstas. Ética es, por tanto, la filosofía moral o la filosofía de la moral. (p. 24)

Bibliografía

- Alligood, M. R., & Marriner Tomey, A. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería. EdiDe, S.L.
- Blanch, S. B., Pérez Herrer , L., Calavia Recio, A., & Aisa Cosío , C. (5 de noviembre de 2020). <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-a-una-paciente-con-obesidad-a-proposito-de-un-caso/>
- Davidson, M. H. (diciembre de 2019). <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/trastornos-de-los-l%C3%ADpidos/dislipidemia>
- Dávila, M. F., Yapud Vizcaino, E. D., & Acosta Balseca, S. L. (25 de abril de 2021). <http://revistasoj.s.utn.edu.ec/index.php/lauinvestiga/article/view/435/541>
- García, I. C., Hermosín Alcalde, A., & Pereira Jiménez, E. (4 de septiembre de 2017). <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/manejo-dietetico-hipercolesterolemia/>
- Levin, M. C. (Enero de 2019). <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/s%C3%ADntomas-de-los-problemas-neurol%C3%B3gicos/debilidad>
- Martí, A. A., Cañizares Alejos, S., & Flores Meneses, L. (20 de enero de 2022). <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/obesidad/sintomas>
- Miguel Angel Rubio Herrera, M. D. (2015). Manual de Obesidad Mórbida. En M. D. Miguel Angel Rubio Herrera, *Manual de Obesidad Mórbida*. Médica Panamericana.

- O.M.S. (9 de junio de 2021). *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- O.P.S. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*.<https://www.paho.org/es/temas/lepra>
- PLM.(2022).*medicamentosplm*.https://www.medicamentosplm.com/ecuador/Home/productos/istaril_c%C3%A1psulas_de_liberaci%C3%B3n_controlada/1116/101/68650/17
- PLM.(2022).*medicamentosplm*.https://www.medicamentosplm.com/ecuador/Home/productos/neurobion_grageas/2866/101/65112/77
- Puente Shiordia, J., Ugalde Velázquez, F., Cerón Rodríguez, F., & Vázquez García, A. (abril-junio de 2012).*Cirugía Endoscópica*.<https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2012/ce122f.pdf>
- Rubio Herrera, M. A., Ballesteros Pomar, M. D., Sánchez Pernaute, A., & Torres García, A. J. (2015). *Manual de Obesidad Mórbida*. Panamericana.
- Tierney, D., & Nardell, E. (abril de 2018).<https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/enfermedades-infecciosas/micobacterias/lepra>
- Vara, M. C. (2012). *Papel de la Enfermería ante la Obesidad*.
<https://zaguan.unizar.es/record/7399/files/TAZ-TFG-2012-223.pdf>

Parálisis cerebral

La parálisis cerebral es un trastorno crónico irreversible, que afecta a todos los ámbitos de aquellas que la padecen, impidiendo llevar una vida de calidad y tranquila. Empleando las palabras de Paredes (2021) “Es un trastorno neuromotor no progresivo ocasionado por una lesión o traumatismo en el cerebro inmaduro, llegando a causar alteración en el movimiento, coordinación, postura y aumento del tono muscular, seguido de déficits cognitivos, comportamentales y de la comunicación” (p. 39), por lo tanto, la parálisis cerebral impide el correcto funcionamiento de las funciones motoras de la persona; tales como la alimentación la comunicación, el movimiento, entre otros.

Etiología

Los factores de riesgos de la parálisis cerebral pueden dividirse por varios factores de riesgos prenatales, de enfermedades maternas y asociados a la gestación. Los factores de riesgos prenatales, los cuales se han asociado a trombosis y accidentes cerebrovasculares perinatales, son la edad materna avanzada y la primiparidad respectivamente.

Otro factor de riesgos de parálisis cerebral en los lactantes y niños pequeños son infecciones, asfixia durante el parto, infarto arterial neonatal y lesiones encefálicas traumáticas. Aunque la causa real es una anomalía cerebral, lo cual puede deberse a una encefalopatía neonatal secundaria a infección, crisis epilépticas, fenómenos hipóxicos-isquémicos, ictus isquémico o malformaciones congénitas. (Frontera et al., 2020, pp 689-690)

Signos y síntomas

La parálisis cerebral puede acompañarse por innumerables signos y síntomas que afectan a otros sistemas corporales o puede delimitarse principalmente a una o dos extremidades o alguna parte del cuerpo y se pueden clasificar en:

Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta

- Hipoacusia neurosensorial

- Defectos del control motor bucal
- Dentición deficiente
- Estrabismo (isotropía)
- Deterioro visual cortical o retinopatía de la prematuridad
- Sialorrea
- Disfagia
- Disartria

Cardiovasculares

- Hipertensión
- Ateroesclerosis
- Lesiones cardíacas

Pulmonares

- Displasia broncopulmonar (taquipnea y taquicardia)
- Neumonía
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Gastrointestinales y genitourinarios

- Escoliosis
- Espasticidad
- Crisis epilépticas
- Vómitos
- Esofagitis péptica
- Estreñimiento

Musculoesqueléticos

- Luxaciones articulares
- Osteoporosis
- Cefaleas
- Paresia

Neurológicos

- Apraxia
- Epilepsia
- Ataxia
- Hipoxia

Otros

- Somnolencia
- Insomnio
- Depresión
- Ansiedad (Frontera et al., 2020)

Fisiopatología

Las lesiones principales que contribuyen a la parálisis cerebral son infecciones, traumatismos y anoxia en el periodo perinatal. Las hemorragias intracerebrales en el feto o el lactante prematura. El querníctero y los factores genéticos también pueden contribuir a su desarrollo. (Jane W et al.,2019, pp 603)

Síntomas

Espasticidad

Definida como la tensión y rigidez de los músculos, de la rapidez en el reflejo de extensión muscular, también conocido como tensión inusual o “Aumento de tono muscular dependiente de la velocidad con espasmos tendinosos exagerados por la hiperexcitabilidad del reflejo de estiramiento” (Frontera y Verduzco, 2020, p.,890).

Cuidados de enfermería

- Control de medicamentos
- Limpieza de áreas de fosas naturales y secado
- Proteger movimientos para evitar alguna lesión
- Higiene diaria a través del baño
- Movimiento constantemente para evitar úlceras por presión

Disfagia

Conocido comúnmente como dificultad para tragar, lo cual se refiere a los problemas de alimentos o líquidos de la boca a la hipofaringe o por el esófago.

Cuidados de enfermería

- Alimentación por sonda nasogástrica o sonda gastrostomía

- Proteger las secreciones salivales o del contenido gástrico
- Protección de las vías respiratorias
- Reducir si se modifica la consistencia de alimentos y líquidos ingeridos
- Observación de la capacidad de deglución
- En casos graves se necesita gastrostomía y alimentación entérica (Harrison, pp 297)
- Explicar al paciente la necesidad de cambiar sus pautas habituales de comida con la finalidad de evitar ansiedad
- Dar órdenes sencillas y claras (abra la boca, trague, etc)
- No comer si esta somnoliento
- Colocar el alimento a la altura o por debajo de la línea de los ojos para mantener la flexión de la cabeza (Rodríguez et al., 2018, pp 93-94)

Exámenes de laboratorio y de gabinete

El diagnóstico de la parálisis cerebral, se debe producir lo antes posible de manera que se pueda comenzar el tratamiento más adecuado, a las características del bebé que le permita desarrollar al máximo sus capacidades. Lo cual existe diversas pruebas de evaluación.

- Exámenes neurológicos
- Resonancia magnética
- Tomografía computarizada
- Ultrasonido
- Electroencefalograma
- Radiografías
- Análisis de sangre
- Estudios genéticos (Madrigal, pp.8)

Tratamiento farmacológico

Tizanidina

Reduce la espasticidad muscular por incrementar la inhibición presináptica de las neuronas motoras. También ejerce un moderado efecto analgésico a nivel central

Nombre comercial

Sirdalud - Zanaflex

Nombre genérico

Clorhidrato de Tizanidina

Dosis

Dosis normal de 2-4 mg 3 veces al día. En casos graves puede tomarse una dosis adicional de 2-4 mg, preferiblemente por la noche para reducir la sedación.

Efectos adversos

- **Sistema nervioso:** fatiga, somnolencia, insomnio y alucinaciones
- **Digestivos:** náuseas, hepatitis aguda, trastornos gastrointestinales y xerostomía
- **Cardiovasculares:** hipotensión y bradicardia. (Fiesterra,2021)

Dantroleno

Bloquea la liberación de calcio del retículo sarcoplásmico, lo que se traduce en una disminución de la contracción del músculo esquelético.

Nombre comercial

Dantrium

Nombre genérico

Dantroleno sódico

Dosis

- **Adultos:** dosis inicial 25 mg 2-4 veces al día hasta llegar a 100-400 mg/día.
- **Niños:** dosis inicial 0,5 mg/kg 2 veces al día, aumentando a intervalos semanales hasta 2 mg/kg 3 veces al día si es necesario.
- **Efectos adversos**
- **Digestivos:** diarrea, estreñimiento, anorexia, disfagia, náuseas y hepatitis

- **Sistema nervioso:** discinesias, convulsiones, cefalea, diplopía, insomnio y nerviosismo.
- **Cardiovasculares:** taquicardia, alteración de la presión arterial y flebitis.
- **Hematológicos:** anemia, leucopenia y trombocitopenia.
- **Genitourinarios:** polaquiuria, cristaluria, hematuria e incontinencia urinaria.
- **Cutáneos:** prurito y urticaria
- **Osteomusculares:** mialgias (Fiesterra,2021)

Valoración patrones funcionales

Patrón 1. Percepción-manejo de la salud

No presenta patologías infecciosas y tiene conocimiento de su propio autocuidado, sin embargo, necesita ayuda parcialmente de su tutor.

Patrón 2. Nutricional-metabólico

Mantiene dieta equilibrada, no presenta problemas bucales ni digestivos.

Patrón 3. Eliminación

Mayor parte de deposiciones son de características normales, en ciertas ocasiones presenta estreñimiento y flatulencias, además la paciente no controla sus esfínteres por lo que usa pañal diariamente.

Patrón 4. Actividad-ejercicio

Presenta dificultad para realizar ciertos ejercicios con sus extremidades inferiores, por lo cual necesita ayuda para sus terapias y pueda mantenerse activa.

Patrón 5. Sueño-descanso

No presenta alteraciones de sueño, duerme aproximadamente 8 horas y también descansa durante el día 1 hora en lo cual presenta sueño profundo.

Patrón 6. Cognitivo-perceptivo

No presenta alteraciones sensoriales, entiende y comprende las cosas que suceden por lo cual, no hubo

dificultad en sus estudios, se comunica mediante lenguaje mímico.

Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto

No presenta rechazo e incomodidad de su cuerpo y no refiere problemas de conducta.

Patrón 8. Rol-relaciones

Buena comunicación con sus familiares y poca dificultad para comunicarse con los demás, debido a que no conocen lenguaje mímico.

Patrón 9. Sexualidad-reproducción

Producto de agresión sexual una hija, menarquia, no se aborda por silencio cómplice familiar.

Patrón 10. Afrontamiento-tolerancia al estrés

Mantiene la calma ante situaciones de estrés, en lo cual busca técnicas de relajación para mantenerse tranquila y en paz.

Patrón 11. Valores-creencias

Actúa a bases de sus valores éticos, respetando a los demás y siguiendo la palabra de Dios.

Displacia de cadera en adulto

La displacia de cadera también conocida como luxación de cadera es una de las causas principales de artrosis de cadera y de artroplastia total de cadera en adultos jóvenes. La identificación precoz de la displasia de cadera después de nacer permite realizar un tratamiento no quirúrgico con una tasa de éxito elevada. Los objetivos del tratamiento quirúrgico consisten en obtener y mantener una reducción concéntrica y estable de la cadera para permitir el desarrollo y el crecimiento del fémur proximal y del acetábulo. Los avances actuales de las técnicas de preservación articular han permitido la corrección de grados incluso graves de displasia acetabular en adolescentes, con una tasa baja de complicaciones. (Novais, 2021, pp 470)

Etiología

Se cree que los factores fisiológicos, mecánicos y genéticos están implicados en la displasia de cadera, aunque en realidad se desconocen la etiología. Por lo cual, existen posibles factores intrínsecos, como una disminución de la resistencia para la luxación, el acetábulo aplanado a la laxitud del tejido conectivo.

También se detallan factores extrínsecos, como la posición dentro del útero, entre ellos el más significativo es el de situación podálica que se presenta en aproximadamente el 3 % de los partos (25 % de riesgo). Entre los factores mecánicos, que son aquellos asociados al espacio restringido en el útero, se encuentra la compresión mecánica con restricción espacial de los movimientos, que se acentúa en etapas tardías de la gestación, para tener en cuenta en el oligohidramnios, en el primer embarazo, en fetos macrosómicos y en el útero bicorne. (Verdezoto et, al ,2022, pp. 17)

Signos y síntomas

- Piernas de diferentes longitudes
- Pliegues de piel desigualdad en el muslo
- Menos movilidad o flexibilidad en un lado
- Cojear, caminar de puntillas o andar como un pato. (Verdezoto et, al ,2022, pp. 14)

Fisiopatología

La displasia de cadera constituye un espectro de anomalías fisiopatológicas y anatómicas que, aunque al principio son tratables sin cirugía, tienden a agravarse y a volverse menos propensas a resolverse sin una intervención quirúrgica con el tiempo. En los recién nacidos con DDC, el borde acetabular posterosuperior puede ser anormal, lo que permite la subluxación o luxación de la cabeza femoral. Si la cadera inestable de un recién nacido se luxa y permanece así persistentemente, suelen aparecer obstáculos para la reducción, como un pulvinar fibroadiposo, una hipertrofia del ligamento redondo, un engrosamiento del ligamento acetabular transverso, una inversión

del *labrum* (neolimbo) y una interposición del tendón de las iliopsoas.

La reducción completa de la cadera puede permitir la remodelación acetabular con el crecimiento subsiguiente. Sin embargo, en la cadera luxada de forma persistente tienden a producirse alteraciones óseas y a volverse permanentes, incluido el aplanamiento característico del techo acetabular, el engrosamiento de la pared acetabular medial y, en caso de una luxación franca, el desarrollo de un falso acetábulo. (Novais, 2021, pp 470)

Enfermería Básica

La enfermería es el conjunto de disciplinas relacionadas con el cuidado de enfermos y heridos y la asistencia de los médicos; esto presupone la atención directa en pacientes, delegando a instruir a las personas para asegurar un estilo de vida, que garantice cuidados oportunos para tratar enfermedades. Los enfermeros(as) trabajan con diversas patologías y entre ellas se encuentra la parálisis cerebral del adulto, radicando a proporcionar los cuidados adecuados a sus condiciones, de alteraciones en las necesidades elementales que persisten a lo largo de toda la vida, proporcionando cuidados adecuados y la correcta recuperación del usuario. Según Angustias (2020) “los profesionales de enfermería se tienen que formar para comprender diferentes culturas y poder ofrecer cuidados culturalmente a personas que necesitan recuperar o mantener su salud. El cuidado que proporciona enfermería, vuelve humanos a los seres, no las tecnologías”.

Por tanto, enfermería se basa en los cuidados autónomos y colaborativos a todas aquellas personas que necesiten de nuestra ayuda, sin importar la edad, sexo y religión.

Farmacología

El manejo de la farmacología requiere especialización técnica y especificidad en la dosificación, considerando las formas de administración del medicamento. La consideración de los beneficios, que se logran con las intervenciones en los problemas de salud tiene muchas vertientes. Se ha focalizado solamente en una mediación

farmacológica. Lo cual es pertinente ante un problema de salud como la parálisis cerebral, ya que la posibilidad de la curación absoluta no existe, por lo tanto, el beneficio se puede calcular por el incremento en la calidad de vida que logran las personas con parálisis cerebral.

Los enfermeros tienen a su cargo una gran diversidad de funciones y tareas, sin embargo, la administración de fármacos forma parte de su haber día tras día por lo que el conocimiento de esta rama es fundamental, además de que, en dicha labor, enfrenta un riesgo legal permanente, relacionado con errores en la práctica, dada la responsabilidad y frecuencia con que se realiza.

Del conocimiento adecuado de los fármacos depende la salud, e incluso la vida del paciente, pues a partir de este conocimiento, estos profesionales pueden ser capaces de detectar reacciones adversas, interacciones medicamentosas y errores de medicación, además, garantiza una administración eficaz y segura, y le permite orientar al paciente sobre el consumo de los mismos. (Romero, 2018, pp 96)

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado

La trayectoria nos lleva a organizar visiones para una mejor comprensión de la dinámica, que desempeña dentro de los -contextos cambiantes en la vida, lo cual al pasar los años se ha logrado encontrar procedimientos para tratar la parálisis cerebral del adulto, aplicando los cuidados de enfermería, llevando a fortalecer y dar vida al paciente. Aplicando métodos científicos para las percepciones derivadas, que se basan en el cuerpo de la persona con parálisis cerebral llevándolo a tratamientos como cirugía, fisioterapia, fármacos entre otros, los cuales han sido efectivos para tratarlo hoy en día.

En cuanto a Ribeiro (2018) “La Investigación Participativa en Salud (PPS) se fundamenta en los siguientes principios y valores tales como: la participación conjunta entre investigadores e investigados, la creación dialógica del

conocimiento, la repercusión más allá del conocimiento académico, la primacía del contexto local”.

Carolyn L. Wiener y Marylin J. Dodd teoristas de la trayectoria de la enfermedad

La teoría de la trayectoria de la enfermedad propuesta por Carolyn L. Wiener y Marylin J. Dodd organiza visiones para una mejor comprensión del trayecto del padecimiento, que desempeña la alteración de la enfermedad, lo cual se amplía mediante la experiencia de la discapacidad vivida a lo largo de los años. Según Carolyn L. Wiener y Marylin J. Dodd (2013) dice que “El avance del malestar se va evaluando de acuerdo a la persona, la salud y el entorno que lo rodea, en lo cual la trayectoria de la enfermedad se relaciona con la evolución de la tecnología médica”; este modo va llevando a una mejor atención en el contexto social para el trabajo y las relaciones que afectan en la vida diaria.

De este modo, la propuesta de Carolyn L. Wiener y Marylin J. Dood se basa en cómo tratar a la persona con los diferentes tipos de patologías, con métodos para su tratamiento y procedimientos científicos, englobando componentes físicos, psicológicos y emocionales para el individuo, de la misma forma fortalecer progresivamente más los tratamientos descriptivos del paciente y, por otra parte, el logro de una calidad de vida adecuada y satisfactoria acorde a sus necesidades.

Ética y moral

La ética se encarga en el estudio de las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, tomando en cuenta los principios que rigen dichas conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones que ocurran a través del tiempo llevando a un plano biopsicosocial, por ello, es de vital importancia que el personal de enfermería pueda brindar la correcta atención continua para evitar el empeoramiento de su estado o posibles complicaciones a raíz de sus patologías, realizando valoraciones a diario.

Se debe tener como meta la correcta integración de la persona a la sociedad, el respeto de sus derechos y de sí

mismos y el logro de una calidad de vida adecuada y satisfactoria acorde a sus necesidades individuales. En cualquier caso, durante la prestación de los cuidados a los pacientes, es la obligación del enfermero (a) evitar yatrogenias por negligencia, omisión, descuido o ignorancia. Conforme a lo indicado por Escobar & Cid “permite valorar la persona totalmente, siendo reflejo de valores que guían la conducta del personal en el ámbito de salud. Los valores centrados permiten establecer políticas, programas, efectuar cuidados de calidad y respetar la dignidad de todo ser humano”

Bibliografía

Mercedes Paredes Tenepaguay. (2022). *Neuropsicología de la parálisis cerebral*. Obtenido de <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/1451/1350>

Walter R. Frontera, Julie K. Silver & Thomas D. Rizzo Jr. (2020). Manual de medicina física y rehabilitación. *Paralisis cerebral* (pp. 689-692)

Jane W, Joyce E, John A, Barry S y Rosalyn W (2019) *Manual Seidel de exploración física*. Obtenido de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491133919000234?scrollTo=%23hlo000811>

Harrison *Principios de Medicina Interna*

Rodríguez Acevedo, Vaamonde Lago, González Paz, Quintana Sanhuás, González Cortés. (2018) *Disfagia orofaríngea: Actualización y manejo en poblaciones específicas* (1ª edición). Sociedad Gallega de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Vaamonde/publication/329197843_Disfagia_orofaringea_Actualizacion_y_manejo_en_poblaciones_especificas/links/5bfc9415458515b41d106ed8/Disfagia-orofaringea-Actualizacion-y-manejo-en-poblaciones-especificas.pdf#page=111

- Ana Madrigal Muñoz. *La parálisis cerebral*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMERSO). Obtenido https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO8993/paralisis_cerebral.pdf
- Fisterra, (2021) Obtenido https://www.clinicalkey.es/#!/content/drug_monograph/6-s2.0-es_dm_fis_1664
- Daniel J. Berry y Jay R. Lieberman. (2021) *Cirugía de la cadera* (2ª edición). Los Ángeles, California (cap. 38 - pp. 470)
- Verdezoto Unaicho, G. S., Córdor Navas, L. M., Chimbo Nicolalde, D. X., & Yip Li, M. S. (2022). *Displasia del desarrollo de la cadera*. RECIMUNDO. (paginas 14-17)<file:///C:/Users/Smart/Downloads/Dialnet-DisplasiaDelDesarrolloDeLaCadera-8491896.pdf>
- Sánchez Ojeda, M. A., Segura Robles, A., Gallardo Vigil, M., & Alemany Arrebola, I. (2018). Enfermería Transcultural. Formación de los futuros profesionales de Enfermería en España. *Índice de Enfermería*, 27(4), 247-250. Epub 20 de enero de 2020. Recuperado en 18 de julio de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300015&lng=es&tlng=en
- Romero Viamonte Katherine. (2018) *El conocimiento de la Farmacología en el profesional de enfermería*. Enfermería Investigativa. Vol. 3 No 2. Obtenido de <file:///C:/Users/Smart/Downloads/Dialnet-ElConocimientoDeLaFarmacologiaEnElProfesionalDeEnf-6494657.pdf>
- Ribeiro, Crystiane, C. B., Saboia, Vera, M., Moniz, M. A., Koopmans, F. F., Ramos, Luciano, G. A., & Daher, Donizete, V. (2018). Investigación-acción y Enfermería en educación ambiental: reflexión metodológica. *Index de Enfermería*, 27(3), 147-151. Epub 04 de noviembre de 2019. Recuperado en 18 de julio de 2022, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200009&lng=es&tlng=es.

Escobar Castellanos, B., & Cid Henríquez, P. (2018). Cuidados de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en la salud. *Acta bioethica*, volumen 24 (1), 39-46. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>

Parálisis cerebral infantil congénita

Según Gómez, López et.al (2013)

Parálisis Cerebral Infantil, serie de trastornos de control motor que producen anomalías de postura, tono muscular y coordinación motora, debido a lesiones congénitas que afectan al cerebro inmaduro de naturaleza no progresiva, persistente (pero no invariable), estática (no evolutiva), en casos leves y transitorios, a mejorar, o permanecer toda la vida. (p.31)

Etiología

PIC, “trastorno del desarrollo del tono postural y del movimiento, que condiciona una limitación en la actividad, secundario a una agresión no progresiva, a un cerebro inmaduro” (Gómez, López et.al ,2013, p.31.)

También manifiesta que “Algunos casos son congénitos y otros se desconocen, la mayoría de casos de PIC (85-90%) son congénitos y el 15% de las PCI son adquiridas” (Gómez, López et.al ,2013, p.32).

Signos y síntomas

Según Gómez López et.al (2013)

- Los signos y síntomas tempranos de PCI, usualmente aparecen antes de los 18 meses de edad.
- Los padres o familiares son los primeros en notar la ausencia de destrezas motoras acorde a su edad.
- El examen neurológico refleja retardo de desarrollo neuromotor y habilidades motoras.
- Anormalidades funcionales orolinguales (succión – deglución).
- La mayoría de niños presentan tono muscular anormal, en primera instancia puede estar disminuido y puede cambiar a hipertonía en un periodo de 3 a 6 meses.

- Retrasos en desaparición de los reflejos primitivos neonatales.
- Dificultad para mantener su peso posición prona.
- Imposibilidad de mantenerse sentado con ayuda y con cabeza erecta.
- Dificilmente efectúa una maniobra de volteo fácilmente.
- Demostrar poco interés social o se muestra indiferente a estímulos visuales con conducta visual anormal. (P.33)

Fisiopatología

Según Gómez, López et.al (2013)

La fisiopatología de PIC comprende muchos puntos como Encefalopatía hipóxico-isquémica perinatal, los datos clínicos de neuropatología han permitido demostrar que las lesiones cerebrales perinatales susceptibles dar lugar a PCI, son el resultado de una isquemia cerebral cuya causa esencial es hipoxia e isquemia en menor grado, consecuencia de hemorragias cerebrales. Dentro del período perinatal, es asfixia neonatal o asfixia perinatal, cuyos componentes biológicos esenciales son hipoxia, hipohipercapnia y acidosis, quien lleva a modificaciones de circulación cerebral provocando isquemia.

Para otros autores la fisiopatología es anatomoneurofisiológica, la explican como alteraciones motoras que resultan del efecto anatómico y electrofisiológico sobre las neuronas somáticas y autónomas localizadas en la corteza motora, ganglios basales y cerebelo. (P.32-33)

Exámenes de laboratorio y gabinete.

Según Póo, Pilar (2008) considera necesario lo siguiente:

- Electroencefalograma.
- Neuroimagen.
- Pruebas metabólicas.

- Examen de ácido láctico y PH.
- Electromiografía dinámica.
- Hematografía.
- Radiografía.
- Glicemia.
- Examen de bilirrubina en el recién nacido.
- Imágenes por resonancia magnética.
- Electrofisiológicos.
- Tomografía computarizada. (P.273)

Tratamiento farmacológico

(Isabel López et al., 1996) Menciona

Baclofeno

Relajante del musculo esquelético

Nombre comercial: Lioresal, MYLINAX.

Dosis: En los adultos, el tratamiento se inicia con 15 mg al día, preferiblemente divididos entre 2 o 3 tomas. La dosis debe aumentarse con precaución en incrementos de 15 mg/día cada tres días, hasta llegar a la dosis diaria necesaria.

Efectos adversos: A la sobredosis incluyen somnolencia, debilidad muscular y coma. (P.206)

(Rosenstein, 2010) menciona

Dantroleno

(Relajante del musculo esquelético)

Nombre comercial: *Dantrium*®

Dosis: Debe administrarse por inserción intravenosa rápida continua, comenzando a una dosis mínima de 1 mg/kg y continuando hasta que cedan los síntomas o hasta que la dosis máxima acumulada de 10 mg/kg sea alcanzada.

Si las anomalías fisiológicas y metabólicas reaparecen, el régimen puede repetirse. Es importante recordar que la

administración debe ser continua hasta que los síntomas desaparezcan.

Efectos adversos:

Neurológico: alteración del habla, convulsiones, dolor de cabeza, mareo, alteración de la visión, insomnio.

Cardiovascular: taquicardia, presión arterial irregular, insuficiencia cardiaca.

Hematológicos: anemia aplásica, anemia, trombocitopenia.

Urogenital: Aumento de la frecuencia urinaria, cristaluria, hematuria, incontinencia urinaria, y / o retención urinaria.

(Rosenstein, 2010) menciona:

Sustagen

(Suplemento complementario.)

Presentación

1 lata, Polvo, 400 Gramos

1 lata, Polvo, 200 Gramos

Dosis: Fácil de preparar: Agregue 3 cucharadas (30 g) de SUSTAGEN® a un vaso con 200 mL de leche y mezcle bien.

Las latas deben guardarse a temperatura ambiente (no mayor a 30 °C). Una vez abierta la lata, cúbrala con la tapa de plástico (incluida) y guárdela bien cerrada en un lugar fresco y seco para asegurar que el producto se mantenga en buen estado.

Cuidados de enfermería

Según Mena, Gonzales et.al(2016) sugiere:

Hipotonía

Disminución del tono muscular, comprende un grupo amplio y heterogéneo de condiciones que afectan tanto al sistema nervioso central y periférico.

- Realizar cambios posturales frecuentes con la finalidad de prevenir úlceras por presión (UPP).

- Mantener un estricto control de signos vitales de esta manera, podemos verificar el funcionamiento adecuado de mecanismos termorreguladores.
- Brindar información sobre la importancia de la higiene genital para evitar infecciones en la zona perineal. (P.105)
- Educar al paciente y tutor sobre el uso de aparatos ortopédicos.
- Ayudar y fomentar hábitos de alimentación optima. (P.35)
- Administrar fármacos prescritos y educar al paciente a reconocer efectos adversos graves.
- Ayudar en la movilización y generar niveles de independencia. (P.48)
- Ejercicios en miembros superiores e inferiores.
- Masaje y fricción dorsal para estimular la irrigación sanguínea.
- Prevenir caídas. (P.48)

Según Mena, Gonzales et.al (2016) sugiere:

Retardo en la aparición en los reflejos corporales.

Retardo en el equilibrio, postura y movimiento provocado por determinados cambios de posición corporal.

- Valoración de reflejos primarios y reflejos posturales (enderezamiento cefálico, paracaídas y Landau.)
- Crear un plan de desarrollo individualizado y actualizarlo con regularidad.
- Favorecer técnicas de comunicación (profesional-paciente y tutor). (P.108)
- Colocar al paciente adecuadamente para favorecer la relajación muscular, proporcionando dispositivos de apoyo y protegiendo las zonas de presión, asegurándose de que el paciente este cómodo (si el paciente está consciente preguntarle directamente).
- Ayudar a realizar de forma segura actividades necesarias para el uso del inodoro, fomentando la independencia.
- Coordinar con el medico rehabilitador y terapeuta los cuidados para el paciente.

- Realizar ejercicios de amplitud de movimientos lentos y suaves.
- Mantener hidratado al paciente.
- Movilizar las diversas articulaciones para prevenir rigidez.
- Aprovechar el momento de higiene para valorar el estado de piel. (p.48)

Valoración de los patrones funcionales.

Patrón 1: Percepción-manejo de salud

- Presenta higiene corporal inadecuada, posee autonomía para elegir ropa, incluyendo el vestirse y desvestirse.
- Recursos económicos solventados por familiares directos, cubriendo pago de servicios básicos, alimentación incluyendo todas las formas terapéuticas de la paciente.
- A nivel dérmico: presenta dermatitis de contacto alérgica por fragancias.
- No tiene comportamientos adictivos.

Patrón 2: Nutricional-metabólico.

- Peso 80lb /36.3kg
- Talla 1.40m
- Índice de masa corporal es 18.52 IMC.
- Ingiere comida 3 veces al día, de forma autónoma, equilibrada entre lácteos, carbohidratos, proteínas y cereales. Precisa autonomía para alimentarse, su alimentación es variada y adicionalmente consume suplementos vitamínicos: Sustange y cerelac.
- Ingesta de líquidos inadecuados.
- En la cavidad oral presenta descuido en la higiene, y hacen falta piezas dentarias.
- Problemas con la masticación, en ocasiones presenta flatulencias a consecuencia de la ingesta alimentaria.

Patrón 3: Eliminación

Deposiciones de características normales de tono marrón, pero no se establecen un horario definido, en ciertas

ocasiones se observan heces acuosas o líquidas, pero son muy poco frecuentes, además controla sus esfínteres para realizar sus necesidades básicas.

Patrón 4: Actividad ejercicio.

- Presenta disminución de la fuerza y el tono muscular, no realiza ejercicios físicos.
- Fatiga muscular frecuente.
- Formas de ocio y recreación, consiste en programas televisivos, manualidades, artesanías y ayuda con los quehaceres domésticos.

Patrón 5: Sueño -descanso.

No sufre de alteraciones del sueño mantiene horarios regulares, duerme aproximadamente 8 horas y también descansa durante el día en ocasiones.

Patrón 6: Cognitivo-perceptivo.

- Incapacidad de comunicación, presenta sonidos guturales y no posee autonomía, necesita ayuda para comunicarse.
- Posee conocimientos elementales, tiene autonomía en la toma de decisiones y se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona.

Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto.

- Inseguridad en su aspecto personal.
- Por su situación mórbida presenta poca estabilidad para conocer las formas de comportamiento social y personal.

Patrón 8: Rol-relaciones.

- Comunicación deficiente, pero es fácil reconocer estado de tristeza y alegría.
- Los cuidados y la enseñanza también se dan por toda la familia que está a cargo, pero el apoyo total lo recibe de la madre.

Patrón 9: Sexualidad y reproducción.

- Menarquia a los 12 años de edad y no presenta alteraciones en el ciclo menstrual.
- No realiza practica sexual.

Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés.

- Madre refiere que su hija no presenta cambios bruscos de humor.
- Cuando presenta una situación tensa la resuelve de la manera más cordial y no recurre a la violencia.

Patrón 11: Valores-Creencias.

- Posee valores morales, diferencia sobre el bien y el mal.
- Es católica practicante por convicción.
- No tiene planes a futuro cree fielmente en los designios de Dios.

Meningitis bacteriana

Según Guevara, Castillo et.al (2006)

La meningitis es una inflamación de las meninges y colonización del líquido cefalorraquídeo (LCR) debido a diferentes agentes, lo cual produce síntomas meníngeos (Ej., cefalea, rigidez nuchal, fotofobia) y pleocitosis a nivel de LCR. dependiendo de las variables se pueden agrupar en diferentes clasificaciones, tomando en cuenta el tiempo de evolución se pueden dividir en agudas o crónicas, a las primeras con pocas horas o días de inicio de la sintomatología, mientras que la crónica presenta un curso más larvado de la enfermedad de aproximadamente 4 semanas de instauración. (P.2)

Etiología

Existe también diferencia según su etiología, pueden ser infecciosas por medio de vías principales mediante las cuales un microorganismo ya sea (hongo, bacteria, parásito o virus) penetra en el sistema nervioso central y causa la enfermedad. (Según Guevara, Castillo et.al ,2006, p.2).

Además, refiere que pueden presentarse por causas no infecciosas incluyen: drogas antiinflamatorias, antibióticos y carcinomatosis. A su vez existe una clasificación según el agente causal. (P.2)

Signos y síntomas

Según Blaney (2014)

La Meningitis comprende fiebre, cefalea y signos de irritación meníngea, lo cual pueden agregarse signos de disfunción cerebral como confusión y síntomas del nivel de conciencia. La cefalea es holocránea, y diferente a un cuadro de cefalea habitual. La frecuencia de estos signos y síntomas es variable, por lo que la ausencia de alguno de ellos no descarta la posibilidad de MBA. Además, ocurren con menor frecuencia náuseas, vómitos, convulsiones y signos de déficit neurológicos que pueden traducir fenómenos isquémicos. Finalmente pueden aparecer signos de hipertensión endocraneana como hipertensión arterial, bradicardia y coma.

En adultos mayores, la sospecha puede tornar más difícil ya que la fiebre y los signos meníngeos pueden estar ausentes. La frecuencia de discopatías y otras alteraciones en la columna cervical hacen difícil de pesquisar los signos de irritación meníngea y habitualmente el diagnóstico es más tardío asociándose a mayor mortalidad. Muchas veces el antecedente de infección ótica, sinusal o respiratoria previa puede hacer sospechar la etiología neumocócica. (P.536)

Fisiopatología

Según Blaney (2014)

Inicialmente el agente infeccioso debe de colonizar al huésped puede ser en piel, nasofaringe, tracto gastrointestinal, tracto genitourinario. La mayoría de los patógenos que pueden llegar a producir enfermedad meníngea se transmiten por vía respiratoria, desde el sitio de primoinfección el agente puede invadir la mucosa y atravesando las barreras de defensa del huésped penetrar al sistema nervioso central por diferentes mecanismos:

- Invasión hematológica con subsecuentes siembras al sistema nervioso central (forma más común para la diseminación de la mayoría de patógenos incluyendo al meningococo, neumococo, sífilítica y criptocócica)
- Invasión vía neuronal retrógrada (la afección inicial es olfatoria y/o de nervios periféricos)
- Diseminación directa por contigüidad, presente en casos de sinusitis, otitis media, malformaciones congénitas, trauma e inoculación directa durante una manipulación intracraneana.

Se cree que algunos virus facilitan la entrada bacteriana a la circulación sanguínea; una vez ahí el microorganismo debe escapar del sistema inmune del huésped (macrófagos, células NK, pruebas, neutrófilos.) Posteriormente, ocurren las siembras a distancia incluidas al sistema nervioso central, mecanismo mediante el agente infeccioso llega a tener acceso al espacio subaracnoideo aun es desconocido.

Una vez en el sistema nervioso central los agentes causales pueden sobrevivir debido a que el sistema inmune del huésped se encuentra limitado en este compartimiento. La existencia y el crecimiento del agente infeccioso, permanecerán descontroladas e inducirán la cascada de inflamación meníngea. (P. 3)

Exámenes de laboratorio y de gabinete.

Según Pardo (s.f)

El examen del líquido cefalorraquídeo (LCR) es una herramienta esencial y crítica en la evaluación y tratamiento de pacientes con meningitis bacteriana (parr.1).

- La tinción de gram es un método fácil y rápido que permite visualizar las bacterias en el LCR en 60 a 90% de los casos.
- Examen microbiológico cuidadoso, con las tinciones específicas.

- La punción lumbar es fundamental para el diagnóstico de meningitis bacterianas, virales, micóticas o causadas por otros gérmenes. (parr.4).
- Exámenes hematológicos
- Exámenes de orina y heces.
- Análisis químico y el examen citológico del LCR puede realizarse de manera rápida y precisa. (parr.6).

Enfermería básica

Cabal E., V. E. (2016).

La enfermería básica comprende la atención, prevención, promoción, cuidado autónomo y colaboración saludable del ser humano; con el fin de tratar problemas potenciales o reales que presenta una persona. Para generar atención que garantice bienestar y confort, primero se valoran las características sintomatológicas de la persona con Parálisis Cerebral Infantil congénita. A partir de condiciones de mayor a menor complejidad.

El reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionarlo; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que lo fundamenta.

Farmacología

Según Gonzales, Cuello et.al. (2009)

La farmacología es una ciencia dinámica que evoluciona de forma paralela al desarrollo de las nuevas tecnologías; de ahí que siempre se incorporan al mercado farmacoterapéutico nuevas sustancias y se descubren nuevas formas de abordar el tratamiento de distintas enfermedades y/o patologías.

El objetivo básico farmacológico en enfermería es conseguir mejorar el cuidado del paciente mediante la utilización de fármacos de modo seguro y eficaz. Además, refiere conocimiento de preparar, administrar, detecta efectos

secundarios, educar a la población sobre el consumo de fármacos e informa a los pacientes sobre los principales aspectos del medicamento que se deben conocer, teniendo una responsabilidad legal, pero sobre todo ética en el conocimiento de las acciones, indicaciones y contraindicaciones de estas sustancias por lo que el conocimiento de la Farmacología dentro de este colectivo es fundamental. (p.11)

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado.

Teorista de enfermería: Afaf Maleis teoría de las transiciones.

Teoría de las transiciones, conjunto de conocimientos comprensibles, ante situaciones sociales experimentadas por postcuidadores, permiten comprender diversidad de experiencias, conociendo el proceso transaccional y analizando factores condicionales.

La parálisis Cerebral infantil, evento que genera grandes emociones y cambios en la vida del cuidador y familia, al carecer de conocimiento sobre la patología presenta complicaciones.

Afaf Maleis plantea metaparadigmas basados en persona; comprende procesos de infancia, adolescencia y adultez joven la cual ha alterado el funcionamiento de patrones básicos de vida. Durante la transición experimenta profundos cambios universales que afecta la salud física psicología y emocional.

El entorno permite mantener, apoyar y aumentar el bienestar; el autocuidado y la calidad de vida incentivada por comprensión materna y familiar a una experiencia renovadora del ser que implica actualizar el sentir psíquico, corporal y social.

Dentro del tema salud del paciente basado en la teoría de transiciones no ha presentado complicaciones y ha adquirido practica con respecto a la movilización y comunicación acorde ha progresado su estado mórbido.

Afaf Meléis sostiene que los modelos conceptuales constituyen una carta de navegación para la práctica. Evitan que esta se base en preconcepciones, rutinas y rituales, refuerzan la identidad de las enfermeras como tal, al crear un pensamiento y un lenguaje compartido entre quienes las siguen, refuerzan la importancia del ser humano como centro de atención para el cuidado y, de esta manera permite identificar con mayor claridad cual es la contribución de las enfermeras como parte de un equipo interdisciplinario a los servicios de la salud.

Algunas enfermeras aceptan estos planteamientos como validos; sin embargo, son escépticas en el momento de aplicarlos.

Ética y moral

Según Guillart (2015)menciona

La ética de enfermería estudia razones de comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan conductas, motivaciones y los valores del ejercicio profesional, así como los cambios y transformaciones a través del tiempo. Dentro de sus deberes fundamentales con enfermos está el compromiso moral de preservar la vida humana.

Evitar daño y hace bien, enfoca la dinámica moral y ética de varios profesionales de salud que respetan la integridad física de los pacientes. Actuar con negligencia implica no cumplir con el juramento de Crimea. Basándose en el principio de justicia encierra en su significado la igualdad, la equidad y planificación; en enfermería se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas con igualdad, sin discriminación. En el principio de autonomía, implica la capacidad que tiene el paciente de tomar decisiones en relación a su enfermedad, esto involucra tener información de las consecuencias de las acciones a realizar; buena comunicación, es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde prevalezca la información, las dudas y la consideración. (P.232)

Bibliografía

- Alvarado Guevara, A. T., & Castillo Solano, L. M. (2006). Meningitis bacteriana: revisión bibliográfica. *Med. leg. Costa Rica*, 23(1), 129-142.
- Gómez-López, S., Hugo Jaimes, V., Margarita Palencia Gutiérrez, C., Hernández, M., & Guerrero, A. (2013). *ARTÍCULO DE REVISIÓN 30* (Vol. 76, Número 1). <http://ve.scielo.org/pdf/avpp/v76n1/arto8.pdf>
- Isabel López, S., Sch, M. T., De María Los Angeles Avaria, B., Alvaro Clunes, C., & Marta Hernández, C. (1996). Efectividad de baclofeno en el tratamiento de espasticidad de origen cerebral. *Revista Chilena de Pediatría*, 67(5), 206-211. <https://doi.org/10.4067/s0370-41061996000500003>
- Mena, D., González, V., Cervera, Á., Salas, P., & Orts, M. (2016). Cuidados Basicos de Enfermería. En *Universitat Jaume*. <http://dx.doi.org/10.6035/Sapientia108>
- Mora Guillart, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología*, 28(2), 228-233. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Póo, P. (2008). *Parálisis cerebral infantil, Servicio de neurología hospital Sant Joan de Déu*. 271-277.
- Rodrigo Blamey, D. (2014). Meningitis bacteriana aguda. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(3), 534-540. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70067-7](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70067-7)

Parálisis Cerebral Infantil

Definición

La parálisis cerebral infantil (PCI) es un grupo de trastornos que afectan la capacidad de una persona para moverse y mantener el equilibrio y la postura. Es la discapacidad motora más frecuente en la niñez. La parálisis significa debilidad o problemas con el uso de los músculos. La parálisis cerebral infantil (también abreviada PCI) es causada por el desarrollo anormal del cerebro o por daño al cerebro en desarrollo que afecta la capacidad de la persona para controlar los músculos (Redondo M., Concejero J. 2012)

Etiología

Son numerosas las posibles causas de la lesión neurológica en el cerebro inmaduro. Puede ser de origen vascular, infeccioso, toxico (fármacos o teratógeno), hipóxico y menos frecuente genético.

El PC y el grado de compromiso varían de acuerdo con el momento en que ocurre la lesión y la gravedad de esta, un niño prematuro tienen inmadurez de los mecanismos cerebrales de defensa ante eventos hipóxicos y afecta especialmente las áreas periventriculares ya que tiene menos irrigación sanguínea.

Las áreas paraventriculares llevan axones del tracto piramidal, por otra parte, la presión arterial en el feto entre la semana 24 y 32 es extremadamente lábil, incluido el cambio de posición, puede generar grandes cambios en la presión arterial. La estructura vascular del cerebro inmaduro también es muy frágil y un aumento súbito en la presión arterial puede producir sangrado que drena hacia los ventrículos laterales.

La lesión del cerebro en el recién nacido a término difiere de la del niño pretérmino y se asemeja más a la del adulto. La maduración anatómica es similar a la del adulto, de tal manera que las regiones más susceptibles de ser lesionadas en caso de hipotensión sistemáticas son las zonas irrigadas por la arteria cerebral anterior y posterior.

En el niño recién nacido la disminución de la función autorreguladora en conjunto con la actividad miocárdica disminuida predispone a la lesión cerebral. Las primeras lesiones del recién nacido a término ocurren por la disminución de la perfusión del cerebro y por infartos locales embólicos (Redondo M., Concejero J. 2012)

Fisiopatología

El desarrollo del sistema muscular y esquelético depende del desarrollo normal motor del niño en crecimiento, mientras se acepta que las lesiones neurológicas en PC permanecen estéticas o varían un poco as lesiones del sistema musculoesquelético sufren cambios significativos y este tipo de lesiones tienden a ser progresivas cuando existe una lesión neurológica que afecta la función motriz ocurren cambios en los huesos, las articulaciones y los músculos.

El tono muscular también influye en el adecuado desarrollo articular. El crecimiento muscular es estimulado por la somatomedina y el estiramiento durante la actividad física. En niños con PC, la somatomedina usualmente funciona normalmente, pero los músculos espásticos rara vez son estirados de tal manera que su crecimiento es más lento que del hueso, esto genera retracciones musculares que alteran la función y si son muy graves, logran deformar las articulaciones (Redondo M., Concejero J. 2012)

Se clasifican:

Espástica

Es una enfermedad que se produce secundariamente a un insulto del sistema nervioso central, se define como el aumento del reflejo de estiramiento muscular (hiperreflexia), entre ellos tenemos: diplejía: compromiso de los miembros inferiores, compromiso menor en los miembros superiores (déficit en la coordinación fina). Cuadriplejía: compromiso similar en las cuatro extremidades denominado compromiso corporal total, hemiplejía: compromiso de un solo lado más grave del miembro superior y doble hemiplejía: compromiso mayor de los miembros superiores respecto s los miembros inferiores. (Redondo M., Concejero J. 2012)

Disquinettica

“Tenemos hiperquinética o Coreoatetoide, distónica” (Redondo M., Concejero J. 2012. pág.).

Atáxica

Mixta.

De acuerdo al pronóstico: problemas de marcha en niño con PC y sin pc, luxación parálitica espástica de la cadera, problemas óseos, musculares y articulares (Redondo M., Concejero J. 2012c. pág.)

Signos y síntomas

Para Concejero (2012), “los síntomas más prometedores son los siguientes “espasticidad, alteraciones de la marcha, epilepsia, déficits visuales o auditivos, dificultad en el aprendizaje, /problemas de sueño, ortopédicos de alimentación y digestivos” (p.)

Exámenes de laboratorio y gabinete

Entre ellos está el Child Health Questionnaire (que evalúa la salud física y psico-social de los niños a través de la madre), el Pediatric Quality of Life Inventory (sistema modular de medición de la CVRS o calidad de vida relacionada con la salud, hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, para una amplia franja de edad: desde niños de 2 años hasta adolescentes de 18.) y el Wong Baker fase Pain Rating Scale (escala visual analógica) especial mención merece la Gross Motor Function Classification System (instrumento diseñado para evaluar los cambios en la función motora gruesa producidos a lo largo del tiempo en niños con parálisis cerebral), que estabilizan los movimientos voluntarios y mide los cambios de la función motora gruesa durante el tiempo. (Redondo M., Concejero J. 2012. p.)

“Clasifican a los niños en cinco niveles, según su grado de independencia y para uno de estos niveles establece una valoración funcional por edades, que ha demostrado una fuerte correlación pronóstica”. (Redondo M., Concejero J., 2012. p.)

Castellanos et. al (2007) hace referencia a los siguientes exámenes: “electroencefalograma, IRM (tecnología de imágenes no invasiva que produce imágenes anatómicas tridimensionales detalladas, sin el uso de la radiación dañina). Ecografía craneal, pruebas genéticas (citogenéticas, bioquímicas, moleculares.); pruebas metabólicas (sangre, orina, equilibrio electrolítico; lípidos y actividad renal”. (p. 8-10)

Tratamiento farmacológico

Paracetamol

Nombre genérico: paracetamol

Nombre comercial: acetaminofén.

Efectos adversos: “diarrea, estreñimiento, dispepsia, insuficiencia renal, rinitis, asma bronquial, shock anafiláctico”.

Dosificación: “en analgesia y piresis: 325-650mg/4-6 h o 1.000mg/8h (máximo 4g/día) VO. vía rectal 650mg/4-6h”. (Castells, 2009, p. o).

Zolpidem

Nombre genérico: Zolpidem (Lormetazepam)

Nombre comercial: Noctamid y Stilnox

Efectos adversos: “somnolencia, diurna, amnesia anterógrada, confusión, mareo, debilidad”.

Dosificación: 10mg en la noche. (Castells, 2009, p. o)

Dulcolax

Nombre genérico: bisacodilo

Nombre comercial: dulcolax

Efectos adversos: “retortijones, desvanecimiento, molestia estomacal, sangrado rectal” .

Dosificaciones: 1 comprimido (5g) al día antes de acostarse. (Castells, 2009, p. o)

Cuidados de enfermería

Control y mantenimiento de la postura

Actividad motora somática que depende del patrón y de la tasa de descargas de las neuronas motoras espinales y

neuronas homólogas en los núcleos motores de los pares craneales.

- Vigilar el estado neurológico para identificar los estímulos y respuestas del funcionamiento del encéfalo, medula espinal, nervios, reflejos profundos.
- Evaluar el grado de espasticidad, para medir la amplitud de los movimientos.
- Vigilar la aparición de úlceras por presión.
- Facilitar al usuario y familia la toma de decisiones con respecto a su cuidado.
- Realizar movilizaciones articulares para evitar deformidades de las articulaciones.
- Realizar ejercicios pasivos para mantener los ángulos de movimiento, prevenir contracturas, mejorar la circulación y evitar la atrofia muscular.
- Estabilización del tronco para la postura erecta, contracción concéntrica de los flexores de la cadera, flexores plantares, contracción isométrica de los glúteos, cuádriceps.
- Reducir los espasmos mediante masajes, movimientos rotatorios con la palma de la mano sobre los músculos comprometido.
- Mejorar el rango de movimiento de las extremidades afectadas, a hacer ejercicios de relajación y técnicas de posición. Uso y adaptación de equipos como silla de ruedas, soporte para cabeza.
- Hidratación y lubricación de la piel a través del uso de cremas o aceites corporales, para mejorar la capacidad de absorber y retener humedad, nutrientes, que contribuyen a la barrera protectora natural para evitar la pérdida de agua.
- López et. al (2020), Helpycare (S.F), Alarcón (2016), Gratacos (2016)

Alimentación y eliminación

Proceso consciente y voluntario que consiste en el acto de ingerir alimentos para satisfacer la necesidad de comer. El segundo es la defecación no

satisfactoria, resultante de evacuaciones poco frecuentes o con dificultad de expulsión.

- Enseñar ejercicios respiratorios y percusión pulmonar a la familia, cada mañana, ayudaran a movilizar secreciones.
- Promover el consumo de suplementos vitamínicos para lograr un sistema inmune fuerte.
- Hacer control mensual de la evolución nutricional, considerando peso, talla e IMC, correlacionándole con la edad y sexo, son indicadores para calificar el estado de desarrollo y crecimiento.
- Revisar los medicamentos que ingiere y las dificultades para acceder a ellos.
- Enseñar al cuidador que el uso excesivo de laxantes provoca malestar abdominal, deshidratación y desequilibrio electrolítico.
- Orientar al tutor en el tipo de alimentación que se tiene que dar, para no presentar alteraciones metabólicas.
- Educar al cuidador sobre las posibles alteraciones cardiorrespiratoria, a la ingesta de alimentos.
- Realizar masajes abdominales, tratando de aliviar el dolor, estimulando la actividad del intestino, para mejorar la digestión y evacuación.
- Mantener hidratado el cuerpo para lograr mayor movimiento gastrointestinal.

López et. al (2020), Helpycare (S.F), Alarcón (2016), Gratacos (2016)

Valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrón 1 Percepción – Manejo de salud.

Sufre de parálisis cerebral infantil desde el nacimiento; madre refiere que la salud de su hija se altera también en ocasiones con enfermedades que no son serias como el estreñimiento; fiebre y gripe; realiza tratamientos caseros para su mejoría; con esquema de vacunal completo, no cuenta con ningún tipo de alergias; además argumenta que tuvo un accidente doméstico a los 4 años.

Patrón 2 Nutrición – Metabolismo.

Su alimentación se basa en una dieta blanda, líquida o semilíquida; madre cuenta que es difícil alimentar a su hija pues se inquieta al momento de comer; come cinco veces al día, no ingiere mucha agua, piel y mucosas pálidas y deshidratadas, con piezas dentales completas.

Peso: 38,55 kg, altura: 1.46m = IMC: de 13,20.

Patrón 3 Eliminación.

Madre refiere que las deposiciones no son normales dura aproximadamente tres días en realizar dicha actividad, no tiene horario definido al no tener control de los esfínteres, utiliza pañal todo el día con dependencia al cambio, no presenta sudor excesivo.

Patrón 4 Actividad de ejercicio.

No puede caminar, tiene completa dependencia de su madre para moverse.

Patrón 5 Sueño – Descanso.

Madre refiere que existe complicaciones para conciliar el sueño, duerme 12 horas diarias en las noches.

Patrón 6 Cognitivo – Perceptivo.

Madre refiere que su hija tiene diversas alteraciones a nivel sensorial lo cual ha dificultado que ella pudiera aprender a comunicarse con normalidad, cuando le habla a su hija expresa sus emociones con movimientos leves.

Patrón 7 Auto persecución – Autoconcepto.

Para su condición presenta buen aspecto.

Patrón 8 Rol – Relación.

Madre comenta que la comunicación no es fácil y es casi nula la mayoría de las ocasiones solo es ella quien puede determinar que necesita ya que dice sentir cuando su hija desea algo; con ella es con quien mayormente convive pues pasa más tiempo juntas en relación con los demás familiares.

Patrón 9 Sexualidad – Reproducción

Menarquia: 13 años

Necesidad considerada tabú porque no es abordada.

La relación de lleva con el entorno no es muy agradable.

Patrón 10 Tolerancia al estrés

Madre comenta que su hija pocas veces presenta cambios de humor y por lo general es tranquila.

Patrón 11 Valores y creencias

No creyentes. La religiosidad es otra dimensión de gran importancia en la vida de por tanto netamente son buenas personas con valores morales y principios éticos.

Enfermería básica

La enfermería básica se encarga del confort y bienestar del paciente a través de los procesos y técnicas del cuidado. Estas prácticas de los procedimientos nos llevarán a fundamentar las bases para el desarrollo del aprendizaje en este ámbito.

Para generar atención que garantiza bienestar y confort, primero se valoran las características sintomatológicas de la persona con parálisis cerebral infantil, a partir de la condición de mayor a menor complejidad.

Según Vizcarra et. al (2016) dice que:

La enfermería procura contribuir progresivamente las bases teóricas, científicas y metodológicas, para fundamentar desde la perspectiva disciplinar la función propia del profesional: “el cuidado integral de la vida y la salud de las personas y familias” en su contexto histórico-socio-cultural. Los cuidados Enfermeros abordados desde la perspectiva del Modelo Conceptual de Virginia Henderson, se dirigen a aumentar, mantener o restablecer la independencia para la satisfacción de las necesidades básicas de las personas sanas y enfermas, mediante la aplicación del Método Enfermero: Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Asimismo, estos cuidados profesionales, se sustentan en relaciones interpersonales significativas, en

el marco legal, en principios éticos propios de la Enfermería y valores esenciales de la cultura, que aseguren el respeto por la individualidad y dignidad de las personas (pág. 3)

Farmacología

Según Peña (S.F), define a la farmacología como “rama de las ciencias médicas que dispone de las técnicas y métodos para demostrar científicamente que una sustancia tiene actividad farmacológica y efectos adversos aceptables para el hombre. Estudia las acciones y propiedades de los fármacos en organismos vivos “(pág. 4)

En la salud la farmacología es muy fundamental por los conocimientos en las funciones de administrar, efectos beneficiosos, valoración de efectos adversos y detección de los efectos tóxicos, dosis terapéuticas y la interacción de los fármacos. Analiza y sustenta una manera de supervivencia, encontrando situaciones que alteran la salud y variaciones que sufren las personas a lo largo de su salud.

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas

Representa el desarrollo de conocimientos y métodos para el ejercicio profesional, es decir, la forma de pensar y hacer de la enfermera, a través de su evolución como una carrera totalmente diferente a la de un médico. La reflexión de la práctica del cuidado concede un eje fundamental en esta cátedra y conociendo el núcleo de la profesión construye conocimiento que permite fundamentar la identidad y dar razón a esta labor.

Es cierto la convivencia diaria del dolor y sufrimiento hacen que el profesional de salud se insensibiliza del dolor, de tal manera no se incorpora con el usuario ni familia, la primera estancia establece la empatía y la escucha, para solucionar los problemas ateniendo y colaborando con los procedimientos tanto el afectado como la persona que brinda el bienestar.

Joyce travelbee propuso que el objetivo de enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y sufrimiento, es necesario encontrar un significado para estas experiencias,

siendo el fin último presencia de la esperanza. La enfermera como miembro del equipo de salud, busca satisfacer las necesidades humanas e interviene en el momento de la enfermedad y niveles de atención desde prevenir la afección, ayudar en el tratamiento y rehabilitación, para mantener la salud y la vida.

Travelbee plantea su teoría de la relación entre seres humanos, surgiendo el Modelo de relación persona – persona; donde plantea una revolución humanista en la disciplina de enfermería, Integra la intervención y permite la satisfacción integral de las necesidades de los pacientes. Enfatiza que la relación interactiva terapéutica se establece mediante el conocimiento, respeto a la diversidad y manejo de técnicas de comunicación; siendo estas aplicaciones a través de la observación, interpretación e integración de la realidad y la toma de decisiones y valoración, se busca realizar el fomento o educación en salud, desarrollo de autocuidado y manejo de la enfermedad. (Jahuancama, 2016)

Ética y moral

Cuidar y curar, son términos apropiados cuando ejecutan cuidados en bien de recuperar estados hemodinámicos de las personas. Se fundamenta con principios éticos y bioéticos, que radicalmente sirven en momentos de interrelación terapéutica, para responder conjuntamente con: respeto, dignidad humana, compasión, responsabilidad, justicia autonomía uniéndolo a la conceptualización de humanización.

No existen acciones humanas libres que sean moralmente neutras, porque todas están ordenadas al propósito del hombre, de modo directo o indirecto, pueden ser: fines parciales o medios. La moralidad para esta corriente se encuentra maximizada en felicidad y minimizada en miseria y sufrimiento. Una acción es buena si tiende a este fin y mala si se aleja de él. Por tanto, la moralidad depende de las circunstancias, de la situación. En definitiva, el fin justifica los medios. Desde la apreciación personal se considera solamente el propio interés personal como fin; otros tienen una visión más altruista, con el principio

utilitarista de "el mayor bien para el mayor número de gente", de modo que se vean las ventajas e inconvenientes y se escoja la que más ventajas aporte a todas las personas implicadas en la acción. Por tanto, en el ámbito de la enfermería, se conducen expectativas asociadas a las características éticas y morales para adaptar un conjunto de recursos netamente terapéuticos que permitan dar resultados positivos (Bonilla. 2015).

Charcot Marrie Tooth

Definición

La **enfermedad de Charcot-Marie-Tooth** (CMT) es un grupo de enfermedades que afectan los nervios periféricos, los nervios que corren por fuera del cerebro y la médula espinal. Defectos en por lo menos 40 genes causan los diferentes tipos de la enfermedad. Los síntomas más comunes incluyen debilidad del pie, deformidad del pie, pérdida de la masa muscular de la extremidad inferior que lleva a pantorrillas muy delgadas, marcha "espasmódica" (el pie golpea fuertemente el piso al caminar), y debilidad de las caderas, piernas o pies.^[1] Actualmente no existe tratamiento para CMT pero la terapia física, terapia ocupacional, medicamentos para el dolor, aparatos ortopédicos y otros dispositivos ortopédicos, y cirugía ortopédica pueden ayudar mejorar los síntomas. (National Center for Advancing Translational Sciences, 2016, párr. 1)

La enfermedad de CMT es causada por mutaciones en varios diferentes genes. Los genes proporcionan instrucciones para producir las proteínas relacionadas con la estructura y la función de los nervios periféricos de los pies, piernas, y manos. Se cree que las mutaciones que causan la enfermedad de CMT afectan los axones o la capa de mielina.

Los investigadores estudiando la enfermedad de CMT siguen identificando más genes asociados con el trastorno y el número de genes que causan la enfermedad sigue creciendo. Las diferentes mutaciones causan diferentes signos y síntomas y puede afectar la severidad de la

enfermedad en la persona (National Center for Advancing Translational Sciences, 2014, párr 7 y 8)

Etiología

Rubin (2022) define “Es un grupo de trastornos hereditarios que causan lesiones en los nervios, este daño es mayor en los brazos y piernas (nervios periféricos)” (parr. 8).

Fisiopatología

La enfermedad de Charcot Marie Tooth se conoce también como neuropatía motora y sensitiva hereditaria, provoca que los músculos sean más pequeñas y más débiles. Es posible que tengas pérdida de sensibilidad y contracciones musculares y dificultad para caminar. También son comunes las deformaciones de los pies, tales como los dedos en martillo y los arcos plantares altos. Los síntomas suelen comenzar en los pies y las piernas, pero a la larga pueden afectar las manos y los brazos (Rubin, 2022, párr. 2-3-4)

Signos y síntomas:

Los síntomas varían según el tipo.

En un determinado tipo los síntomas pueden comenzar durante la mitad de la infancia a la adolescencia, la debilidad se inicia en la parte inferior de las piernas. Causa incapacidad para flexionar el tobillo para levantar la parte frontal del pie (pie caído) y atrofia de los músculos de la pantorrilla (deformidad en pata de cigüeña). Más tarde, los músculos de la mano comienzan a atrofiarse. Las manos y los pies no sienten posición, vibraciones, dolor ni temperatura. Esta pérdida de sensibilidad asciende progresivamente por los miembros.

En los tipos leves de la enfermedad, es posible que los únicos síntomas sean un aumento del arco de los pies u los dedos en martillo.

Es un tipo, los varones presentan síntomas graves y las mujeres síntomas leves o no están afectadas. La enfermedad progresa lentamente y no afecta la esperanza de vida (Rubin, 2022, párr. 12)

Exámenes de laboratorio y de gabinete

Los exámenes son: electromiografía, *biopsia del nervio*, pruebas genéticas (prueba molecular del gen único, sangre) (Rubín, 2022, párr. 14)

Cuidados de enfermería

- Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente, para prevenir peligros.
- Vigilar el ajuste de los dispositivos de sujeción, prótesis, que aportan seguridad, independencia.
- Informar el propósito y acción de cada medicamento, consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Ayudar en el desarrollo de un adieta equilibrada con el nivel de gasto energético.
- Realizar movilizaciones articulares para evitar deformidades de las articulaciones, incluidos los dedos en martillo.
- Realizar cambios posturales para evitar la formación de úlceras por presión.
- Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado, como son las fibras.
- Instruir sobre el uso correctos de laxantes.
- Enseñar la mecánica corporal para evitar lesiones cuando realiza cualquier actividad física.
- Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
- Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.
- Proporcionar ayuda hasta sea totalmente capaz de asumir el autocuidado y animar a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustada al nivel de capacidad.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia. (Alcón, p.18-24)

Tratamiento farmacológico

Según Alcón dice que “aunque algunos fármacos como la calcitonina, pamidronato y alendronato han producido algunas mejoras clínicas en los pacientes, no existen datos significativamente sólidos para avalar su uso”. (p.13)

Calcitonina

Nombre genérico: calcitonina.

Nombre comercial: miacalcic, calsynar, ospor.

Efectos adversos: náuseas, dolor abdominal, vómitos, diarrea, intranasales como rinitis, molestia nasal, rinitis ulcerativa, sinusitis, epistaxis, faringitis, raramente erupción cutánea, escalofríos, cefalea, sudoración.

Dosificación: La dosis adecuada de calcitonina puede ser diferente para cada paciente. (Universidad de Navarra, 2020)

Pamidronato

Nombre genérico: Pamidronato Hospira 3, 6,9 mg/ml

Nombre comercial: pamidronato

Efectos adversos: Las más comunes son hipocalcemia asintomática, con síntomas como de gripe y fiebre (un aumento de la temperatura corporal de 1°C-2°C que puede durar hasta 48 horas).

Dosificación: La dosis total de pamidronato disódico se puede administrar en una perfusión única o en perfusiones múltiples durante 2-4 días consecutivos. La dosis máxima por cada periodo de tratamiento es de 90 mg, tanto para el ciclo inicial como para los ciclos repetidos. (Agencia española de medicamentos y productos sanitarios, 2016)

Alendronato

Nombre genérico: alendronato ácido.

Nombre comercial: adelan, bifoal.

Dosificación: 10 mg cada 24 horas (1 comprimido de administración diaria) o bien 70 mg cada semana (1 comprimido de administración semanal). (Universidad de Navarra, 2020)

Efectos adversos: náuseas, dolor de estómago, estreñimiento, diarrea, cefalea, mareos, espasmos musculares. (MedlinePlus, 2020)

Bibliografía

- Alarcón M. (2016). Plan de cuidados para un preescolar con parálisis cerebral. Slideshare. obtenido de <https://es.slideshare.net/marianaalarcon7399/plan-de-cuidados-para-un-preescolar-con-paralisis-cerebral>
- Alcón, A. (2021). Plan de cuidados de enfermería en pacientes con neuroartropatía de charcot. Salamanca. Obtenido de https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/146994/TFG_Alc%c3%b3nGarridoA_Neuroartropat%c3%adaCharcot.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bonilla, J. (2015). *Bioética para enfermería: aspectos teóricos y prácticos*. Ecuador, Quito. EDIMEC. pág. 329. Obtenido de <file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/BIOETICA%20PARA%20ENFERMERIA.pdf>
- Castellano G, Rodriguez S, castellano M. (2007). *Evolución diagnóstica del niño con parálisis cerebral*. Cuba. Scielo. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v79n2/pedo7207.pdf>
- Castells S, Hernandez M. (2009). *Farmacología en enfermería*. 2ª edición. Murcia. Elsevier. España.
- CIMA. (2016). Ficha técnica pamidronato hospira 9mg/ml concentrado para solución para perfusión. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Obtenido de https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/64947/FichaTecnica_64947.html
- Clínica Universidad Navarra. (2020). Osteoporosis y alteraciones de mineralización ósea. Alendronico acido. Obtenido de <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/medicamentos/alendronico->

bee%20propuso%20que%20el,la%20presencia%20de%20la%20esperanza

Lascano J. (2015). *Análisis de caso clínico sobre: “intervención de enfermería en parálisis cerebral infantil y la calidad de vida del adolescente, perteneciente al sub centro de salud de huachi grande; Ambato Tungurahua”*. Ecuador. Universidad Técnica de Ambato. Obtenido de <https://redi.uta.edu.ec/bitstream/123456789/14384/2/Soria%20Lascano%2C%20Jenny%20Sof%C3%A9.pdf>

Lic. Gamarra J, Lic. Medina D. (2020). *Paciente pediátrico con parálisis cerebral infantil y desnutrición grave basado en el modelo de Marjory Gordon*. Ecuador, Machala. Universidad Técnica de Machala. Obtenido de http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/15790/1/T-4149_GAMARRA%20GUALACIO%20JHONATAN%20EDUARDO.pdf

<https://enfermeriaactual.com/patrones-funcionales/>

Lopez B, Callau A, Callau A, Carrera J, Oliván L, Rivas O, Elfau H. (2020). *Cuidados de enfermería para un paciente parapléjico*. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Volumen XV. Número 11 – Primera quincena de junio de 2020 – Página inicial: Vol. XV; nº 11; 490. Huesca, España. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-a-un-paciente-paraplejico/#:~:text=Evitar%20los%20peligros%20del%20entorno,cuidados%20personales%2C%20y%20de%20salud.>

M.A. Martínez-López, M. Pérez-Constantino, P.P. Montelongo-Meneses. (2014). *Proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon*. Hospital de la Mujer Comitán, Comitán de Domínguez, Chiapas, México. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es->

revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-
proceso-atencion-enfermeria-una-lactante-
S1665706314726624

MedLinePLus. (2020). Alendronato. Obtenido de
<https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a601011-es.html>

M, Rubin. (2020). *Enfermedad de Charcot Marie Thoot*.
Manual MSD,1. MDCM, New York Presbyterian
Hospital-Cornell Medical Center. Obtenido de
[https://www.msmanuals.com/es-
ec/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-
nerviosas/trastornos-del-nervio-perif%C3%A9rico-y-
trastornos-relacionados/enfermedad-de-charcot-
marie-tooth](https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/trastornos-del-nervio-perif%C3%A9rico-y-trastornos-relacionados/enfermedad-de-charcot-marie-tooth)

National Center for Advancing Translational Sciences
(2016). Enfermedad de Charcot-Marie-Thoth.
Obtenido de
[https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/11876/enf-
ermedad-de-charcot-marie-tooth](https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/11876/enfermedad-de-charcot-marie-tooth)

Redondo A, Conejero J A. (2012). *Rehabilitación infantil*.
España. 1ª edición. Editorial Medica Panamericana.

Rosselli P, Duplat J. (2012). *Ortopedia Infantil*. Colombia,
Bogotá. Medica Panamericana, 2ª edición.

Ascariasis

Para comprender el significado Kasper et al. (2016) acerca de *Ascaris lumbricoides* mencionan que:

Es el mayor nematodo intestinal parásito de la especie humana y llega a medir hasta 40 cm de longitud. Casi todas las personas infectadas presentan cantidades reducidas del gusano y se encuentran asintomáticas. La enfermedad clínica surge cuando las larvas emigran hacia el pulmón o como consecuencia de los efectos de los gusanos adultos en el intestino. (p. 1413)

Etiología:

El concepto en materia etiológica Kasper et al. (2016) afirman que la *Ascaris lumbricoides*:

Es característico que su transmisión se produzca a través de los suelos contaminados por las heces, como consecuencia de la falta de instalaciones sanitarias o del uso de estiércol humano como fertilizante. Los más afectados son los niños pequeños de las zonas más pobres, con su propensión a llevarse las manos contaminadas por heces a la boca. La infección fuera de las zonas endémicas, aunque infrecuente, puede surgir cuando se ingieren huevos embrionados presentes en las verduras transportadas a esa región. (p. 1413)

Signos y síntomas:

Los signos relacionados con la migración de estas larvas, según Kasper et al. (2016) manifiestan que:

Durante la fase pulmonar de migración de la larva, entre nueve y 12 días después de la ingestión de los huevos, los pacientes presentan tos no productiva y sensación de ardor retroesternal, que se incrementa con la tos o la inspiración profunda. La disnea y la expectoración teñida de sangre son menos comunes. La fiebre es frecuente.

Durante esta fase sintomática se desarrolla eosinofilia, que suele remitir de forma lenta en el curso de varias semanas. La radiografía de tórax puede mostrar signos de neumonía eosinófila (síndrome de Löffler), con infiltrados redondos u ovalados de unos milímetros hasta varios centímetros de

diámetro. Estos infiltrados son transitorios e intermitentes y desaparecen después de varias semanas. Cuando existe una transmisión estacional del parásito, los hospedadores infectados y sensibilizados con anterioridad presentan una neumonitis estacional con eosinofilia. En las infecciones establecidas, los gusanos adultos presentes en el intestino delgado suelen producir síntomas. (p. 1413)

Fisiopatología:

Es importante tener conocimiento sobre la fisiología de este helminto. Según Kasper et al. (2016):

Los gusanos adultos viven en la luz del intestino delgado. Las hembras maduras de *Ascaris* son en extremo fecundas y cada una libera al día hasta 240 000 huevos, que se eliminan con las heces. Los huevos, muy resistentes a las agresiones del medio, se hacen infecciosos después de varias semanas de maduración en el suelo y pueden permanecer en este estado durante años.

Cuando se ingieren estas formas infectivas, las larvas invaden la mucosa del intestino delgado, emigran por la circulación hasta los pulmones, perforan los alvéolos, ascienden por el árbol bronquial y vuelven a ser deglutidas hasta el intestino delgado, donde maduran a gusanos adultos. Entre la infección inicial y la producción de huevos transcurren cerca de dos y tres meses. Los gusanos adultos viven uno a dos años. (p. 1413)

Exámenes de laboratorio y de gabinete:

Entre los exámenes de laboratorio y gabinete descritos, Kasper et al. (2016) señalan que:

Casi todos los casos de ascariasis se diagnostican mediante la detección con el microscopio de los huevos característicos de *Ascaris*, en las muestras de heces. A veces, los pacientes acuden después de eliminar un gusano adulto (identificable por su gran tamaño y por su superficie lisa de color crema) por las heces o a través de la boca o la nariz. Durante la primera fase de migración transpulmonar, cuando se produce la neumonitis eosinófila y antes de que se observen los huevos característicos en las heces, pueden

encontrarse larvas en el esputo o en el aspiradogástrico.

Los gusanos adultos se observan, a veces de forma casual, en los estudios con contraste del aparato digestivo. La radiografía simple de abdomen suele mostrar masas de gusanos en las asas intestinales llenas de gas de los pacientes con obstrucción intestinal. La presencia de gusanos adultos en la región pancreatobiliar se detecta mediante ecografía y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; este último método también se ha utilizado para extraer *Ascaris* del árbol biliares. (p.1413)

Tratamiento farmacológico

Administración de Albendazol, (nombre comercial) Zentel, (nombre genérico) Albendazol. Su dosificación comprende 400mg (2 tabletas de 200mg), en una dosis única, con presencia de efectos adversos, de reacción de hipersensibilidad, que incluyen eritemas, prurito y urticaria. (Plm, 2022)

Administración de Metronidazol, fármaco de (nombre comercial) Flagenase (nombre genérico) Metronidazol. Se debe administrar de 30-50mg/kg/día en 3 dosis (10 días), que puede provocar efectos adversos, de gastritis, náuseas, vómito, disgeusia, boca seca y sabormetálico. (Plm, 2022)

Cuidados de enfermería

Desnutrición

- Fortalecer las prácticas de higiene general, para prevenir el contagio y la transmisión de parásitos.
- Informar sobre el riesgo en la salud en niños, adultos mayores y personas con patología subyacentes, la presencia de parásitos intestinales
- Explicar efectos adversos de los fármacos antiparasitarios para evitar preocupación innecesaria.
- Realizar controles periódicamente para determinar presencia de parásitos en las heces.
- Pautar las técnicas adecuadas de lavado, y cocción de los alimentos

- Correcto lavado de manos, utilizar gel anti-bacterial. (Después de salir del baño, antes de preparar los alimentos y antes de servir los alimentos).
- Determinar, en colaboración con el dietista, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias nutricionales de la persona.
- Determinar las preferencias de alimentos, considerando las preferencias culturales y religiosas.
- Proporcionar cuidados bucales antes y después de las comidas, si es necesario.
- Ayudar a sentarse antes de la comida o alimentación.
- Controlar los valores de laboratorio, según corresponda.
- Diarrea
- Según Bulechek et al. (2019) acerca de los intervenciones de enfermería manifiestan que:
- Ordenar al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca.
- Mantener hidratado para prevenir desequilibrio hidro electrolítico.
- Observar la turgencia de la piel con regularidad.
- Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración.
- Medir la producción de diarrea/defecación
- Notificar al médico cualquier aumento de frecuencia o tono de los sonidos intestinales.
- Enseñar al paciente el uso correcto de los medicamentos antidiarreicos
- Solicitar al paciente/familiares que registren el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.
- Evaluar la ingesta registrada para determinar el contenido nutricional.
- Enseñar al paciente/familia a llevar un diario de comidas.
- Enseñar al paciente técnicas de disminución de estrés, según corresponda.
- Vigilar la preparación segura de los alimentos.

- Practicar acciones que supongan un descanso intestinal (dieta absoluta, dieta líquida). (pp. 276-277)

Valoración de patrones funcionales

Patrón percepción-manejo de la salud:

Presenta disnea con pequeños esfuerzos respiratorios, con un patrón ventilatorio alterado por presencia de respiración sibilante; además muestra bradipnea.

Muestra urticaria asociada a su infección por *Ascaris lumbricoides*. Mantiene un aspecto limpio y aseado bajo influencia de su progenitora. Tiene sus vacunas completas, en su cuidado buco dental se cepilla dos o menos veces al día.

Patrón nutricional-Metabólico:

Presenta riesgo de desnutrición debido a insuficiencia ponderal, asociado a hiporexia por su infección de *Ascaris lumbricoides*, que se asocia a la coloración de sus facies y mucosa de aspecto pálido.

Refiere un peso de 24 kg, talla de 125 cm y un IMC de 15,36 kg/m² lo que nos indica bajo peso resultante de su salud delicada. Su temperatura es de 36 °C que se encuentra en valores normales. Muestra buena implantación capilar.

Su apetito se encuentra disminuido y su ingesta de alimentos es de 10 cucharadas aproximadamente dos veces al día que comprende desayuno y almuerzo.

Patrón eliminación:

Presencia de heces fecales pastosas, apestosas y de apariencia aceitosa, con eliminación de gases frecuentes. Realiza 2 deposiciones por día, de color amarillento.

La madre refiere que niño manifiesta dolor al momento de realizar sus deposiciones.

Además, su micción es espontánea con una frecuencia de 5 a 6 veces al día de característica clara y transparente.

Patrón actividad-ejercicio:

Reposo relativo sin riesgo de equilibrio. Con fuerza y tono muscular en marcha. Su capacidad de autocuidado es autónomo para las actividades de la vida diaria.

La movilidad de miembros y fuerza muscular la mantiene conservada.

Patrón sueño-descanso:

Presenta alteración de sueño y descanso debido a síntomas de sialorrea, trismus y prurito anal presentes; esto produce somnolencia y pesadillas.

Patrón cognitivo-perceptivo:

Se muestra en estado de alerta, orientado e irritable. No presenta ceguera ni miopía, no usa lentes.

Mantiene una buena vocalización, empleando palabras y frases.

Patrón autopercepción-autoconcepto:

Asiste a la escuela en nivel preescolar con un aprovechamiento bueno y acorde a su edad. Su forma de ser es inquieta e hiperactiva.

Presenta una comunicación trivial, asertiva, extrovertida y efusiva.

Patrón rol-relaciones:

Se relaciona con el entorno de acuerdo a su edad. Al cuidado de sus padres. Adecuada relación familiar. Padres con disposición positiva para el cuidado del niño.

Su familia es funcional ampliada. Le gusta jugar. En la actualidad como se encuentra convaleciente se dedica a ver películas y jugar juegos de mesa e internet.

Patrón sexualidad-reproducción:

Adecuada higiene de órganos genitales. Ausencia de fimosis. Testículos descendidos.

Patrón de afrontamiento - tolerancia al estrés:

Presenta un estado emocional decaído, debido a sus

molestias intestinales.No toma conciencia de su problema de salud.

Patrón de valores – creencias:

Asiste a actividades religiosas por sujetarse a la norma familiar.

Enfermería Básica

Es una disciplina que se dedica al cuidado y atención de los enfermos, siguiendo técnicas y procedimientos básicos que van acorde a funciones y mecanismos, con el fin de mejorar las afecciones y patologías; debe ser asistencial, emotiva, cuidadosa, respetuosa, apoyando y acompañando para que pueda mejorar día a día con cuidados de calidad y calidez que promuevan bienestar y confort.

Debe ir encaminada a potenciar el autocuidado de la persona, a través de la observación, comunicación, atención y educación sobre su enfermedad, además la familia es un punto muy importante ya que, ellos acompañarán y contribuirán a la conservación de la salud de su familiar.

Según Suarez y De Arco (2018): “El profesional de enfermería debe estar en capacidad de brindar cuidados a todas las personas, independientemente de su condición; esta atención debe garantizar el bienestar y la seguridad de las personas, preservando su salud”. (p.2)

Considero que esta reflexión va encaminada hacia el rol que tiene el personal de enfermería frente a la calidad de atención que debe brindar a las personas.

Farmacología:

Catedra relacionada directamente con la práctica de enfermería que tiene como fin, estudiar la administración de fármacos prescritos, 5 correctos, valoraciones previas, horas terapéuticas, dosis, tratamientos que puedan modificar el metabolismo, eliminación de medicamentos, consiguiendo mejorar el bienestar del paciente, tratando y controlando su enfermedad de modo seguro y eficaz; por ende el rol de enfermería es estar pendiente del paciente y sus reacciones a la medicación en el ambiente hospitalario al momento de su administración; es también la que suele

educar a la población sobre el consumo racional de los fármacos e informar a los pacientes sobre los principales aspectos del medicamento que se deben conocer, teniendo una responsabilidad legal, pero sobre todo ética en el conocimiento de las acciones, indicaciones y contraindicaciones de estas sustancias.

Según González (2009): “El personal de Enfermería debe ser educador e informador sobre el medicamento que administra o sobre el que va a autoadministrarse el paciente. La información y la educación son una obligación del enfermero o enfermera y un derecho del paciente”. (p.1)

Por lo tanto, es importante que el profesional de enfermería conozca cada norma y reglamento estipulado, con el fin de brindar la mejor atención sobre los medicamentos a utilizar.

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado:

Disciplina de enfermería, que parte de una revisión formal del desarrollo epistemológico como ciencia y profesión. Por medio de un análisis se resalta la dimensión de una formación consciente de una filosofía para las enfermeras y enfermeros, así como su relación con el desarrollo de la materia, teniendo en cuenta que es precisamente la filosofía, un elemento fundamental en la formación integral que exige actualmente la sociedad. Nos permite actuar con sensatez y juicio profesional a partir de un razonamiento conceptual, que trabaja sobre el objeto epistémico de enfermería y profundizando en la identidad del ser, saber y hacer de la norma profesional.

Debido a esto Rodríguez Bustamante y Báez Hernández (2020) afirman que:

El conocimiento teórico y sus funciones intelectuales se integran por los principios y elementos que impulsan el pensamiento y la comprensión de enfermería, de modo que diversas autoras han creado propuestas estructurales que integran los componentes disciplinares indispensables para el estudio y progreso de la profesión, mismos que resumen y reúnen el marco epistemológico de enfermería, al lograr

derivar elementos abstractos hasta lograr llegar a elementos concretos y precisos que validan las afirmaciones del conocimiento disciplinario. (p.4)

Lo manifestado es parte fundamental de los conocimientos que debe adquirir un profesional de enfermería, frente a la práctica y el estudio de esta disciplina.

El modelo de Nola Pender, sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación que faciliten la generación de hipótesis comparables. Se estudia la conducta de promoción de la salud de los adultos que trabajan, los adultos mayores, los pacientes en rehabilitación cardíaca y los pacientes de cáncer tratados en el ambulatorio. Enfermería a través del modelo de Nola Pender, desarrolla una mayor responsabilidad para anteponerse a las acciones preventivas a través de su aporte, con el fin de promover un estado óptimo de salud, así como también conseguir autonomía en las personas.

Esta teoría continúa siendo mejorada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar qué relación existe entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. El modelo se fundamenta en la educación de las personas sobre cómo deben cuidar su salud y llevar una vida saludable. Es uno de los modelos que más predomina en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos- perceptuales, que se consideran doctrinas, dogmas, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que se relacionan con la toma de decisiones o conductas benefactoras de la salud.

Ética y Moral

El objetivo de aprender ética y moral en enfermería es formar enfermeras y enfermeros moralmente responsables, dotados de capacidades para tomar decisiones éticas que conlleven a una conducta moral, en el desempeño de su trabajo. Para lograr este objetivo, los

estudiantes deben aprender a integrar sus valores de respeto a las personas, debeneficencia, justicia, autonomía, considerando no hacer daño con convicciones personales y conocimiento de conceptos éticos, enfoques tradicionales y contemporáneos.

El actuar con conciencia nos enfoca a conocer las actividades que estamos realizando. Respetar en cada momento clase social, género, identidad sexual, nos lleva a entender derechos del paciente y también enfocarle sus deberes. Debemos relacionarnos con su entorno sin que esta relación afecte su intimidad, de modo que ayudemos y cuidemos sin hacer daño.

Según Guillart (2015): La necesidad de los cuidados de enfermería es universal, y el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de esta profesión en la que no se hace distinción alguna de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o posición social. (p.230)

Lo descrito nos proporciona la esencia de los valores que conlleva la profesión frente a situaciones encaminadas a respetar derechos y pensamientos humanos.

Giardiasis

El concepto de este protozoo infeccioso en los seres humanos, según Kasper et al.(2016) afirman que:

Giardia intestinalis (también llamada *Giardia lamblia* o *G. duodenalis*) es un protozooc cosmopolita que habita en el intestino delgado del ser humano y de otros mamíferos. La giardiasis es una de las enfermedades parasitarias más frecuentes en todo el mundo, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, y causa enfermedad intestinal y diarrea de carácter endémico o epidémico. (p.1405)

Etiología:

La transmisión de este parásito para convertirse en infección, según Kasper et al.(2016) se da porque:

Los quistes son infecciosos en el momento en que se excretan o poco después, la transmisión de persona a

persona se produce cuando la higiene fecal es deficiente. La giardiosis, ya sea como infección sintomática o asintomática, es muy frecuente en las guarderías; la transmisión de persona a persona también tiene lugar en otros ámbitos institucionales, como asilos de ancianos, con mala higiene fecal y durante el contacto anal-bucal. Si los alimentos se contaminan con quistes de Giardia después de cocinarlos o prepararlos, puede haber transmisión alimentaria.

La transmisión hídrica ocasiona las infecciones episódicas (p. ej., en las personas que van de campamento y otros viajeros) y las epidemias masivas en zonas metropolitanas. El agua de la superficie, desde los arroyos de montaña hasta los grandes depósitos municipales, puede contaminarse con quistes de Giardia procedentes de las heces. A la eficacia del agua como medio de transmisión se suma el pequeño inóculo infeccioso de Giardia, la prolongada supervivencia de los quistes en el agua fría y la resistencia de éstos a la destrucción con los métodos habituales de cloración usados para controlar las bacterias. (p.1405)

Signos y síntomas:

En la infección de Giardiasis encontramos varios signos y síntomas lo cuales se explican con el fin de realizar un mejor diagnóstico. Según Kasper et al. (2016) señalan que:

Varían desde el estado de portador asintomático hasta diarrea fulminante con mala absorción. La mayoría de las personas infectadas permanece asintomática, aunque en las epidemias la proporción de casos sintomáticos suele ser mayor. Los síntomas iniciales más importantes consisten en diarrea, dolor abdominal, flatulencia, eructos, borborigmos, náusea y vómito. Aunque la diarrea es frecuente, pueden predominar las manifestaciones del intestino delgado del tipo de náusea, vómito, flatulencia y dolor abdominal. La diarrea no es necesariamente abundante, pero la flatulencia, las heces blandas y los eructos con olor fétido son comunes y, en algunos casos, se acompañan de pérdida de peso. (p. 1406)

Fisiopatología:

Es importante conocer la forma por la que la *Giardia Lamblia* altera el funcionamiento de las personas. Según, Kasper et al. (2016):

No se conocen bien los motivos por los que solamente algunos individuos infectados, presentan manifestaciones clínicas, ni los mecanismos por los cuales el parásito altera la función del intestino delgado. A pesar de que los trofozoítos se adhieren al epitelio, no son penetrantes, pero despiertan apoptosis de los enterocitos, disfunción de la barrera epitelial y malabsorción y secreción de las células epiteliales.

Por tanto, la intolerancia a la lactosa y la malabsorción en unos cuantos adultos y niños infectados constituyen signos clínicos de las actividades deficientes de las enzimas del borde de cepillo. En la mayor parte de las infecciones, la morfología del intestino no se modifica, pero en los pacientes sintomáticos con infección crónica los signos histopatológicos (incluidas las vellosidades planas) y las manifestaciones clínicas algunas veces simulan las de la enfermedad celiaca y enteropatía sensible al gluten. La patogenia de la diarrea en la giardiosis se desconoce. (p.1406)

Exámenes de laboratorio y de gabinete:

Para obtener una valoración que vaya acorde a las necesidades de la persona, Kasper et al. (2016) describen que:

Se establece mediante la identificación de los quistes o de los trofozoítos en las heces o el intestino delgado, o por pruebas de amplificación de ácido nucleico (NAAT, nucleic acid amplification tests). El diagnóstico a veces es difícil de establecer. Es necesario realizar un examen directo de las heces en fresco o en muestras conservadas de manera adecuada. (p. 1406)

Bibliografía

Bulechek , G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (2019). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (Sexta ed.). Barcelona: Elsevier Inc.

FLAGENASE - PLM. (2022). PLM.

https://www.medicamentosplm.com/Home/productos/flagenase_tabletas/103/101/7730/210

González, A. M. (16 de Junio de 2009). *Scielo*.
<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/revision5.pdf>

Guillart, L. M. (2015). *Scielo*.
<http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v28n2/oft09215.pdf>

Kasper, D., Hauser, S., Jameson, L., Fauci, A., Longo, D., & Loscalzo , J. (2018). *Principios de Medicina Interna*. España: MC GRAW HILL CASTELLANO.

Rodríguez Bustamante, P., & Báez Hernández, F. J. (Agosto de 2020). *Scielo*.
<https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v14n2/1988-348X-ene-14-2-e14213.pdf>

Suarez , Z. K., & De Arco, O. d. (13 de Abril de 2018). *Scielo*.
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>

Psoriasis

Según Hammer y McPhee (2015), “Enfermedad cutánea crónica frecuente, persistente o con recaídas, con descamación. Las lesiones individuales son distintas en su forma clásica: escamas bien delimitadas y eritematosas, y cubiertas por escamas nacaradas” (p. 190).

“La mayoría de los pacientes con psoriasis tiene un número limitado de placas fijas, pero la presentación clínica varía de manera considerable” (Hammer & McPhee, 2015, p. 190).

Etiología

Según Peramiquel et al. (2004), “No se conoce, pero se atribuye que probablemente sea multifactorial. Se acepta la coexistencia de factores genéticos predisponentes y factores desencadenantes externos, como los ambientales” (p. 68).

Signos y Síntomas

Los síntomas suelen ser leves y Según Shinjita Das (2021):

Las lesiones pueden ser asintomáticas o pruriginosas y suelen estar localizadas en el cuero cabelludo, superficies extensoras de los codos y rodillas, sacro, glúteos y genitales. Las lesiones tienen diferente aspecto según el tipo de psoriasis. Entre los diversos subtipos de psoriasis, la psoriasis en placas (psoriasis vulgar o psoriasis crónica en placas) representa alrededor del 90%; las lesiones son aisladas, en forma de pápulas o placas eritematosas cubiertas por escamas gruesas, brillantes, de color plateado, existe presencia de piel rosácea, xerosis, uñas engrosadas, picadas o acanaladas, a su vez articulaciones inflamadas y rígidas, prurito, escozor e irritación. Las lesiones aparecen gradualmente y remiten y recurren de manera espontánea o con la aparición y resolución de los factores desencadenantes (p. 1).

Fisiopatología

Es una forma de dermatitis en la que la epidermis se espesa debido al alargamiento de los procesos intersticiales y de acuerdo con Hammer y McPhee (2015):

En las lesiones psoriásicas, el engrosamiento epidérmico refleja epidermopoyesis excesiva (proliferación epidérmica). El aumento de la epidermopoyesis se refleja en acortamiento de la duración del ciclo celular de los queratinocitos, y duplicación de la población celular proliferativa. Debido a estas alteraciones, la piel de las lesiones contiene hasta 30 veces más queratinocitos por cada área de que la piel normal. En estudios al microscopio, la evidencia de proliferación excesiva también se manifiesta como numerosas figuras mitóticas intraepidérmicas.

Durante la maduración de queratinocitos normales, los núcleos se eliminan a medida que las células entran a la capa córnea y se condensan para formar una envoltura semipermeable. En la psoriasis, el truncamiento del ciclo celular da pie a una acumulación de células dentro de la capa córnea, con núcleos retenidos, un modelo que se conoce como paraqueratosis. Conforme se acumulan células paraqueratóticas, los neutrófilos migran hacia la capa córnea. En el estudio histopatológico, la descamación nacarada de las placas psoriásicas consta de una capa gruesa de queratinocitos paraqueratóticos, con muchos neutrófilos intercalados. A veces, el número de neutrófilos en el estrato córneo es tan grande que las lesiones adoptan un aspecto pustular.

La psoriasis también induce hiperproliferación de células endoteliales que causa dilatación pronunciada, tortuosidad e incremento de la permeabilidad de los capilares en la dermis superficial. Las alteraciones vasculares contribuyen al eritema brillante que se observa en clínica. Los cambios capilares son más pronunciados en los márgenes de avance de las placas psoriásicas.

Después de años de investigación, se han documentado muchas anomalías inmunitarias que afectan las inmunidades tanto innata como adaptativa en piel psoriásica. Se cree que estímulos antigénicos activan la respuesta inmunitaria innata, lo cual lleva a la producción de citocinas, como interferón, factor de necrosis tumoral (TNF), interleucina (IL)-23, e IL-12, por macrófagos, células dendríticas y neutrófilos; esto lleva a atracción de

células T, así como a activación y diferenciación de las mismas. Estas células T, entre las que destacan las células T auxiliares 1 y T auxiliares 17, producen citocinas que llevan a hiperplasia epidérmica, reclutamiento de células inflamatorias, y finalmente a un asa de retroacción positiva que perpetúa el proceso patológico (p. 191).

Exámenes del laboratorio y de gabinete

Según Ackerman (2006), “Para las placas localizadas se recomienda el tratamiento tópico con corticoesteroides, la antralina, los retinoides, los derivados de la vitamina D3 y los denominados queratolíticos (ácido salicílico)” (p. 535).

En un estudio realizado de la patología referente a la psoriasis se demostró que para Ackerman (2006):

En caso de pápulas y placas diseminadas son recomendables la fototerapia (PUVA, UV-B y baño con PUVA) así como el método de Goeckerman (alquitrán con UV-B). Para la psoriasis casi universal, la eritrodermia psoriásica y la psoriasis pustulosa (van Zumbusch) el tratamiento de elección son los retinoides orales, la ciclosporina o el metotrexato en pequeñas dosis.

En la artritis psoriasis ungueal es eficaz, aunque dolorosa, la inyección corticoesteroides en los pliegues ungueales proximales. En la tiña amiantácea, las soluciones son ácido salicílico y los corticoesteroides son paliativos (Ackerman, 2006, p. 535).

Tratamiento farmacológico

La administración de Clobetasol propionato cream al 0.5%, más conocido como Clobesol, es una crema. Según PLM (2022), “Está indicada para el tratamiento de manifestaciones agudas de dermatosis inflamatorias resistentes a esteroides de baja potencia, acompañadas de manifestaciones moderadas y severas como prurito intenso, dermatitis atópica resistente, eczema, psoriasis, liquen escleroso y pénfigo vulgar” (indicaciones terapéuticas).

Para (PLM, 2022) “En la dosis recomendada es de 2 veces al día, una vez a la semana y dentro de sus efectos adversos, por lo general no muestran reacciones adversas, pero puede

presentar atrofia, erupciones acneiformes, dermatitis, piel rosácea, telangiectasias, hipopigmentación” (dosis y vías de administración).

En la administración de fármaco para tratar la psoriasis (VADEMECUM, 2021), afirma que:

El Psorex es una línea completa, con una composición de Clobetasol, viene en: loción, Shampoo, Crema, Jabón en barra. Psorex® Crema contiene una fórmula revolucionaria que ayuda reducir y controlar los síntomas de la psoriasis. Viene en contenido de 100 gr. Su dosis es recomendada es aplicar poca cantidad sobre la zona afectada, es preferible repetir su uso de 2 a 3 veces al día. No sabe presentar efectos adversos, pero en ocasiones existe una sensación de quemazón de la piel; foliculitis; escozor en el lugar de aplicación, reacción inespecífica en el lugar de aplicación (p. 2-5).

Cuidados de enfermería

Epidermopoyesis excesiva

Para Hammer y McPhee (2015):

En problemas relevantes se puede encontrar Epidermopoyesis excesiva, también conocida como proliferación epidérmica, en la que el aumento de la proliferación epidérmica acorta el tiempo del ciclo celular de los queratinocitos y multiplica el número de células proliferativas. Debido a estos cambios, la piel dañada contiene hasta 30 veces más que la piel normal (p. 191).

Dentro de los cuidados debemos tener en cuenta:

- Determinar en la lesión dérmica aspectos descamativos, eritematosos, con la finalidad de determinar patologías subyacentes.
- Inspeccionar las zonas dérmicas con micosis, para controlar el proceso de evolución.
- Mantener higienizada la zona corporal afectada.
- Aplicar con frecuencia terapéutica fármacos prescritos, a fin de generar los procesos de recuperación.

- Mantener la zona afectado libre de humedad y efectuar contante limpieza.

Prurito

En el sistema nervioso central, los neuropéptidos, producidas por los orgánulos neurofibrilares C, son transportadas al citoplasma en las terminaciones nerviosas provocando una “sensibilidad central” Esta aparece como un área de piel sana que rodea la zona, piel inflamada que con solo tocarla puede picar, menciona Alcalá (2014):

El prurito, se desconoce su fisiopatología, pero se atribuye que, en la piel, el prurito se origina a través de dos vías, una directa y una indirecta. En la primera, los queratinocitos liberan mediadores tales como neuropéptidos, interleucinas (IL), proteasas y citocinas que se unen directamente con pruritoceptores. En la segunda, los queratinocitos activan a otras células que liberan sustancias pruritogénicas como el factor de crecimiento neural (NGF), neurotrofina 4 (NT-4), leucotrieno B4 (LTB4), tromboxano A2 (TXA2), endotelina-1 (ET-1), cannabinoides endógenos (eCB) y endorfina-β. 8 Estas sustancias, a su vez, estimulan a los mastocitos para que liberen histamina, LTB4, prostaglandinas (PGD), proteasas, NGF e IL2, de esta forma activan a los eosinófilos para que liberen NGF. Como resultado de ambas vías, los mediadores pruritogénicas se unen a los pruritoceptores que activan a las neuronas espinales del cuerno dorsal (p. 7)

En los cuidados de enfermería es muy importante, según:

- Animar a reconocer sus virtudes y separar los valores físicos, emocionales y personales.
- Dar instrucciones sobre cómo tomar sus medicamentos recetados e informar sobre posibles efectos secundarios y señales de advertencia.
- Tener en cuenta si la piel está excesivamente seca o húmeda, con una limpieza de jabón PH neutro y registrando los cambios en la piel y las mucosas.
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel, con los tratamientos prescritos por el médico.

- Ayudar al con el tratamiento a la hora de ser aplicado en las zonas afectas, si no tiene quien le ayude en casa a la hora de este ser aplicado.

Valoración de Patrones Funcionales

Patrón 1: Percepción - Manejo de la Salud

La presencia de psoriasis ocasional miedo a que lo rechacen por su apariencia que lleva a causa de su patología, su esposa es su ayudante, es un gran sustento ya que le ayuda en alguna de sus actividades que a él se le impide realizar, sigue su tratamiento al pie de la letra.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico

Su IMC es normal con respecto a su estatura y peso.

Patrón 3: Eliminación

Hábito vesical e intestinal adecuado.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio

Hace ejercicio como caminar demasiado, correr andar en bicicleta o nadar, por su condición de brotes psoriásicos, pero si realiza sus actividades del hogar y de su trabajo, aun con miedo de que el trabajo lo discriminen por su apariencia, lo que conduce al establecimiento de una pérdida de seguridad en sí mismo.

Patrón 5: Sueño – Descanso

Presenta alteraciones a la hora de dormir por el prurito, escozor e irritación que le ocasiona por el contacto de la cama con su piel, se le hace difícil conciliar el sueño y aquí es donde opta por un tratamiento tópico.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptual

Manifiesta en algunas ocasiones tristeza, ya que le incomoda cuando la gente de la calle lo queda viendo de pies a cabeza, la presencia de dolor, si altera la actividad diaria, aun con miedo de que el trabajo lo discriminen por su apariencia, lo que conduce al establecimiento de una pérdida de seguridad en sí mismo.

Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto

Las alteraciones cutáneas ejercen una influencia negativa en su salud mental, producen baja autoestima, inseguridad, ansiedad y depresión, en su piel presenta forma de placas eritematosas, la presenta en la mayor parte de su cuerpo, pero menos en la cabeza, al paciente le produce prurito, escozor e irritación.

Patrón 8: Rol – Relaciones

Puede limitar su actividad social por sus brotes y las lesiones en su cuerpo, por lo que se le dificulta la realización de algunas actividades, las condiciones que alteran la estabilidad de la imagen corporal pueden determinar trastornos fóbicos.

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción

Vive con su esposa, no tienen hijos y mantienen una relación estable con ella, siente vergüenza a la hora de que la gente lo ve, pero con el apoyo de su esposa él se siente más seguro de sí mismo.

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés

Tiene mayor afectación emocional, mental que física, el estrés puede afectar al desarrollo de las actividades diarias, personales, familiares y laborales, causando ansiedad y depresión, donde su mayor motivación para que no sea afectado a sí mismo es su esposa.

Patrón 11: Valores – Creencias

Es católico por tradición, no por convicción, pero cree mucho en Dios. Sus valores están relacionados a su educación desde niño.

Enfermería Básica

Es la técnica del cuidado por medio de procedimientos y mecanismos para la buena asistencia al paciente del personal de enfermería a la hora de laborar, teniendo en cuenta la ética y la moral, con el objetivo primordial de formar profesionales de calidad poseyendo habilidades y capacidades con el conocimiento que se pondrá en práctica durante todo el estudio.

Para que los cuidados de enfermería se lleven a cabo de una manera responsable y beneficiosa, (Maciel, 2022) nos manifiesta que:

La palabra cuidado debería entenderse como la acción de proporcionar el mayor bienestar, ya sea físico, psíquico o psicosocial a la persona, siendo esta una visión ampliada del concepto de cuidado. Este concepto, no solo reconoce la parte técnica para llevar a cabo los cuidados, sino también le da importancia a la relación terapéutica que incluye la parte humana, que involucra la empatía, motivación, compasión, comunicación, autonomía, confidencialidad, en otros, de la persona cuidada, con una visión holística.

Y con respecto a eso, Virginia Held menciona: el cuidado es a la vez una práctica, o un complejo de prácticas, y un valor, o un complejo de valores. Como práctica nos muestra cómo responder a las necesidades y por qué lo tendríamos que hacer. Construye confianza, preocupación mutua y vínculos entre las personas. No se trata de una serie de acciones individuales sino de una práctica que se desarrolla conjuntamente con sus actitudes correspondientes. Comporta atributos y criterios que pueden identificarse, pero todavía más recomendarse y que pueden mejorarse continuamente a medida que las atenciones de cuidado adecuadas se acercan cada vez más al buen cuidado (p. 16).

De acuerdo con Maciel, considero que el cuidado de enfermería debe ser primordial en las personas que presentan alguna afección, el cual este se basa en la buena recuperación del mismo, para así tener buenas respuestas, tanto del paciente como del profesional de salud.

Farmacología

Es el estudio que se realiza a los fármacos para poder conocer el mecanismo de acción, que cumplen cada uno de los medicamentos, que se utilizaran de una forma responsable en los pacientes que presenten signos y síntomas.

El personal de enfermería tiene muchas funciones, una de las cosas principales es el manejo de medicamentos,

proporcionando la responsabilidad y con qué frecuencia se lo realiza, (Adams & Holland, 2009) afirma:

Todos los profesionales de enfermería están directamente involucrados en los cuidados y desempeñan un papel en la educación, el manejo y la supervisión del uso adecuado de los fármacos, es necesario que los individuos tengan un conocimiento minucioso de la farmacología para llevar a cabo sus funciones. A medida que los estudiantes de enfermería avanzan hacia su especialidad, la farmacología va ocupando un papel principal en los cuidados del paciente y está presente en cada paso del proceso de enfermería.

El aprendizaje de la farmacología es un proceso continuo y gradual que no finaliza con la carrera universitaria. Jamás se llega a tener un dominio completo de cada aspecto de la acción farmacológica y sus indicaciones, lo que constituye uno de los retos de la profesión (p. 4).

Conforme a lo que dijo Adams & Holland, considero que la farmacología ha sido y sigue siendo una de las disciplinas más relacionadas con la práctica enfermera y una de las más importantes.

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado

Fundamentos teóricos dentro de la enfermería es una orientación de lo que el enfermero o enfermera piensa a la hora de actuar desde su propio punto de vista, pero tomando en cuenta las causas y las consecuencias que están llevaran a cabo al tomar decisiones, ya que es dirigido al cuidar el bienestar de las personas que presentan algunas necesidades en las cuales quieren la ayuda de uno como personal de enfermería, tomando en cuenta el razonamiento para así poder satisfacer las necesidades del paciente.

Afaf Ibrahim Meleis, con la “teoría de las transiciones”, menciona:

Las experiencias que surgen durante una transición, de esta manera como las estrategias de afrontamiento a los eventos que causaron un avatar en la historia del individuo, Meleis

encuentra que una transición es un crecimiento que es desencadenado por un avatar, la transición se refiere punto al crecimiento como al resultado de interacciones complejas entre las personas y el medio ambiente, además del hecho de que puede involucrar a más de una persona y es apropiado al contexto y situación.

La teoría se basa en la guía de la práctica del personal de enfermería que estén en un litigio de adaptación por alguna patología que esté presente, es primordial que los enfermeros y enfermeras distingan los resultados beneficiosos durante el proceso de la transición para así facilitar su adaptación con los problemas que muestren, ya sea investigando y evaluando bien a la persona, para poder llegar a conclusiones verídicas y ver todos sus beneficios del mismo.

Ética y Moral

Se debe tener en cuenta que ética dentro del ámbito de enfermería es lo que sirve para guiar a tomar las decisiones oportunas, en donde haya respeto con una beneficencia durante todo el tiempo, enfocados siempre en la cultura, religión, educación y también las experiencias y pensamientos personales, conllevados a la justicia de la igualdad, ya que así no se hará daño y se encaminará en la autonomía a la hora de tomar decisiones.

Cuando hablamos de la ética dentro del área de salud nos referimos a los principios, motivaciones, valores, deberes, lo cual Maciel, (2022) afirma:

La ética es un tema de reflexión o de tipo teórico. En primer lugar, tiene el objetivo de comprender más que decidir. Se aparta de los temas de tipo práctico, intentando descubrir algún patrón u orden subyacente en la inmensa variedad de decisiones morales y prácticas, tanto de tipo individual como social. La ética profesional es algo intrínseco a la profesión, no es un agregado, la define, la dota de sentido y justifica su existencia y su valor. Sin ética profesional no habría profesión (p. 29 – 30).

Conforme a lo expuesto por Maciel, lo ético y lo moral es indispensable en el área de enfermería porque, aun que no

parezca cierto, poniendo en practica los valores, las responsabilidades, los principios se lleva a cabo una buena atención enfermero – paciente y paciente – enfermero.

VITÍLIGO

Alude Ackerman (2006), “Proceso inflamatorio idiopático que da lugar a despigmentación de la piel por pérdida de melanocitos en la epidermis, y a un blanqueamiento del pelo por pérdida de melanocitos en el bulbo folicular” (p. 645).

Etiología

No es realmente clara, aunque hay falta de melanocitos en algunas áreas. Los mecanismos propuestos incluyen la destrucción autoinmunitaria, disminución de la supervivencia y defectos primarios de los melanocitos según Shinjita Das (2020):

El vitiligo puede ser familiar (autosómica dominante, con penetrancia incompleta y expresión variable) o adquirido. Algunos tienen anticuerpos antimelanina. Hasta el 30% tiene otros anticuerpos autoinmunitarios (antitiroglobulina, células suprarrenales y parietales) o endocrinopatías autoinmunitarias (enfermedad de Addison, diabetes mellitus, anemia perniciosa y disfunción tiroidea). No obstante, la relación no es del todo clara y puede ser una coincidencia. La asociación más fuerte es con el hipertiroidismo (enfermedad de Graves) y el hipotiroidismo (tiroiditis de Hashimoto).

En ocasiones, el vitiligo ocurre luego de una lesión física directa en la piel (por ejemplo, como respuesta a una quemadura solar). Los pacientes pueden establecer una asociación entre la aparición del vitiligo y el estrés emocional” (p. 1)

Signos y Síntomas

Según Pruthi (2021):

Los signos y síntomas que se presentan en el vitiligo son:

Pérdida irregular del color de la piel, que frecuentemente aparece primero en las manos, cara y las áreas alrededor de

las aberturas del cuerpo y las genitales; coloración blanca o gris prematura del cabello en el cuero cabelludo, en el cuero cabelludo, las pestañas, las cejas o la barba, pérdida de color en los tejidos que recubre el interior de la boca y la nariz (membranas mucosas) y algunas personas sienten prurito en la zona donde tienen la pigmentación por vitíligo (p. 2).

Fisiopatología

En la mayor parte de los casos con esta patología, la pigmentación es generalizada y con el tiempo afecta a la mayor parte del cuerpo. A veces la piel recupera su color, pero con tratamientos constantes indica Ackerman (2006):

Comienza habitualmente con una mácula rosa, que se blanquea lentamente a medida que se extiende de forma centrifuga. Las máculas de vitíligo tienden a convertirse en manchas despigmentadas. Una vez alcanzado cierto tamaño, las manchas pueden mantenerse despigmentadas toda la vida o repigmentarse; esto último se observa al principio con motas pigmentadas en los orificios foliculares. La repigmentación se produce por la acción de los melanocitos infundibulares y no del bulbo folicular; de esta forma se repuebla una epidermis que había sido desprovista de melanocitos. En algunas personas afortunadas puede haber repigmentación completa. Proceso inflamatorio que comienza con un disperso infiltrado de linfocitos perivascular superficial, así como con linfocitos situados en la epidermis, que es ligeramente espondilótica. Al principio, la dotación de melanocitos de la unión dermoepidérmica es completa, pero, con el tiempo, los melanocitos desaparecen de los lugares afectados; cuando desaparecen ni se produce melanina ni pueden evidenciarse melanocitos con la tinción de plata de Fontana Masson en la epidermis de las lesiones de vitíligo. La causa del vitíligo es desconocida, tampoco se entiende porque algunos se repigmentan y otros no. (p. 650)

Exámenes del laboratorio y de gabinete

Según Ackerman (2006), “La fototerapia (PUVA o UV-B tópicos o sistemáticos) es lo sugerible, pero su eficacia no es

consistente y los métodos quirúrgicos, como los injertos de espesor parcial y los epidérmicos” (p. 650).

Para Bellón (2022), la valoración para el cuidado del vitíligo es, la protección de las áreas afectadas de la luz solar, corticoides tópicos y calcipotrieno e inhibidores de la calcine urina tópicos cuando hay compromiso de la cara o ingle (p. 2–3).

Bibliografía

Ackerman, A. B. (2006). *Ackerman Dermatología de bolsillo*. Madrid: Marbán, S.L.

Adams, M., & Holland, N. (2009). *Farmacología para enfermería*. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Alcalá, D., Barrera, M., & Jurado, F. (abril de 2014). *Medigraphic*.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2014/cd141b.pdf>

BASSA. (2022).
<https://bassa.com.ec/dermatologia/producto/psorex-crema/>

Das, S. (diciembre de 2020). *Manual MSD versión para profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/trastornos-de-la-pigmentaci%C3%B3n/vitiligo>

Das, S. (agosto de 2021). *Manual MSD*.
<https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/psoriasis-y-enfermedades-descamativas/psoriasis>

Griffiths, C. (9 de abril de 2021). *ScienceDirect*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673620325496>

Hammer, G. D., & McPhee, S. J. (2015). *Fisiopatología de la enfermermedad*. México: Mc Graw - Hill.

Janssen, C. (mayo de 2020). *Psoriasis más allá de la piel*.
<https://www.psoriasis360.es/psoriasis/causas>

- Lázaro, S. (18 de agosto de 2020). *Revista Electrónica de Portales Médicos*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-estandarizado-de-enfermeria-para-pacientes-con-dermatitis-atopica/>
- Maciel, D. (junio de 2022). *Universidad Nacional de Quilmes*. RIDAA: https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/3871/TFI_2022_maciel_006.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez, C. (08 de junio de 2021). *Revista electrónica de portales Médicos*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-adulto-con-psoriasis/>
- Pill in trip*. (2022). https://pillintrip.com/es/medicine/psorex#desc_11
- Pintor, Ribera. (08 de junio de 2022). *SEMI*. [https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/vitiligo#:~:text=La%20mayor%C3%ADa%20de%20las%20veces,por%20quemaduras%20\(e%20specialmente%20solares\)](https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/vitiligo#:~:text=La%20mayor%C3%ADa%20de%20las%20veces,por%20quemaduras%20(e%20specialmente%20solares))
- PLM*. (2022). https://www.medicamentosplm.com/Home/productos/clobesol_crema_005/187/101/6966/239
- Ruiz , R. M., Padilla, L. d., & Barroso, E. (11 de agosto de 2016). *Revista electrónica de portales Médicos*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/psoriasis-cuidados-enfermeria/>
- VADMECUM*. (12 de febrero de 2021). https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-psorex+pomada+0.05%25-brasil-do7ado1-13004981-br_1
- Valdés, M. (2012). *Scielo*. <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v28n4/hih05412.pdf>

Retinopatía del prematuro

Definición

Quiñones et al. (2015) expresa que la retinopatía es lo siguiente:

La retinopatía del prematuro (ROP) es una alteración de los vasos sanguíneos de la retina inmadura, que aparece en niños prematuros durante las primeras semanas de vida, y provoca alteraciones oculares que impiden el desarrollo visual parcial o total.

Cuando se produce un nacimiento prematuro, el proceso de vasculogénesis normal de la retina puede alterarse. Una multiplicidad de factores puede provocar, primero una detención, y luego un crecimiento anormal de los vasos retinales, y producir así la ROP. (párr.14)

Etiología

Hernández et al. (2019) afirman que en problemas de retinopatía: “Se observan cambios vasculares como neovascularización, hemorragias intrarretinianas, hemorragias vítreas, hasta su fase proliferativa crónica donde se puede observar un desprendimiento de retina” (p. 8).

Signos y síntomas

Cano et al. (s.f) plantean lo siguiente:

La retinopatía del prematuro es difícil de detectar, no presenta signos ni síntomas al inicio de su desarrollo. Sin embargo, mayores riesgos presentan prematuros y recién nacidos con peso menor de 1.5 kg al nacer, son habitualmente examinados por un oftalmólogo. El examen ocular es por tanto la única manera de detectar la aparición de esta enfermedad. (p.30)

Fisiopatología

Menciona Sola et al. (2005) que la retinopatía prematura expresa lo siguiente:

Una retina incompletamente vascularizada y un aumento de la PaO₂(Presión parcial de oxígeno) con hiperoxia

retiniana relativa. Esto conduce a una vasoconstricción y una disminución de los factores de crecimiento como los factores de crecimiento, semejante a la insulina y al endotelial vascular. Esto da lugar a una detención de la vascularización y obliteración capilar, con disminución de la perfusión y posterior isquemia e hipoxia retinianas.

Como respuesta se aumenta la expresión de diversos factores de crecimiento y angiogénicos. Si la respuesta es intensa y los factores vasogénicos no disminuyen, la angiogénesis tiende a ser anormal y desorganizada con importante vasoproliferación, lo cual conduce finalmente a inflamación, retinopatía proliferativa, fibrosis significativa y desprendimiento de la retina. (p.53)

Exámenes de laboratorio y de gabinete

Según Cano et al. (s.f) la valoración de la enfermedad se la efectúa por medio de: “Una exploración oftalmológica mediante oftalmoscopia binocular indirecta, después de efectuar dilatación pupilar máxima con una solución constituida por ciclogil 1%, midrasil 0,5% y fenilfrina 2,5% colocando una gota en cada ojo” (p.40).

Tratamiento farmacológico

Otopren

Nombre comercial: Otopren

Nombre genérico: Neomicina Prednisolona

Dosis: 2 a 4 gotas en cada ojo de 3 a 4 veces al día

Según PLM (2022): “Efectos adversos como reacciones de hipersensibilidad; discrasias sanguíneas en personas sensibles a la Lidocaína” (párr.1).

Nicotears

Nombre comercial: Nicotears

Nombre genérico: carbomero-manitol

Dosis: 1 gota en cada ojo, cada 6 u 8 horas

Según Pharmaceutical (s.f): “Efectos adversos: molestias (ardor y/o escozor), hiperemia o prurito ocular y sensación

de cuerpo extraño” (párr.1).

Cuidados de enfermería

Para generar atención que garanticen bienestar; así como el confort, primero se valora características sintomatológicas de la persona con retinopatía prematura a partir de la condición de menor a mayor complejidad.

Movimientos oculares anormales

Movimiento involuntario del ojo causado por anomalía de funcionamiento en las áreas del cerebro que controlan el movimiento.

Para mantener, mejorar y evitar complicaciones oculares en el estado de salud de la persona se debe:

- Mantener espacios físicos y ambientales acordes a la patología durante la estancia hospitalaria, para evitar deterioros, accidentes y lesiones.
- Establecer pautas de ocio y recreación para favorecer la interacción social.
- Fomentar niveles favorecedores de independencia para conservar la funcionalidad de autocuidado.
- Realizar cambios de posición cada 2 a 3 horas para prevenir úlceras por presión.
- Integrar a otros miembros de la familia para definir actitudes que se deben cambiar; mejorando condiciones ambientales generando bienestar y confort.
- Identificar signos de alarma en relación a: degeneración maculosa, las membranas prerretinianas, el edema maculoso o escleral y los desgarros retinianos para evitar contaminar con elementos patógenos.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de la forma terapéutica en casa para evitar dosificación.
- Motivar pautas activas de ocio y recreación para garantizar la funcionalidad.

- Enseñar técnicas de higiene en ojos, humedeciendo gasas con solución salina; limpiando el ángulo interno al externo de cada ojo, hasta que quede limpio de secreciones.
- Pautar dieta saludable añadiendo proporcionalmente alimentos según la pirámide nutricional.

Leucocoria

Exposición a la luz que producen ciertas lesiones intraoculares, al ser iluminado directamente.

Es una responsabilidad que el paciente mantenga una higiene y prevenga contaminaciones, se debe:

- Satisfacer necesidades básicas de alimentación, bebida, descanso, higiene para mejorar las condiciones de salud.
- Fortalecer la comunicación asertiva mediante, las fases empáticas entre el binomio enfermera-paciente.
- Orientar sobre la importancia higiene facial, corporal, especificando y enfatizando zonas húmedas (axilas, región anogenital)
- Proporcionar aspectos primordiales para la prevención de accidentes y posibles infecciones.
- Permitir salidas esporádicas orientado sobre el uso del bastón y del instinto para evitar posibles accidentes.
- Enseñar adaptaciones diferentes de posturas para evitar torsiones corporales o déficit de estado fisiológico.
- Suprimir estímulos innecesarios que generen vulnerabilidad para desarrollo de actividades.
- Fomentar actividades de orientación y movilidad para evitar el deterioro neuromuscular y prevenir deterioro cognitivo.

- Impulsar y enseñar hábitos alimenticios; incluso sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad para mejorar su estado de salud.
- Reportar condiciones hemodinámicas que adviertan la posibilidad de otras enfermedades para poder prevenirlas.

Valoración patrones funcionales

Patrón 1: Percepción- manejo de la salud

Presenta disminución del sentido sensorial visual, limitando actividades diarias, utiliza silla de rueda ortopédica para desplazamiento, no tiene autonomía para realizar aseo genital, rango normal en volumen de orina y heces de coloración marrón.

Patrón 2: Nutricional metabólico

Según peso 60 Kg y talla 1.54, tiene un índice de masa corporal de 25,31 categorizándose en sobrepeso tipo 1 con alimentación asistida; consume dieta saludable diaria para mejorar su estado nutricional siendo su ingesta de agua en relación a la actividad y ejercicio.

Patrón 3: Eliminación

En cuanto a defecación y micción experimenta un cambio de hábitos intestinales, caracterizado por la disminución de la frecuencia de defecación, eliminación de heces, eliminación de orina debido a sedentarismo; presentando sudoración cutánea sin alteraciones.

Patrón 4: Actividad-ejercicio

Actividades básicas de la vida diaria limitada debido a ceguera total. Se moviliza en silla de ruedas. Capacidad motora fina autónoma, capacidades de autocuidado con ayuda asistida para ir al baño, aseo personal, referenciándose a calambres neuromusculares.

Patrón 5: Sueño-descanso

Refiere 2 horas diarias de descanso, no afecta a horas de sueño nocturno completando 8 horas diarias sin intervalos de interrupción o desajuste, en relación al sueño bostezos.

Patrón 6: Cognitivo - perceptivo

Refiere alteración completa visual en la cual se dificulta concentración, desorientándose en expresión de frases afectando su fluidez en el discurso.

Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto

Apático, problemas con su imagen corporal preocupación por su ceguera, miedo al rechazo y sentimiento negativo del propio cuerpo. Problema conductual por presencia de irritabilidad, agitación y angustia.

Patrón 8: Rol- relaciones

Muestra incapacidad para asumir tareas familiares y ocupacional. Relata sentimientos de pérdida relacionada con cambios de roles.

Patrón 9: Sexualidad-reproducción

Sexualidad inefectiva expresa preocupación respecto a la capacidad para relacionarse con personas del sexo opuesto debido a discapacidad visual.

Necesidad sexual reproductiva para lograr plenitud, desarrollo y felicidad, al no lograr tal acción se califica a la mujer con Disforia (frustrada, amargada, molesta) canalizándolo a otras esferas de actividades creativas.

Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés

La pérdida de visión incapacita para ejecutar actividades de la vida diaria, generando sentimientos de impotencia y ansiedad. La afectación emocional es severa; dando lugar a un enfrentamiento inefectivo, a trastorno del comportamiento de adaptación e incapacidad de resolver problemas.

Patrón 11: Valores - creencias

Conflicto en creencia de afrontamiento inefectivo por pertenencia a religión católica.

Preocupación relacionada al sentido de la vida, muerte, sufrimiento y dolor.

Síndrome de stress postraumático

Definición

Según Grande et al.(2003): “Cuadro clínico que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado a la gran mayoría de las personas” (párr.16).

Etiología

Enfermedad de etiología desconocida.

Signos y síntomas

Aparicio et al. (2014) comenta de la retinopatía prematura que:

Los síntomas se subdividen en categorías instrucciones, evitación y alteraciones negativas en la cognición, el estado del ánimo, alteraciones en la activación y la reactividad; lo más habitual es que los pacientes tengan recuerdos frecuentemente e indeseados en los que se produce el episodio descendiente. Signos como cambio repentino de humor, depresión, ansiedad y abuso de sustancias. (p.148)

Fisiopatología

Aparicio et al. (2014) menciona el funcionamiento durante el curso de la enfermedad que:

El eje hipotálamo- hipófisis- adrenal es uno de los sistemas que coordina la respuesta del organismo al estrés; la activación del eje HHA ante situaciones estresantes determinando liberación de glucocorticoides por la corteza adrenal. Entre sus múltiples funciones, de interés en el TEPT, los glucocorticoides que contribuyen a aumentar la atención, la vigilancia, la formación de memorias emocionalmente perturbadoras, y a modular los efectos de otros sistemas involucrados en la reactividad al estrés, como el noradrenérgico. La elevación persistente de los niveles de cortisol puede tener efectos deletéreos a niveles periférico y central.

A nivel central mediante receptores de glucocorticoides que normalmente hacen retroalimentación negativa sobre el eje

HHA, pueden lesionar el hipocampo, con reducción del árbol dendrítico pérdida de espinas dendríticas y alteraciones en la neurogénesis. (p. 147)

Exámenes de laboratorio y de gabinete

La valoración para Aparicio et al. (2014): “Consiste de 21 ítems, basada en criterios

diagnósticos del bsM-S y sirve para evaluar la gravedad de los síntomas de este cuadro clínico, un cuestionario de experiencias traumáticas también un inventario” (p.148).

Enfermería básica

La enfermería básica es la base disciplinar sobre la que se apoya el conocimiento enfermero y su desarrollo investigador científico. El campo donde la enfermería se dirigen a aumentar técnicas, mantener o restablecer la independencia para la completa satisfacción de las necesidades básicas, cuidados de las personas sanas y enfermas en estado leve, agudo, crónico, crítico o al final de la vida; por ende, se promueven en él una actitud reflexiva, analítica y creativa para poder valorar al paciente desde una perspectiva holística, miembro de una familia o comunidad que mantiene interacción con su entorno.

Agustín et al. (2006) expresa lo siguiente:

La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica en el proceso de atención de enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad. (párr.9-10-11)

Farmacología

La farmacología es la ciencia que estudia, analiza y consigue mejorar el cuidado de los pacientes mediante su campo de aplicación farmacológico en las enfermedades de modo seguro y eficaz; por ende, es un papel muy importante en la educación del paciente e incluso a veces de los familiares sobre la administración correcta de fármacos al igual que su consumo racional. Por otro lado, es un área fundamental, donde el profesional debe adquirir conocimientos sobre las aplicaciones terapéuticas, vías de administración, dosis, evaluación de efectos, beneficiosos, valoraciones, detección de efectos tóxicos tanto en atención primaria como en el área especializada hospitalaria.

Según Herrero et al. (2019): “Empleando metodología deductiva, se desarrolló un modelo que incorpora, razón y empleo de fármacos como acto de cuidado, poniéndose de manifiesto existente entre la indicación, la forma de uso y el nivel de salud de las personas” (párr.3). La farmacología constituye de incorporaciones médicas, las cuales se utilizan con el fin de cuidado por medio de experiencia y estudios que afirman y corrigen medidas farmacéuticas estables para cada determinado paciente con fin de otorgar bienestar.

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas de cuidado

Modelo de sistemas de Betty Newman

Los fundamentos son destinados al aprendizaje e análisis que constituyen la base y la orientación del pensamiento a través del estudio enfermero para una perspectiva propia. Proporcionan los conocimientos, la metodología, las habilidades y técnicas de la disciplina, para mejorar la calidad del servicio resumido en procedimientos o necesidades que se encuentran enfocados en ciencia o elementos teóricos; y el práctico, que considera el arte de la disciplina a través de dimensiones prácticas y los patrones del conocimiento enfermero. Además, existen muchas teoristas las cuales fundamentan la enfermería de distinta manera y perspectiva, desde sus objetivos.

En el Modelo de sistemas de Betty Newman según Teoría y

método de enfermería II (2022): “Considera a la persona de forma global, según la visión de éste en relación a su percepción de lo externo, y como estas interacciones pueden influir en él” (párr.3).

Considerando la salud de forma individualizada viéndola desde el punto de vista de la persona, de cómo la siente. Limitando mucho las distintas variables del entorno influyendo en la persona y definiéndola explícitamente las variables; dando prioridad a lo psíquico y al estrés. La postura enfermera tiende paternalismo debido al desarrollo de intervenciones hipotéticas y la negociación del cambio prescrito con el cliente.

Esta teoría se basa en consideraciones filosóficas, la teoría de Gestalt, la teoría del estrés de Hans Selye, así como también, la teoría general de sistemas. Centrándose también en el estrés y la reducción del mismo. En la epistemología, Betty Neuwman utiliza el modelo de contenido abstracto y de ámbito general en sí; prediciendo los distintos efectos de teorías predictivas o de relación de factores que se encuentran, mediante el análisis de la información de los distintos pacientes, principalmente del diagnóstico, tratamiento e intervención. Utilizando además un conjunto de sistema de prevenciones en niveles para reducir los agentes estresantes de los pacientes.

Vera et al. (2018) afirma que la catedra de Fundamentos teóricos lo siguiente:

El fundamento teórico de las base epistemológica nace de la revisión de distintas aportaciones teóricas, tiene por finalidad abordar el estudio epistemológico del saber pedagógico, no desde la concepción positivista, que aborda a la ciencia solamente desde el contexto de la justificación, sino que se emplea una epistemología abierta al proceso de descubrimiento y construcción de los conceptos, llegando a determinar que la pedagogía es una ciencia autónoma e independiente, que cuenta con un estatuto epistemológico propio que se ha ido construyendo a lo largo de la historia, que le da validez científica, pero que como toda ciencia por su carácter dinámico continúa en construcción. (párr.1)

Ética y moral

La enfermera adopta una disciplina que actúa en beneficio del bien de la persona promoviendo intereses, suprimiendo perjuicios, siendo capaz de comprenderlo. Aplicando el conocimiento oftalmológico ante su discapacidad, práctica y la tecnología, para potenciar los beneficios directos e indirectos del incapacitado. Tratando precisamente de evitar y prevenir hacer daño; basándose en la ética como una reflexión profunda, evitando la imprudencia, la negligencia; brindando atención centrada en igualdad, equidad en atender de forma primordial, promoviendo un trato igualitario a las personas con discapacidad visual, es decir, sin discriminación.

Todos estos terminan fusionándose para conseguir reflexiones en las acciones a realizar; además la persona discapacitada, es capaz de tomar decisiones en relación con su enfermedad basándose en su autonomía considerando los aspectos de la vida cotidiana.

Ortiz et.al (2016) comenta que la ética y moral autónoma o auténtica lo siguiente:

Ética se refiere a la afirmación de la conciencia individual autónoma o auténtica, mientras que "moral", a la esfera de la observancia de reglas impuestas por la sociedad Si el propósito de la estipulación es mostrar la mayor importancia relativa de la primera sobre la segunda, por sí sola, esta distinción no nos da ninguna justificación de por qué la conducta ética es superior a la moral. Nada realmente significativo, fuera del ámbito de la teoría que hace la distinción, depende de la estipulación terminológica entre "ética" y "moral". (párr.1)

Bibliografía

Agustín, C., & Román, L. (2006). Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Revista*

Cubana de Enfermería, 22(4).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192006000400007

Aparicio, S., Escobar, J., Uribe, M., Escobar, M., León, J.,

León, J., . . . José, F. (2014). *Avances en Psiquiatría Desde un Modelo Biopsicosocial*. 1era ed. Ediciones Uniandes.

<https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479788186.pdf>

Cano, D. R. (s.f.). *Retinopatía del prematuro, factores epidemiológicos y pronóstico*[Archivo PDF].

<https://eprints.ucm.es/id/eprint/2948/1/T23457.pdf>

Curbelo Quiñones, L., Durán Menéndez, R., Villegas Cruz, D. M., Broche Hernández,

A., & Alfonso Dávila, A. (2015). Retinopatía del prematuro. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(1), 69–81.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So034-75312015000100009

Guillart, L. M. (abril de 2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería *scielo*. *Revista cubana de oftalmología vol.28.no.2*.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21762015000200009

Herrero Jaén, S., & Herrero Jaén, S. (2019). La Farmacología del Cuidado: Una

aproximación deductiva cuidadológica desde el paradigma de la salud y el modelo de Avedis Donabedian. *Ene*, 13(4).

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000400007#aff1

Hernández Gámez, A. G. (2019). *Modelos experimentales de investigación*

en patología retiniana causante de baja visión [Archivo PDF].

<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/37120>

NIH Senior Health (8 de agosto de 2018).

<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pharma/informacion>

Ortiz Millán, Gustavo, & Ortiz Millán, Gustavo. (2016). Sobre la distinción entre ética y moral. *Isonomía*, 45, 113–139.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-02182016000200113#:~:text=En%20resumen%2C%20etimol%C3%B3gicamente%2C%20%22%C3%A9tica

Para Los Médicos. PLM. (2022). *Otopren*

https://www.medicamentosplm.com/ecuador/Home/productos/otopren_gotas_oticas/1076/101/17702/334?pathGeneral=&year=2022&UserCookieValidate=false

Rojas, M. del P. V., Guzñay, J. I., & Naranjo, G. P. (2018). Fundamento teórico de las bases epistemológicas de la Pedagogía: análisis crítico. *Revista Boletín Redipe*, 6(9), 38–52.

<https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/349>

Saval | Pharmaceutical. (s.f.). *Nicotears*

<https://www.savalcorp.com/es/productos/NICOTEARS.html>

Sola, L. C. (enero de 2005). Retinopatía de la prematuridad y oxigenoterapia: una relación ambiente. *Revista Anales de pediatría* vol.62.no.1.

<https://www.analesdepediatria.org/es-%20retinopatia-prematuridad-oxigenoterapia-una-relacion-articulo-1300182%7D>

Teoría y Método en Enfermería II. (s.f.). *Modelo de Sistemas Betty Newman*

http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm#Neuwman
Zeledón Grande, C., Arce Alvarado, J. G., Mejía Sánchez, F., & Naranjo Hernández, A.
(2003). Trastorno de estrés postraumático en adolescentes agredidos. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 15–25.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140900152003000200003&script=sci_arttext

Retinopatía diabética

La retinopatía diabética según Barraquer (2018) aparece cuando:

Se deterioran los vasos sanguíneos de la retina, estos vasos alterados pueden dilatarse, provocar el escape de fluido (plasma, lípidos o sangre) e incluso pueden ocluirse, dejando parte de la retina sin circulación sanguínea. Todos estos fenómenos que suceden a causa de la diabetes pueden ocasionar un daño progresivo en estructuras del globo ocular, dando lugar a una disminución severa de la visión e incluso, sin un tratamiento adecuado, conducir a la ceguera. (párr. 3)

Etiología

La retinopatía diabética según Barraquer (2018), está causada por:

Los cambios en la circulación sanguínea que tienen las personas con diabetes sobre todo por el aumento de la glucosa, ya que dañan los vasos sanguíneos de la retina que ocasionan hemorragias, pérdida de líquido y cúmulo de grasas, estos vasos alterados provocan que haya zonas de la retina donde no llegue la circulación sanguínea y otras partes donde se acumule el líquido (edema) que sale de los vasos enfermos. (párr. 1)

Las partes de la retina que no reciben los vasos sanguíneos producen una serie de moléculas (VEGF, factor de crecimiento vascular, endotelial) con el objetivo de hacer crecer vasos nuevos, el problema es que las moléculas forman vasos no bien formados denominados neovasos, por lo que producen hemorragias que hacen perder visión. Además, el cúmulo de líquido en algunas partes de la retina, sobre todo en el centro (mácula), ocasiona pérdida directa de visión. (párr. 3)

Signos y síntomas

Signos

Según Boyd (2013) los signos que presenta una persona con retinopatía diabética son: “hemorragia retinianas,

exudados duros, cambios venosos, cambios arteriales y edemas”. (párr. 10)

Síntomas

Los síntomas de acuerdo a Boyd (2013) son los siguientes: “manchas o hebras oscuras que flotan en la vista (cuerpos flotantes), visión borrosa, visión variable, zonas de la visión oscuras o vacías, pérdida de la visión”. (párr. 10)

Fisiopatología

Las alteraciones de la Retinopatía Diabética según Olmos (2009) se producen por:

El desarrollo de una Microangiopatía Diabética, la hiperglicemia produce alteraciones del metabolismo intracelular que llevan, como resultado, a un aumento del Sorbitol. Esto produce el engrosamiento de la membrana basal endotelial y la pérdida de los Pericitos, los cuales son células que envuelven a los capilares retinales, proporcionándoles soporte y actuando como parte de la Barrera Hematorretinal. La pérdida de pericitos produciría, a su vez, dos secuencias de eventos paralelas como:

- a) Alteración de la barrera hematorretinal, filtración al espacio extravascular, edema retinal, exudados lipídicos o céreos formados por lipoproteínas.
- b) Formación de micro aneurismas por debilidad estructural de la pared de los capilares retinales, activación de la coagulación en los micro aneurismas, trombosis intracapilar, obstrucción y cierre capilar.

Lo anterior será responsable de la producción de isquemia retinal, con el consecuente desarrollo de manchas algodinosas, (que corresponden a infartos de la capa de fibras nerviosas) neovascularización, hemorragias y, en último término, complicaciones tales como desprendimiento de retina traccional, glaucoma y, en definitiva, ceguera. (pág. 1377)

Exámenes de laboratorio y gabinete.

Según Ureña (2017) afirma que

“El examen inicial incluye una evaluación completa de los ojos. La historia clínica oftalmológica debe considerar elementos como: duración del dm, control glucémico, medicamentos administrados, embarazo, historia ocular (traumatismos, enfermedades oculares, inyecciones oculares, cirugías oculares) y otras comorbilidades”. (pág. 15)

Tratamiento farmacológico:

Según PLM (2018) afirma que la medicación para personas con retinopatía diabética son los siguientes:

Medicamento Antineovascularización:

Grupo que pertenece: corticosteroides intravítreos

Nombre comercial: Lucentis

Nombre genérico: Ranibizumab

Dosis: La dosis recomendada es de 0,5 mg (0,05 ml) administrados como una única inyección intravítrea. El intervalo entre dosis inyectadas en un mismo ojo no debe ser inferior a un mes.

Efectos adversos: Inflamación intraocular, vitreítis, desprendimiento del vítreo, hemorragia retiniana, trastorno visual, hemorragia conjuntival, irritación ocular, aumento del lagrimeo.

Medicamento Anti-factor de crecimiento endotelial vascular

Grupo que pertenece: Corticosteroides intravítreos

Nombre comercial: Eylia

Nombre genérico: aflibercept

Dosis: Se administra por *inyección* intravítrea, la dosis recomendada de Eylia es de 2 mg (equivalente a 50 microlitros).

El tratamiento con EYLIA se inicia con una inyección mensual para tres dosis consecutivas, seguida por una inyección cada 2 meses. A largo plazo (luego de los primeros 12 meses de tratamiento), se recomienda que los pacientes continúen con el tratamiento con EYLIA cada 2 meses.

Efectos adversos: Cataratas, Dolor ocular, hemorragia conjuntival, aumento de la presión intraocular, desprendimiento vitreo, edema palpebral, queratitis punteada, hiperemia conjuntival.

Cuidados de enfermería

Según Mena (2018) afirma que los cuidados de enfermería en pacientes con retinopatía diabética son los siguientes:

- Colocar al paciente en posición decúbito supino o decúbito prono para potenciar mejor oxigenación y ventilación uniforme de la caja torácica.
- Administrar insulina intravenosa o subcutánea según prescripción del médico, para regular los niveles de glucosa en la sangre.
- Pautar índice de masa corporal (IMC) con relación al peso y talla para determinar si existe desnutrición u obesidad.
- Realizar control de eliminación urinaria para determinar si existe presencia de oliguria, anuria, disuria, poliuria.
- Valoración de estado de piel basado en una cuidados inspección y palpación lo cual permitirá registrar cambios de temperatura o cianosis en las membranas mucosas.
- Control de glicemia al inicio 3 veces al día antes de desayunar, comer y cenar. Si los valores se muestran estables, reducir los controles a una vez al día antes del desayuno.
- Ejecutar masaje durante la higiene para mejorar la circulación y ayudar a drenar el acúmulo de líquidos en la piel.
- Realizar la limpieza de los ojos humedeciendo una gasa con solución salina y limpiar del ángulo interno al externo de cada ojo, hasta que quede completamente limpio.
- Curación apropiada de úlceras en pie diabético, en caso de presentar. (pág. 15)

Valoración de los patrones funcionales

Patrón N.º 1 Percepción-manejo de la salud

Presenta discapacidad visual por retinopatía diabética, se le realizó el correcto examen físico lo cual se determinó que se encuentra desorientado en espacio, tiempo y persona. Se le procedió a realizar el examen físico donde se determinó que se encuentra con fascias adecuadas, uñas con onicomicosis, cabello con buena implantación.

Patrón N.º 2 Nutricional- metabólico

Talla: 1,57 cm, peso: 99 kg, IMC: 40, presenta obesidad. Dependencia total al ingerir alimentos por parte del cuidador.

Patrón N.º 3 Eliminación

Controla esfínter vesical, se indica ingesta de carbohidratos de frutas, verduras, granos enteros.

Patrón N.º 4 Actividad ejercicio

No realiza ejercicio por su discapacidad visual, utiliza ayuda ortopédica para poder movilizarse.

Patrón N.º 5 Sueño- descanso

Presenta intervalo de 7 horas de sueño y 1 hora de descanso, por lo que no presenta alteración de sueño y descanso

Patrón N.º 6 Cognitivo- perceptivo

Condición de agudeza visual y lenguaje lento y escaso.

Su nivel de conciencia es inadecuado por lo que no se encuentra totalmente orientada.

Patrón N.º 7 Autopercepción- autoconcepto

Mediante el lenguaje oral expreso que no presenta problemas consigo mismo ya que tras su discapacidad aprendió a aceptar su condición, su hija quien es la que le cuida menciona que presenta actitudes positivas.

Patrón N.º 8 Rol- relaciones

El paciente vive con sus hijos y esposo es dependiente, la cuidadora no percibe comportamientos negativos. No

ocupa roles en su hogar debido a que su condición no le favorece.

Patrón N.º 9 Sexualidad- reproducción

El cuidador no refiere comunicación sobre el tema porque genera incomodidad al paciente.

Patrón N.º 10 Afrontamiento- tolerancia al estrés

Controla el estrés y paciencia, evita realizar actividades de esfuerzo debido a su condición

Patrón N.º 11 Valores- creencias

Pertenece a un grupo religioso, llamado cristiano está en nuestras familias.

Enfermería básica

Es un componente que nos permite desarrollar diversas técnicas para brindar el apoyo necesario para la realización de un buen cuidado mediante procedimientos y acompañamientos que permitirá a los pacientes ser atendidos con calidad y calidez. La enfermería forma parte esencial del cuidado humanizado porque se encarga de la prevención y atención que van acompañadas de una amplia responsabilidad individual tanto en la teoría como en la práctica que permitirán a los estudiantes desarrollar destrezas, valores, habilidades y técnicas para el futuro de la profesión lo cual ayudara a adquirir experiencia en el ámbito laboral y profesional para una adecuada atención.

La enfermería básica se la define como:

“La protección, el fomento y la optimización del estado de salud y las capacidades del individuo, la prevención de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas” (Orts.M., s.f) Cuidados básicos de enfermería.

Farmacología

La farmacología es la disciplina que se encarga de estudiar diferentes fármacos, incluidos sus efectos, origen, vías de administración, presentación, y sus posibles efectos. El personal de enfermería debe conocer a profundidad el

estudio de los medicamentos y como afectan a las personas que los adquieren para tratar de controlar y prevenir enfermedades, mediante la utilización de los cinco correctos que son los siguientes:

- Medicamento correcto
- Paciente correcto
- Dosis correcta
- Hora correcta
- Vía de administración correcta. (párr. 5)

Según Rodríguez (2018) afirma que:

“ Es la Ciencia que estudia los fármacos en todos sus aspectos, su origen, preparación, propiedades físicas y químicas, formas de administración, indicaciones terapéuticas y acciones tóxicas”. (párr. 8)

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado

Es la disciplina de suma importancia a lo largo de la enfermería uno de sus principales enfoques son los diferentes modelos y teorías que cuenta con fundamentos teóricos de enfermeras que permite conocer sus metaparadigmas para así obtener conocimientos en la práctica como en lo teórico lo cual permitirá actualizarse mediante investigaciones científicas para ayudar a descubrir cuidados con el objetivo de alcanzar o mantener el mejor bienestar para las personas, permitiendo demostrar las habilidades y actualizarse en el ámbito asistencial de enfermería, lo cual permitirá al personal de salud y paciente desarrollar sus potencialidades.

Carolyn L. Wiener y Marilyn J. Dodd teoría de la trayectoria de la enfermedad

Según Raile (2011) en la teoría de la trayectoria de la enfermedad se enfoca en las siguientes teorías:

Teoría de Carolyn L. Wiener se centra en la organización de las instituciones sanitarias, las enfermedades crónicas y la política sanitaria, enseña métodos de investigación

cualitativa y ha dirigido numerosos seminarios y reuniones de trabajo sobre el método de la teoría. Por otra parte, la teoría de Marylin J. Dodd su teoría se basa en la enfermería oncológica, específicamente en los autocuidados y en el control de los síntomas, su investigación se diseñó para comprobar las auto intervenciones en los efectos secundarios del tratamiento y síntomas de los pacientes con cáncer. (pág. 639)

Los fundamentos y bases epistemológicas del cuidado con la teoría de la trayectoria de la enfermedad se relacionan, porque a partir de estudios cualitativos plantean acerca de que no se limita a la persona que sufre la enfermedad, más bien a toda la organización que está formada por la persona enferma, la familia y los profesionales de la salud que la entienden.

Esta teoría mediante el avance de sus investigaciones se centra en como las familias se enfrentan al autocuidado para determinar como la persona puede vivir y tratar la enfermedad dentro de diversos factores mediante un adecuado control de los síntomas que trae como consecuencia la enfermedad.

Ética y moral

El personal de enfermería debe establecer una relación estrictamente profesional con la persona en un ambiente de respeto mutuo, respetando los derechos de las personas, se debe hacer el bien y evitar el daño, ayudando para el beneficio de ellos, reduciendo los riesgos que puedan causar daños físicos o psicológicos , también se debe establecer justicia brindando la mejor atención a los pacientes sin importar su posición económica, su color de piel, sus gustos ya que todos merecen la misma atención que los demás sin hacer distinción alguna, también el personal de enfermería debe tener la capacidad para controlar sus actividades en el ambiente del trabajo con el fin de preservar la salud en la realización de técnicas de enfermería. (párr. 2)

Según Morales (2019) afirma que:

La ética y moral permite reflexionar acerca de las conductas morales del ser humano y sus efectos en la sociedad, también nos permite diferenciar lo correcto de lo incorrecto, y se relaciona con valores como la responsabilidad, la honestidad, el respeto o el compromiso a fin de ser buenos ciudadanos. (pág. 124)

Esquizofrenia

Según Líceca (2019) es “un trastorno mental grave, por el cual las personas interpretan la realidad de manera anormal, esta patología puede provocar una combinación de alucinaciones, delirios y trastornos graves en el pensamiento y en la conducta”. (pág. 1)

Etiología

De acuerdo a Líceca (2019) la esquizofrenia es el resultado de la interacción de numerosos factores como:

Aspectos genéticos: Condición relevante en la genética de la enfermedad.

Química y estructura del cerebro: Reacciones químicas relacionadas con la dopamina y el glutamato y posiblemente otros neurotransmisores.

Factores prenatales: se puede presentar por una complicación durante el proceso de gestación, como la exposición materna al virus de la influenza o desnutrición, esto afecta al desarrollo neurológico del feto y aumenta la probabilidad de adquirir la enfermedad.

Factores sociales: no son causas principales pero subyacentes.

Drogodependencia: El cannabis, alcohol, anfetaminas, cocaína es desencadenante de trastornos psiquiátricos como la “esquizofrenia endógena” o “psicosis cannábica”. (pág. 4)

Signos y Síntomas

Signos

Según Líce (2019) los signos que presenta una persona con esquizofrenia son los siguientes: “Tensión nerviosa, incapacidad para concentrarse, insomnio, pensamientos o conductas extravagantes, aislamiento, depresión, irritabilidad o agresividad, aplanamiento afectivo, anhedonia y reducción de actividad física”. (pág. 3)

Síntomas

Los síntomas que presenta una persona con esquizofrenia según Líce (2019), son los siguientes: “Alucinaciones, delirios, trastorno del pensamiento, trastorno del movimiento, problema para realizar actividades, hablar con voz apagada, evitar la interacción social, poca energía, problemas para procesar información y dificultad para concentrarse”. (pág. 3)

Fisiopatología

Según Montes (2017), la esquizofrenia es:

Una enfermedad debida a una alteración a nivel cerebral bien electroquímica, cito arquitectural o anatómica, es incuestionable hoy en día. Alguna de las modificaciones a los niveles anteriormente mencionados va a producir una serie de funcionamientos anómalos en el procesamiento de la información que determinarán las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia.

La relación con determinadas áreas cerebrales como los lóbulos frontal y parietal ya fue sugerida por Kraepelin, mientras que Alzheimer diferenció los cambios histopatológicos de los enfermos con demencia precoz de los que padecían demencia senil. Las nuevas técnicas de neuroimagen han permitido avanzar notablemente en el conocimiento de la neuroanatomía y neuro funcionalidad existentes en la esquizofrenia. (pág. 302)

Exámenes de laboratorio y de gabinete

De acuerdo con Líce (2019), la valoración se apoya en: “algunos criterios clínicos estos a base de pruebas

psicométricas, pruebas de neuroimagen y neuropsicológicos”. (pág. 5)

Tratamiento farmacológico

Antipsicóticos

Grupo al que pertenece: antipsicóticos convencionales.

Nombre genérico: clorpromazina

Nombre comercial: Largactil, Ampliactil

Efectos adversos: Hipotensión arterial, depresión miocárdica, discinesia, eritema, urticaria, fotosensibilidad, discrasias sanguíneas, convulsiones, tortícolis, síndrome extrapiramidal, acatisia, rigidez, sialorrea, hipotensión ortostática, sedación y/o somnolencia, sequedad de boca, retención urinaria, constipación y aun íleo paralítico.

Dosis: La dosis siempre deberá ser individualizada. La dosis generalmente fluctúa entre 25 y 500 mg cada 24 horas. La dosis de mantenimiento se encuentra por lo general entre 75 y 150 mg cada 24 horas.

Cuidados de enfermería

Según Líceo (2019) afirma que los cuidados son los siguientes:

- Administración del tratamiento farmacológico: asegurando la toma y detectando la aparición de efectos secundarios.
- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
- Si se presenta agitación psicomotora importante valorarlas regularmente.
- Realizar cuidados físicos: mantenimiento de la hidratación, nutrición e higiene.
- Vigilar la respuesta cardiorespiratoria mediante la auscultación de focos (aortico, pulmonar, tricuspideo y mitral).

Fomentar a realizar actividad física para aumentar los movimientos intestinales. (pág. 8)

Bibliografía

- Barraquer. (2018). Retinopatía diabética | Causas, Síntomas y Tratamiento.
- Boyd, K. (2013). ¿Qué Es la Retinopatía Diabética? - American Academy of Ophthalmology
- Mena, D., González, V., Cervera, Á., Salas, P., & Orts, M. (2016). Cuidados Basicos de Enfermería.
- Montes, J., & Saiz, J. (2017). *Tratado de Psiquiatría*.
- Líceá, A., Saavedra, D., Diaz, C., & Juárez, J. (2019). Trastorno psiquiátrico- esquizofrenia Schizophrenia- A chronic mental disorder. *Tepexi*, 11(11), 34–39.
- Olmos, P., Araya-Del-Pino, A., González, C., Laso, P., Irribarra, V., & Rubio, L. (2009). Fisiopatología de la retinopatía y nefropatía diabéticas
- Líceá, A., Saavedra, D., Diaz, C., & Juárez, J. (2019). Trastorno psiquiátrico- esquizofrenia Schizophrenia- A chronic mental disorder. *Tepexi*, 11(11), 34–39.
- Raile, M., & Marriner, A. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería. In *Modelos y teorías en enfermería*.
- Ureña, P. H., & Quevedo, Y. (2016). Complicaciones de la retinopatía diabética en pacientes atendidos en el departamento de oftalmología del hospital central de las fuerzas armadas.
- Raile, M., & Marriner, A. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería. In *Modelos y teorías en enfermería*.

Síndrome de Castello

“Es un síndrome poco frecuente, es un desorden complejo del desarrollo que se clasifica como una enfermedad rara de base genética, se describe alrededor de 300 casos”. (Martínez y Lapunzina, s.f.).

Etiología

“El síndrome de Castello es causado por mutaciones en heterocigosis en la línea germinal en el protooncogen HRAS, involucrado en el control del crecimiento y la división celular en múltiples sistemas organismos”. (W, Karen, 2018).

Signos y síntomas

Se detectan como principales rasgos distintivos como:

- Rasgos faciales toscos.
- Escoliosis.
- Cifosis.
- Estatura baja.
- Cabello rizado y fino. (Gripp k y Lin. A. s.f)

Fisiopatología

“Es un síndrome poco frecuente con discapacidad intelectual caracterizado por fallo de medro, talla baja, laxitud articular, piel suave y rasgos faciales distintivos. La afectación cardíaca y neurológica es común y existe mayor riesgo de desarrollar ciertos tumores”. (Gripp y Lin, s.f.).

Datos de gabinete

Tomografía axial computarizada (TAC) simple de cráneo, dilatación del sistema ventricular, alteraciones compatibles con el diagnóstico de hidrocefalia. El diagnóstico del Síndrome de Castello es clínico y se realiza fundamentalmente por las características fenotípicas, las manifestaciones neurológicas y cardiovasculares. El diagnóstico precoz hace posible las estimulaciones e intervención temprana, así como ofrecer asesoramiento genético a los padres. (Martínez y Lapunzina, s.f.).

Tratamiento farmacológico

| | Nombre genérico | Nombre comercial | Efectos adversos | Dosis |
|------------------------|-----------------|--------------------|--|--|
| Espironolactona | Espironolactona | Aldactone-Aldoleo. | <ul style="list-style-type: none"> - Hipocalemia - Cefaleas - Nauseas. - Espasmo muscular - Mareos. | De 1-3 mg por Kg de peso, una vez al día repartidos en 1-2 dosis, cada 24 horas. |

| | Nombre genérico | Nombre comercial | Efectos adversos | Dosis |
|------------------|-----------------|------------------|--|---|
| Protolif. | Propanolol | Pronolinderal | <ul style="list-style-type: none"> - Insomnio. - Astenia. - Prurito. - Mareos. | Para niños menores la cantidad es de 20 mg de 2-3 veces al día. |

Cuidados de Enfermería

Los cuidados de enfermería es una parte esencial en el sistema de salud, ya que el personal de salud cumple con funciones importantes en el proceso de tratamiento y de apoyo con el paciente, así mismo con las actividades que se realizan para poder prevenir los distintos tipos de enfermedades. Así mismo en el cuidado del paciente trata de una serie de actos de responsabilidad, en la cual consiste salvaguardar la vida, dar el cuidado que el paciente necesita, de tal forma el cuidado de enfermería abarca varios tipos de acciones entre ellos: Monitorear signos vitales, Aplicar medicamentos, Asistir al médico en diversos procedimientos y Actividades de promoción de la salud.

“El personal de enfermería más allá del cuidado es una esencia de la profesión, la cual requiere de un valor personal y profesional la cual va encaminado a la conversión, el respeto, la responsabilidad y el autocuidado de la vida”. (Lopez.J. s.f. Cuidados básicos de enfermería)

Los cuidados de enfermería son una parte importante en nuestra carrera ya que se va adquiriendo nuevos conocimientos la cual nos ayuda en nuestra formación como profesionales.

Dislalia: Es un trastorno del habla de los fonemas.

1. Usar frases cortas o palabras sencillas para ayudar a tener una mejor comunicación.
2. Animar al niño a que repita las palabras que se le pide.
3. Estimular la capacidad del niño para poder producir sonidos, movimientos y posturas.
4. Realizar ejercicios donde el niño pueda producir sonidos dentro de las silabas.
5. Aportar una dieta solida a partir del año de edad, para poder fortalecer los músculos articulatorios de la boca.
6. Practicar algunos ejercicios como el soplar velas y el uso de los silbatos.
7. Realizar ejercicios con la lengua como: sacar la lengua, lengua de lado, lamer un helado.
8. Dar masajes con unas paletas dando movientes circulares sobre la lengua.
9. Soplar bolitas de papel y plumas.

10. Inflar las mejillas y mover de un lado al otro la lengua. (García. E. 2019)

• **Dolor Torácico:** Es dolor que se siente a lo largo de la parte frontal del cuerpo entre el cuello y el abdomen superior.

1. Evitar situaciones emocionales fuertes.
2. Proporcionar comidas de poca cantidad y frecuentes.
3. Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
4. Controlar el pulso y las respiraciones antes, durante y después de alguna actividad física.
5. Fomentar una respiración lenta y profunda.
6. Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio del paciente.
7. Comentar al paciente y la familia las medidas de comodidad para el paciente.
8. Ayudar al paciente con las medidas de higiene.
9. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
10. Observar si hay indicios de estrés. (Gastesi. M., Fernandez. A., Vazquez. M., y Benito. J., p. 3-6)

Valoración de Patrones Funcionales

Patrón percepción-manejo de la salud

Mantiene una buena alimentación la cual es asistida por la madre, ha estado internada por una ocasión y la cual fue a causa de presentar dolores abdominales, así mismo presenta una alimentación de 4-5 comidas al día entre ellos se encuentra las frutas constantemente y el tomar agua.

Patrón nutricional-metabólico

Se le pudo observar a simple vista que mantiene una piel hidratada y cuidada, su índice de masa muscular se mantiene dentro de los rangos, le brindan una buena alimentación la cual es rica en nutrientes, le dan constantemente agua para que se mantenga hidratada en las actividades que realice.

Patrón eliminación

Va al baño con regularidad, no presenta diarrea, pero en algunas ocasiones presenta estreñimiento la cual es tratada con frutas (papaya) para que pueda realizar sus deposiciones adecuadamente, así mismo realiza actividades acorde a su edad.

Patrón actividad-ejercicio

No realiza ninguna actividad física, pero al momento de caminar o de jugar suele tener la necesidad de parar a descansar durante algunos minutos.

Patrón sueño-descanso

Duerme unas 8 horas por la noche, además de una pequeña siesta de unos 45 minutos después de comer (almuerzo). Durante en las noches se le dificulta conciliar el sueño ya que en algunas ocasiones presenta pesadillas y solo logra dormir en presencia de la madre.

Patrón cognitivo-perceptivo

Por el momento no tiene una buena captación, pero presenta curiosidad.

Patrón autopercepción-auto concepto

La madre al momento de saber el síndrome de su hija, sintió miedo y muchas dudas por la cual busco ayuda para poder conocer más sobre el tema.

Patrón rol-relaciones

Interactúa con su familia, es muy imperactiva y presenta curiosidad en algunas situaciones.

Patrón sexualidad-reproducción

No se evalúa.

Patrón afrontamiento-tolerancia al estrés

Patrón progresivo a la medida de su edad cronológica.

Patrón valores-creencias

Es inculcada por su madre a la religión Católica.

Enfermería básica.

Enfermería básica consiste en los cuidados y procedimiento sanitarios y asistenciales de enfermería, la cual se los relaciona a los pacientes con Síndrome de Castello, la cual también consiste en los cuidados hospitalarios, para que pueda estar en un ambiente de paz y confort. La cual esto nos permite poder tener un mejor cuidado al momento de presentar alguna necesidad.

Los procedimientos son muy amplios, la cual van desde los primeros auxilios, aseo al paciente, la movilización. Al mismo tiempo esta intervención puede ser clave para poder salvar la vida de una persona, esto demuestra que sus especialidades y aprendizaje juegan un papel importante en el cuidado de la salud. (Pérez. V. s.f. Instituto oficial de formación profesional).

La enfermería básica es un procedimiento muy amplio la cual cada día vamos aprendiendo los cuidados y las técnicas correctas, la cual nos ayuda en nuestra formación.

Fundamentos Teóricos y Bases Epistemología del Cuidado

Katie Eriksson - Teoría del Cuidado Caritativo

El cuidado se constituye en el ámbito de llevar a cabo tareas como administración de medicamentos, ayudar a bañarse, ayudar a con su alimentación, el moverse algún lugar. Así mismo el carácter de la persona puede determinar su realidad, la asistencia adquirida la cual precisamente se caracteriza a través de la comunicación que tenga el cuidador con la persona. En el contacto con el cuidado de personas consiste en algunos elementos asistenciales como: fe, esperanza, amor, respeto, aprendizaje, la cual se incluye en algunas categorías de infinidad y eternidad, y nos permite tener una comunicación más profunda y poder saber que le gusta y que le molesta a la persona, para que así podamos tener un mejor ambiente para las personas y este se pueda sentir en una zona de confort y de comodidad.

Según, el tratado de la santísima trinidad, de San Agustín de Hipona, se expresa que No se trata de saber cuánto amor debemos al hermano y cuanto a Dios: incomparablemente

más a Dios que a nosotros, y a nuestros hermanos tanto como a nosotros; ahora bien, no podemos amarnos mucho a nosotros si no amamos mucho a Dios. Es, pues, con un mismo amor con el que amamos a Dios y al hermano; pero amamos a Dios por sí mismo, a nosotros y al prójimo por Dios (SAN AGUSTÍN, Trat. sobre la Santísima Trinidad, 8, 12).

Para llevar a cabo el cuidado se requiere de un valor muy personal y profesional la cual está encaminado en la responsabilidad y el autocuidado de la vida, la cual se fundamenta en la relación enfermera-paciente.

Farmacología

La farmacología es el estudio de los medicamentos y de sus efectos secundarios de algún tratamiento aplicado, en el cuidado de los pacientes permite administrar los medicamentos de forma segura y eficaz teniendo un rol importante al momento de aplicar el medicamento, la cual nos permite saber si el medicamento fue suministrado de forma correcta y en la cantidad adecuada. Además de ello nos permite seguir conociendo más sobre la ciencia de la farmacología e ir aprendiendo más sobre farmacología.

“La farmacología es una ciencia eminente, interdisciplinaria e integradora de muchos conocimientos básicos la cual contribuyen a poder establecer un tratamiento terapéutico integral con el paciente y la correcta administración de medicamentos”. (Maya.J.D. s.f. p. 4).

La farmacología cada día va desarrollándose más, la cual es bueno ya que nos permite conocer nuevos medicamentos y así mismo conocer cuáles son sus efectos secundarios.

Ética y Moral

La ética y la moral es un ámbito filosófico la cual se considera como los principios y los valores, así mismo ayuda a orientar a las personas y a la sociedad en diferenciar el bien y el mal desde cualquier ámbito o situación de que se encuentre pasando, los valores son las principales características por los que los profesionales de enfermería se destacan, ya que aquí se toma en cuenta el respeto y el

compromiso que mantienen, la cual se va aplicando en diferentes aspectos de la vida y de los cuidados que se brindan a los pacientes.

La ética y la moral permiten tener una:

Relación entre enfermera-paciente la cual se centra en la confianza y la disponibilidad de poder responder a las necesidades que el paciente presente, también nos permite poder saber sus comportamientos, conductas, valores y motivaciones y saber si se siente cómodo en el ambiente que estemos trabajando. (Boff. L. p. 2-3).

La ética y la moral es un rol importante en nuestra formación ya que vamos adquiriendo un compromiso y responsabilidad la cual nos permite tener un buen desempeño.

Bibliografía

- Boff. L. p. 2-3 (s.f). Ética y Moral. Principios Etimológicos de ética y moral
- Gastesi. M., Fernandez. A., Vazquez. M., y Benito. J. Dolor torácico de pediatría
- Gripp. K. y Lin. A. s.f. Síndrome de Costello. Genetic and Rare Diseases Information Center
- Human iPS Cell Derived Neurons Uncover the Impact of Increased Ras Signaling in Costello Syndrome. J Neurosci
- Martínez, V., y Lapunzina, P. (s.f.). Síndrome de Costella. *Ciberer*, 1(1), 1-11.
- Rooney, G., Goodwin, A., Depeille, P., Sharir, A., Schofield, C., Yeh, E., (s.f.).
- Sánchez, A., Sánchez, J., Alarcón, M., y León, A. (s.f.). Alteración del raquis en el síndrome de Costello. Descripción de un caso.
- W.Karen. (2018). Síndrome de Costello. *KidsHealth*.

Síndrome de Down

El síndrome de Down es una discapacidad común en donde se alteran los cromosomas debido a una copia extra del cromosoma 21 (se la conoce como trisomía del par 21). Es un trastorno genético que normalmente ve comprometidos patológicamente a casi todos los órganos y que además señala un retraso mental; Las características físicas son muy notorias y entre las alteraciones más relevantes están: hipotiroidismo, cardiopatías congénitas como la comunicación auriculoventricular, interventricular o interauricular, dificultades en el aprendizaje, alteraciones gastrointestinales, leucemias, disfunción inmunitaria, diabetes mellitus, problemas de vista y auditivos (Kliegman et al., 2016, pp 640-643).

Se menciona la importancia de las terapias y tratamientos adecuados en los niños con síndrome de Down; abarcando todas las áreas, realizando actividades de: fisioterapia, logopedia, psicomotricidad, con la finalidad de estimular al niño desde los primeros meses de vida para que en un futuro se pueda desenvolver con facilidad y sentir una mayor autoconfianza (Madrigal, 2005, p.3).

Para el diagnóstico, se requiere un examen llamado técnica de fish, durante el segundo trimestre, brindando información con respecto a las alteraciones cromosómicas de tipo numérico en núcleos en interfase (García et al., 2012, sección conclusiones, párr. 1).

Al momento de su nacimiento, si bien sea difícil realizar un diagnóstico, se lo puede hacer por medio de los 10 criterios de Hall, en donde el neonato debe cumplir con ciertas características:

Un perfil facial plano, reflejo de moro disminuido, piel redundante en la zona cervical, fisuras palpebrales oblicuas hacia arriba, displasia de cadera, clinodactilía del quinto dedo, pliegue palmar transversal (Díaz et al., 2016, p. 290).

Etiología

Actualmente no se ha encontrado causas exactas que se relacionen con el Síndrome, sin embargo, existen factores

que contribuyen y aumentan el porcentaje de que se genere la anomalía como por ejemplo que la madre posea una edad mayor a los 35 años, que exista un integrante en la familia afectado por la trisomía, agentes víricos, exposición a radiaciones o deficiencias vitamínicas (Fernandez, 2015, pp. 34-35).

Signos y síntomas

Las personas con síndrome de Down se caracterizan por:

Estrechez de las hendiduras palpebrales, fisuras palpebrales oblicuas hacia arriba, talla baja idiopática, hipotonía, paladar en ojiva, manos cortas y anchas con un solo pliegue en la palma, dedo meñique con una curvatura hacia la parte interior de la mano, hiperlaxitud, braquidactilia y pabellones auriculares displásicos (Díaz et al., 2016, p. 290).

Fisiopatología

La trisomía del par 21 se da en el momento de la división celular, cuando los cromosomas deben asignarse de forma correcta; ocurre una falla en la distribución dándose un error cromosómico. En el par 21 sucede que una de las dos células recibe un cromosoma de más y la otra recibe uno menos. De la etapa en la que se dará el error dependerán las dificultades que se presentarán (Fernández, 2015, p.35).

Exámenes de laboratorio y gabinete

Prenatal: Cribado del síndrome de Down en el segundo trimestre (4 análisis séricos que incluyen gonadotropina, coriónica humana b libre, estriol no conjugado, inhibina y alfa –fetoproteína)

Prenatal: Amniocentesis: detección de ADN libre fetal en el plasma materno, cariotipo, cardiopatía congénita, prueba TSH, prueba de apnea obstructiva del sueño, pruebas de trastornos psiquiátricos, prueba de enfermedad celiaca, electrocardiograma, encefalograma, examen auditivo, examen visual, tamizaje metabólico neonatal (DownEspaña, 2020, pp 7-13).

Tratamiento farmacológico

Fenitoína

Fármaco para la epilepsia perteneciente a la familia de anticonvulsivos conocido con el nombre comercial de Epanutin. PedimécumAEP (2020) expone que el consumo de este fármaco puede genera efectos adversos:

Dependientes de la vía de administración intravenosa:

Hipotensión, bradicardia, arritmias, casos de flebitis y dolor local.

Dependientes de concentraciones plasmáticas:

Náuseas y vómitos, nistagmo con o sin diplopía, ataxia, cambios de comportamiento, confusión mental y convulsiones. (pp. 2-3)

Dosis de carga: 15-20 mg/kg IV en perfusión, diluido en SSF. No se debe superar una dosis de 50 mg/min y en ciertos casos es posible utilizar una dosis adicional de 5-10 mg/kg.

Dosis de mantenimiento: Al pasar un día se debe proseguir con 5-10 mg/kg/día por vía oral, los cuales se reparten en 2 tomas con un límite de 1500 mg por día. (p. 1)

Azatioprina

El corticoide para la celiacía, es también conocido con el nombre comercial de Imurel. El consumo de este fármaco puede provocar efectos adversos como náusea, anemia, vómito. La dosis recomendada para pacientes pediátricos es IV o VO, 0.5 mg/kg/día incrementándola cada 10 días hasta obtener una dosis efectiva de 2-3 mg/kg/día; es necesario tener en cuenta que sus efectos serán notorios después de 3-4 meses de la primera administración (PediamecumAEP, 2021, pp. 1-4).

Cuidados de enfermería

Síndrome de Down

- Atención temprana para intervenir en los déficits, favoreciendo el desarrollo psicomotor y afectivo del niño

- Evitar mitos, etiquetas, estigmas
- Establecer gráficamente el familiograma (para determinar características individuales)
- Practicar la asistencia domiciliaria en función de las características físicas, orgánicas y mentales
- Apoyar emocionalmente a la familia, mediante ejemplos gráficos del proceso de desarrollo y crecimiento y de la inserción en la vida común.
- Orientar la visita médica periódica para control de crecimiento y desarrollo
- Educar a la familia en relación a hábitos saludables e higiénicos
- Evitar minimización del niño con Síndrome de Down, con palabras o expresiones de infantilización
- Vigilar sobre signos de alarma en relación a procesos de morbilidad
- Atención y guía desde el primer momento del nacimiento/diagnostico
- Atención temprana para intervenir en los déficits, favoreciendo el desarrollo psicomotor y afectivo del niño
- Indicaciones para que, en un futuro, el niño pueda tener autonomía personal, integración, inserción laboral, vida y vivienda independientes, pareja (Alastrué et al., 2019, pp. 11-12).

Epilepsia: “Trastorno cerebral caracterizado por predisposición crónica a crisis epilépticas y por consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta enfermedad” (Espeche, 2018, p. 3); también está manifestado por la “aparición de al menos dos crisis no provocadas con una separación > de 24 horas” (Fiesher et al., 2014, p. 1).

- Mantener espacios de confort cuando las crisis se presenten abruptamente
- Registrar el orden cronológico y duración de la crisis
- Cuidar la intimidad del paciente cuando se presenta relajación de esfínteres

- Vigilar el proceso pos-crisis, para asistir en caso de disnea, obnubilación, llanto
- Establecer periodo de sueño, descanso y reposo, para garantizar equilibrio del ritmo circadiano
- Evitar factores estresantes y factores estresores
- Evitar riesgos o hábitos tóxicos (en su entorno)
- Otorgar plan de cuidados adecuado
- Determinar los efectos farmacológicos (Morcillo, 2012).
- Valoración del riesgo individualizada sobre el paciente (Turón, 2020).

Celiaquía: De la Calle et al. (2020) mencionan:

Es una enfermedad autoinmune en la que los anticuerpos de los pacientes reaccionan contra el gluten que ingieren en la dieta. Esta reacción provoca sobre todo problemas intestinales de malabsorción que afectan a otras áreas de su salud debido a déficits nutricionales. Es una enfermedad altamente influenciada tanto por factores genéticos como ambientales, además de un amplio abanico de presentaciones clínicas. (p. 1044)

- Observación de manifestaciones clínicas
- Educación sanitaria de la importancia del control dietético y los tipos de dieta
- Brindar listado de alimentos aconsejados y prohibidos
- Indicar a los padres la importancia de leer las etiquetas de los alimentos
- Buscar un diagnóstico precoz evitando las complicaciones y sintomatología
- Realizar controles periódicos para valorar condiciones del niño (Portales Médicos, 2016).
- Instruir a los padres y al niño con respecto a los cuidados en el hogar
- Mantener un peso en relación con la altura
- Indicar a los padres un mayor cuidado a la hora de comer fuera de casa
- Trabajar en la autoestima del paciente debido a que existe tendencia a la incomprensión y depresión.
- Subalo y el lujnes 25 lo arreglamos

Valoración patrón funcional

Patrón 1 percepción de la salud

Niño nacido vivo a los 8 meses de gestación por cesárea. La madre manifiesta tristeza ante la patología de su hijo, sin embargo, el niño no presenta patología añadida. Se genera estados de equilibrio emocional y aceptación.

Patrón 2 nutricional metabólico

Niño alimentado adecuadamente según la pirámide nutricional, alimentado con secreción láctea y combinada con fórmula y suplementos vitamínicos

- Fórmula: Nutrilon, 2 veces al día.
- Alimentos: Sólidos, líquidos, semisólidos, 3 veces al día.
- Suplementos: Vitaminas, probióticos.

Patrón 3 eliminación

Permanece frecuentemente con pana. Ritmo y frecuencia de eliminación vesical e intestinal regulares

- Patrón urinario: Cada 3 horas, ligeramente amarillenta.
- Patrón intestinal: 3 veces al día, heces color marrón.

Patrón 4 actividad-ejercicio

Estimulación temprana que consiste en ejercicios para: Aumentar masa muscular con la finalidad de inducir a la marcha y al gateo; mejora en el desarrollo motor para facilitar el control de movimientos corporales; generar una comunicación desenvuelta con respecto a su patología. Todas las actividades son realizadas con la finalidad de favorecer su interacción con el entorno.

Patrón 5 sueño-descanso

- En la mañana duerme 1 hora y media
- En la tarde duerme 1 hora
- En la noche duerme 11 horas

No presenta alteración en el ciclo circadiano, despierta con energía indicando un correcto descanso durante las horas de sueño.

Patrón 6 cognitivo-perceptivo

Niño orientado en espacio tiempo persona, su estado perceptivo- sensorial es parcialmente adecuado. Motricidad fina en proceso de desarrollo.

Patrón 7 autopercepción-autoconcepto

Desarrolla fácilmente lazos con su familia y presenta una actitud positiva ante las personas que esporádicamente llegan a su hogar.

Aceptación materna ante la condición del niño, busca formas de autoaprendizaje para el cuidado, crianza y cuidado adecuada

Patrón 8 rol-relaciones

Vive en una familia disfuncional, con la presencia única de la madre recibiendo también cuidado de sus hermanos.

Patrón 9 sexualidad-reproducción

No se valora en el niño por la edad temprana. Fue producto de una relación sexual consentida con el padre del niño, siendo así el tercer hijo.

- Menarquia de la madre: 13 años
- Edad de la madre al embarazarse: 44 años
- Parto cesáreo

Patrón 10 adaptación-tolerancia al estrés

Presenta comportamientos cambiantes cuando requiere atención. Además, al momento de comer demuestra gusto o rechazo cuando está satisfecho o no.

Patrón 11 valores-creencias

Por la edad temprana del niño no se valora. Vive en una familia cristiana, guiada por sus creencias.

Escoliosis

Presenta deformidad de la columna vertebral en 3 dimensiones, el desplazamiento lateral del cuerpo vertebral cruza la línea media, ocasionalmente incluye cierto grado de rotación, proceso normalmente que ocurre en la columna toracolumbar. Tipos de escoliosis: Neuromuscular

(desbalance muscular), congénita (asimetría en el desarrollo vertebral), idiopática (sin causa específica) (Tejeda, 2011, p. 75).

Las curvaturas se asocian a anomalías en los músculos paravertebrales, que se encuentran paralelos a la columna vertebral. Los músculos de la curvatura larga se estiran y se debilitan; los músculos ubicados en la cara corta de la curvatura se sobrecargan, provocando desequilibrio del peso en las superficies articulares; destruyendo la cara interna. Los pacientes con escoliosis verdadera, desarrollan artrosis y deterioro de discos intervertebrales.

En el caso de la escoliosis funcional, las curvaturas se dan por variables externas a la columna, como una pierna más corta que la otra, inclinando la pelvis hacia un lado y llevando a la cabeza a buscar una nivelación generando una inclinación de la misma y encorvando el cuerpo (En este caso los músculos del lado cóncavo de la columna se tornan más cortos y los del lado convexo se alargan). Se realizan ejercicios para corregir los músculos de cada lado de la columna en este caso la corrección es más sencilla y la escoliosis más propensa a desaparecer (Pulling et al., 2010, pp. 167-168).

Etiología

En el estudio realizado acerca de la escoliosis, se señala la existencia de diversas causas que varían desde alteraciones en el crecimiento y sistema nervioso central, anomalías discuales en el tejido conectivo y desequilibrios musculares (García & Nuñez, 2011, pp 136-137) de todas estas opciones no se ha confirmado ninguna ya que se han relacionado varios factores, pero no se ha comprobado ninguno (López, 2012, p.5).

Signos y síntomas

Carranco et al., (2012) mencionan que “se presenta una disminución de distensibilidad pulmonar, debilidad de la caja torácica, y de los músculos esqueléticos”. (p.12)

Fisiopatología

En la escoliosis verdadera, las curvaturas presentan desarrollo anómalo de músculos y huesos, que no se corrige fácilmente; puede aparecer por cuanto la poliomielitis que paraliza los músculos que actúan en uno de los dos lados de la columna, aunque también puede ser provocada por vertebras que solo se desarrollan a la mitad (hemivértebras) (Pulling et al., 2010, pp. 167-168).

Exámenes de laboratorio y gabinete

En la investigación titulada “diagnóstico de la escoliosis”, Jiménez (2011) menciona que: “los diagnósticos para exploración neuromuscular meticulosa, deben realizarse minuciosamente; las radiografías contrastadas muestran anomalías congénitas., debido a que las lesiones son de origen cartilaginoso”. (p. 84)

Relación de las cátedras integradoras

Enfermería básica

En enfermería básica el conocimiento teórico/practico y la adquisición de destrezas, se aplican en las diversas situaciones y patologías, con la finalidad de otorgar un cuidado especializado.

Los conceptos básicos, brindan apoyo, guía, y aportan positivamente en la recuperación. El profesional, actúa en pro al bienestar y confort, aportando difusión con respecto a los factores de riesgo y prevención hacia la población en general.

En el caso del síndrome de Down, se encarga especialmente de brindar información fidedigna tras el diagnóstico (Blasco & Ortiz, 2014 p. 147).

Analizando el estudio acerca de la enfermería en personas con síndrome de Down, Alastrué (2019) concluye:

Entre los profesionales sanitarios surgen dudas sobre cómo abordar diferentes situaciones que se presentan en las personas con trisomía 21, por lo que dichos profesionales deben encontrarse preparados y actualizar su conocimiento acerca de este colectivo. Las particularidades asociadas a su

condición no deben traducirse en una atención sanitaria deficitaria. (p. 14)

Farmacología

Enfermería tiene muchas funciones, una de las principales es la administración de fármacos y correcta utilización terapéutica. Eso conlleva una responsabilidad y riesgo legal, siendo así importante evitar los errores durante la práctica.

El desarrollo de una técnica eficaz y segura, permitirá brindar un cuidado satisfactorio y asimismo será valioso el conocimiento con respecto a los efectos adversos o la capacidad de resolución de problemas. Por otra parte, el personal de enfermería deberá ser educador, informando a los familiares acerca de los medicamentos que serán administrados estratégicamente y buscando asimismo prepararlos ante eventuales efectos secundarios.

En la investigación con respecto a la visión de los padres, la Fundación Iberoamericana Down21 (2022) afirma:

En los últimos 40 años ha habido una marcada evolución en las actitudes de los padres ante la posibilidad de tratar con medicamentos a sus hijos con síndrome de Down: desde una credibilidad absoluta ante cualquier sugerencia escasamente fundamentada, a una reticencia o desconfianza ante fármacos que en los modelos animales han demostrado cierta utilidad para mejorar algunos elementos cognitivos. (p.115)

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado

Merle Mishel teoría de la incertidumbre

Las teorías enfermeras, representan una parte indispensable a la hora de ejecutar los procedimientos necesarios entre los expertos de enfermería incluyendo modelos teóricos y filosofías que favorecen el desarrollo de la argumentación. Ayudan a que los enfermeros se desenvuelvan con un análisis reflexivo de utilidad desde el campo de aplicación a la práctica profesional, además proporciona una manera de razonar o actuar basada en los mismos conceptos/modelos, favoreciendo la atención y el

bienestar del ser humano. (López, 2006, sesión resumen, párr. 1)

Merle Mishel plantea que las personas poseen diversas reacciones ante las enfermedades, las cuales dependen del nivel de incertidumbre ante dicha condición. Es posible que la incomodidad radique del poco conocimiento, información o investigación que se haya realizado personalmente o que se haya recibido por parte de profesionales. Como consecuencia se dará un sentimiento de impotencia al no poder predecir resultados o al sentirse extraño ante la presencia de signos y síntomas.

En caso de que exista aceptación y conocimiento previo, se dará la adaptación, la cual conlleva dificultades; para eso es fundamental direccionarlas hacia el lado que más genere beneficios, teniendo como resultado un mayor control de la situación.

El rol que cumple el personal de enfermería en estos casos es hacia el paciente, la familia y su entorno, reconociendo la incertidumbre generada. Gracias a los conocimientos que poseen ante la teoría, son capaces de brindar información válida y confiable, de guiar a las personas afectadas y otorgar una orientación.

La meta a la que se busca llegar es llevar a las personas con incertidumbre a encontrar un equilibrio, aceptando la enfermedad como parte de su realidad y diario vivir, obteniendo una nueva forma de ver la vida, incorporando los cambios desde un punto de vista positivo y maduro (Trejo, 2012, p.34)

Melo et al., (2009) en su investigación afirman:

Se hace evidente la necesidad de profundizar en las teorías de enfermería, para la aplicación adecuada en las áreas de investigación, enseñanza y práctica, optimizando y mejorando el uso de las mismas, además de posibilitar la comprensión de determinados conceptos, muchas veces no suficientemente claros. Las inquietudes surgidas entre los enfermeros que utilizan las teorías de enfermería, podrán proporcionar profundidad a los estudios, posibilitando el avance de las teorías, así como nuevos descubrimientos que

podrán dirigir cambios necesarios en estas, buscando la consistencia. (pp 8-9)

Ética y moral

Enfermería requiere reunir condiciones para cumplir con su rol de manera satisfactoria, precisa también tener responsabilidad moral, teniendo en cuenta el lado humano, la compasión, el altruismo, el respeto, beneficencia y honestidad.

No existe inmovilidad en la profesión, todas estas características se adquieren por medio de la experiencia, evolucionando con la influencia del medio; sin embargo, para que la ética influya sobre la moral, deben existir ciertos valores, los cuales impulsan al personal de enfermería a tomar decisiones y a crear esa relación tan importante entre enfermero-paciente lo que llevará a prevenir, promover, restaurar la salud, aliviando sufrimiento y buscando favorecer la calidad de vida (Blasco & Rubí, 2016, p. 146).

El trabajo investigativo titulado episteme de los principios éticos y morales en la profesión de enfermería, expone:

Se considera que la ética de atención al paciente puede entenderse, como el sentido de la vida personal y profesional que respeta la esencia de las personas, respeta su dignidad y ofrece el trato justo, garantizándole el cumplimiento de los principios, derechos y deberes del profesional de la enfermería para con su vida (Carniato & Maldonado, 2018, p. 3)

Bibliografía

Alastrué, L., Doz, N. Palacio, P. (2019). Cuidados de enfermería en las personas con Síndrome de Down. https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2019/06/Sindrome_Down_Libro_Logo.pdf

Alastrué, L., Manso, C. (2019). La enfermería en personas con Síndrome de Down. Una guía de orientaciones. https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/fcaser_actas25_nov2019_2507_lalastrue_cmanso.pdf

- Álvarez, L., Nuñez, A. (2011). Escoliosis idiopática. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000100014
- Blasco, M., Ortíz, S. (2016). Ética y valores en enfermería. Medigraphic. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162l.pdf>
- Carniato, I., Maldonado, M. (2018). Epísteme de los principios éticos y morales en la profesión de enfermería. <file:///C:/Users/utente/Downloads/Dialnet-EpistemeDeLosPrincipiosEticosYMoralesEnLaProfesion-7020952.pdf>
- Díaz, S., Yokoya, E., Del Castillo, V. (2016). Genómica del síndrome de Down. Scielo. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000500289#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20Down%20es%20la%20alteraci%C3%B3n%20cromos%C3%B3mica%20m%C3%A1s%20frecuente,\(human%20chromosome%2021%20Hsa21\)](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000500289#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20Down%20es%20la%20alteraci%C3%B3n%20cromos%C3%B3mica%20m%C3%A1s%20frecuente,(human%20chromosome%2021%20Hsa21))
- DownEspaña (2020). Pruebas diagnósticas durante el embarazo. <https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2020/02/Pruebas-diagn%C3%B3sticas-durante-el-embarazo.pdf>
- Engel, J., Forsgren, Lars., French, J., Glynn, M., Hesdorffer, D., Lee, B., Mathem, G., Moshé, S., Perucca, E., Scheffer, I., Tomson, T., Watanabe, M., Wiebe, S. (2014). Definición clínica práctica de la epilepsia. <https://www.ilae.org/files/ilaeGuideline/Definition-2014-Epilepsia-Spanish.pdf>
- Espeche, A. (2018). Epilepsia: Actualización en Epilepsia. https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2018/Ambulatoria/Jueves%208%20de%20noviembre/Jo6%20Espeche.%20Actualizacion%20en%20epilepsia.pdf
- Fernández, A. (2015). Aspectos generales obre el síndrome de Down. Dialnet.

- Dialnet-AspectosGeneralesSobreElSindromeDeDown-6941140.pdf
- Fisher, R., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, H., Elger, C.,
- Turón, R. (2020). Plan de cuidados en el paciente epiléptico. Portales Médicos.<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-en-el-paciente-epileptico/>
- García, M. (2016). Breve descripción de la enfermedad celiaca y sus cuidados enfermeros. Portales Médicos. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermedad-celiaca-cuidados-enfermeros/>
- Jiménez, J. (2011). Diagnóstico de la escoliosis. Medigraphic. <https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2011/ot112e.pdf>
- Kliegman, R., Stanton, B., Geme, J., Schor, N. (20^a ed.). (2016) Nelson tratado de pediatría. Elsevier.
- López, I. (2012). Escoliosis idiopática del adolescente (EIA). <http://www.avpap.org/documentos/gipuzkoa12/escoliosis.pdf>
- López, M., Santos, S., Varez, S., Abril, D., Rocabert, M., Ruiz, Mercé., Mané, N. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-reflexiones-acerca-del-uso-utilidad-13091857#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20es%20esencial%20para,facilitando%20la%20toma%20de%20decisiones>
- Madrigal, A. (2005). El Síndrome de Down.https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO10413/informe_down.pdf
- Mesquita, E., Lopes, M., Carvalho, A., Teixeira, F., Barbosa, I. (2009). Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. Scielo.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300017

Ortíz, C., Herranz, M., Espejo, P., Barcos, M., Aguilar, C. (2012). Diagnóstico de aneuploidias en células en interfase de líquido amniótico mediante hibridación in situ fluorescente. Concordancia con el cariotipo. Elsevier. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-del-laboratorio-clinico-282-articulo-diagnostico-aneuploidias-celulas-interfase-liquido-S1888400812000505>

PediamécumAEP (2022). Fenitoína (difenilhidantoína). <https://www.aeped.es/pediamecum/generatepdf/api?n=83820>

PediamécumAEP (2022). Azatioprina. <https://www.aeped.es/pediamecum/generatepdf/api?n=83757>

Pulling, M. (1^a ed.). (2010). Cuidado de la espalda. Paidotribo.

Riggan, K., Nyquist, C., Michie, M., Allyse, M. (2020). Terapia farmacológica: Neurodesarrollo y Neurodegeneración en el Síndrome de Down. La visión de los padres. https://www.down21.org/libros-online/libro_farmacoterapia_digital_Down21.pdf

Solache, A., Sanchez, M. (2012). Evaluación de un programa de rehabilitación respiratoria en niños con escoliosis. Medigraphic. <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2012/cc121c.pdf>

Suárez, J. (2007). Medicamentos anticonvulsivantes y cambios cognitivos en epilepsia. http://www.acnweb.org/acta/2007_23_1_31.pdf

Tejeda, M. (2011). Escoliosis: concepto, etiología y clasificación. Mediographic. <https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2011/ot112d.pdf>

Trejo, F. (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero.

Síndrome de Guillain – barré

Etiología

Según J. Larry Jameson (2015) menciona que “el síndrome de Guillain – Barré (GBS) es una polirradiculoneuropatía aguda, con frecuencia grave y de evolución fulminante, de origen autoinmunitario.” (pág. 2695)

Signos y síntomas

El GBS se manifiesta como un cuadro de parálisis motora arrefléxica de evolución rápida, con o sin alteraciones sensitivas. El patrón habitual de presentación es una parálisis ascendente con sensación de acorchamiento en las piernas, lo habitual es que la debilidad evoluciones en un lapso de horas a pocos días, y a menudo se acompaña de diestusias con hormigueo en las extremidades las piernas se afectan con mayor intensidad que los brazos y en 50% de los pacientes se observa paresia facial.

Fisiopatología.

Según J. Larry Jameson (2015) en las formas desmielinizantes del GBS, el mecanismo fisiopatológico de la parálisis flácida y de las alteraciones sensitivas es el bloqueo de la conducción, lo cual implica que las conexiones axónicas permanezcan intactas. En los casos graves de GBS desmielinizantes se puede producir degeneración axónica secundaria; la mayor gravedad de la degeneración axónica secundaria se relaciona con una mayor lentitud en la recuperación y con un mayor grado de discapacidad residual (p. 2697).

Exámenes de laboratorio y gabinete

Los exámenes que se realizan para detectar GBS son los siguiente:

- Análisis del Líquido Cefalorraquídeo
- Velocidad de la conducción nerviosa
- Electromiografía.

Tratamiento farmacológico.

Paracetamol

Nombre genérico: paracetamol/ acetaminofén

Nombre comercial: termax tabletas

Dosis: 15 mg por kg de peso corporal cada 6 horas.

Efectos secundarios:

- Hepatotoxicidad
- Toxicidad renal
- Alteraciones en la fórmula sanguínea hipoglucemia.
- Dermatitis alérgica (ABC salud. , 2021)

Vacuna contra la poliomielitis

Nombre genérico: Polio Sabin

Nombre comercial: vacuna bivalente oral contra la polio (bOPV)

Dosis: 2 gotas

Efectos secundarios:

- Fiebre o febrícula
- Pérdida de apetito
- Irritabilidad
- Dolor de cabeza. (Centros para el control y la prevención de las enfermedades., 2019)

Cuidados de enfermería

Fiebre.

Es una respuesta adaptativa del organismo que consiste en el aumento de la temperatura corporal.

- Explicar al paciente el procedimiento de aplicación de frío o calor como parte del tratamiento para disminuir la fiebre. (Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinoza, 2011)
- Administración de medicamentos antipiréticos prescritos por el médico para disminuir los niveles de temperatura corporal elevada.

- Realizar administración de líquidos y electrolitos para reponer las pérdidas por evaporación. (Hospital Universitario Reina Sofía - Junta de Andalucía. , 2001)
- Evitar que el paciente presente exceso de ropa, para así favorecer la pérdida de calor por convección. (Eva Julián Herrero. Susana López Ortiz, 2021)
- Monitorizar la temperatura del paciente para poder verificar el efecto del fármaco administrado. (Generalitat valenciana conselleria de sanitat , 2007)
- Conservar el estado nutricional; ya que con el aumento del índice metabólico y la desnutrición tisular es necesario administrar proteínas para ayudar a la formación de tejidos corporales; y carbohidratos para suministrar energía.
- Valorar la termorregulación del paciente para identificar la capacidad del cuerpo para mantener y establecer la temperatura.
- Brindar ropa de cama seca y limpia para evitar lesiones en la piel, secundarias a la fragilidad tisular o una exposición prolongada a superficies húmedas.
- Evaluar el color y la temperatura cutáneas; ya que los vasos sanguíneos periféricos se dilatan para favorecer la pérdida de calor
- Control de signos vitales y curvas térmicas para determinar el tipo de fiebre que presente la persona. (continua, intermitente, remitente u ondulante) (Universidad de Guanajuato Nodo universitario. , 2022)

Cefalea

Es la sensación dolorosa de intensidad variable localizada en la bóveda craneal, parte alta del cuello o nuca y mitad superior de la cara.

- Evitar el consumo excesivo de alimentos industrializados (glutamato monosódico), ya que sobre estimulan a las neuronas llevándolas a un estado de agotamiento. (López, B & Núñez, R).

- Descanso en una habitación tranquila (ruido – iluminación – aireación), esto ayudara a reducir el dolor.
- Aplicar terapias de frio y calor, alternadas; debido a que ayuda a disminuir el dolor y los espasmos musculares.
- Evitar fumar, ya que el cigarrillo contiene nicotina, la cual va a provocar el estrechamiento de los vasos sanguíneos, reduciendo el flujo de sangre al cerebro y la cobertura del cerebro; provocando así el dolor. (Portales médicos, 2017).
- Mantener ciclos regulares de dormir y descansar; ya que con el descanso nocturnos reducimos el nivel de estrés.
- Brindar masajes en los músculos de la cabeza y cuello para aliviar el dolor.
- Administración de medicamentos antiinflamatorios (AINE) para aliviar el dolor.
- Brindar orientación sobre las características fisiológicas que llegan a exacerbar el dolor.
- Fomentar al paciente manteniéndolo en reposo, enseñándole técnicas de relajación.
- Detectar el lugar de origen del dolor. (Portales médicos.com , 2017)

Valoración de los patrones funcionales

Patrón 1: percepción - manejo de la salud.

Refiere encontrarse bien de salud, mantiene una buena higiene personal, no es fumador, ingiere bebidas alcohólicas de manera poco frecuente, no ha presentado alergias, ha presentado dos hospitalizaciones por neumonía y ovarios poliquísticos, actualmente no consume medicamentos.

Patrón 2: nutricional – metabólico.

Presenta buena nutrición e hidratación, su piel en buen estado, su peso y talla en relación al índice de masa corporal adecuada, presenta una dieta equilibrada.

Patrón 3: eliminación.

Patrón urinario e intestinal sin alteraciones y con presencia de sudoración adecuada.

Patrón 4: actividad – ejercicio.

No presenta cambios en su frecuencia cardiaca y patrón respiratorio al momento de realizar actividades cotidianas, presenta ayuda ortopédica para poder moverse, en sus tiempos libres realiza actividades domésticas.

Patrón 5: sueño – descanso.

Buen hábito de sueño nocturno, duerme 8 horas diarias, no necesita ayuda de medicamentos para poder dormir, presenta sueños NREM, se siente descansado al siguiente día.

Patrón 6: cognitivo – perceptivo.

Nivel normal de estado de conciencia, orientado en tiempo, espacio y persona, con un nivel de instrucción básico.

Patrón 7: autopercepción – autoconcepto.

Se siente a gusto consigo mismo, a pesar de todos los cambios que ha tenido que experimentar y es capaz de tomar decisiones por su cuenta.

Patrón 8: rol – relaciones.

Tiene empleo, vive con sus padres, mantiene una buena relación con su familia, el cuidador de referencia es su madre.

Patrón 9: sexualidad – reproducción.

No se explora.

Patrón 10: afrontamiento – tolerancia al estrés.

No presenta vergüenza en pedir ayuda al momento de presentar problemas.

Patrón 11: valores – creencias.

Es católico por convicción y tradición, va a misa todos los domingos.

Insuficiencia vascular periférica.

Etiología.

Ocurre cuando hay un estrechamiento de los vasos sanguíneos fuera del corazón.

Signos y síntomas

“Entre los signos y síntomas de la insuficiencia vascular periférica podemos encontrar: dolor, impotencia funcional, cambios de temperatura y color de la piel, alteraciones tróficas de la piel y faneras y edemas.”

Fisiopatología

Según Argente, Álvarez (2017) refiere que la enfermedad arterial periférica, depende de la mayoría de los casos de una obstrucción parcial o total del flujo sanguíneo a nivel de las arterias grandes o medianas, producida por enfermedad crónica degenerativa de la pared o enfermedad inflamatoria aguda y, con menos frecuencia, de la obstrucción aguda causada por embolos sanguíneos originados en el corazón o en los grandes vasos. (pág. 548)

“La insuficiencia venosa periférica es provocada, sobre un terreno genético hereditario predisponente, por procesos hemodinámicos, inflamatorios crónicos o tromboticos agudos o crónicos, que establecen dilatación, ectasias e insuficiencias vasculares venosas de los miembros inferiores.” (Álvarez, 2017, pág. 549)

Exámenes de laboratorio y gabinete

Para poder detectar un caso de insuficiencia vascular periférica debemos realizar los siguientes exámenes:

- Eco-Doppler color arterial
- Angiotomografía computada multicorte – tridimensional.
- Arteriografía radiológica convencional.
- Angiorresonancia.

Enfermería básica

La enfermería básica permite conocer todas las técnicas básicas para el cuidado de la persona en todas sus etapas de vida; así mismo poder brindar bienestar y confort. En pacientes con poliomielitis se enfatizará en la movilidad y el grado de dificultad que presenta para realizar actividades cotidianas y de esta manera poder armar un plan de cuidados que servirán para satisfacer con las necesidades alteradas y así poder permitirle al paciente que pueda llevar una vida segura y poder disminuir los riesgos.

En las personas con secuelas de poliomielitis es muy relevante la importancia de la deambulaci3n, debido a las alteraciones de los patrones de marcha que presentan; es por ello que los autores del estudio consideran oportuno realizar una caracterizaci3n de la cinemática de la marcha en personas con esta patología (David López, 2021)

El personal de enfermería cumple un papel muy importante dentro del cuidado de pacientes con secuelas de poliomielitis, ya que deben aplicar técnicas basadas en la fundamentaci3n científica para poder brindar una atenci3n de calidad que mejore el bienestar del paciente.

Farmacología

La farmacología ayuda a observar las respuestas que presentan los organismos frente a la presencia de los diversos medicamentos, los cuales servirán para diferentes malestares que pueden llegar a presentar una persona. En pacientes con poliomielitis la farmacología se enfocará en emplear la medicaci3n correcta para tratar la fiebre y así poder evitar que el paciente presente un golpe de calor el cual sin un tratamiento adecuado puede llegar a comprometer la salud del paciente.

Para poder controlar la epidemia contra la poliomielitis ha sido primordial la implementaci3n de la vacuna oral contra el poliovirus (OPV); la cual destaca por su seguridad, eficacia y facilidad de administraci3n. (Dibarboure, 2018)

Las vacunas funcionan imitando a los virus y bacterias que causan enfermedades logrando así, preparar al sistema inmune para reconocer y defenderse contra ellas.

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado.

Rosemarie Rizzo Parse - Teoría del Desarrollo humano.

Parse sostiene que los individuos no pueden ser reducidos a partes constituyentes para ser comprendidos; las personas son seres vivientes y diferentes de cualquier esquema que los divida, también sostiene que la enfermería es una ciencia única, social y básica centrada en la experiencia humana y enfocada hacia el humanismo. Las personas son seres abiertos que se relacionan con la ilimitabilidad del universo, es decir, que tienen un conocimiento indivisible ilimitado y extendido al infinito. Los seres humanos son intencionados en el sentido de que sus implicaciones no son aleatorias, si no que se eligen por razones conocidas y no conocidas y está presente, abierto y con conocimiento respecto al mundo.

En el principio de la subjetividad humana, refiere que a lo seres humanos no se los debe ver como cosas u objetos, sino como seres indivisibles, impredecibles y siempre cambiantes y como un misterio del ser con el no ser. Cuando los seres humanos eligen significados y proyectos de acuerdo con sus prioridades de valores, coparticipan con el mundo de formas indivisibles e ilimitadas. La vida sucede, los acontecimientos se revelan de maneras esperadas e inesperadas, y el ser humano constituye el significado y la importancia personal. La gente cambia y es cambiada debido a sus interpretaciones personales de las situaciones de su vida, varias formas de pensar y actuar pueden tanto abrir y cerrar las puertas a medida que la gente va percibiendo sus realidades exclusivas.

El ser humano no está solo en cualquier dimensión de la evolución, siempre están con el mundo de las cosas, las ideas, el lenguaje, los hechos revelados y las tradiciones apreciadas, y también están siempre con los demás, no solo

contemporáneos sino también predecesores y sucesores, los seres humanos son la comunidad. Parse indica que la libertad humana significa que de manera reflexiva y prerreflexiva uno participa en la elección de las situaciones en las que uno se ve a sí mismo y en la elección de la actitud que se mostrara ante las situaciones. La vida diaria representa la elección y la actuación de las personas en sus prioridades de valores y las prioridades de valores cambia a medida que la vida se manifiesta. (Alligood, 2014)

Ética y moral

La ética y moral se relaciona con la enfermería ya que es una guía para tomar decisiones adecuadas que tiene como finalidad poder brindar cuidados básicos basados en los valores y creencias de las personas. El personal de enfermería se debe caracterizar por sus principios inaudibles y su humanismo. En pacientes con poliomielitis la ética y moral se verá reflejada en el actuar del personal de enfermería y el trato que tengan hacia sus pacientes, demostrando así su profesionalismo y tratando a las personas con respeto, dignidad y compromiso.

“El personal de enfermería está expuesto a enfrentar conflictos de carácter ético, debido a las responsabilidades propias asociadas al cuidado de las personas y al hecho de trabajar en un ámbito de salud cada vez más tecnificado y complejo”. (Cid-Henriquez, 2018, pág. 40)

Los profesionales de enfermería son quienes realizan cuidados encaminados al mejoramiento y la recuperación del paciente, pero siempre deben guiarse en los principios fundamentales de la bioética, mantener el secreto profesional y guardar fidelidad hacia el paciente.

Bibliografía

ABC salud. . (25 de Mayo de 2021). *Efectos secundarios del paracetamol*. Obtenido de ABC salud : https://www.abc.es/salud/abci-estos-son-efectos-secundarios-paracetamol-nsv-202105251059_noticia.html

- Alligood, M. R. (2014). *Modelos y teorías de enfermería*. Elsevier .
- Álvarez, A. (2017). *Semiología Médica*. Editorial Médica Panamerica .
- Centros para el control y la prevención de las enfermedades. (18 de Diciembre de 2019). *Efectos secundarios de la vacuna contra la polio*. Obtenido de Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias: <https://www.cdc.gov/vaccines/parents/diseases/polio-sp.html#:~:text=La%20vacuna%20contra%20la%20poliomielitis%20es%20segura.&text=La%20vacuna%20contra%20la%20poliomielitis%20es%20muy%20segura%2C%20y%20eficaz,y%20desaparecen%20por%20os%C3%AD%20solos>.
- Cid-Henriquez, B. E.-C. (Junio de 2018). *El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud*. Obtenido de SciELO: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2018000100039&script=sci_arttext&tlng=pt
- David López, N. P. (1 de Junio de 2021). *Análisis biomecánico de la marcha en paciente con secuelas de poliomielitis y artroplastia de rodilla*. Obtenido de SciELO: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062021000100075&script=sci_arttext
- Dibarboure, H. (16 de Julio de 2018). *Reflexiones sobre la historia de las vacunas*. Obtenido de Revista chilena de infectología. : [file:///D:/Usuario%20iTC/Downloads/180-531-1-SM%20\(2\).pdf](file:///D:/Usuario%20iTC/Downloads/180-531-1-SM%20(2).pdf)
- Eva Julián Herrero. Susana López Ortiz, M. J. (26 de Noviembre de 2021). *La fiebre en pediatría. Cuidados de enfermería*. . Obtenido de Revista sanitaria de investigación : <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-fiebre-en-pediatria-cuidados-de-enfermeria/>

- Generalitat valenciana conselleria de sanitat . (2007). *Guía de actuación de enfermería Manual de procedimientos* . España: Imprenta La Poble Llarga .
- Hospital Universitario Reina Sofía - Junta de Andalucía. . (2001). *Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería*. . Córdoba, España: Imprenta Vistalegre. .
- J. Larry Jameson, A. S. (2015). *Harrison Principios de Medicina Interna* . Ciudad de México : McGraw-Hill Education.
- Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinoza, L. E. (06 de Marzo de 2011). *Plan de cuidados de enfermería: hipertermia*. . Obtenido de Comisión permanente de enfermería: <https://www.hno.oaxaca.gob.mx/wp-content/uploads/des/07/hipertermia.pdf>
- Portales médicos.com . (8 de Octubre de 2017). *Cuidados de enfermería en las cefaleas*. . Obtenido de Revista electrónica de portales médicos.com : <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-cefaleas/2/#:~:text=Los%20cuidados%20de%20enfermer%C3%ADa%20para,necesarias%20para%20evitar%20nuevas%20rec%C3%ADdas>.
- Universidad de Guanajuato Nodo universitario. . (2022). *Cuidados de enfermería a personas con problemas de termorregulación*. . Obtenido de Licenciatura de enfermería y obstetricia. : <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-5-cuidados-de-enfermeria-a-personas-con-problemas-de-termoregulacion/>

Síndrome de Moebius

Etiología

Botero et al. (2017) describen que: “El síndrome de Moebius es una entidad poco frecuente causada por una alteración en el rombencéfalo, con agenesia del abducens y del nervio facial, de etiología multifactorial. Se han descrito causas ambientales y mutaciones de novo” (p. 111).

Signos y síntomas.

Ramírez et al. (2017) resaltan que el síndrome de Moebius:

Se manifiesta con déficit de abducción, mientras que el síndrome de Moebius atípico con mirada vertical limitada con o sin exotropía de posición primaria. Los pacientes con anomalías de las extremidades u otras características combinadas con parálisis facial o secuestro limitado (pero no ambos), a menudo son diagnosticados como síndrome de Moebius; también debe diferenciarse del síndrome de Moebius a los pacientes con parálisis facial congénita que tienen un diagnóstico coincidente de exotropía (presente en 1%-2% de la población general). (p.157)

Fisiopatología

Así mismo Botero et al. (2017) describen al síndrome de Moebius de la siguiente manera:

Es una patología congénita caracterizada por parálisis del VII par no progresiva y alteración de la abducción ocular de uno o ambos ojos por afectación del par abducen, asociado con dimorfismo orofacial, mal formación de extremidades, alteraciones musculoesqueléticas, conductuales y cognitivas. Puede detectarse compromiso de otros pares craneanos, de la audición, y del neurodesarrollo que llena problemas sociales. (p. 110)

En el mismo sentido, otros autores como Ramírez et al. (2017) mencionan que:

Otros nervios craneales también podrían verse afectados en menor frecuencia como elVI, X y XII, en el caso de VI par la afectación de este puede producir imposibilidad de efectuar la mirada lateral y estrabismo convergente. El compromiso

del X y XII nervio craneal puede asociarse a la presencia de disartria, dificultad en la movilidad de la lengua (afectación del nervio XII) o del paladar (nervio X). Los principales problemas se dan al pronunciar palabras que necesitan un movimiento normal de ambos labios como son los sonidos con las letras P, B, M, y sonidos que requieren fricción de la lengua contra el paladar, sonidos R, FR, PR. (p. 158)

Estos pacientes no presentan afectación en su desempeño intelectual, por lo que la corrección de la marcada desviación en edades tempranas no solo influye en lograr un mejor desarrollo visual, sino que también es una intervención favorable en su mejor desempeño e integración social. (p. 160)

Exámenes de laboratorio y gabinete

Ramírez et al. (2017) dicen que:

La falta de criterios diagnósticos estandarizados dificulta la evaluación clínica, la determinación del pronóstico y el análisis genético de estos pacientes; por lo que un grupo de médicos e investigadores en el 2007 de la Fundación “Síndrome de Moebius”, definió criterios diagnósticos mínimos para el síndrome de Moebius clásico: debilidad facial congénita unilateral o bilateral, no progresiva y abducción limitada del ojo. (p. 158).

Tratamiento farmacológico

Tratamiento farmacológico con Baclofeno (nombre genérico), lioresal (nombre comercial); para la Asociación Española de Pediatría (2020) la dosis de administración es: “0,75mg/día. El tratamiento debe iniciarse normalmente a dosis muy bajas, 0,3mg/día, preferiblemente dividido en 2 tomas. Incrementarse con precaución a intervalos de 1 semana, hasta alcanzar la dosis suficiente para cubrir las necesidades individuales del niño” (párr. 4). No obstante, puede traer complicaciones que:

En muchos casos no se puede establecer una relación causal entre los efectos observados y la administración de baclofeno, ya que la mayoría de las reacciones adversas notificadas también pueden estar asociadas a la

enfermedad subyacente. Sin embargo, algunas de las reacciones notificadas con frecuencia (somnolencia, vértigo, cefalea, náuseas, hipotensión, hipotonía) pueden estar relacionadas con el fármaco. Estas son en la mayoría de los casos transitorias y se producen fundamentalmente durante la fase de prueba o al cambiar las concentraciones. (Asociación Española de Pediatría, 2020, párr. 24)

Aplicación de Dantroleno (nombre genérico), Dantrium (nombre comercial) para PLM (2022): “debe administrarse por inserción intravenosa rápida continua, comenzando a una dosis mínima de 1 mg/kg y continuando hasta que cedan los síntomas o hasta que la dosis máxima acumulada de 10 mg/kg sea alcanzada” (párr. 30). Entre los efectos adversos se dice que “La administración de Dantroleno a voluntarios humanos está asociada con pérdida de la capacidad de agarre y debilidad en las piernas, al igual que adormecimiento y mareo” (PLM, 2020, párr. 22).

Cuidados de enfermería

Dificultad y retraso del movimiento: lesión en los centros corticales que controlan movimientos, especialmente los tractos piramidales, causando debilidad e hiperreflexia y aumento del tono muscular.

Equilibrio y coordinación: Capacidad de un individuo de mantener el centro de gravedad del cuerpo sobre las bases de apoyo, cuando una persona está en quietud (equilibrio estático), en movimiento (equilibrio dinámico, funcional), se prepara para realizar un movimiento o para finalizarlo.

Las intervenciones en enfermería para abordar la parálisis cerebral proporcionan bienestar y armonía

- Plan terapéutico para la ingesta de fármacos.
- Favorecer el desarrollo armónico de la crisis espástica.
- Garantizar la asistencia y vigilancia en la dieta.
- Vigilar la función de intercambio gaseoso para determinar ciclos ventilatorio adecuados

y valor de oxihemoglobina circulante

- Determinar funciones vitales (respiración, temperatura, pulso y tensión arterial), para prevenir desequilibrio homeostático que complique el estado de salud.
- Realizar ejercicios físicos de flexión extensión, aducción, abducción, supinación pronación, según el nivel de tolerancia muscular.
- Pautar terapéuticas a partir de repeticiones de frases cortas o trabalenguas.
- Establecer espacio para desarrollar actividades manuales (gruesas y finas).
- Establecer espacio para desarrollar terapia recreativa para que el niño pueda resolver y comunicar sus propias problemáticas.
- Realizar musicoterapia, para realizar cambios positivos de estado de ánimo y bienestar general.

Valoración de patrones funcionales de Margiory Gordon

Patrón 1. Percepción–manejo de la salud

Las condiciones de salud son variables, incluso frecuentemente presenta problemas respiratorios, que ceden con tratamientos caseros, no dejan secuelas. Hiperactividad física. Fácilmente se relaciona con las personas en su entorno. Generalmente las relaciones escolares garantizan la funcionalidad mental, de lecto escritura por estar en una escuela de niños con capacidades especiales.

Funciones vitales dentro de parámetros normales

Patrón 2. Nutricional–metabólico

Ingesta de comidas 3 veces al día, pero ingiere a voluntad fuera de horario otro tipo de comidas. La dieta está basada en el equilibrio de la pirámide nutricional. Peso de 26.8Kg, talla de 1.30cm; IMC de 15.9.

Características físicas son adecuadas para la edad y en relación al equilibrio nutricional y metabólico.

Patrón 3. Eliminación

Basado en los ciclos fisiológicos, no hay alteraciones según la valoración.

Patrón 4. Actividad-ejercicio

Actividades básicas de la vida diaria limitadas a consecuencia de parálisis de extremidades inferiores. Se moviliza en silla de ruedas. Practica de motricidad fina compensatoria para la edad.

Patrón 5. Sueño-descanso

Descanso: 1 hora diaria, no afecta a la fase cíclica en la noche.

Sueño: fase cíclica predominante por las noches, completando 8 horas sin intervalos ni desajustes.

Patrón 6. Cognitivo-perceptual

Paciente refiere alteraciones sensoriales los cuales se le dificultan aprender algunas cosas, estudia y pone el mayor empeño al momento de realizar actividades escolares, y aumenta su concentración en las cosas que realiza.

Patrón 7. Autopercepción, auto concepto

Crea ambientes dinámicos para estar en armonía relacionada según la percepción de su propia salud y las prácticas del cuidado domiciliario

Conocimientos de actividades basadas en la realidad del entorno, aprende y desaprende, adaptándose a todas las modificaciones fisiológicas.

Patrón 8. Patrón rol relaciones

Las características de la familia, implican diversidad de formas de comportamiento y pensamiento, generando lazos de interrelación poco afectivos y efectivos.

Asume roles de introversión acentuándose con personas desconocidas

Patrón 9. De sexualidad–reproducción

Busca curiosamente aspectos relacionados a la pasión, afecto, sensaciones, no existen diálogos con sus progenitores, por temor o vergüenza. A su edad “aprende” por conocimiento experiencial coloquial o de fantasía.

Patrón 10. Adaptación-tolerancia al estrés

Aspectos de dominio y poder que generalmente asustan sus espacios, por vivir atento a lo punitivo.

Patrón 11. Valores-creencias

Influencia de dogma católica.

Enfermería Básica

Asignatura que instruye en actividades de cuidados de enfermería, a partir del conocimiento básicos; además se trabaja en base a técnicas y procedimientos específicos con el objetivo de brindar a los usuarios del servicio salud un trato óptimo, así como también personalizado; direccionado con el aprendizaje del proceso de atención enfermero. En el caso de parálisis cerebral y por traumatismos, se identifican los problemas de mayor complejidad para pautar cuidados especializados en base a las necesidades de la persona; todo esto desinado a mejorar el estado de salud y garantizar la comodidad, así como también, el confort en cada una de las etapas del proceso de atención a personas que por motivos externos poseen sus necesidades básicas alteradas

Rodríguez (2021) dice que en la asignatura de enfermería básica se busca que el estudiante:

Sea capaz de dispensar cuidados específicos y autónomos dentro de los servicios de atención en salud, en relación con la creciente demanda en salud, avances científicos y tecnológicos; para ello, se requiere conocimientos de las diferentes ciencias, entre ellas, las ciencias Biológicas y Humanísticas. (p. 1)

Si bien es una materia compleja, es de vital importancia su estudio para desarrollar las habilidades necesarias que se emplearán en el proceso de atención enfermero.

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado

Lydia Hall “modelo del núcleo, el cuidado y la curación”

Enfocar el modelo teórico de Hall, es la esencia general en personas con afectaciones a la salud de larga duración. Precisa de dirigir filosóficamente hasta que fase el personal de enfermería practica el cuidado como un modelo terapéutico que garantice la estabilidad funcional. En el metaparadigma se establece persona, entorno, salud, enfermería, considerados elementos funcionales para abordar técnica y científicamente. Entonces se atiende a las personas en una triada (mente, cuerpo, espíritu). Entorno (para favorecer las condiciones de confort). Salud (pautas de equilibrio funcionales) Enfermería (la estructura dinámica del cuidado).

Lydia Hall desarrollo el “Modelo del núcleo, el cuidado y la curación” y estableció tres círculos independientes pero interconectados entre sí a modo de esquema. El primero de los principios es que la enfermería trabaja de diferentes formas en cada uno de los tres elementos (círculos) del paciente, que están interrelacionados y se influyen mutuamente. Los círculos constan de: el cuidado, el núcleo y la cura. Cada uno puede crecer o no dependiendo de cada caso y cada paciente. (Peña, 2019, p. 11)

Cruz et al. (2022) dicen que en la cátedra:

deben estar basados en conocimientos científicos que engloben resultados de una investigación encaminadas a satisfacer necesidades o solucionar problemas en el paciente y la familia. El estudio se desarrolla desde un análisis multifactorial del objeto de investigación, que tiene en cuenta fundamentos desde lo social, filosófico, psicológico y epistemológico. El personal de enfermería responde a una necesidad histórico-concreta como fenómeno social, al tener en cuenta las exigencias de la sociedad. (p. 6)

Cada día surgen nuevos conocimientos por lo que mantenerse actualizado en los conocimientos de salud

brindará un marco teórico científico que respaldará las actividades realizadas.

Farmacología

La práctica de administración de fármacos, es un procedimiento de elevada complejidad, en la práctica diaria de enfermería, se consideran aspectos relevantes de un fármaco el nombre genérico, nombre comercial, dosis y efectos adversos; debido a que se considera el efecto terapéutico esperado para lograr mejorar el estado de salud de la persona a través de la terapia medicamentosa; misma que es fundamentada durante el cuidado individual de una persona en condición de morbilidad y en base a las necesidades que tiene. La cátedra se centra en el estudio del efecto de los medicamentos sobre el organismo y sus repercusiones sobre la salud del individuo por lo que un conocimiento amplio de preparación, dosificación y vías de administración asegurará la realización de buenas prácticas profesionales enfermeras.

Para Rivera (2019):

La farmacología es una ciencia muy amplia cuyo estudio implica a diversos profesionales de la ciencia de la salud, por lo cual, su conocimiento es indispensable para el terapeuta que utiliza fármacos, redacte los datos de identificación, justificación, 5 elementos de competencia de las cuales saque sus criterios de desempeño, evidencias y saberes, metodología, evaluación y cronograma. (p. 1)

Si bien la cátedra de farmacología es una materia amplia que puede resultar confuso; su estudio minucioso formará profesionales enfermeros competentes que asegure la correcta aplicación de terapias farmacéuticas.

Ética y Moral

La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones a través del tiempo. Requiere una guía moral para cumplir con el fin primordial de servir, mejorar

la salud de nuestro paciente y prolongar la vida cotidiana.

Enfermería como profesión aplica conocimientos, es práctica, académica, cumple procedimientos basados en principios científicos, posee bases éticas, tiene autonomía y es social.

Rodríguez (2020) opina lo siguiente:

El patrón ético, se refiere a los preceptos éticos y morales que fundamentan el ser y quehacer de la enfermería como profesión y de la enfermera como ser humano que ejerce el cuidado de manera profesional, esto se fundamenta en Colombia a través del código de ética de enfermería, determinando los principios y el ámbito del ejercicio de la profesión. Lo anterior, enmarca a la enfermera a brindar cuidados con fundamentos teóricos basados en las normas que velan por la integridad y dignidad humana. (p. 45)

Mantener un criterio firme en la práctica resulta difícil por las situaciones que se enfrentan junto a los pacientes como complicaciones o muertes, pero mantener ideales firmes evitará que los enfermeros duden en la realización de actividades.

Parálisis cerebral infantil

Latorre & Bisseto (2019) señalan que la parálisis cerebral infantil: “Se caracteriza primordialmente por un trastorno persistente, pero no invariable del tono, la postura y el movimiento que aparece en la primera infancia” (p. 39).

Etiología

Ricard y Martínez Loza (2005) dicen que:

La parálisis cerebral no es una sola enfermedad con una sola causa, si no un grupo de trastornos relacionados entre sí que tienen causas diferentes.

Muchos de los casos de la parálisis cerebral no tienen causa conocida. EL trastorno se produce ante un desarrollo anormal o un daño en las regiones cerebrales que controlan la función motora.

Una de las cuestiones más difíciles de resolver cuando hablamos de parálisis cerebral radica en delimitar sus

causas.

Se considera que se produce en los primeros periodos prenatal, perinatal o postnatal, teniendo el límite de manifestación transcurridos los cinco primeros años de vida.

Es muy importante el origen temporal de la parálisis cerebral, ya que desde el momento de su aparición va a acompañar a la persona durante toda su vida. Realmente al consultar la literatura relativa a los orígenes se tiende a situarla en problemas durante el parto, apuntando a la falta de oxígeno como principal factor causante. (p. 168)

Fisiopatología

Para Latorre y Bisetto (2009):

El término parálisis cerebral suele emplearse en la actualidad como una denominación general para englobar trastornos muy diversos. Dichos trastornos tienen en común el hecho de significar una alteración o pérdida del control motor secundaria a una lesión encefálica ocurrida en la etapa prenatal o durante la primera infancia, sea la edad del niño lesionado. (p 42)

Así bajo esta denominación se encuentran niños con sintomatologías muy distintas y pronósticos muy variables, pudiendo englobar desde niños con perturbaciones motoras discretas hasta niños cuya alteración motriz les impide realizar prácticamente cualquier movimiento voluntario; desde niños con una inteligencia normal o superior hasta niños con un retraso mental sumamente grave con o sin trastornos sensoriales asociados.

Puesto que el término engloba un conjunto tan amplio de sintomatología es útil delimitar aquello que queda excluido para su mejor comprensión.

No incluye lesiones evolutivas del cerebro, como las producidas por un tumor cerebral o por enfermedades degenerativas.

No incluye tampoco lesiones localizadas en el sistema nervioso central, pero en estructuras distintas del encéfalo, como la médula espinal. Tal es el caso de cuadros como la

poliomielitis o la espina bífida.

Tampoco incluye los trastornos ocasionados por lesiones encefálicas después de la primera infancia.

Podemos concluir este apartado diciendo que la parálisis cerebral no es contagiosa ni visualmente tampoco hereditaria. El niño con parálisis cerebral no debe considerarse como un niño enfermo, sino como una persona con características específicas de las que se derivan necesidades especiales que padres, amigos, maestros y especialistas diversos deben intentar atender de la mejor manera posible.

También es preciso señalar que la lesión como tal no se puede curar y es irreversible. (p. 50)

Signos y Síntomas

Ricard y Martínez Loza (2005) mencionan que:

Los primeros síntomas comienzan antes de los tres años de edad y suele manifestarse porque al niño le cuesta más trabajo voltearse, sentarse, gatear, sonreír o caminar. Los síntomas varían de una persona a otra. Pueden ser tan leves que apenas se perciban o tan importantes que le imposibiliten levantarse de a cama. Algunas personas pueden tener trastornos médicos asociados como convulsiones o retraso mental, pero no siempre ocasionan graves impedimentos.

Los síntomas más importantes son las alteraciones del tono muscular y del movimiento, pero se pueden asociar otras manifestaciones:

- Problemas visuales y auditivos.
- Dificultades en el habla y el lenguaje.
- Alteraciones perceptivas:
- Agnosias: alteración del reconocimiento de los estímulos sensoriales.
- Apraxias: pérdida de la facultad de realizar movimientos coordinados para un fin determinado o pérdida de la comprensión del uso de los objetos ordinarios, lo que da

lugar a comportamientos absurdos. Incapacidad para realizar movimientos útiles.

- Distractibilidad.
- Diskinesia: dificultad en los movimientos voluntarios. (p. 169)

Exámenes de laboratorio y de gabinete

Para Madrigal (2007) Existen varias pruebas que pueden ayudar a diagnosticar la parálisis cerebral, entre ellos están:

Exámenes Neurológicos

Consisten en la evaluación de los reflejos, de las funciones motoras y de las cerebrales. Algunos reflejos son típicos de determinadas etapas del desarrollo y, posteriormente, desaparecen. Por ejemplo, el reflejo Moro persiste hasta los 6 meses. En este reflejo, cuando se coloca al recién nacido de espaldas y se le llevan las piernas a la cabeza, el bebé extenderá los brazos y hará un gesto similar a un abrazo. Los niños con parálisis cerebral presentan este reflejo por un período más prolongado. (p. 18)

Resonancia Magnética (RM)

“Esta prueba utiliza un campo magnético y ondas de radio, lo que permite obtener imágenes muy detalladas del cerebro, indicando las zonas lesionadas” (p. 18).

Tomografía Computerizada (TAC)

“Permite obtener imágenes de cualquier parte del cuerpo (huesos, músculos, tejido adiposo y órgano), mediante la combinación de radiografías y tecnología computerizada. Las imágenes reflejan cortes transversales (verticales y horizontales) de la zona corporal observada” (p. 18).

Ultrasonido

Se envían ondas de sonido al cerebro y utiliza el patrón ecos para formar una imagen de sus estructuras (sonograma). El ultrasonido se puede utilizar en bebés antes de que los huesos del cráneo se endurezcan y se cierren. Pese a ser menos precisa que las anteriores, esta prueba es menos costosa, requiere períodos más breves de inmovilidad y es

útil para detectar quistes. (p. 18)

Electroencefalograma

“Se colocan unos electrodos en el cuero cabelludo para registrar la actividad eléctrica del cerebro. Esta prueba está especialmente indicada cuando existe la sospecha de que el niño/a esté sufriendo convulsiones.” (p. 19)

Bibliografía

- Asociación Española de Pediatría. (2020). Baclofeno. Aeped.es. <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/baclofeno>
- Botero, J., Camargo, A. y Espinosa, E., (2017). Síndrome de Moebius: manifestaciones neurológicas, musculoesqueléticas y del lenguaje. *Repertorio de Medicina y Cirugía*. <https://www.elsevier.es/es-revista-repertorio-medicina-cirurgia-263-pdf-S0121737217300547>
- Cruz González, E., Martínez, F., Osmani, F., Fernández Cruz, A. C., Girbau Cruz, R. A., & Santiesteban Cruz, L. (2022) Fundamentos teóricos del cuidado de enfermería para la atención del recién nacido con atresia esofágica Theoretic foundations of the care of infirmery for the attention of the newborn ba-by with esophageal atresia. <https://congresosenfermeriacubana.sld.cu/index.php/enfermeria22/2022/paper/download/72/45>
- Madrigal Muñoz, A. (2007). Familias ante la parálisis cerebral. *Intervención Psicosocial*, 16(1). <https://doi.org/10.4321/s1132-05592007000100005>
- Nicklaus Children’s Hospital. (2021). ¿Qué es el síndrome de Moebius? [Nicklauschildrens.org](https://www.nicklauschildrens.org/condiciones/sindrome-de-moebius).
<https://www.nicklauschildrens.org/condiciones/sindrome-de-moebius>
- Peña Luyo, M. D. C. (2019). Intervención de enfermería a la familia en el cuidado ambulatorio del paciente con Tuberculosis multidrogoresistente del Hospital II Essalud, Cañete 2019.

<http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4464/MARIA%20DEL%20CARMEN%20PE%c3%91A%20LUYO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

PLM. (2022). DANTROLENO 20 MG. Medicamentosplm.com. https://www.medicamentosplm.com/cad/Home/productos/dantroleno_20_mg_polvo_para_soluci%C3%B3n_inyectable/2875/101/66036/136

Ramírez-Izcoa, Alejandro, Sánchez-Sierra, Luis, Rivas-Sevilla, Katherine, Varela-González, Douglas, & Alvarenga, Ramón. (2017). Síndrome de Moebius. Reporte de caso. Archivos de Pediatría del Uruguay, 88(3), 157-160. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492017000300157&lng=es&tlng=es.

RIVERA, M. (2019). Publicacion de Documentacion Digital - UMSS: Plan de asignatura de Farmacología – Enfermería. Umss.edu.bo. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/123456789/15313>

Rodríguez Iraizos, Laura. (2021). Publicacion de Documentacion Digital - UMSS: PLAN DE ASIGNATURA Y PLAN UNIDAD DE APRNDIZAJE ENFERMERIA BASICA EN OBSTETRICIA. Umss.edu.bo. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/123456789/21875>

Rodríguez, G. A. (2020). CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL ENTORNO QUIRÚRGICO: ANÁLISIS DE UNA SITUACIÓN. REVISTA SALUD Y SOCIEDAD UPTC ISSN 2389-8038, 4, 44. https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/issue/download/663/S%20y%20S%20Uptc%20Vol%205%20n%C3%BAm%201#page=45

Vejiga Neurógena

La vejiga neurógena se presenta con varios nombres se refieren a ella como espina bífida, mielomeningocele, y vejiga neurógena, hoy en día y siguiendo las normas para la estandarización de terminología del comité de la sociedad internacional de continencia, se habla de disfunción vesical neurógena (DVN) como termino más apropiado para definir los síntomas asociados a esta entidad (Martin, 2009, pp 1)

Etiología

Para poder tener el control de la orina, lo que denominaríamos continencia, tanto los músculos como los nervios del sistema urinario deben funcionar de manera correcta y coordinada. Cuando por causa determinada , la vejiga deja de hacer su función de llenado y vaciado de forma adecuada provoca este trastorno , la causa más común de DVN en niños es la disrafia neuro espinal , generalmente en forma de lesión abierta aunque cada día podemos ver más lesiones cerradas con la ecografía neonatal y la resonancia magnética , la mayor parte de estos pacientes presentan mielomeningocele , lipomeningocele , lipomas lumbosacros y agenesia de sacro hay niños con disfunción vesical asociada a malformaciones anorrectales en el síndrome conocido como mega vejiga y algún otro sin causa aparente , en los cuales los estudios del canal neuro espinal mediante resonancia magnética son normales , por ultimo también puede producirse por traumatismos medulares , tumores u otros enfermedades neurológicas como mielitis o encefalitis (Martin,2009, pp 1)

Signos y síntomas

La incontinencia por rebosamiento es el principal síntoma en los pacientes con vejiga flácida, estos retienen orina y tienen constantes perdidas por rebosamiento. Las complicaciones más comunes son las infecciones de vías urinarias recurrentes y los cálculos urinarios, puede producirse hidronefrosis con reflujo vesicouretral debido a que el gran volumen de orina hace presión sobre la unión

vesicouretral lo que causa disfunción con reflujo y en casos más grandes nefropatía (Shenot,2020)

Fisiopatología

La vejiga neurógena, puede tener un origen neurógeno urotelial, miogénico o idiopático, cualquiera de estos mecanismos puede producir la sintomatología urinaria asociada con la DVN. El aumento de la contractibilidad del detrusor hiperactivo en la vejiga neurogénica se debe a la hipersensibilidad de los receptores muscarínicos , la acetilcolina liberada por la vías del sistema nervioso parasimpático produce la activación de los receptores M3 responsables de la contracción de la vejiga , por otra parte la activación de los receptores M2 produce una reducción de adenosinmonofosfato cíclico previniendo la relajación , los fármacos antimuscarínicos actúan sobre la activación de la vía parasimpática que produce la contracción del detrusor. Han identificado 3 subtipos de receptores beta-adrenérgicos en el detrusor y el urotelio, los receptores beta- 3 adrenérgicos son predominantes con más de 97% del total de ARN mensajero del receptor beta-adrenérgico y se considera que es el subtipo principal implicado en la relajación del detrusor (Cózar,2014, pp 20)

Exámenes de laboratorio y gabinete

- Pruebas de SNC y de vejiga
- Estudios uro dinámicos (pruebas de la función de la vejiga)
- Examinar cráneo

Tratamiento farmacológico en vejiga neurógena

Nombre medicamento

Toxina botulínica

Nombre genérico

Toxina botulínica (tipo A)

Nombre comercial

Botox 100 U, Dysport 500 U

Efectos adversos

- Dolor, edema y hematomas en el lugar de la inyección
- Cefalea o síntomas similares a los de la influenza
- Ptosis
- Parálisis de bell o tialismo
- Queratoconjuntivitis seca
- Sequedad ocular o epifora ocular

Dosis

Solo se administra por médico especialista aún no se establecen número de dosis optimas (España, VV,2020)

Nombre medicamento

Clorhidrato de Oxibutinina

Nombre genérico

Oxibutinina

Nombre comercial

Ditropan, Dresplan

Efectos adversos

- Astenia
- Diarrea, vomito, flatulencias, anorexia, disfagia
- Agitación, convulsión, ansiedad, alucinaciones
- Cefalea, somnolencia
- Arritmia auricular
- Dificultad urinaria
- Faringitis
- Golpe de calor

Dosis

- En adultos de 5mg 3 veces al día (aemps,2021, pp 1)

- Niños mayores a 5 años dos comprimidos al día (aemps,2021, pp 1)
- Niños menores de 5 años no se recomienda este medicamento (aemps,2021, pp 1)

Cuidados de enfermería

Incontinencia urinaria

- Enseñar a tensar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano como si intentara orinar o defecar (Blanch,2020)
- Asegurarse de que el paciente puede diferenciar entre la elevación y la contracción del musculo deseado y el esfuerzo de pujo no deseado (Blanch,2020)
- Enseñar a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina (Blanch,2020)
- Enseñar ejercicios de suelo pélvico
- Enseñar a detener y reiniciar el flujo de la orina.
- Mantener un peso saludable
- Ingerir alimentos ricos en fibra
- Evitar alimentos que irriten la vejiga
- Mantenerse físicamente activo (caminar)
- Evitar bebidas que incrementen la producción de orina

Infección del tracto urinario

- Indicar que ingiera abundante agua
- Aplicar productos de higiene íntima con pH adecuado (7)
- Orientar sobre el uso de ropa interior adecuada (algodón)
- Si mantiene relaciones coitales realizar aseo antes y después de tenerlas
- Mientras utilice medicamentos abstenerse de mantener relaciones coitales

- No ingerir líquidos que irriten la vejiga como el alcohol y la cafeína
- Usar crema con estrógenos si tiene resequedad vaginal
- Enseñar a limpiarse su área genital de adelante hacia atrás
- Aumentar el consumo de alimentos diuréticos o con alto contenido de agua como la sandía, el perejil, el pepino.
- Tomar vitamina c ya que acidifica la orina impidiendo el crecimiento de bacterias.

Valoración patrones funcionales

1. *Percepción y Salud*

Orientado tiene conocimiento de la enfermedad que refiere, no consume sustancias toxicas de ningún tipo, no presenta ningún tipo de alergias.

2. *Nutricional y Metabólico*

facie expresiva e inteligente, atenta y con la mirada vivaz se explora en tono armonioso y apropiado de los músculos faciales, no presenta laceración alguna y ningún síntoma de deshidratación, presenta un peso de 34 y talla 1,28, IMC 13,28

3. *Eliminación*

cateterismo intermitente cada 3 horas con un calibre de 12fr prelubricado, incontinencia moderada técnica utilizada de catéter limpio.

4. *Ejercicio*

Movilidad media dependiente de ortopedia

5. *Sueño - Descanso*

Con ritmo circadiano sin alteración, con horarios de descanso adecuados y presenta una habitación adecuada para el descanso

6. *Cognitivo - Perceptual*

Se encuentra orientado en tiempo y espacio los órganos sensoriales no se encuentra alteración, presenta buena comunicación con todas las personas.

7. *Autopercepción - Autoconcepto*

Desarrolla fases de afectividad con las personas que le rodean, condición que permite elevar el estado de ánimo, estableciendo que la realidad consciente de su patología no le genera minusvalía.

8. *Rol - Relación*

Vive con sus padres y hermano tienen buena relación

9. *Sexualidad - Reproducción*

Presenta buena relación afectiva con las personas que le rodean

10. *Adaptación - Tolerancia al estrés*

Se adapta con facilidad a situaciones de estrés y sabe afrontarlas con tranquilidad

11. *Valores - Creencias*

Es católica por tradición sus padres le inculcan el culto a dios ambos son católicos y practicantes de la misma

Síndrome del espectro Autista

Es un trastorno del neurodesarrollo que afecta las habilidades socioemocionales y la contención de la conducta repetitiva. Se utiliza para definir el retraso cognitivo o síntomas específicos de la esquizofrenia, son discapacidades del desarrollo causados por diferencias en el cerebro. Las personas con TEA también podrían tener maneras distintas de aprender, moverse o prestar atención (Reinoso, 2017, pp 1)

Etiología

Es una afección relacionada con el desarrollo del cerebro que afecta de manera en la que una persona percibe y socializa con otras personas lo que causa problemas en la interacción social y la comunicación, comienza en los

primeros años de la infancia y a larga, provocan problemas para desenvolverse en la sociedad (Morales,2022)

Signos y síntomas

Las personas con TEA con frecuencia tienen problemas con la comunicación y la interacción social y conductas o intereses restrictivos o repetitivos, las personas con TEA también podrían tener maneras distintas de aprender, moverse o prestar atención, es importante señalar que algunas personas sin TEA también podrían presentar algunos de estos síntomas (CDC,2022)

Fisiopatología

Los procesos de percepción en interpretación del entorno sensorial , social y cultural ponen en marcha habilidades cerebrales innatas que requieren de la activación de gran parte de la corteza cerebral de la modulación cerebelosa y de los impulsos de las estructuras encefálicas de la paleo corteza se han propuesto marcadores biológicos que hasta ahora no se aceptan como específicos , en imágenes de resonancia magnética nuclear se detectan tendencias de crecimiento direccional axonal que difieren de las personas sin síntomas de autismo (Reynoso,2017,pp 3)

Exámenes de laboratorio y gabinete

- No hay prueba especial para los TEA
- Cuestionario: padres responden preguntas sobre el desarrollo y comportamiento del niño.
- Observación: observa como interactúa el niño.
- Pruebas: se le pide al niño que haga ciertas tareas.
- Análisis de sangre
- Pruebas de audición
- Pruebas genéticas

Enfermería básica

La enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo enfatizado en las relaciones humanas que garantiza la

ayuda el autocuidado , bienestar y confort previene enfermedades y establece un cuidado entorno a ellas así mismo en pacientes con vejiga neurógena se necesita cuidados especiales adaptados a su condición el personal de enfermería, realiza sondajes evacuatorios programados previamente, también se debe enseñar el auto sondaje para que así el paciente logre una buena técnica así ayudara a su independencia y autocuidado.

Comparando con el estudio sobre infecciones urinarias en niños con vejiga neurogénica y los patrones de resistencia a los uropatógenos nos indica;

Las infecciones del tracto urinario (ITU) en niños con vejiga neurogénica, pueden producir alteraciones tanto morfológicas como funcionales, y desencadenan una respuesta inmune que no siempre es evidente, las ITU son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, resulta de suma importancia un correcto diagnóstico de las mismas, para un buen tratamiento y así evitar las complicaciones y secuelas que puedan ocasionar. (Molin,2020, pp 1)

Por tanto, los pacientes con vejiga neurógena y patologías urinarias deberían tener el conocimiento y así mismo aprender técnicas de autocuidado.

Farmacología

La farmacología dentro de la enfermería nos ofrece mejorar el cuidado del enfermo de manera que al utilizar medicamentos de acuerdo a diferentes patologías y tener el conocimiento de los mismos ayuda a una correcta administración ,los enfermeros cumplen un papel muy fundamental ya que al conocer la dosis correcta y vías de administración correctas al momento de emplear el medicamento pueden ofrecer una recuperación eficiente en pacientes con vejiga neurógena nos enfocamos en la utilización de fármacos que nos ayuden a mejorar el funcionamiento de la misma.

Así mismo comparando con el estudio de protocolo diagnóstico y terapéutico de la vejiga neurógena indica;

La vejiga neurogénica (NB) es un trastorno funcional del tracto urinario inferior (LUT), secundario a un daño en las vías neuronales de la vejiga, la sintomatología depende del nivel anatómico y del grado de lesión, el diagnóstico se centra en la evaluación de la disfunción del LUT y la identificación de pacientes de alto riesgo de desarrollar daño en el tracto urinario superior, la evaluación clínica incluye: historia clínica (resaltando síntomas urológicos) y pruebas complementarias, principalmente pruebas urodinámicas utilizadas para evaluar síntomas de TUI, los principales objetivos del tratamiento son evitar el deterioro de la función renal y preservar los mecanismos de continencia, abarca desde medidas conservadoras hasta abordajes quirúrgicos complejos (principalmente cateterismo intermitente). (García-Moreno, 2019, pp 1)

Así mismo el tratamiento farmacológico como la administración de medicamentos es importante para aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida.

Fundamentos teóricos y bases epistemológicas del cuidado

Martha Rogers – Teoría de los seres unitarios

Los diferentes modelos y teorías pretenden describir y establecer la práctica de enfermería se asume que para existir una teoría de enfermería debe contener elementos relevantes para la misma así mismo entender el propósito de cada una de las teorías existentes por eso atribuimos en la patología de vejiga neurógena la teoría de seres humanos unitarios descrita por Martha Rogers la cual nos da a conocer sobre los campos de energía dinámicos integrados en los campos de los diferentes entornos y como se adaptan a cada uno de ellos de tal manera que intenta fomentar una interacción armoniosa en ambos campos con el propósito de reforzar y conseguir su máximo potencial.

Martha Rogers en su teoría nos expone la manera del hombre en la interacción con su entorno, describiéndola como campos de energía irreductible, perteneciente el uno del otro en plena evolución, dicho campo se puede ver afectado por diferentes factores, creando así una

interacción del hombre a un ser unitario o el mismo unificado.

Rogers define tanto la persona como la salud de una manera precisa en la que nos describe que la persona es campo de energía irreductible que durante su evolución se integran entre sí y usan continuamente la creatividad, así mismo utiliza el termino de salud pasiva para simbolizar un estado de buena salud y ausencia de enfermedad y dolencias graves así mismo fomenta que para tener una buena salud esta se connota en ayudar a los demás con oportunidades de una coherencia rítmica.

Por lo tanto, en la patología de vejiga neurógena se aplica la teoría de seres unitarios como un campo entre el enfermo y su entorno que se basa en adaptarse de acuerdo a su patología así generar bienestar tanto en el área hospitalaria como en su domicilio una recuperación exitosa.

Así mismo en el estudio de Teoría de seres humanos unitarios en el cuidado de la administración de medicamentos indica;

Para Martha E. Rogers el individuo es un todo único que necesita procesos de enfermería individuales que satisfagan las necesidades implicadas en el desequilibrio de un campo energético perteneciente a los principios hemodinámicos que ella establece en concordancia con el resultado de la valoración de la persona en todos sus campos o dimensiones se podrán brindar intervenciones para armonizar los principios hemodinámicos y el concepto de pan dimensionalidad necesarios para recuperar la energía del ser humano y mejorar la relación con el entorno; todo esto a partir de la premisa de diálogo entre el sujeto, la familia y el cuidador. (Tovar, 2021, pp 39)

Por lo tanto, la teoría de seres unitarios describe una ciencia y arte en la práctica del conocimiento de la enfermería.

Ética y moral

La ética en enfermería estudia el comportamiento de la práctica. En la profesión sirve de guía para tomar decisiones con el objetivo de brindar cuidados basados en la evidencia.

Los sucesos, hechos, valores y deberes en la práctica de enfermería, pueden vulnerarse, por tanto, las normas ético-morales se diluyen en la atención directa al paciente con patología de vejiga neurógena.

Con valores y principios éticos el cuidado de enfermería confluye hacia el bienestar y confort al paciente, siendo así, el enfoque dinámico radica en aportar acciones para la recuperación.

Así mismo en el cuidado de enfermería y humanización nos indica;

El rol fundamental al final de la vida es cuidando lo cotidiano y lo cercano, favoreciendo la escucha, el intercambio, estando atento a las emociones, ayudando a la persona a movilizar las capacidades y a mantener las relaciones significativas, podemos ayudarla a seguir viviendo incluso en el proceso de muerte, es ahí donde se puede encontrar el valor del cuidado y donde la enfermera aporta un valor cualitativo inestimable al proceso de atención. (Gonzalez, 2009, pp 5)

Por lo tanto, debemos respetar los deberes y derechos y así fomentar los valores éticos.

Bibliografía

Alcántara Montero, A. (2016). Novedades en el tratamiento médico de la vejiga hiperactiva. *Semergen*, 42(8), 557–565. [online] obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.10.006>

Martín, J. A., & Sánchez, B. (2009). Vejiga neurógena. *Anales de Pediatría Continuada*, 7(5), 270–274. [online] obtenido de [https://doi.org/10.1016/s1696-2818\(09\)72578-8](https://doi.org/10.1016/s1696-2818(09)72578-8)

Reboll, C. G. (2020, May 23). Vejiga neurógena: causas, síntomas y tratamiento. *Clínicas García Reboll*. [online] obtenido de <https://garciareboll.com/vejiga-neurogena-causas-sintomas-tratamiento>

Vejiga neurogénica. (n.d.). *Manual MSD versión para profesionales*. Recuperado de:

<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-urogenitales/trastornos-de-la-micci%C3%B3n/vejiga-neurog%C3%A9nica>

Vejiga Neurogénica. (n.d.). Clevelandclinic.Org. Recuperado de: <http://www.clevelandclinic.org/health/shic/html/s15133.asp>

Spain, V. V. (2020, January 27). Toxina botulínica tipo A. Vademecum.es; Vidal Vademecum. <https://www.vademecum.es/principios-activos-toxina+botulinica+tipo+a-m03ax01+m1>

Técnica, F., & Nombre, D. (n.d.). de 9. Aemps.Es. Retrieved June 9, 2022, from https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/57185/FT_57185.pdf

Medicos, P. (2020, June 19). Plan de cuidados de enfermería a una paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo. A propósito de un caso. Revista-portalesmedicos.com. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-a-una-paciente-con-incontinencia-urinaria-de-esfuerzo-a-proposito-de-un-caso/>

Pronóstico del Trastorno del Espectro Autista. (n.d.). Clínic Barcelona. Retrieved July 15, 2022, from <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-del-espectro-autista/evolucion-delta>

CDC. (2022, April 27). Signos y síntomas de los trastornos del espectro autista. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/signs.html>

Tratamiento del autismo y TEA en Valencia. Autismo, Asperger. (2016, April 29). Psiquiatra en Valencia. Consulta de Psiquiatría en Valencia, España. <https://neriamoralespsiquiatra.com/psiquiatria->

infanto-juvenil/tratamiento-trastorno-espectro-autista/

- Reynoso, C., Rangel, M. J., & Melgar, V. (n.d.). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. Medigraphic.com. Retrieved July 15, 2022, from <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172n.pdf>
- Evaluación de trastornos del espectro autista (TEA). (n.d.). Medlineplus.gov. Retrieved July 15, 2022, from <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/evaluacion-de-trastornos-del-espectro-autista-tea/>
- Molin, C., Del Valle, E., González, L., & Figueredo, L. (2018). Infecciones urinarias en niños con vejiga neurogénica y los patrones de resistencia a los uropatógenos más frecuentes. *Memorias Del Instituto de Investigaciones En Ciencias de La Salud*, 16(3), 44–50. [https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016\(03\)44-050](https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016(03)44-050)
- García-Moreno, A. M. L., Barroso Manso, A., Gandía Blasco, V. M., & Esteban Fuertes, M. (2019). Protocolo diagnóstico y terapéutico de la vejiga neurógena. *Medicine*, 12(75), 4455–4461. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.027>
- Vista de Teoría de seres humanos unitarios en el cuidado de la administración de medicamentos. (n.d.). Edu.co. Retrieved July 15, 2022, from <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2449/2952>
- Cuidado de enfermería y humanización. (2021). <https://librosdigitales.uce.edu.ec/index.php/PDU/catalog/view/6/13/358>

**Estudiantes Compiladores del Tercer Ciclo Carrera de
Enfermería Universidad Técnica. Catedra Prácticum 1**

Abrigo Palta Kerlin Madiley
Álvarez Sarango Krupskaya Katherine
Banda Capa Bryan Daniel
Armijos Salinas Marlys Nayrobi
Chiriboga Carrión Naomi Gabriela
Carrillo Diaz Álvaro Darío
Granda Granda Yhajaira Fernanda
González Morocho Dayanna Michelle
Cueva Quizhpe Gabriela Yomaira
Jumbo Pucha Ana Jesús
Guamán Romero Yessenia Katherine
Duran Sucunuta Anghy Daniela
Macas Hurtado Arelis Lisbeth
Loaiza Gálvez Irania Jamile
Jima Zumba Karen Cecibel
Medina Lucero María Cristina
Luna Paladines Stefy Marina
Poma Zapata Maroli Aracelly
Nole Salazar Cynthia Dennisse
Ordóñez Lara Daniela Anahy
Tenesaca Esparza Jhanela Raquel
Pinta Ramon Gabriela Alexandra
Paccha Granda Gabriela Elizabeth
Villalta Robles María José
Rojas Minga Kevin Josué
Peña Cedeño Silvana Carolina
Sucunuta Guambaña Denis Joel
Vera Suquilanda Anayeli Cristina
Vargas Palacios Paula Camila

Humberto Elizalde Ordoñez.

Docente Titular Universidad Técnica Particular de Loja
Phd en Enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo Perú
Magíster en Enfermería Clínico-Quirúrgico. Universidad Nacional de Loja
Licenciado en Enfermería. Universidad Técnica de Machala
Profesor de Segunda enseñanza. Especialización en Ciencias Naturales. Universidad Técnica de Machala
Egresado de la Carrera de psicología Clínica. Universidad Tecnológica San Antonio de Machala
Publicador de textos académicos y artículos científicos

Merí Isabel Ordoñez Sigcho

Directora-Docente Titular de la Carrera de Enfermería Universidad Técnica Particular de Loja. Doctor en Jurisprudencia. Universidad Técnica Particular de Loja
Magister en gerencia en salud para el desarrollo local. Universidad Técnica Particular de Loja. Abogado. Universidad Técnica Particular de Loja
Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica Particular de Loja
Licenciado en ciencias sociales políticas y económicas. Universidad Técnica Particular de Loja. Publicadora de textos académicos y artículos científicos

Carmen Verónica López Loján

Docente Titular Universidad Técnica Particular de Loja
Magister en gerencia en salud para el desarrollo local. Universidad Técnica Particular de Loja. Diploma superior en desarrollo local y salud. Universidad Técnica Particular de Loja
Especialista en gerencia y planificación estratégica en salud. Universidad Técnica Particular de Loja. Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Loja
Publicadora de textos académicos y artículos científicos

Evelyn Adriana Elizalde Ordóñez

Licenciada en enfermería. Graduada en la Universidad Católica de Cuenca.

Erika Tatiana Cañar Torres

Licenciada en enfermería. Graduada en la Universidad Católica de Cuenca.

ISBN: 978-9942-33-597-5



9 789942 335975

compAs
Grupo de capacitación e investigación pedagógica



@grupocompas.ec
compasacademico@icloud.com