

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1 Valoración de Enfermería

3.1.1 Historia de enfermería

◆ *Datos básicos de ingreso:*

- Usuario de nombre C.H.C., con fecha de ingreso 2 de mayo de 1999 a las 13:30 horas.
- Persona para contactar: M.C.L. (madre), sin teléfono.
- Domicilio: Calle Venado Cola Blanca #423, col. El Bosque...
- Llegó de su domicilio acompañado por su familia y por su propio pie.
- Motivo de hospitalización y/o solicitud de atención fue "por presentar vesículas en mejilla izquierda".
- Fecha de último ingreso en el hospital: aproximadamente a los 2 años de edad, cuando "fui operado de circuncisión".

Antecedentes personales

→ Patológicos

El usuario refirió haber presentado varicela y sarampión en su niñez y una circuncisión a los dos años de edad, refiere no acordarse qué medicamentos recibió.

→ No patológicos

Comentó que nació en 1984 el 27 de abril a las 13:30 horas, fue parto normal. Refirió que se le aplicaron todas las vacunas, sin acordarse cuáles fueron.

→ Heredo-familiares

Madre de 35 años, con antecedentes de un aborto hace aproximadamente 3 a 4 años, en el cual le indicaron reposo (médico). Padre de 38 años, padece de "presión alta", en el cual se le ministran medicamentos como el Adalat. Los datos de familiares cercanos se desconocen porque el usuario no ha tenido mucho contacto con ellos, porque se separaron por cambio de residencia.

Patrones Funcionales de Salud

Patrón de mantenimiento y percepción de la salud

“Anteriormente me sentía sano, ya que realizaba mis actividades cotidianas y ahora no puedo debido a que puedo recaer otra vez”.

Refiere iniciar con este problema hace tres semanas aproximadamente, en el cual “me empezaron a salir ronchas en la mitad de la cara izquierda”, presentando comezón y coloración rojiza, por lo que su “mamá” lo llevó al médico porque pensó que era una alergia, pero como no se le quitaba, ingresó al área de Urgencias del Hospital ISSSTE, en el cual se “me internó pero yo no daba mi aprobación porque iba a perder la escuela y estábamos en exámenes, entonces se me informó que era una enfermedad muy peligrosa y contagiosa, en la cual podía perder mi ojo y no tuve otro remedio que quedarme”, comenta que ese día fue internado “a mí y a mi madre se nos hicieron una serie de preguntas, que si me había dado sarampión, paperas o varicela”, haciendo referencia que no se acuerda del tratamiento recibido.

Nos refiere que su salud en este momento siente que es buena, haciendo énfasis “que no dejó secuelas”.

En cuanto a hábitos de cuidados bucodentales, dice que son tres veces al día usando enjuagues bucofaríngeos como es el "Astringosol y pasta dental", pero como a toda persona, "me sale mal aliento, asimismo mi higiene general es baño diario de 2 a 3 veces al día, cambiándome de ropa cada vez que me baño, asimismo lavado de manos en cada momento que lo necesite, antes y después de comer y usar el sanitario".

Comenta no consumir tabaco ni bebidas "embriagantes" en ninguna cantidad ni calidad, refiere presencia de alergias al "chorizo" y a los mariscos "teniendo ronchas, enrojecimiento y mucha comezón" en todo el cuerpo.

Refiere no asistir a revisión médica, ya que no es enfermizo o necesario.

Comenta realizar juegos preferentemente en la escuela, perteneciendo a un club de baloncesto y se llama "Halcones", haciendo diversos deportes (atletismo, baloncesto) comentando que es bueno para el "desarrollo que el cuerpo humano necesita", pero aunque "ahorita tenga reposo indicado, realiza muy poco y muy raro ejercicio físico".

No refiere utilizar algún remedio casero en el tiempo que transcurrió su enfermedad, pero cuando le duele el estómago, su mamá le da té de canela o de manzanilla.

El usuario nos refiere conocer el motivo por el cual fue hospitalizado, ya que su enfermedad "es muy contagiosa" según le informaron los médicos y personal de enfermería, además tenía que guardar mucho reposo y aceptar el tratamiento que se le indicara para poder recuperarse.

Por lo tanto refiere que acepta y sigue indicaciones médicas al pie de la letra porque se quiere aliviar pronto y volver a sus actividades diarias como es la escuela.

Condiciones de la vivienda:

Menciona que su casa es propia, construida a base de block, techo de concreto, piso de cemento y azulejo, cuenta con 5 habitaciones, 2 recámaras: una es de los padres y la otra es propia; la de "mis padres está integrada por una cama matrimonial, un closet grande empotrado en la pared, un Cristo de madera al nivel de la cabecera de la cama, una imagen de la virgen de Guadalupe". Comenta que su habitación es para él solo y cuenta con una cama individual, un closet chico y arriba de la puerta tiene un Cristo de madera y una imagen de la virgen de Guadalupe.

La cocina dice que cuenta con un refrigerador, una ventana, un lavatrastes, una estufa de gas, un comedor con sus tres sillas hechos de material de mimbre de color azul con gris, la sala cuenta con tres piezas (sillones) de color gris y otros combinados, en el centro de la sala se encuentra una mesa de cristal con un arreglo floral, también comenta que el baño se encuentra al final de las habitaciones de la casa y está construido a base de block, cemento, azulejo, con sanitario inglés más mingitorio, también la regadera, tiene puertas corredizas de color azul cielo.

La iluminación natural tiene 5 ventanas, una en cada cuarto, una en la cocina, una en el baño y la otra en la sala y la iluminación artificial refiere tener aire acondicionado de tamaño grande para toda la casa y focos de 60 watts, también cuenta con 5 puertas de madera, una en cada cuarto, una en la entrada principal, otra en el baño y la última en la salida al corral.

El aseo diario de la vivienda se hace por lo regular en las tardes "y yo les ayudo cuando me quedo en las mañanas, los trastes se lavan en la noche para que queden listos para en la mañana".

Dice que hay presencia de cucarachas y moscas en "poca cantidad", utilizando fumigante, más en la temporada de calor, para que no haya tanto

animal. Hay perros y gatos, pero no se dejan adentro de la casa y son animales que ni propios son "aquí no tenemos porque no nos gustan".

Patrón nutricional metabólico

Refiere que su alimentación es de tres veces al día y en "ocasiones entre comidas consumo alguna fruta".

<i>Desayuno</i>	<i>Comida</i>	<i>Cena</i>
2 huevos	1 plato con acelgas,	Liculado de frutas,
1 vaso con leche	caldo de verduras con	cereales, leche y
Cereales	carnes rojas o pollo,	"otras cosas".
Fruta (manzana, plátano, pera, etc.)	pero en poca cantidad.	
Frijol acompañado de 4- 5 tortillas de maíz o de harina.		
1-2 pan dulce ó 4-5 pan integral		

"Los alimentos que más me desagradan son el chorizo de puerco y los mariscos".

Comenta que la ingesta de líquidos es de aproximadamente 2 litros diarios, incluyendo aguas frescas, refiere no tener cambios en el apetito, ni variaciones en su peso en los últimos seis meses, comenta que no tiene dificultad en la deglución de algún líquido o alimento.

Refirió presentar al inicio de su enfermedad ampollas en la mejilla, que contenían líquido "fétido" en mucha cantidad, las cuales le dolían mucho "y me preocupaba que me fueran a quedar cicatrices, pero al paso de los días desaparecieron".

Manifiesta no tener alteraciones en el cuero cabelludo, ya que lo presenta sin cicatrices, con buena distribución e implantación, comenta que su cabello es así de lacio y sin alteraciones.

Patrón eliminación

Refiere que las evacuaciones son "redondeadas" y en ocasiones blandas o duras, de color marrón, "normales, sin esfuerzo", no tengo pujos o tenesmo y no uso laxantes o remedios caseros, ya que siento que no los he necesitado y me "hecho muchos gases cuando llego a comer frijol únicamente", pero no tomo algún medicamento o té, sólo "cuando me duele el estómago".

La eliminación *urinaria*: refiere que es según la ingesta de líquidos, es lo que orina y es de color ámbar sin tener algo anormal como sangre, dolor u otra cosa, comenta ingerir muchos líquidos, normalmente en las tres comidas, para satisfacer su sed, orina de 1500 a 1900 ml. diarios, pero por la noche en ocasiones se levanta a orinar.

Patrón de actividad y ejercicio

Refiere tener cambios y “aceleraciones o palpitaciones” a nivel del corazón al realizar esfuerzo en una actividad o deporte, aunque actualmente no realiza muchas actividades por el reposo que le indicó el médico, refiere que se cansa rápido, pero es por falta de ejercicio porque “antes de que me enfermara no me sentía así”, no ha presentado alteraciones vasculares, comenta “sentirse muy lento y que le duelen las articulaciones del cuerpo, principalmente las piernas”.

Refiere pasarse sus ratos libres viendo televisión, de preferencia los deportes por las mañanas y antes de dormirse (noche), con un “tiempo indefinido”, nos informa que actualmente casi no sale a pasear, debido a que por el momento debe “guardar reposo”.

Refiere no tener “várices en miembros inferiores, ni haber tenido alguna dolencia”.

Patrón sueño y descanso

Refiere que duerme de 6 a 8 horas en la noche sin hacer siestas durante el día, sólo en ocasiones no puede conciliar el sueño y utiliza "libros, tareas y alguno que otro trabajo de la escuela para leer y poder dormir", pues no utiliza medicamentos para dormir, en "ocasiones escucha música de diferentes tipos", y así puede conciliar el sueño "no refiere tener cambios de humor, comenta que no presenta ojeras, ya que duerme muy "a gusto sin grandes preocupaciones".

Patrón cognitivo perceptivo

Refiere escuchar "adecuadamente" todo lo que se le dice, nunca ha escuchado ruidos o zumbidos en ninguno de sus oídos ni "mucho menos necesitar accesorios para oír", aunque se limpia frecuentemente los oídos por presentar cerumen de color amarillo en ambos oídos, nunca ha recibido tratamiento médico, "pues no ha habido necesidad de ello".

Refiere ver bien a cualquier distancia, no usa lentes especiales, con buen olfato sobre todo en las cosas que le gustan o le desagradan.

Su memoria dice que es buena, refiere recordar todo lo que ha pasado, recuerda fechas importantes como su nacimiento y cosas actuales

de cómo empezó su enfermedad, comenta que sabe dónde se encuentra, dónde vive, qué fecha es y qué medicamentos toma.

Refiere que es muy sensible a los cambios de temperatura, sobre todo en la región afectada por el herpes (su mejilla izquierda), refiere tener muy buena memoria leyendo o escuchando alguna lectura y memorizando algún recuerdo o un acontecimiento actual o pasado importante.

Refiere tener dificultades para tomar decisiones con sus cosas personales y que a veces tiene que pedir “consejos a su mamá, lo que me molesta mucho porque no me dejan ser independiente y tener autoridad de mí mismo”.

Patrón de autopercepción y autoconcepto de sí mismo

Refiere el usuario que cuando llegó al hospital se puso un “poco preocupado por el dolor y miedo de deformación en su parte izquierda del rostro” debido a las ampollas e inflamación que tenía, comenta que tiene temor a las cicatrices, que lo hagan sentirse diferente ante su círculo de amigos, familia y de él mismo, comenta que otra preocupación es volver a la enfermedad, refiere que se siente “optimista”, con deseos de salir adelante, superarse, y otra de sus más grandes preocupaciones es de “perder a uno de mis seres queridos”, que son “mis padres”, o “alguien que me guste o

quiera mucho" como una "novia", refiere que nunca ha tenido ideas de suicidio y los últimos cambios en su vida es no poder decidir lo que "yo quiero" y "hacer lo que me plazca", lo que le ayudaría a sentirse mejor en estos momentos es que mis padres me den "libertad y autoridad aunque no sea total", comenta que le enfada que lo traten como un "niño", refiere que sí tiene buena comunicación con sus padres, pero en ocasiones me "desespero mucho".

Patrón de rol-relaciones

Menciona que es hijo único, de 15 años de edad, es estudiante de secundaria (tercer año) y comparte la vivienda con sus padres únicamente.

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>Ocupación</i>
R.C.H.	38 años	Masculino	Administración de empresas
M.C.L.	35 años	Femenino	Secretaria

Refiere ser independiente y más económicamente de sus padres, no presenta dificultad para comunicarse "sólo cuando quiere tomar una decisión", ya que existe muy buena relación con sus padres, vecinos y amigos; nos comenta que al principio de su enfermedad tenía un poco de dificultad para hablar, ya que tenía ampollas en su lado izquierdo de la boca

y que eso al hablar le resultaba doloroso y ahora sólo en ocasiones presenta ligero dolor.

Comenta que se encuentra en tratamiento ya antes mencionado, dice que pertenece a un club de baloncesto, llamado "Halcones" que pertenece a la escuela secundaria en la que estudia y se compone de 11 integrantes.

Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés

Refiere el usuario presentar preocupación, y eso lo lleva al estrés, como el que vuelva la enfermedad y otra cosa que no me dejan ser independiente y eso me molesta mucho que en ocasiones se "enoja y refiere que no tiene otro remedio que aguantarse", salir adelante y comentó que por supuesto realiza algo para que se le quite el estrés, como leer libros y escuchar música, y esto me pasa a veces seguido, como dos veces a la semana porque quiero salir y no me dejan y a veces 3 ó 4 veces al día.

Patrón sexual-reproducción

En lo sexual refiere que le preocupa el que le vayan a quedar cicatrices y que las muchachas se burlen y ya no se fijen en él.

Refiere que no ha tenido experiencias sexuales, pero que le "encantan las mujeres".

No se ha practicado exámenes testiculares, pues no ha tenido problemas en ese aspecto. Pero conoce métodos anticonceptivos y sexo seguro.

Patrón valores y creencias

Refiere que en lo particular pertenece a la religión católica pero no la practica constantemente, ya que sólo y a veces cumple con algunos reglamentos de la iglesia, en la cual se le "inculcó desde su infancia", comenta que no se requirió de apoyo espiritual cuando estaba hospitalizado y en el domicilio de vez en cuando platica de cosas de la iglesia porque mi madre sí es "muy apegada a la religión" pero lo más importante es mantener los valores morales, ya que tienen mucho que decir, como el conservar la familia unida. Comenta que va a misa algunos domingos y también que le molesta la violencia y la injusticia cuando es en contra de un ser más débil y por último, es conservar el respeto a los mayores así como ser "un buen hijo".

3.1.2 Examen físico

Usuario C.H.C. masculino de complexión delgada de edad cronológica 15 años y edad aparente de 17 años, aliñado con facies de dolor intermitente de 1 hasta 5 (en escala del 0 al 10), atento, alerta, colaborador al interrogatorio y exploración física. Presentando una postura libremente escogida de expresión verbal y facies de dolor, presentando memoria retrógrada, anterógrada, ubicado en sus 3 esferas: tiempo, persona y lugar (6 puntos estimados).

Signos vitales

Temperatura: 36.5° C (axilar)

Pulso: 78x' fuerte, rítmico, palpable, con facilidad en arteria radial del brazo derecho.

Respiración: 19x'eupnéica, rítmica, torácica.

T/A: 120/80 en brazo derecho, posición sentado.
110/80 brazo izquierdo, posición acostado.

Respiratorio circulatorio

Tórax elíptico de piel lisa íntegra, hidratada, sin presencia de vello, color moreno claro, la respiración es de tipo diafragmática, rítmica de 19x', sin tirajes intercostales.

La tráquea es movable, si alguna alteración, los movimientos respiratorios son de amplexación y amplexión.

Las mamas son simétricas, íntegras, color café, el pezón es café oscuro, con retracciones, sin presencia de secreción ni vello. En los campos pulmonares presenta murmullo broncovesicular al momento de la inspiración y expiración, la tos es seca esporádica, sin esfuerzo, ausencia e ruidos sobreagregados, el pulso carotideo es regular 78x' no se auscultan soplos, su red venosa no es visible, su llenado capilar (es menos -3), no presenta catéter de algún tipo.

Patrón nutricional metabólico

El usuario mantiene un peso real de 60 kg. y talla real de 1.60 mts., encontrándose dentro de los parámetros normales, es de complexión delgada. *Piel:* íntegra, color moreno claro, hidratada.

Cabeza: Normocefálica proporcional al resto del cuerpo en movimientos de flexión 45°, extensión 70° y lateralización, cuero cabelludo, hidratado, limpio, cabello color negro, abundante, bien implantado, distribuido, a la palpación no se encuentran hundimientos ni zonas dolorosas.

Mucosa bucofaríngea: labios íntegros, hidratados, simétricos. Mucosa oral íntegra, hidratada, la higiene presenta halitosis, lengua saburral, úvula con buena movilidad, presenta reflejo nauseoso a la exploración con abatelenguas. Piezas dentarias completas, íntegras, frenillo centrado sin alguna alteración, la higiene bucal presenta halitosis.

Estado de uñas: están íntegras, limpias de formas cuadradas, cortas su llenado capilar es de 2 segundos.

El abdomen es plano, de 55 cm. de diámetro, simétrico, blando, de color moreno claro. Sin alguna alteración presente, a la auscultación presencia de ruidos peristálticos hiperresonantes, a la palpación se toca borde hepático, sonido mate sin presentar alguna molestia, no tiene

presencia de visceromegalias, sin sondas, presenta una cicatriz umbilical a nivel de mesogastrio, íntegra y limpia.

En extremidades inferiores: la derecha tiene presencia de una cicatriz localizada en región de rodilla de 5 cm. aproximadamente con bordes regulares y en la izquierda no se observó alguna alteración o anomalía.

Patrón de eliminación

Defeca una vez al día una evacuación de aproximadamente 700 gr. (estimados), sin mucho esfuerzo, con heces cilíndricas de color marrón, fétidas, de consistencia blanda, sin presencia de sangre u otras anomalías (en ocasiones presenta cuadros esporádicos de estreñimiento).

La exploración perianal y perineal se omite por la edad del usuario (15 años) y porque no se estima relevante según la historia de enfermería.

La eliminación urinaria es de 4 a 6 veces al día y sus características son de color ámbar de aproximadamente 2,000 ml. en

24 horas, y 350 ml. por micción, sin referir dolor ni alguna otra alteración.

Patrón cognitivo perceptivo

Ojos: con pestañas intactas de color negro, con reflejos pupilares presentes al contacto con la luz, iris de color café. Al aplicar la carta de Snellen, alcanzó a ver las diferentes letras y números a 6 mts. (20/20) en ambos ojos.

Ojo derecho sin anormalidades.

En ojo izquierdo a nivel de esclerótica se observa enrojecimiento, el cual todavía se encuentra en tratamiento médico a base de cloranfenicol ungüento y aciclovir pomada.

Los conductos lagrimales se encuentran permeables a la oclusión digital.

Ambos oídos externos se encuentran con pabellones auriculares sin lesiones, se observa vello fino.

Conductos auditivos en forma de S, membranas timpánicas de color aperlado con presencia de cerumen sin lesiones; no presenta dificultad para escuchar ruidos a 30 cm. de distancia y con prueba de tic tac del reloj.

Olfato intacto con nariz en forma aguileña, tamaño regular, fosas nasales bien hidratadas, con buena ventilación y con presencia de cilios, resultó positiva la prueba del estornudo al pasarle una pluma de algodón, no presenta aleteo nasal.

Tacto con buena sensibilidad, pues a la prueba del dolor retiró rápidamente sus manos, el nivel estimado de tolerancia es de 1 en la escala de 1-5.

Patrón de actividad y ejercicio

Frecuencia cardiaca al caminar de 89 por minuto y acostado en reposo es de 72 por minuto su fuerza de presión de manos es fuerte y la resistencia al empuje es muy fuerte, en miembros inferiores también se observa un buen tono muscular.

Arcos de movimientos en articulaciones son completos (45-40°).

Tono muscular es adecuado pues se levanta solo, sin temblores, camina libremente por el cuarto, se baña solo, solamente se auxilia en su alimentación, pues al tener instalada la venoclisis se le limitan los movimientos. El nivel de autocuidado es de 0, independiente.

3.1.3 Resultados de estudios de laboratorio

Electrolitos

	<i>Resultados</i>	<i>Cifras normales</i>
<i>Sodio</i>	138 MEQ/L	135-145 MEQ/L
<i>Potasio</i>	4.35 MEQ/L	3.5-5 MEQ/L
<i>Cloro</i>	103 MEQ/L	96-106 MEQ/L

Química Sanguínea

	<i>Resultados</i>	<i>Cifras normales</i>
<i>Glucosa</i>	96 MEQ/L	70-110 MEQ/L

3.1.4 Documentación

Datos de Identificación:

C.H.C. de 15 años de edad, sexo masculino, estado civil soltero, sin teléfono, originario de Hermosillo, Sonora, con domicilio actual en el sur de la ciudad, Calle Venado Cola Blanca #423, colonia El Bosque.

Ingresó el día 26 de mayo de 1999 al Hospital ISSSTE, al Servicio de Medicina Interna, cama 105, con diagnóstico médico de Herpes Zoster con motivo de atención por presentar vesículas en región de hemicara izquierda.

Antecedentes personales:

→ Patológicos:

En su infancia presentó sarampión, varicela y parotiditis. Sin recordar edad ni tratamiento, no recuerda haber padecido alguna otra alteración.

→ No patológicos:

Nació el día 27 de abril de 1984 a las 13:00 P.M., siendo un parto normal, hijo único de la familia. Con esquema completo de vacunación.

→ Heredofamiliares:

Madre de 35 años de edad, con antecedentes de un aborto espontáneo. Padre de 38 años de edad, padece de hipertensión arterial controlada con medicamentos.

Sin más información de datos heredofamiliares.

Resumen de inicio y evolución del padecimiento actual

El usuario ingresó a la institución del ISSSTE el día 26 de mayo de 1999, al Servicio de Urgencias, posteriormente fue hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna en la cama número 105, por presentar vesículas en hemicara izquierda, comezón y enrojecimiento de la piel. Posteriormente durante su estancia hospitalaria presenta en las vesículas líquido sero-hemático en abundante cantidad, por lo cual fue valorado por el médico especialista "dermatólogo" agregándosele dolor intermitente e intolerante de larga duración, por lo cual se le diagnosticó "Herpes Zoster" de hemicara izquierda.

Tratamiento médico

Se instala venoclisis en miembro derecho, cara interna del antebrazo, con solución glucosada al 5% de 1000 ml. para 24 horas,

administrándosele Aciclovir de 400 mg. I.V. cada 6 horas, Aciclovir ungüento en región izquierda de ojo izquierdo y Cloranfenicol gts. en mismo ojo lesionado cada 6 horas, además de fomentos de Permanganato de potasio en lesiones cada 8 horas. Asimismo, realizándosele exámenes de laboratorio "electrolitos", sodio 138, cloro 103, potasio 4.35, glicemia 96 y tipo de sangre "A" positivo.

Patrones Funcionales de Salud

Patrón de mantenimiento y percepción de la salud

Se considera sano, no percibe como enfermedad al Herpes Zoster, siempre y cuando pueda seguir con sus estudios. Está llevando a cabo su tratamiento, así como sus indicaciones médicas, se pudo comprobar con la visita domiciliaria que la vivienda se encuentra en condiciones higiénicas, así como los espacios y habitaciones adecuado para el número de miembros, ventilación e iluminación suficiente.

C.H.C. se encontró bien aliñado, limpio, optimista, colaborador y alegre, ya que el dolor ha disminuido considerablemente, llevando a cabo su tratamiento. No existen antecedentes de tabaquismo ni consume ninguna sustancia adictiva.

Por lo tanto este patrón se considera funcional, aunque su percepción de la salud es de acuerdo a su modo de participación en su rol de estudiante.

Patrón nutricional metabólico

Su peso es de 60 kg., estando dentro de los parámetros normales e ideales en relación con su talla de 1.60 mts. y edad, su complexión es delgada.

Su alimentación está basada en cereales, frutas y verduras, mínima cantidad de lácteos y proteínas de origen animal y cantidad de líquidos de 2,000 ml. en 24 horas.

Su apetito no ha disminuido durante su hospitalización, presenta lesiones vesiculosas de hasta 3 cm. de diámetro en toda la región de hemicara izquierda, con dolor a la palpación y promedio de temperatura de 36.7°C en 24 horas. Los estudios de electrolitos realizados se encuentran dentro de parámetros normales según reporte (sodio 138 meq normal 135-145, potasio 4.35 meq/l normal 3.5-5 meq/l, cloro 103 meq/l normal 96-103/l, glucosa 96 mg/dl normal 70-110 mg/dl).

Por los hallazgos anteriores este patrón se considera disfuncional dado que existen alteraciones en la integridad cutánea y una mínima ingestión de proteínas animales requeridas para una adecuada recuperación tisular y para el crecimiento y desarrollo (etapa de la adolescencia).

Patrón de eliminación

En cuanto a la eliminación, evacua diariamente, de consistencia blanda de color marrón y en ocasiones cada dos semanas presenta un cuadro de estreñimiento, no presenta molestias a la micción y sus características son de color ámbar.

Este patrón se considera actualmente disfuncional, ya que presenta episodios de estreñimiento relacionado con la disminución de la actividad física por reposo de 6 días de evolución.

Patrón actividad ejercicio

El nivel de autocuidado alcanzado al medirse fue totalmente independiente, ya que realiza higiene personal, alimentación, vestido y movilización dentro de los límites normales, pero realiza ejercicios activos y pasivos (de corta duración) por períodos mínimos, llevando a cabo en

algunas ocasiones actividades de higiene personal. Se observa incapacidad para realizar actividad como ejercicio físico, y rigidez en extremidad inferior izquierda y el reposo recomendado e indicado.

Este patrón se considera disfuncional ya que presenta limitación en el ejercicio físico en los que se requiere esfuerzo y tiempo, presenta rigidez de miembro inferior izquierdo con disminución de arco de movimiento a 45 grados.

Patrón de sueño descanso

Presenta patrón de 6 a 8 horas diarias de descanso en la noche sin hacer siesta durante el día, acostumbra a leer libros para conciliar el sueño, considerando que las horas que acostumbra a dormir son suficientes, sintiéndose descansado, sin cambios de humor u otra alteración en el organismo.

Este patrón se considera funcional, ya que no presenta alteraciones en el ciclo sueño vigilia.

Patrón cognitivo perceptivo

Se considera una persona sana, muy optimista, ubicado en las 3 esferas: lugar, tiempo y espacio (6 puntos estimados), con lenguaje claro y

en buen tono, con buena memoria, recuerda hechos pasados como su enfermedad desde que inició, su fecha de nacimiento, tiene muchos deseos de salir adelante; lo que le preocupa es no poder volver a la escuela pronto y recaer, por lo que se cuida mucho y está pendiente de que su tratamiento se siga como dice el médico. Presenta buena agudeza visual en ambos ojos (20/20), su sensibilidad al tacto es espontánea (respuesta súbita).

Por lo anterior, este patrón se considera funcional.

Patrón de autopercepción y concepto de sí mismo

El usuario se encuentra temeroso a las recaídas, pues está pasando por una enfermedad que lo ha sacado de sus rutinas, lo ha aislado de sus amigos y lo ha sometido a un tratamiento que en ocasiones "es muy doloroso", además tiene temor a las cicatrices, pero a pesar de esto se encuentra consciente de ello, es optimista y cree en su recuperación total.

Por lo tanto este patrón se considera en riesgo disfuncional.

Patrón rol relaciones

C.H.C. se desempeña como estudiante deportista que depende de los ingresos de sus padres (ya que los dos trabajan) y considera que le cubren todas sus necesidades económicas, tiene buenas relaciones con ellos, además, se rodea de un grupo de amigos que estudian también y según pudimos comprobar en la visita domiciliaria, es muy apreciado, se observa que de acuerdo a su etapa de desarrollo (adolescencia), presenta sentimientos de dependencia, lo que en ocasiones tiene que discutir con sus padres, pero él dice que los respeta y acata sus órdenes.

Por lo anterior se estima un patrón funcional.

Patrón sexual-reproducción

C.H.C. no ha tenido experiencias sexuales, pero conoce acerca de temas de sexualidad y sexo seguro. No se ha practicado exámenes de ninguna clase al respecto pues no ha habido necesidad de ello, no se ha detectado alguna anomalía que le obligue a ir a una revisión médica o de enfermería, solamente el antecedente de circuncisión en su infancia, cabe mencionar que no se ha realizado exploración de genitales por respeto a su individualidad y porque el problema motivo de estudio no nos llevó a esto, además la etapa de adolescencia en que se encuentra y por su actitud segura de lo que dice.

Por lo que este patrón se considera funcional.

Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés

Su principal preocupación es que le queden "cicatrices en la cara, presenta dolor intermitente en hemicara izquierda" que sólo se da con analgésicos (1 tab. DPS), además de que está "perdiendo clases importantes" pero confía en su pronta recuperación y el volver pronto a sus actividades cotidianas.

Este patrón se considera disfuncional por la magnitud de la convalecencia de su enfermedad y porque no podrá ir a la escuela hasta su total recuperación y requiere de conocer formas de enfrentar la situación.

Patrón de valores y creencias

Para él lo más importante es recuperar su salud, su familia y regresar a la escuela con sus amigos, que le aprecian y le animan a que siga adelante, tiene valores morales que le han inculcado sus padres como el amor, el respeto, comprensión, ternura, obediencia, la rectitud, etc. Desea regresar a la iglesia y con respecto a esto, practica la religión católica.

Este patrón se considera funcional.

Fortalezas Identificadas

- ◆ Cuenta con sus padres, que le ayudan a seguir adelante y están pendientes de todo lo que le sucede (familia funcional).
- ◆ Cuenta con una situación económica estable, pues sus padres trabajan (los dos).
- ◆ Pertenece a un club de deportistas, que lo animan para que se recupere pronto.
- ◆ Cuenta con el servicio médico del ISSSTE.
- ◆ Edad: 15 años.

3.2 Diagnósticos de Enfermería

1. Dolor en hemicara izquierda R/C presencia de numerosas vesículas de 3-4 centímetros de diámetro M/P expresión verbal y facial.
2. Ansiedad R/C estancia prolongada y procedimientos invasivos y pérdida de clases escolares, además de tener visitas restringidas M/P expresión verbal y facial, preocupación y sueño inquieto.

3. Intolerancia a la actividad R/C reposo prolongado (seis días) M/P debilidad muscular y mareos al levantarse.
4. Riesgo de infección en hemicara izquierda R/C defensas primarias inadecuadas, pérdida de la continuidad de la piel M/P presencia de vesículas de 3 a 4 centímetros de diámetro.
5. Estreñimiento R/C reposo en cama prolongado, además de disminución en la ingesta de líquidos y actividad física M/P evacuaciones pastosas cada tres días.
6. Deterioro de la interacción social R/C aislamiento estricto (terapéutico) con Herpes Zoster M/P expresión verbal y facies de preocupación por no poder ir a la escuela y con sus amigos.
7. Conflicto de decisiones R/C actitud sobre protectora de sus padres M/P manifestación de inseguridad, pide ayuda constantemente y actitudes esquivas esporádicas.
8. Alteración de la mucosa oral R/C dificultad para el movimiento de cepillado de dientes y venoclisis instalada M/P halitosis constante.
9. Deterioro de la integridad cutánea R/C proceso viral (Herpes Zoster) y desconocimiento de medidas de prevención de infecciones M/P vesículas con líquido sero hemático.

10. Riesgo de deterioro de la movilidad física R/C disminución en el patrón de ejercicio, venoclisis en miembros torácicos, reposo prolongado en cama (seis días) M/P expresión verbal y facial.

3.3 Problemas Interdisciplinarios

1. C.P. Meningitis secundaria a diseminación hematológica del Herpes Zoster.
2. C.P. Neuralgia secundaria a lesión de nervios sensitivos.
3. C.P. Ceguera total secundaria a lesión del nervio óptico por esclerosis y lesión corneal.

3.4 Plan de Cuidados

NOMBRE: C.H.C. SEXO: Masculino NÚMERO DE CAMA: 105
FECHA DE INICIO: 2 de mayo de 1999 EDAD: 15 años
SERVICIO: Medicina Interna DX MÉDICO: Herpes Zoster

Diagnóstico de enfermería:

1. Dolor en región de hemicara izquierda R/C vesículas con líquido sero hemático de 3-4 centímetros de diámetro M/P expresión verbal y facial.

Objetivos para el usuario:

Logrará disminuir la intensidad y duración de dolor en un lapso de 20-30 minutos.

Intervenciones de enfermería:

- Determinar un sistema de medición de la intensidad del dolor con una escala de (0 al 10) de manera congruente.
- Toma de signos vitales cada hora y registrarlos.
- Proporcionar técnicas de relajación y distracción, visualización y aplicación dos veces por turno.
- Ofrecer un ambiente terapéutico agradable, sin ruidos y de tranquilidad.

- Brindarle más comunicación con sus seres queridos y compañeros. Solicitar que lo visiten diariamente.
- Proporcionar algún tipo de distracción recreativa, motivación para leer revistas, ver televisión, dibujar, etc.
- Ministración de analgésicos antes de que el dolor aparezca o se haga intenso (Dipirona 1 gr. cada 6 horas).

Ejecución o delegación:

- Enfermera responsable del usuario.
- Pasantes de enfermería MJVT y VEVB.
- Familia.

Indicadores de evaluación:

- Facies de relajación.
- Nivel 1-2.
- Expresión verbal de disminución del dolor.

Resultados:

- Se logró disminuir el dolor mediante la ministración de Dipirona 1 gr. intravenoso cada 6 horas, lo manifiesta verbalmente.

Diagnóstico de enfermería:

2. Ansiedad R/C estancia prolongada en el hospital y procedimientos invasivos (instalación de venoclisis, ministración de medicamentos dolorosos) y pérdida de clases M/P expresión verbal y facial, preocupación y sueño intranquilo.

Objetivos para el usuario:

- Disminuirá al máximo los niveles de ansiedad en tres días.
- Se mantendrá al día con sus tareas escolares en 5 días.

Intervenciones de enfermería:

- Establecer con C.H.C. una relación de amistad para que se sienta más tranquilo.
- Charlar por más tiempo con él 2 veces por turno, preferentemente cuando se encuentra ingiriendo sus alimentos.
- Informar al usuario sobre su enfermedad, sin romper las reglas médicas en una charla de 15 minutos al día 3 de junio de 1999.
- Enseñarle ejercicios respiratorios de relajación: inspirar profundamente por dos minutos y expirar lentamente con labios fruncidos cada vez que sienta tensión (por lo menos tres veces por turno).

Ejecución o delegación:

- Enfermera responsable del usuario o pasante de enfermería:
M.J.V.T. y V.E.V.B.

Indicadores de evaluación:

- Sueño ininterrumpido.
- Expresión verbal y facial de relajación.

Resultados:

- Se observa más tranquilo porque lo visitan sus amigos y su madre se encuentra con él.

Diagnóstico de enfermería:

3. Intolerancia a la actividad R/C reposo prolongado en cama (6 días) M/P fatiga en la deambulación y expresión verbal de cansancio.

Objetivos para el usuario:

- Logrará movilizarse a través de la asistencia del personal de enfermería y familiares (madre) en 2 días.

-
- El usuario realizará actividades de autocuidado sin esfuerzo excesivo en 3 días.
 - Recuperará su tono muscular a través de ejercicio en 3 a 5 días.

Intervenciones de enfermería:

- Realizar ejercicios en su unidad por 15 minutos cada 2 horas, aducción y abducción de miembros superiores e inferiores.
- Adiestrarlo en deambulación 2 veces por turno 10 y 12 horas.
- Asistirlo a que se ponga de pie 4 veces por turno.
- Mantener en todo momento una posición funcional con el cuerpo bien alineado, colocando almohadas en: curvatura lumbar, cabeza y piecera de cama.
- Llevar a cabo las actividades de una en una.
- Enseñar a M.C.L. de ejercicios de flexo-extensión de miembros pélvicos, masajes en dorso y prominencias óseas en 3 secciones de 20 minutos.

Ejecución o delegación:

- Enfermera responsable del usuario.
- Pasante de enfermería.
- M.C.L. (madre).

Indicadores de evaluación:

- Deambula de 2 a 4 metros.
- Expresión verbal y facial de relajación.
- Arreglo personal sin ayuda.
- Asiste al baño sin apoyos.
- Pulso de 70 a 80 por minuto.
- Respiración de 18 a 20 por minuto.

Resultados:

- En 3 días camina sin ayuda por su cuarto.
- En 5 días se le observa buen tono muscular.

Diagnóstico de enfermería:

4. Riesgo de infección en hemicara izquierda R/C defensas primarias inadecuadas (pérdida de la continuidad de la piel, destrucción tisular, aumento de la exposición ambiental).

Objetivos para el usuario:

- No presentará signos y síntomas de infección durante su estancia intrahospitalaria.

Intervenciones de enfermería:

- Toma de signos vitales cada hora y registrarlos.
- Baño diario a las 8 A.M., arreglo de la unidad y cambio de ropa personal y de cama diariamente.
- Curación de lesiones cada 24 horas.
- Mantener el área lesionada limpia, seca y libre de humedad.
- Observar las características de la herida (color, temperatura y proceso de cicatrización) registrarlo y reportarlo al médico a cargo.
- Mantener el área de la sala libre de contaminación, olores y sustancias irritables.
- Administración de medicamentos prescritos: Aciclovir ungüento 5 veces por día en ojo izquierdo, Aciclovir 400 mg. intravenoso cada 6 horas, Cloranfenicol 2 gotas en ojo izquierdo cada 6 horas.

Ejecución o delegación:

- Enfermera a cargo.
- Pasante de enfermería.

Indicadores de evaluación:

- Herida en proceso de granulación y temperatura corporal de 36.7°C.

Resultados:

- Mantiene su temperatura normal y no aparecen signos de infección.

Diagnóstico de enfermería:

5. Estreñimiento R/C reposo en cama prolongado, además de disminución en la ingesta de líquidos y actividad física M/P evacuaciones pastosas cada tres días.

Objetivos para el usuario:

- Evacuará en término de 24 horas.
- Recuperará su hábito intestinal normal en un lapso de una semana.

Intervenciones de enfermería:

- Revisar conjuntamente la dieta diaria y fomentar la toma de alimentos ricos en residuos y fibras (frutas, verduras, cereales y

hortalizas) en una sesión de 20 minutos el día 3 de mayo de 1999).

- Establecer un plan diario de ejercicios moderados y regular de ejercicios activos y pasivos cada hora: flexo: extensión de miembros pélvicos (bicicletas) por 5 minutos cada 24 horas.
- Brindar abundantes líquidos que sean de su preferencia y en especial tibios (hasta lograr ingerir 2000 ml/24 horas: turno matutino: 800 ml., turno vespertino: 800 ml., turno nocturno 400 ml. en 24 horas.
- Realizar masaje suave abdominal 30 minutos después del desayuno, siguiendo la morfología del colon (aprovechar el reflejo gastrocólico).
- Revisar la rutina diaria actual e incluir la hora de la defecación, aconsejar programarla siempre a la misma hora, así como anotar sus características de la evacuación a las 8:30 horas con rodillas flexionadas.
- Brindarle líquidos de preferencia calientes por la mañana a las 7 A.M.
- Proporcionarle alguna actividad ocupacional recreativa (dibujos, ver televisión, leer, etc.).

- Administrar medicamentos prescritos por el médico en caso necesario "laxantes" Phsillum Plantago V.O. cada 8 horas.
- Senosidos A y B tabletas V.O. cada 8 horas, por razón necesaria.
- Proporcionarle un ambiente terapéutico de privacidad.

Ejecución o delegación:

- Enfermera a cargo.
- Pasante de enfermería.

Indicadores de evaluación:

- Evacuación sin esfuerzo de características pastosas, 2 veces por día.

Resultados:

- Refiere y se observan evacuaciones pastosas de color marrón.

Diagnóstico de enfermería:

6. Deterioro de la interacción social R/C aislamiento estricto (terapéutico) por Herpes Zoster M/P expresión verbal y facies de preocupación por no poder ir a la escuela y con sus amigos.

Objetivos para el usuario:

- Permanecerá física y emocionalmente accesible, estableciendo una relación individualizada para dentro de una semana.
- Se mantendrá comunicado con sus amigos y familiares el tiempo que dure la hospitalización.

Intervenciones de enfermería:

- Planificar con el usuario posibles soluciones que le ayuden a tener contacto con sus amigos o algún familiar que desee ver, por medio de cartas en una sesión de 15 minutos por día.
- Sugerir al familiar que le traigan una televisión para el día 3 de junio de 1999.
- Flexibilizar el horario de visitas con las medidas preventivas correspondientes (uso de mascarillas y guantes como segunda piel).
- Ayudar a que identifique actividades que le gustaría realizar, como jugar Nintendo, lotería, en una charla de 25 minutos al día.
- Fomentar actividades de enriquecimiento personal como leer, hacer trabajos manuales.

Ejecución o delegación:

- Pasantes de enfermería: M.J.V.T. y V.E.V.B.

- Personal de enfermería.

Indicadores de evaluación:

- Visitas de amigos más frecuentes y expresión verbal de tranquilidad.

Resultados:

- Al día siguiente le trajeron una televisión, con la que se distrae mejor.
- Recibe visitas de sus amigos y compañeros de escuela.
- Lee algunos libros y realiza tareas de escuela.

Diagnóstico de enfermería:

7. Conflicto de decisiones R/C actitud sobre protectora de sus padres M/P manifestación de inseguridad, pide ayuda constantemente y actitudes esquivas esporádicas.

Objetivos para el usuario:

- Adquirirá más seguridad a través de pláticas que lo ayuden a definir qué es lo que más le conviene y pueda tener criterio propio.

Intervenciones de enfermería:

- Ayudar a identificar las causas o situaciones que provocan sentimientos negativos, elaborando un test en una semana.
- Mantener una actitud imparcial, sin prejuizar las decisiones.
- Reforzar su valor personal, llevar textos del desarrollo de la persona y lecturas de 10 minutos diarios.
- Ganar y mantener la confianza, respetando la confidencialidad, teniendo una actitud discreta.

Ejecución o delegación:

- Pasantes de enfermería M.J.V.T. y V.E.V.B.

Indicadores de evaluación:

- Expresión verbal de seguridad.
- Manifiesta más cambios positivos.

Resultados:

- Se observa y manifiesta estar muy tranquilo.
- Refiere que se siente más seguro.

Diagnóstico de enfermería:

8. Alteración de la mucosa oral R/C dificultad para el movimiento de cepillado de dientes y venoclisis instalada M/P halitosis constante.

Objetivos para el usuario:

- Disminuirá la halitosis hasta desaparecer gradualmente (2 días).
- Obtendrá más comodidad y seguridad en sí mismo al hablar.

Intervenciones de enfermería:

- Auxiliarlo en el aseo bucal, proporcionándole pasta dental y un antiséptico, así como cepillado dental y vaso con agua 4 veces al día 7 A.M. (enjuague), 8:30, 12:30 y 19 horas.
- Enseñarle técnicas de cepillado correcto después de la ingestión de los alimentos por tres minutos en una sesión de 15 minutos.
- Orientar sobre la importancia de visitar periódicamente a su dentista cada 6 meses por lo menos.

Ejecución o delegación:

- Pasantes de enfermería: M.J.V.T. y V.E.V.B.

Indicadores de evaluación:

- Expresión verbal de comodidad y aliento agradable.

- Realiza aseo bucal solo.

Resultados:

- Al segundo día de auxiliario en el cepillado dental desapareció el mal aliento.
- El usuario refiere sentirse más cómodo.

Diagnóstico de enfermería:

9. Deterioro de la integridad cutánea R/C proceso viral (Herpes Zoster) y desconocimiento de medidas de prevención de infecciones M/P vesículas con líquido sero hemático.

Objetivos para el usuario:

- El usuario recuperará la integridad cutánea en un período de (largo plazo) 30 días.
- Eliminará los signos y síntomas de infección en un período no mayor de una semana.

Intervenciones de enfermería:

- Mantener la piel íntegra, limpia, seca, bien hidratada, con baño general diario y limpieza total a las 9:00.
- Evitar agentes agresivos (jabones, lociones, shampoo, etc.).

- Realizar la curación con asepsia con solución antiséptica una vez en 24 horas con Isodine a las 10:00 horas.
- Evitar dar masajes en las zonas erosionadas, enrojecidas o descamadas del lugar y secar con palmadas.
- Mantener una alimentación rica en vitamina C y proteínas, una correcta alimentación, así como los alimentos (verduras verdes y amarillas, frutas y carnes), ofrecerlas divididas en quintos.
- Realizar medidas personales: higiene personal, limpieza de uñas y hemicara derecha, etc.

Ejecución o delegación:

- Pasantes de enfermería M.J.V.T. y V.E.V.B.

Indicadores de evaluación:

- Piel hidratada íntegra, no enrojecimiento, no comezón, piel seca, temperatura 36-37 grados C.

Resultados:

- La piel se encuentra deteriorada pero sin infección y temperatura adecuada.
- Se observa la piel con granulación característica de una buena cicatrización en evolución.

Diagnóstico de enfermería:

10. Riego de deterioro de la movilidad física R/C disminución en el patrón de ejercicio, venoclisis en miembros torácicos, reposo prolongado en cama (seis días) M/P expresión verbal y facial, además de debilidad para moverse.

Objetivos para el usuario:

- Recuperará la movilidad física en 2 semanas.
- Realizará actividades físicas sin esfuerzo excesivo en un período de corto plazo, aproximadamente una semana.
- Logrará expresar su deseo de desarrollar y mantener al máximo su independencia de las actividades durante su estancia intrahospitalaria.

Intervenciones de enfermería:

- Animar al usuario a realizar independientemente algunas actividades que tolere como: deambulación, 30 minutos de ejercicios a las 10 A.M., caminar 5 metros a las 6 P.M. con apoyo (muletas o personal).
- Mantener cambios de posición confortables.
- Realizar sesiones de masajes rotatorios en miembros superiores e inferiores 10:00 A.M.

- Mantener en todo momento una posición funcional, con el cuerpo bien alineado con almohadas en curvatura lumbar y hueco poplíteo en extremidades, colocación de rollos trocantéricos (con cobijas) y un soporte de piecera, almohadas, donas, etc.
- Realizar y elaborar un plan de ejercicios físicos activos y pasivos 3 veces en 24 horas; preferentemente de extremidades inferiores.
- Brindar cuidados de la piel y protección de los puntos de presión con masaje rotatorio alrededor de las prominencias óseas 9-14-18-20-22 horas.
- Controlar los signos de fatiga durante y después del ejercicio: descanso, técnicas de relajación con 1-2 respiraciones profundas y medir respiración y pulso 5 minutos después de descanso.
- Enseñanza de ejercicios isotónicos, isométricos de ambas piernas en sesiones de 20 minutos: 10 A.M. 8 de julio de 1999 (tensión sostenida de "1 a 3" segundos) los músculos de ambos miembros e ir aumentando progresivamente hasta que lo tolere el usuario.
- Ayudarlo a realizar cambios posturales frecuentes o estimular su realización a fin de evitar lesiones cutáneas cada 2 horas.
- Proporcionar sistema de ayuda para la movilización como: muletas, andador, silla de ruedas o bien un acompañante.

- Dejarle las pertenencias personales u objetos que pueda necesitar a su alcance, como: cepillo, crema, loción, revistas, libros, etc.
- Asistirlo en su higiene personal como: tendido de cama, baño personal y cambio de ropa personal.

Ejecución o delegación:

- Enfermera a su cargo.
- Pasantes de enfermería: M.J.V.T. y V.E.V.B.
- Familiares.

Indicadores de evaluación:

- Respiración y pulso basal posterior a 3 minutos.
- Articulaciones de los miembros pélvicos en arco de movimiento.

Resultados:

- Después de 2 días se moviliza con más facilidad, acude al baño y se alimenta sin ayuda.