112

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

"APLICADO A UN PACIENTE CON ALTO RIESGO DE DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS CORPORALES RELACIONADO CON PROBABLE COLITIS NEUTROPENICA, SECUNDARIA A LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA MANIFESTADA POR DIARREA Y VOMITO"

289459

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

MARIA DE LOURDES JASSO LOPERENA
No. DE CUENTA 7925826-9

DIRECTOR DE TRABAJO
LIC. MA. MAGDALENA MATA CORTÉS

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

MEXICO D.F. SEPTIEMBRE 200

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

LA ENFERMERA COMPLETA MADURA O EXCELENTE. ES AQUELLA QUE SE CONSERVA SENSIBLE Y COMPASIVA PARA CON LOS PACIENTES Y QUE DOMINA AL COMPLETO LAS TÉCNICAS DE ENFERMERIA. PERO QUE EMPLEA (Y TIENE LA OPORTUNIDAD DE EMPLEAR) SUS RESPUESTAS EMOCIONALES Y TÉCNICAS. SEGÚN UN DISEÑO EXCLUSIVO. QUE SATISFACE LAS NECESIDADES PECULIARES DE LA PERSONA A LA QUE SIRVE Y DE LA SITUACIÓN EN QUE SE ENCUENTRA

VIRGINIA HENDERSON

INDICE

INTRODUCCION 1

JUSTIFICACION 2

OBJETIVO 3

CAPITULO I. MARCO TEORICO.

1.1 ASPECTOS CONCEPTUALES DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA 4

1.2 ETAPAS PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

1.2.1 VALORACION 5
1.2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 13
1.2.3 PLANEACION 17
1.2.4 EJECUCION 21
1.2.5 EVALUACION 23

1.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON 24

1.4 LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA 37
COLITIS NEUTROPENICA 57

CAPITULO II. METODOLOGIA

2.1 VALORACION 61

2.2 DIAGNOSTICO 66

2.3 PLANEACION 67

2.4 EJECUCION 68

2.5 EVALUACION 69

CAPITULO III. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA 70

3.1 VALORACION 71
HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA 72
ENTREVISTA DE ENFERMERIA 77

3.2 DIAGNOSTICO 81

3.3 PLANEACION 83

3.4 EJECUCION 85
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA 120

3.5 EVALUACION 121

CAPITULO IV. CONCLUSIONES 122

4.1 GLOSARIO 125

4.2 BIBLIOGRAFIA 137

INTRODUCCION.

Actualmente entendemos la salud en un sentido humano integral y por eso mismo, si esta se pierde por la enfermedad se pierde en todas sus dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales; por lo anterior, la enfermera debe proporcionar un cuidado individual e integral, apoyada en un método sistemático y racional que facilite la labor que realiza diariamente con cada paciente; este método es el Proceso Atención de Enfermería, que permite a la enfermera concentrarse en los conocimientos únicos de enfermería, con lo que aseguramos una alta calidad de atención, ya que al planear y organizar en forma sistematizada nuestras intervenciones, evitaremos omisiones o duplicidad en estas manteniendo un control continuo, consistente y responsable de la solución de los problemas del paciente.

El presente Proceso Atención de Enfermería se desarrolla en cuatro capítulos, iniciándolo con el marco Teórico, el cual analiza el concepto y funciones de enfermería, así como las diferentes etapas que deben establecerse en el propio Proceso Atención de Enfermería, tal como la valoración, el diagnóstico de enfermería, la planeación, la ejecución y la evaluación para posteriormente señalar el modelo teórico de Virginia Henderson y finalizar este capítulo con la descripción de la enfermedad que sirve de referencia para elaborar este Proceso Atención de Enfermería.

En el segundo capítulo se explica la metodología a utilizar en cada una de las etapas mencionadas, para aplicarse al paciente seleccionado, así como los instrumentos utilizados.

En el capítulo tercero se continua con todo lo referente a la aplicación del Proceso Atención de Enfermería por medio de la presentación del caso clínico y por último, en el capítulo cuatro, se establecen las conclusiones, donde se hace la síntesis de todo lo realizado al paciente, se redacta el glosario de los vocablos utilizados y la bibliografía utilizada para la elaboración del presente proceso.

JUSTIFICACION.

En la actualidad, existe un gran avance en la forma de enfocar el estudio y tratamiento de las enfermedades; por esto, la enfermera ha visto la importancia que ha adquirido su desempeño profesional, con respecto a llevar a cabo acciones implementadas en un Proceso Atención de Enfermería, basado en el método científico, haciéndose necesario incluir este en la planeación de su trabajo cotidiano.

La pasante de la Licenciatura en Enfermería deberá llevar a la práctica la elaboración del proceso, con los conocimientos adquiridos en teoría, para lograr alcanzar la destreza y habilidad en su manejo.

Por otra parte, debido a la alta incidencia actual de los procesos mieloproliferativos en la edad pediátrica, los avances en la investigación y los tratamientos que se han instituido,. ha despertado en mi un gran interés por conocer con más detalle de este grupo de padecimientos y es por eso que he seleccionado este caso clínico con el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda y colitis neutropénica, como una complicación poco frecuente.

OBJETIVO GENERAL

- Elaborar un Proceso Atención de Enfermería enfocado a un paciente con Leucemia Linfoblástica Aguda, estableciendo un cuidado individualizado, integral y sistemático de acuerdo a las necesidades detectadas con el Modelo de Virginia Henderson ,enmarcado en una filosofía humanista .

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Proporcionar atención de calidad y calidez al paciente abarcando sus cuatro esferas, física, social, psicológica y espiritual

- Proporcionar intervenciones de enfermería, continuas, constantes e individualizadas, de acuerdo a los problemas de salud reales o potenciales que presente el paciente.

- Llevar a cabo las acciones debidamente planeadas y jerarquizadas estableciendo las metas a alcanzar

- Dar a conocer a las demás enfermeras y otros profesionales de la salud, el plan de atención prescrito su fundamento, objetivos y la evolución del paciente en respuesta a este.

- Establecer prioridades en las acciones de enfermería para resolver o minimizar los problemas de salud detectados que nos permita prevenir complicaciones.

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1.1.-ASPECTOS CONCEPTUALES DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

Concepto de Enfermería.

" Es ayudar al individuo sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a morir en paz y que el individuo realizaría por si mismo, en caso de tener las fuerzas, los deseos o los conocimientos necesarios" [1]

Enfermería es un arte y una ciencia, con conocimientos propios que tienen una base científica, para promover, mantener o recuperar la salud alcanzando el máximo de sus potencialidades, a lo largo de su ciclo vital viendo al individuo o grupo en una forma holística

FUNCIONES DE ENFERMERIA[2]

La enfermería ha sido identificada en cuanto a las funciones o papeles que debe desempeñar. En la práctica los papeles pueden dividirse en tres áreas:

a) *INDEPENDIENTES* : Son aquellas actividades que se considera que están dentro del ámbito del diagnóstico y tratamiento. Estas acciones no necesitan de una orden médica.

b) *INTERDEPENDIENTES*: Son aquellas actividades que se llevan a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.

[1] Iyer Pw: Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. 2ª edición Editorial Interamericana – McGraw Hill. España. 1993. Pag.4
[2] Op cite: pag.8

b) *DEPENDIENTES* : Son las actividades que se llevan a cabo, basándose en las indicaciones médicas, como administración de medicamentos o tratamientos específicos.

PROCESO ATENCION ENFERMERIA

Es el método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones salud reales o potenciales y consta de cinco etapas: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación mediante las cuales la enfermera realizará acciones encaminadas a recuperar, cuidar y conservar la salud o lograr el buen morir.[3]

1.2 ETAPAS PROCESO ATENCION ENFERMERIA [4]

- *VALORACION*: Recopilación y análisis de datos
- *DIAGNOSTICO*: Determinar a través del examen de los datos, las fuerzas de problemas a solucionar.
- *PLANEACION*: Elaboración de objetivos y desarrollo de un plan de acción.
- *EJECUCION*: Llevar a la práctica el plan de acción.
- *EVALUACIÓN*: Decidir la eficacia del plan y sus modificaciones si fuera necesario.

1.2.1. VALORACION

Durante esta etapa se realiza la recopilación y análisis de los datos para obtener la información necesaria que determinen el estado de salud del paciente, describiendo sus capacidades y sus problemas. [5]

---

[3] Alfaro R: Aplicaciènmfrl Proceso de Enfermería. 2ª edición. Mosby/Doyma Libros. España. 1992. pag.6
[4] Op cite: pag. 8
[5] Atkinson LD y Murray ME: Proceso de Atención de Enfermería. 1ª edición. Editorial El Manual Moderno. México. 1985. Pag.9

Los métodos principales para la recopilación de los datos son: [6]

- Observación
- Entrevista
- Exploración física
- Historia clínica de enfermería

1.2.1.1 Observación: Debe ser en forma sistemática e implica el uso de los sentidos; visión, olfato, oído y tacto para adquirir información relativa al paciente, personas allegadas, el entorno y relaciones existentes entre estas tres variables.

Este método requiere práctica y disciplina por parte de la enfermera, Las observaciones identificadas por los sentidos pueden tener una incidencia positiva o negativa en el paciente. Cada uno de los datos identificados durante esta, tiene que ser más estudiado para negar o justificar las impresiones iniciales. [7]

1.2.1.2 Entrevista: La entrevista de enfermería es un proceso complejo que requiere habilidades de comunicación e interacción, centrándose en la identificación de respuestas del paciente que puedan tratarse mediante la intervención de enfermería. [8]

Tiene varios propósitos:

- Permite a la enfermera adquirir información específica necesaria para el diagnóstico y la planificación.
- Facilita la relación enfermera-paciente creando oportunidad de diálogo;
- Permite al paciente recibir información , participar en la identificación de problemas , fijar de objetivos; y
- Ayuda a la enfermera a determinar áreas de investigación específicas durante los otros métodos de recolección de datos.

[6] Ibidem Iyer: pag.36
[7] Ibidem Iyer: pag. 50
[8] Ibidem Iyer: pag. 36

El curso de la entrevista consta de tres partes: [9]

INTRODUCCION.- En esta se debe crear una relación terapéutica positiva y deberá tener enfoque de respeto y confidencialidad.
Crear confianza, definir el objetivo de ésta y el tiempo calculado.

NÚCLEO.- En esta parte se debe centrar el diálogo en áreas específicas diseñadas para obtener los datos necesarios.
Normalmente se inicia con la queja principal del paciente, incorporando otras áreas, como historia medica anterior, antecedentes familiares, religión, cultura, etc.

FINALIZACION.- Se prepara el paciente para terminar la entrevista, resumiendo brevemente los puntos comentados más importantes, dando oportunidad al paciente de verificar o negar la percepción que la enfermera tiene de los principales problemas y demás datos.
Establece la base para la aclaración y mutua fijación de objetivos en la planificación.

TECNICAS PARA ENTREVISTAR:

Técnicas verbales.- Las más utilizadas son las preguntas, reflexiones Y declaraciones adicionales.

- ***Preguntas.***- Permiten obtener información del paciente, aclarar percepciones de las respuestas de éste y ratificar datos subjetivos u objetivos. Las preguntas pueden ser abiertas, cerradas o sesgadas.

a) *Abiertas.*- Son aquellas que por su naturaleza obtienen la percepción que el paciente tiene de un hecho o la descripción de temas que le preocupan.
b) *Cerradas.*- Aquellas que se responden brevemente con una o dos palabras, se utilizan para obtener hechos específicos.
c) *Sesgadas.* - Tienden a obtener una respuesta o reacción específica del paciente.

- ***Reflexiones.***- La enfermera repite palabras claves extraídas de las respuestas del paciente, ayudando con esto a ampliar, aclarar o corregir la percepción de lo dicho

[9] Ibidem [y c: pag. 36

- ***Declaraciones adicionales.***- Animan al paciente a seguir hablando con expresiones cortas como "si", "ya veo", "aja", que transmiten el mensaje de claro interés. [10]

Técnicas no verbales.- Estas facilitan o intensifican la comunicación; las más frecuentes son expresión facial, la postura corporal o actitud, tacto, voz y la forma activa de escuchar.

- ***Expresión facial.***- Se debe observar la propiedad de la expresión, el ceño fruncido y la falta de contacto visual.

- ***Postura corporal o actitud.***- Se debe de tener una postura tranquila o relajada que comunica interés y preocupación.

- ***Tacto.***- El uso o respuesta a éste puede comunicar eficazmente actitudes sentimientos o respuestas específicas.

- ***Voz.***- El tono, la velocidad y el volumen pueden ser significativos a la hora de determinar la percepción.

- ***Forma activa de escuchar.***- Para entrevistadores más diestros, utiliza tres fases: escuchar el componente verbal, identificar señales no verbales y determinar con cuidado el significado de ambos. [11]

1.2.1.3 Exploración física: Otro método importante en la recopilación de datos en la enfermería se centra en:

1. Definir aún más la respuesta del paciente ante el proceso patológico sobre todo aquellas respuestas susceptibles de ser tratados con acciones de enfermería.
2. Establecer una base de datos para comparar, a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería.

[10] Ibidem Iyer: pag. 42
[11] Ibidem Iyer: pag. 47

3. Justificar los datos subjetivos obtenidos en la entrevista u otra relación enfermera-paciente. [12]

TECNICAS PARA LA EXPLORACION FISICA:

La enfermera utiliza cuatro técnicas especiales para la exploración:

Inspección, palpación, percusión y auscultación.

- ***Inspección***.- Es la exploración visual del paciente, con el fin de determinar respuestas o estados normales, inusuales o anormales.

  Es un tipo de observación que se centra en determinados comportamientos o rasgos físicos y es más sistemática y detallada, pues define características como tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

  Se refiere a la utilización del ojo por si solo, aunque puede incorporar el uso de instrumentos, como el otoscopio o el oftalmoscopio, que permiten a la enfermera completar una exploración más minuciosa y exacta del oído y del ojo cuando esté indicado.
- ***Palpación***.- Es el uso del tacto para determinar las características de la estructura orgánica debajo de la piel, lo que permite evaluar el tamaño, la forma, la textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad. Las manos de la enfermera son el instrumento de la palpación, utilizándose partes específicas para valorar determinadas características: parte dorsal de la mano, yema de los dedos, superficie palmar. La palpación leve es el método que se utiliza para examinar la mayoría de las partes del cuerpo y siempre es preferible usar la mano dominante. La mano se coloca paralelamente a la parte del cuerpo que se va a examinar, con los dedos extendidos, ejerciendo una suave presión hacia abajo mientras mueve la mano con movimientos circulares; esta técnica es la más usada en la exploración de las mamas.

[12] Ibidem Iyer: pag. 52

La palpación profunda es muy útil cuando se examina el abdomen para localizar órganos o identificar masas inusuales; en ésta técnica se recomienda usar las dos manos una para aplicar presión y otra como sensor, la mano dominante se coloca sobre el área que se va a palpar, siendo el sensor pasivo y la otra mano se coloca en la parte superior y se utiliza para efectuar presión. La expresión facial del paciente y sus movimientos corporales durante la palpación aportan información adicional, como dolor o malestar.

- ***Percusión***.- Consiste en golpear una superficie corporal con uno o varios dedos para producir sonidos, lo que permite determinar el tamaño. La densidad, los bordes de un órgano y su localización. La percusión directa se realiza cuando se golpea o se da una palmada sobre la superficie corporal directamente con uno o varios dedos de una mano, por ejemplo, para definir el borde cardiaco. La percusión indirecta es más usada y en ella se coloca el dedo índice de una mano sobre la piel, golpeándolo con el dedo índice de la otra mano.

  Los ruidos obtenidos son mate, sordos, resonantes o timpánicos.

  Los ruidos mate son de baja intensidad y bruscos y se producen al percutir un músculo o un hueso.

  Los ruidos sordos son de intensidad media y pesados, como cuando se percute el hígado o el bazo.

  La resonancia es un ruido claro y hueco producido cuando se percute sobre un pulmón normal lleno de aire.

  El ruido timpánico es de alta intensidad, como cuando se percute un estómago lleno de gas.

- **Auscultación.**- Consiste en escuchar el ruido producido por los órganos del cuerpo, y puede ser *directa* (sólo con el oído) para detectar sibilancias, aunque por lo general se utiliza la forma *indirecta* a través del estetoscopio, el cual se usa para determinar las características de los ruidos pulmonares,

cardiacos, o intestinales, y en ellos se identifica la frecuencia, intensidad, calidad, y duración.

Estas cuatro técnicas se pueden realizar en forma independiente, aunque lo más eficaz es una combinación de dichas técnicas. [13]

Métodos de Exploración.

Existen varios métodos útiles y prácticos para valorar sistemáticamente al paciente, ya que es de suma importancia tener una metodología sistemática para realizar una exploración física exacta y completa.

Los métodos más usados son el cefalo – caudal, el de principales sistemas orgánicos, el de patrones de salud funcional, y el de patrones de respuesta humano.

El céfalo – caudal es el que se utilizará, y se caracteriza por que se inicia por la cabeza, y se progresa de manera sistemática hacia abajo hasta llegar a los pies.

Este método se inicia con la valoración del aspecto general, se continúa con la toma de las constantes vitales y se sigue con la exploración de cabeza, cara. Ojos, oídos, nariz, boca, garganta, cuello, tórax, pulmones, corazón, abdomen, riñones, genitales, recto, extremidades y espalda. [14]

[13] . Ibidem Iyer: pag. 53
[14] Ibidem Iyer: pag. 54

1.2.1.4 Historia Clínica de Enfermería.

Para la historia clínica de enfermería se deberán realizar todas las fases de la valoración, como son la observación, exploración física y entrevista para continuar con la actividad de recolección de datos necesarios para la valoración integral del paciente.

Esta, deberá llevar un orden y secuencia que permita a la enfermera no pasar por alto algunas situaciones, alteraciones, u observaciones que no pudieran ser detectadas para establecer correctamente las necesidades reales del paciente.

Generalmente, en las instituciones ya existen formatos para la historia clínica de acuerdo al tipo de hospital, tamaño, normas o políticas de este; pero casi nunca están diseñadas para realizarlas por la enfermera.

A diferencia de la historia clínica médica donde se coloca a la enfermedad como punto primario, la de enfermería considera la percepción por parte del paciente a problemas, limitaciones, y respuestas individuales que presente a su enfermedad.

1.2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

El término diagnóstico de enfermería se utilizó por primera vez en los años cincuenta. En 1960, Faye Abdellah introdujo un sistema de clasificación, para la identificación de 21 problemas clínicos de paciente que requerían intervenciones de enfermería.

En la década de los setenta varios líderes de enfermería reconocieron la necesidad de desarrollar una terminología para describir los problemas de salud, diagnosticados y tratados por enfermeras.[15]

En 1973 la primera Conferencia Nacional sobre la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, se realizó en la *St. Louis University School of Nursing*, formulando diagnósticos de enfermería y publicando una lista de prueba.

La American Nurse's Association (Asociación Americana de Enfermería) aprobó y legitimó la utilización del término diagnóstico de enfermería en 1973, en las Normas sobre la práctica de enfermería (A N A)

Entre el final de los setenta y principio de los ochenta, la investigación y bibliografía de enfermería, explicó el concepto de diagnostico de enfermería, apoyando su incorporación al proceso de enfermería. Ya en los ochentas se contempla anexar nuevos diagnósticos, el refinamiento de los ya existentes y la convalidación de la investigación realizada.

Así la *North American Nursing Diagnosis Association*, Asociación Norteamericana del Diagnóstico de Enfermería (NANDA), se puso de acuerdo sobre un método para organizar los diagnósticos.[16]

---

[15] Ibidem Iyer: pag. 73
[16] Ibidem Iyer: pag. 74

Las expectativas para el diagnóstico de enfermería en la década de los años noventa, incluyen el perfeccionamiento de los diagnósticos existentes, el desarrollo de otros diagnósticos, (incluida la ampliación de aquellos relacionados con los pacientes sanos), y la continua investigación y convalidación.

Concepto:

- Un diagnóstico de enfermería" es la declaración de un problema parcial, al cuál se llega haciendo interposiciones de los datos recogidos. El problema es aquel que puede aliviarse con la enfermería"
  (Mundinger y Jauron, 1975).

- "Los diagnósticos de enfermería, o los diagnósticos clínicos hechos por los profesionales de enfermería, descubren problema reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, son capaces y están autorizadas para tratar"..
  (Gordon 1976).

- El diagnóstico de enfermería," es la declaración del estado de un paciente (respuesta a la salud o la enfermedad) que los enfermos son capaces y legalmente responsables de tratar ".
  (Moritz 1982).

- El diagnóstico de enfermería " es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, de la familia o de la comunidad ante problemas de salud reales o potenciales, o procesos vitales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar resultados de los que la enfermera es responsable."
  (NANDA 1990).

La fase de valoración del proceso de enfermería proporciona la base del proceso de diagnóstico, y el resultado de este es la declaración del diagnóstico,

que se convierte en el marco de las posteriores fases de planificación, ejecución y evaluación. [17]

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Los diagnósticos de enfermería pueden ser:

- **REALES**
- **POSIBLES**
- **POTENCIALES.**

REALES: Es el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia.

POSIBLES : Se les da ésta categoría cuando los datos recolectados en la valoración, nos indican la posibilidad de que éste presente, pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.
Debe llevar nombre o etiqueta diagnóstico precedido por la palabra **posible.**

POTENCIALES : Es el que no está presente en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo o indicios de que pueda aparecer en un momento posterior. [18]

COMPONENTES DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. *(NANDA)*

1. Etiqueta diagnóstica
2. Definición
3. Características definitorias
4. Factores relacionados. [19]

---

[17] Ibidem Iyer: pag. 75
[18] García GMJ: El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. 1ª edición Editorial Progreso, México. 1997. Pag. 32
[19] Op cite: pag. 35

FORMAS PARA REDACTARLOS:

- Formato NANDA.
- Formato P E S

FORMATO NANDA:

De acuerdo a las necesidades detectadas estos cuatro componentes antes mencionados se entrelaza, con las palabras: **relacionado con y manifestado por.**

Esto identifica una relación entre las respuestas humanas y los factores relacionados, implicando que si una de las partes del diagnóstico cambia, la otra también puede hacerlo

FORMATO P E S:

Cuyas siglas se refiere a:

P : PROBLEMA

E : ETIOLOGIA

S : SIGNOS Y SINTOMAS.

Estas deberán ir unidas también por las palabras: **relacionado con, manifestado por.**

Ejemplo: Patrones respiratorios inéficaces relacionados con la retención de secreciones, manifestados por taquipnea, aleteo nasal, tiro intercostal y cianosis.[20]

[20] Ibidem García: pag. 36

1.2.3 PLANEACION.

La planeación conlleva el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar respuestas saludables del paciente, ó bien, impedir, reducir o corregir las respuestas patológicas, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase la vamos a iniciar después de la formulación del diagnóstico y finaliza con la descripción del plan de cuidados.

Durante esta fase se desarrollan los resultados e intervenciones de enfermería; los resultados indican lo que el paciente podrá hacer como resultado de las acciones de enfermería y las intervenciones de enfermería describen de que modo la enfermera puede ayudar al paciente a alcanzar los resultados.

Los componentes de la planeación son cuatro:

a) Fijación de prioridades
b) Establecimiento de objetivos del paciente/resultados esperados
c) Desarrollo de las intervenciones de enfermería
d) Documentación del plan de cuidados de enfermería.

Objetivos a corto y largo plazo:

Los objetivos a corto plazo son los que se deben conseguir en forma relativamente corta, con frecuencia en menos de una semana; los objetivos a largo plazo son aquellos que deben lograrse en un lapso de tiempo más largo, semanas o meses.

Es frecuente que se fijen varios objetivos a corto plazo, para alcanzar un objetivo a largo plazo. En algunos casos el objetivo a largo plazo se considera como el" objetivo para el alta ", lo que deberá estar claramente formulado en el plan de cuidados, para que todo el equipo de salud sepa que " esto es lo que queremos conseguir. [21]

[21] Ibidem Iyer: pag. 133

Identificación de Prioridades:

Sobre la base del número de pacientes que cuida la enfermera y la gravedad de los problemas, es fundamental aprender a identificar prioridades, para establecer un buen plan de cuidados.

La enfermera debe adquirir habilidad en diferenciar lo que estaría bien hacer y lo que en realidad debe hacerse, y aprender a hacer esto último antes que lo primero. La adquisición de esta habilidad requiere tiempo porque va a depender de la facilidad que tenga para ver más allá de los problemas individuales inmediatos; debe adquirir la capacidad de valorar el conjunto de todos los problemas que se le plantean y como estos afectan a los individuos implicados. [22]

En la fase inicial de la planeación la determinación de prioridades debe incluir lo siguiente:

- Determinar los problemas que requieren atención inmediata, es decir problemas amenazadores para la vida y emprender de inmediato las acciones indicadas.

- Determinar los diagnósticos de enfermería que se abordaran en el plan de cuidados de enfermería.

- Determinar los problemas interdependientes que requieren órdenes médicas para el diagnóstico, control o tratamiento.[23]

Los principios básicos para la jerarquización de prioridades estarán influida por lo siguiente:

- Percepción de prioridades del propio paciente.

[22] Marriner A: El Proceso de Atención de Enfermería. Un enfoque Científico. 1ª edición. Editorial El Manual Moderno. México. 1983. Pag. 99
[23] Ibidem Alfaro: pag. 101

- El plan general de tratamiento.
- El estado general de salud del paciente.
- La presencia de problemas potenciales.

Para asignar las prioridades, se debe elegir un método que ayude a ser más sistemático y a tener una visión completa, debiendo usarlo siempre.

Por otro lado, los problemas que son factores contribuyentes de otros problemas deberían resolverse antes, ya que el primer paso para resolver un problema es eliminar o reducir sus factores contribuyentes.[24]

Objetivos:

Una vez que se ha establecido la jerarquía de las prioridades, el establecimiento de objetivos realistas es la tarea más importante de la fase de planeación, debido a las siguientes razones: [25]

- Los objetivos son los "pilares" del plan de cuidados, ya que el éxito del plan se medirá determinando si se han conseguido los objetivos que se habían fijado previamente.
- Los objetivos dirigen las actuaciones.
- Los objetivos son factores de motivación.

[24] Ibidem Alfaro: pag. 103
[25] Ibidem Alfaro: pag. 105

Objetivos Centrados en el Paciente:

La determinación de objetivos centrados en el paciente en lugar de los objetivos que la enfermera desea conseguir es un método eficaz para formular los objetivos y se debe a que los objetivos centrados en el paciente se fijan en el resultado final deseado del plan de cuidados es decir, los beneficios que obtiene el paciente de los cuidados de enfermería. [26]

Reglas para Formular los Resultados/Objetivos del Paciente.

A partir de los diagnósticos de enfermería: La formulación de resultados del paciente debe ser específica. Debe decir **qué** debe hacerse, **como** ha de hacerse, **quien** debe hacerlo, **cuando** debe hacerse, **donde** tiene que hacerse y **en que medida** ha de hacerse.

Cada objetivo o formulación de resultados debe tener los siguientes componentes:

Sujeto : ¿ Quién es la persona que se espera logre el objetivo?

Verbo :¿ Que acciones debe hacer la persona para demostrar que ha logrado el Objetivo?

Condición ¿Bajo qué circunstancias tiene que realizar la persona la acción?

Criterio : ¿En que medida tiene que realizar la persona la acción?

Momentos específicos:¿ Cuándo se espera que la persona realice la acción? [27]

[26] Ibidem Alfaro: pag. 107
[27] Ibidem Alfaro: pag. 110

El registro del Plan de Atención de Enfermería será como sigue:

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

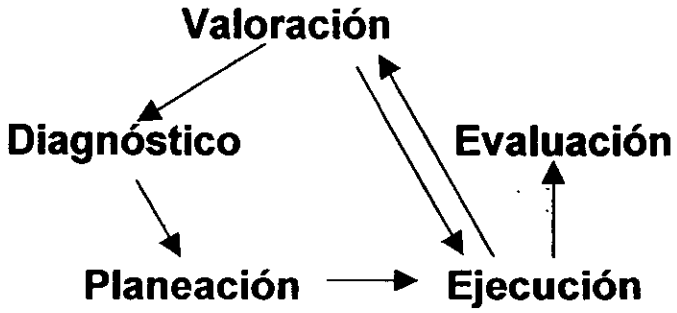
NECESIDAD :
DEFINICION:
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:
OBJETIVO :

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION	EVALUACION

1.2.4. EJECUCION.

Es la iniciación del plan de atención de enfermería, para lograr unos resultados específicos y empieza después que se haya desarrollado el plan de atención, centrándose en el comienzo de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a alcanzar los resultados deseados. [28]

La planeación dirige la ejecución, que a su vez está determinada por la valoración continua del paciente. [29]



[28] Ibidem Iyer: pag. 209
[29] Ibidem García: pag. 43

La recolección continua de datos, proporciona la información necesaria para tomar decisiones, sobre lo acertado del plan de cuidados que se ha elaborado. Las actividades se modificaran siempre que sea necesario, de acuerdo a las necesidades del paciente. [30]

El tiempo dedicado a las actividades de enfermería rutinarias, es un buen momento para actualizar algunos datos sobre la evolución del paciente.

Las siguientes preguntas ayudan a determinar las modificaciones diarias que se pueden dar al plan de cuidados.

- ¿ Cuales son los problemas más urgentes que debo atender y que me conducen al logro de los objetivos generales del plan de cuidados?
- ¿ Cuales son las actividades que el paciente puede realizar por sí mismo? ¿En cuantas actividades puede colaborar el familiar ? [31]

Registro de las observaciones de enfermería.

La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería.

1. Escribir las notas lo más pronto posible, después de dar los cuidados de enfermería.
2. Anotar con exactitud como, cuando y donde se produjeron los hechos descritos.
3. Anotar todo, ya que si no se anota se considera que no se hizo.
4. Anotar siempre las variaciones de los datos normales; de las necesidades, del estado mental o del comportamiento.
5. Usar las mismas palabras del paciente para clarificar la descripción de sus observaciones. [32]

[30] Ibidem Iyer: pag. 209
[31] Ibidem García: pag. 43
[32] Ibidem García: pag. 44

1.2.5 EVALUACION.

Es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las actuaciones de enfermería. (Griffith, Christensen, 1982)

A la etapa de evaluación se le da el quinto lugar en el proceso de enfermería, por el orden lógico que tienen las etapas. En la práctica puede decirse que es un proceso, que inicia desde la etapa de valoración y retroalimenta cada una de las otras etapas.

La evaluación del logro ó no logro de los objetivos, es la clave para determinar la efectividad del plan. Esta evaluación ó valoración se debe hacer junto con el paciente.

En la aplicación del modelo de Henderson, la evaluación se dirige determinar el grado de independencia alcanzado por el paciente y su familia, respecto de los problemas identificados, al poner en marcha el plan de cuidados.

La valoración incluye también, la determinación de los factores que contribuyen al éxito del plan ó que interfieren en el mismo.

La planificación del alta del paciente debe iniciarse tan pronto como sea posible en el plan de cuidados Para que el paciente se prepare emocionalmente y para determinar las acciones necesarias para la salida, con el menor riesgo de retroceder en el estado de salud. [33]

[33] Ibidem García: pag. 2

1.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

En las últimas décadas se ha desarrollado un gran interés por el estudio, comprensión, y aplicación de modelos conceptuales de enfermería, ya que se afirma que la aplicación de éste contribuye, en gran manera, a lograr la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes, y de investigación.

Así mismo, determina los propósitos de la práctica, la educación, y la investigación en el campo de la enfermería.

El modelo en enfermería es el conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos, que se han generado en enfermería para explicar su identidad y el objeto de su práctica.

Bajo el modelo de Virginia Henderson se sustenta este trabajo.

Virginia Henderson, enfermera norteamericana, nació en 1897; desarrolló su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial. En 1918 ingresó a la Escuela de Enfermería de la Armada en Washington, D.C., graduándose tres años más tarde.

Inició su trabajo profesional como enfermera visitadora y como docente de enfermería; cinco años después regresó a la Universidad donde obtuvo el grado de Maestra en Artes, con especialización en docencia de Enfermería. Después de trabajar un año como supervisora de clínica, volvió a la Universidad para trabajar como profesora, impartiendo cursos sobre el proceso analítico y práctica clínica por el periodo 1930 – 1948.

Se dio a conocer en nuestro país por los años 60 's. Al revisar el libro de Bertha Harmer, que se publicó en español con el nombre de Tratado de

Enfermería Teórica y Práctica, y que sirvió como libro de texto o de consulta en muchas escuelas de enfermería.

El modelo de enfermería de Virginia Henderson ha sido clasificado por los teoristas en el grupo de Enfermería Humanística, porque considera a la profesión de enfermería como un arte y una ciencia.

Continuó su trayectoria profesional como docente investigadora y asesora. El 19 de marzo de 1996 muere a la edad de 99 años, dejando sus obras como una contribución significativa para el campo de enfermería. [34]

Virginia Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería, la cual define en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad, o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".

Aunque no especifica una definición propia sobre la salud, en su obra equipara la salud con la independencia y considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es "la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida".

Respecto al entorno tampoco establece una definición propia, utilizando la mencionada en Webster's New Collegiate Dictionary, 1961, que dice del entorno

[34] Ibidem García; pag. 2

es "el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo"

Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud o independencia, o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera el paciente y su familia como una unidad.

En cuanto a las necesidades básicas en el paciente, Henderson identifica catorce, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería, a saber:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber en forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir las prendas de vestir (vestirse y desvestirse).
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado, y los tegumentos protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, y temores en opiniones.
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir, o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales y utilizar los recursos satisfactorios disponibles.

Aunque no lo menciona directamente, Virginia Henderson da a conocer, a través de sus escritos, lo que cree que constituyan sus supuestos fundamentales.

ENFERMERIA:

- La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico de servicio.
- La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.
- La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.
- Los catorce componentes de la asistencia de la enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

PERSONA:
(Paciente)

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son indispensables.
- El paciente requiere ayuda para ser independiente.
- El paciente y su familia forman una amistad.
- Las necesidades del paciente están cubiertas por los catorce componentes de enfermería.

SALUD:

- La salud representa calidad de vida.
- La salud es necesaria para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que la atención del enfermo.
- Los individuos recuperarán o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

ENTORNO:

- Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.
- La enfermera debe tener formación en materia de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento y mantenimiento.
- Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras, como base para la prescripción de dispositivos protectores.
- Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

AFIRMACIONES TEORICAS.

La relación enfermera paciente.

Se identifican tres niveles en la relación enfermera – paciente, que van desde la muy independiente a la muy dependiente:

a) La enfermera como ayuda para el paciente; y
b) La enfermera como compañera del paciente.

En caso de enfermedad grave, la enfermera está considerada como "un sustituto de lo que el paciente carece para considerarse completo, integro o independiente por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento".

Durante la convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia. Henderson afirma que "La independencia es un término relativo, ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma".

Como compañeros, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hallan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.

Henderson dice que" la enfermera debe estar en la piel de cada paciente" para saber lo que necesita. Las necesidades deben comprobarse con el paciente, por lo que la enfermera debe ser capaz de apreciar no sólo las necesidades del paciente, sino también las circunstancias y estados patológicos que la alteran.

Henderson opina que "en los casos en que las enfermeras conocen las reacciones fisiológicas y psicológicas a la temperatura, humedad, luz, calor,

olores, ruidos, impurezas químicas y microorganismos, pueden organizar y hacer el mejor uso de los medios de los que dispone", de tal manera que la enfermera puede modificar el entorno cuando lo considere necesario.

Henderson afirma que "se consigue más ayudando a que cada persona aprenda a estar sana que preparando a los terapeutas mas capacitados para servir a los que lo necesiten", por lo que la promoción de la salud es otro de los objetivos importantes para la enfermera.

La relación enfermera – médico.

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, diferente de la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico.

Henderson indica que las enfermeras no siguen las órdenes de los médicos, ya que "cuestiona una filosofía que permita al médico dar órdenes a los pacientes o a los profesionales sanitarios".

La enfermera como miembro del equipo sanitario.

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios, ayudándose entre ellos para realizar el conjunto del programa de asistencia, desarrollando cada uno su trabajo. Henderson especifica que "nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que alguno de ellos sea incapaz de realizar su función específica".

Henderson compara el equipo sanitario en su conjunto, incluidos pacientes y su familia, con los sectores con forma de cuña de una gráfica sectorial, en donde el tamaño del sector de cada miembro depende de las necesidades actuales del paciente, y varía a medida que el paciente progresa hacia la mejoría. El objetivo es que el paciente ocupe el sector más grande o llegue a ocupar toda la gráfica.

Al igual que varían las necesidades del paciente, lo mismo puede ocurrir con la definición de enfermería. Henderson admite que "esto no significa que exista una definición para siempre. Creo que la enfermería se modifica con la época en la que ejerce y depende en gran medida de lo que hagan los demás trabajadores sanitarios". Considera que "la enfermería no debe existir en el vacío. La enfermería debe desarrollarse y aprender a identificar las nuevas necesidades sanitarias de la población a medida que se nos vayan planteando".

METODO LOGICO.

Al parecer, Henderson utiliza el método deductivo del razonamiento lógico para desarrollar su definición de enfermería. Deduce su definición y las catorce necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos, y se deben estudiar los supuestos de la definición de Henderson para determinar su idoneidad lógica.

Muchos de los supuestos son válidos por el elevado nivel de concordancia y con las conclusiones de las investigaciones de los científicos de otros campos.

Evelyn Adam, en su libro "*To be a Nurse*", se identifica con los supuestos de Henderson, sus valores, el objetivo de la enfermería, el paciente, el papel de la enfermería, el origen de las dificultades, la intervención, y los resultados esperados.

ACEPTACION POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERIA.

Ejercicio Profesional.

Henderson indica que la enfermera que ve como su función principal la de suministradora directa de asistencia al paciente, hallará una recompensa inmediata en el progreso del paciente desde la dependencia hasta la independencia. La enfermera debe realizar todos los esfuerzos necesarios para entender al paciente, cuando pierde la voluntad, el conocimiento o la fuerza. La enfermera puede ayudar al paciente a ser independiente mediante la valoración, planificación, realización, y evaluación de cada caso de los catorce componentes de la asistencia básica de enfermería.

El planteamiento de Henderson sobre la asistencia al paciente es deliberado y lleva implícita la forma de decisiones. Henderson considera que el proceso de enfermería es el proceso de solución de problemas y que no es exclusivo de enfermería.

Henderson afirma que "mientras que la enfermería sea el único servicio disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, con la capacidad de las enfermeras para diferenciar lo normal de lo anormal en el paciente sano, la función de evaluación de las enfermeras es indiscutible".

Según Henderson, la planificación conlleva la elaboración de un plan adecuado a las necesidades del individuo, actualizando dicho plan según sea necesario, basándose en los cambios, utilizando el plan como un sistema de registro, y garantizando que se corresponda con el plan prescrito por el médico. En su opinión, un buen plan integra el trabajo de todos los que forman el equipo sanitario.

En la fase de aplicación del plan, Henderson evaluaría el paciente según su *grado de independencia*, tomando en cuenta que las actuaciones son individuales;

según los *principios fisiológicos*, edad, antecedentes culturales, equilibrio emocional, y capacidades físicas e intelectuales, de tal manera que en algunas fases de la enfermedad, deberíamos aceptar que el deseo del paciente depende de los demás.

Formación.

Henderson afirma que "para que una enfermera ejerza como una experta por derecho propio, y para que utilice el planteamiento científico con el fin de mejorar su ejercicio profesional, necesita un tipo de formación que sólo se imparte en colegios y universidades". La formación de la enfermera reclama la comprensión global de la humanidad.

Además, Henderson cree que "el valor de la formación no procede solo de los conocimientos que se adquieren, sino de la confianza sobreañadida que el individuo desarrolla en la institución de formación superior". Dice que "la enfermería es una ocupación universal y que la formación superior permite ejercerla mejor".

En el libro "*The Nature of Nursing*": An Definition and its implication for practice , research and education", Henderson describe tres fases en el desarrollo el plan de estudios que los alumnos deben seguir durante su formación. El objetivo principal de las tres fases es el mismo: Ayudar al paciente cuando necesita fuerza, voluntad, o conocimientos para realizar sus actividades diarias o para llevar a cabo el tratamiento prescrito con la independencia como último objetivo.

En la primera fase, la atención se centra en las necesidades fundamentales del paciente, la planificación de la asistencia de enfermería y la facilitación, a través de la función exclusiva de la enfermera, de las actividades de la vida diaria. El plan de formación no se centra en los estados patológicos o en enfermedades

específicas, sino que tiene en cuenta las circunstancias, siempre presentes que afectan las necesidades básicas.

En la segunda fase, el epicentro se sitúa en la colaboración con los pacientes para satisfacer sus necesidades en el caso de situaciones patológicas o de alteraciones corporales que obliguen a modificar el plan de asistencia de la enfermera. El paciente se presenta ante el estudiante con problemas de mayor complejidad; se incluyen más aspectos médicos y el estudiante comienza a aprender la base lógica del tratamiento sintomático.

En la tercera fase, la formación se centra en el paciente y en la familia. El estudiante se involucra en el estudio global del paciente y de todas sus necesidades.

Henderson ha resaltado la importancia de que los estudiantes desarrollen el hábito de la investigación, realicen cursos sobre ciencias biológicas, físicas, y sociales, sobre humanidades, estudios con los alumnos de otros campos, observen la asistencia eficaz, y la pongan en práctica en distintas instituciones.

Investigación.

Henderson recomienda la investigación de biblioteca, pues ella misma ha realizado una revisión de las fuentes bibliográficas y de la investigación de enfermería. Considera que el desarrollo de la enfermería se debe realizar en un clima de investigación, introduciéndola en el bachillerato, así como que la investigación es necesaria para evaluar y mejorar el ejercicio profesional.

"Las enfermeras tienen que adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que basar su actividad profesional", dice Henderson, y recomienda una mayor utilización de las fuentes bibliográficas entre enfermeras, y confía en que éstas realicen investigaciones para perfeccionar le ejercicio de la profesión y no simplemente para lograr un reconocimiento académico.

Henderson y Simmons, en 1964, realizaron una revisión y valoración de la investigación en enfermería y encontraron varias razones por las cuales no hay suficiente investigación clínica en la enfermería:

1. La mayor parte de las energías de la profesión se ha invertido en mejorar la preparación para ser enfermera.
2. Aprender a traer y mantener un número suficiente de enfermeras para satisfacer la creciente demanda, ha consumido una cantidad considerable de las energías.
3. La necesidad de administradores y formadores ha agotado aún más el número de enfermeras tituladas.
4. La pérdida de apoyo por parte de los administradores de los servicios de enfermería y de los médicos.

A partir de cada uno de los catorce componentes de la asistencia básica de enfermería, surgen cuestiones que han de investigarse, y la función de enfermería es asumir la responsabilidad de identificar los problemas para dar una validez continua a su función, para perfeccionar los métodos que utilizan y para asegurar la eficacia de la asistencia de enfermería.

Henderson establece que "ninguna profesión u ocupación de ésta época puede evaluar correctamente o mejorar su actividad sin investigación". La investigación es el análisis con mayor grado de fiabilidad.

Henderson opina que hasta que las enfermeras en activo no aprendan a utilizar las fuentes bibliográficas, "las enfermeras no habrán dado el más elemental de los pasos para formar parte de una profesión basada en la investigación".

Desarrollo Ulterior.

Henderson insiste en la valoración continua de las necesidades del paciente y en la revisión continua del paciente en función de los cambios de estado y de metas de este último. Anima a las enfermeras a descubrir nuevas necesidades además de las catorce que ella describió.

Critica.

Henderson no intentó desarrollar una teoría de enfermería definitiva; en lugar de eso, desarrolló una concesión personal, o una definición en su intento de aclarar lo que ella considera como la función única de enfermería. Afirma que "mi interpretación de la función de la enfermera es la síntesis de numerosas influencias, unas positivas, y otras negativas. Ante todo debería aclarar que no espero que todo el mundo esté de acuerdo conmigo, más aún, insistiría a cada enfermera a que desarrollara su propio concepto".

La definición de Henderson se puede considerar una gran teoría o filosofía dentro de la fase de paradigma del desarrollo de la teoría de enfermería. Su concepto es descriptivo y fácil de leer. Esta definido en términos lingüísticos corrientes. Su definición de la enfermería y la numeración de las catorce funciones básicas de esta, ofrecen una perspectiva que pretende explicar toda la conducta de la enfermería.

Como no tenía intención de desarrollar una teoría, Henderson no desarrolló los enunciados teóricos de interrelación ni de las definiciones operativas necesarias para permitir el análisis de la teoría, sin embargo, este análisis es posible.

Sencillez.

El concepto de enfermería es mas complejo que simplista. Contiene numerosas variables y varias relaciones descriptivas y explicativas diferentes, no asocia con organizaciones estructurales dentro de un sistema o de un modelo con objetivo de hacer más sencillo, aunque existe algo de todo esto.

Generalidad.

La generalidad esta presente en la definición de Henderson, ya que tiene un campo de acción muy amplio. Intenta incluir la función de todas las enfermeras y todos los pacientes con sus diversas interrelaciones e interdependencias.

Consecuencias.

La perspectivá de Henderson ha resultado útil para promover nuevas ideas,y para el desarrollo conceptual adicional de las nuevas teorías. En sus obras publicadas ha discutido la importancia de la independencia y de la interdependencia de la enfermería con respecto a las demás ramas de la asistencia sanitaria. También ha influido en el desarrollo de los planes de estudio, realizando una gran contribución a la promoción de las importancia de la investigación en el ámbito clínico de la enfermería. Ha aplicado ampliamente la investigación de otras teorías a su propio trabajo.

Desde que se ha difundido, la definición de Henderson sobre la función única de la enfermería ha actuado como uno de los principales escalones en la aparición de la enfermería como disciplina científica profesional.

Henderson continúa siendo citada en la literatura habitual de enfermería, y en las publicaciones de todos los campos, desde la enfermería holística, al proceso de enfermería.

LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA

(LLA)

CONCEPTO.- La sangre es un líquido con múltiples funciones, implicado en la fisiología de numerosos órganos y tejidos, cuyos cambios primarios o secundarios afectan a las funciones básicas de dichas estructuras. [35]

La sangre es un tejido que consta de dos partes fundamentales, una líquida constituida por el plasma, y otra sólida, que corresponde a los eritrocitos, leucocitos y plaquetas. Estos elementos tienen un origen mesenquimatoso, que provienen de una sola célula, el histiocito, que es la célula fundamental del sistema reticuloendotelial y que se origina principalmente en el bazo, médula ósea, ganglios linfáticos y los histiocitos del sistema conjuntivo. [36]

En condiciones normales, los elementos sólidos de la sangre se originan en la médula ósea, aunque existen focos de linfopoyesis en ganglios linfáticos, timo y placas linfoideas del intestino; a las formas embrionarias e inmaduras de las células sanguíneas se les llama **"blastos"**. [37]

La médula ósea, principal productor de células sanguíneas, se encuentra en las cavidades de todos los huesos y existen dos variedades: la amarilla y la roja, siendo esta última la activa para producir leucocitos mieloides, eritrocitos y megacariocitos (*cuadro 1*).

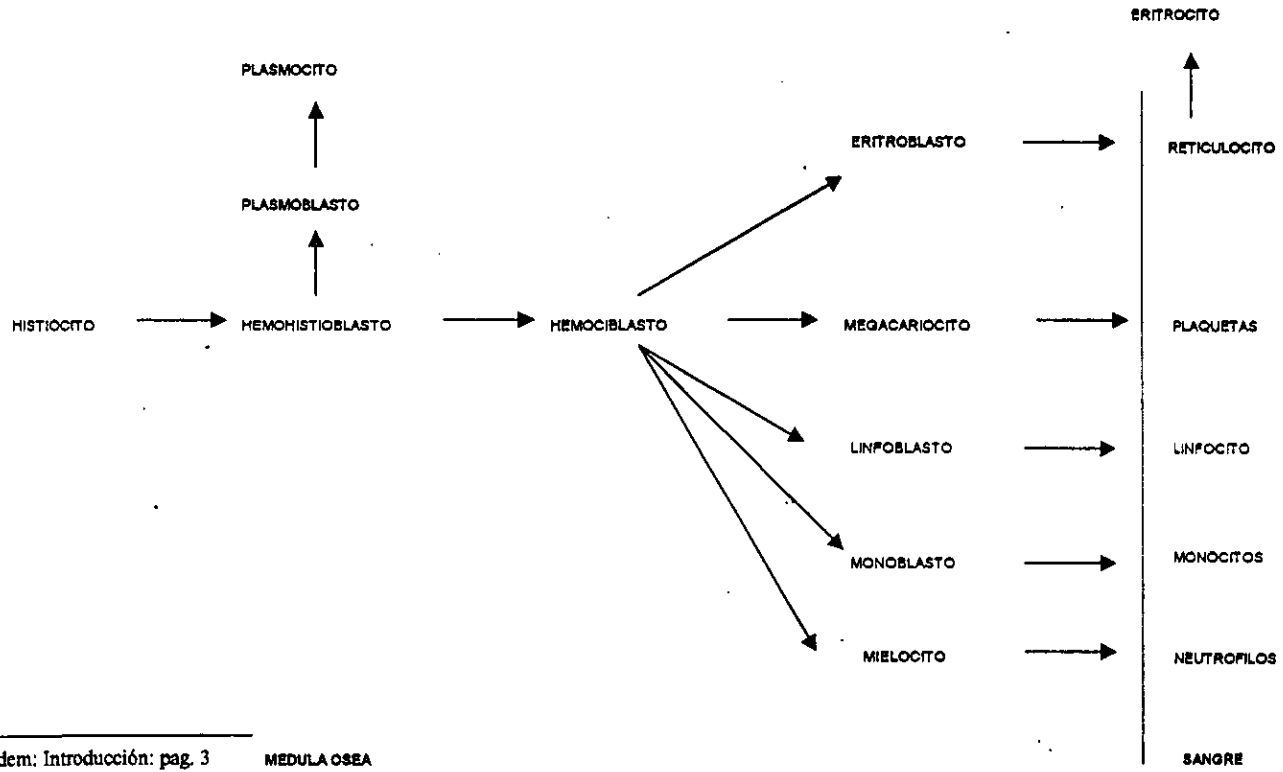
---

[35] Wong DL: Enfermería Pediaátrica. Mosby/Doyma Libros, España, 1995. Pag. 801
[36] Introducción a la Hematología, Instituto Mexicano de Hematología, México, 1985. Pag. 1
[37] Op cite: pag. 2

En el niño, las cifras normales de leucocitos varían de 5000 a 13500/mL, de los cuales los linfocitos serán de 2000 a 5000/mL, de tal manera que cifras por abajo o por encima de estos límites ya se consideran anormales. [38]

[38] Dorantes MS: Diagnóstico de los Problemas Hematológicos en Pediatría. 2ª edición, Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México, México, 1997. Pag. 32

ESQUEMA DE LA HEMATOPOYESIS (*Cuadro 1*) [38]



[39] Ibidem: Introducción: pag. 3

Entre las enfermedades hematológicas de la niñez se encuentra la leucemia, que es la forma más común de cáncer infantil, siendo un padecimiento caracterizado por la proliferación incontrolada de células linfoides inmaduras y heterogéneas, en la que las células malignas expresan diferentes tipos linfocitarios, los cuales sustituyen a la médula ósea normal y a los elementos sanguíneos, llegando a acumularse en los diferentes tejidos y sistemas del organismo. [40]

EPIDEMIOLOGIA.- La leucemia fué descrita por primera vez en 1845 por Bennett en Escocia y por Virchow en Alemania, el cual la denominó sangre blanca por el aspecto postmortem de la misma. En 1846, el mismo Virchow introduce el termino Leucemia en base a que notó que el aumento de glóbulos blancos era característico de la enfermedad y reconoció en un principio dos formas de leucemia: en una de ellas predominaban las formas pequeñas de células blancas con agrandamiento de los ganglios linfáticos, mientras que en la otra forma estaban aumentados en número los leucocitos mayores con mayor esplenomegalia. Friedrich, en 1857, describe por primera vez la leucemia aguda. En 1870, Neumann observó que era en la médula ósea donde se originaban las células leucémicas y supuso que podrían existir tres formas de leucemia: mielógena, esplénica y linfática. Con el descubrimiento de Ehrlich de los métodos de tinción, se pudo describir con mayor exactitud las características citológicas de la leucemia. En 1894, Osler introduce el termino de leucemia a la nomenclatura médica. En 1903, Turk agrupó las leucemias linfáticas, aguda y crónica, y los linfosarcomas, en un sistema de formas linfomatosas, en donde incluía formas benignas (leucemia linfocítica crónica), malignas agudas (leucemia aguda y cloroma) y maligna crónica (linfosarcoma), que se distinguían entre ellas solo por dos aspectos:

1) El grado de proliferación en la invasión de los tejidos por las células linfoides;
2) La presencia o ausencia de invasión sanguínea.

[40] Ortega AJJ: Leucemia Aguda Linfoblástica, en Sierrasesumaga L y cols. Oncología Pediaátrica. Interamericana – Mc Graw Hill. España. 1992. Pag. 252

En 1914, Hirschfeld describió por primera vez la leucemia granulocítica aguda, aunque ya en 1913, Reschel y Schilling habían descrito una nueva forma de leucemia aguda con afectación al "esplenocito", el precursor del monocito. A partir de estas fechas,1914, la leucemia ha sido estudiada, habiendo atravesado por varias clasificaciones: citológica, por evolución, inmunológica, por cuadro clínico o epidemiológica hasta llegar a las clasificaciones actuales, las cuales se basan en tres sistemas: morfológico, histoquímico e inmunológico, todas ellas para las formas agudas. [41]

En 1976, un grupo internacional de estudio de las leucemias agudas convino en clasificar a las leucemias de acuerdo a las características morfológicas de las células del aspirado de médula ósea teñidas con tinción de Romanowsky, la cual ha sido aceptada con las siglas **FAB** (Franco-America-Britanica), la cual se modificó en 1981. [42]

En general, la leucemia aguda se clasifica en dos grandes grupos, de acuerdo a su origen linfoide o mieloide, denominándose leucemia linfoblástica aguda (LLA) y leucemia mieloblástica aguda (LMA), de la cual existen subtipos que son los que clasifica el grupo FAB. [43]

En la LLA, esta clasificación reconoce tres variables, L-1,L-2 y L-3, de acuerdo a rasgos individuales y heterogeneidad de la población celular leucémica. (cuadro 2)

---

[41] Baehner RL: Enfermerdades Hematológicas Malignas. Leucemias y Linfomas. En Miller DR y cols. Smith: Hematología Pediátrica. 3ª edición. Salvat Editores. México. 1985 pag. 655
[42] Ibidem Ortega: pag. 254
[43] Leavell BS y Thorup OA: Hematología Clínica. 4ª edición. Nueva Editorial Intermeridana. México. 1978. Pag. 374

En la LMA, el grupo FAB la clasifica en siete subtipos, de M1 a M7, en relación con el grado de maduración celular y en la asociación con otras líneas celulares. (cuadro 3).

CUADRO 2[44]

CLASIFICACION CITOLOGICA DE LA LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA SEGÚN EL GRUPO FAB			
RASGOS CITOLOGICOS	TIPO MORFOLOGICO		
	L1	L2	L3
TAMAÑO CELULAR	PREDOMINIO CELULAS PEQUEÑAS	CELULAS GRANDES Y HETEROGENEAS	CELULAS GRANDES Y HOMOGENEAS
CROMATINA	HOMOGENEA	VARIABLE HETEROGENEA	HOMOGENEA Y EN PUNTEADO FINO
FORMA DEL NUCLEO	REGULAR, OCASIONALMENTE HENDIDO	IRREGULAR, INDENTADO O HENDIDO	MITOSIS > 5% DE OVAL A REDONDO
NUCLEOLOS	NO VISIBLES O PEQUEÑOS Y ATENUADOS	UNO O MAS,A MENUDO PROMINENTES.	UNO O MAS, MUY PROMINENTES.
CANTIDAD DE CITOPLASMA	ESCASO	VARIABLE MODERADAMENTE ABUNDANTE	ABUNDANTE
BASOFILIA CITOPLASMICA	LIGERA	VARIABLE	MUY INTENSA
VACUOLIZACION	VARIABLE (HABITUALMENTE AUSENTE)	VARIABLE (HABITUALMENTE AUSENTE)	PROMINENTE

[44] Ibidem Ortega AJJ: pag. 255

CUADRO 3[45]

CLASIFICACION DE LA LEUCEMIA MIELOBLASTICA AGUDA DE ACUERDO CON EL GRITERIO GRUPO "FAB"

DESIGNACION	TIPO CELULAR PREDOMINANTE
M1 (MIELOCITICA INDIFERENCIADA)	MIELOBLASTOS
M2 (MIELOCITICA)	MIELOBLASTOS, PROMIELOCITOS
M3 (PROMIELOCITICA)	PROMIELOCITOS
M4 (MIELOMONOCITICA)	PROMIELOCITOS, MIELOCITOS, PROMONOCITOS, MONOCITOS
M5A (MONOBLASTICA)	MONOBLASTOS
M5B (DIFERENCIADA)	MONOBLASTOS, PROMONOCITOS, MONOCITOS
M6 (ERITROLEUCEMIA	ERITROBLASTOS
M7 (MEGACARIOCITICA)	MEGACARIOCITOS

[45] Ibidem Ortega AJJ: pag. 256

Sin embargo, al existir una gran variedad de subtipos de leucemias agudas, clasificarlas únicamente por su aspecto morfológico es insuficiente y es así como se han clasificado de acuerdo a la histoquímica, con técnicas especiales de tinciones, las cuales tienen como objetivo hacer evidente componentes del metabolismo celular de cada una de las líneas celulares. Así tenemos la tinción de peroxidasa y Sudan negro B, en donde la LLA es positiva para la primera, el ácido peryódico de Schiff (PAS) y la esterasa leucocitaria. [46]

Otra clasificación que se utiliza para complementar las anteriores es la inmunológica, la cual se basa en la expresión de antígenos específicos presentes en la membrana celular durante las diferentes fases de la diferenciación celular.

Estos antígenos son también expresados por las células leucémicas y pueden ser detectados a través del empleo de anticuerpos monoclonales, lo que llega a permitir una mejor definición del fenotipo de la célula leucémica. Por tal motivo, utilizando paneles de marcadores inmunológicos se pueden clasificar las leucemias agudas según su relación con los linfocitos normales. [47]

La leucemia es la neoplasia infantil más frecuente, con predominio del sexo masculino, siendo más común entre los dos y cinco años y de los diez a los quince años de edad; la supervivencia ha ido mejorando en forma espectacular en los últimos años, de tal manera que los índices de supervivencia de 4 años, en la actualidad, son del orden del 80% de los pacientes en la mayoría de los grandes centros hospitalarios.[48]

[46] Ibidem Ortega AJJ: pag. 257
[47] Ibidem Ortega AJJ: pag. 258
[48] Ibidem Wong DL: pag. 816

ETIOLOGIA.- La etiología de la LLA es desconocida, pero en la actualidad se considera que la leucemogénesis es un proceso multifactorial, que involucra tres fases:

En la primera fase, la célula blanco hematopoyética sufre un insulto que permite su inmortalización (mutación inicial); en la segunda fase actuaría sobre los mecanismos de proliferación y maduración celular y la tercera fase conduciría a la célula a responder anormalmente a los mecanismos de proliferación y maduración normales.

Estos conceptos pueden ser originados por diversos agentes etiológicos, los que pueden tener origen biológico (virus oncógenos), físicos (radiación ionizante), químicos (solventes orgánicos), genéticos (alteraciones cromosómicas). [49]

Así mismo, se ha relacionado a la leucemia con un grupo de población con mayor riesgo de padecerla, como lo serían los gemelos univitelinos, los que presentan ciertas anomalías en los cromosomas o con aumento de la fragilidad de estos (síndrome de Down, síndrome de Bloom, anemia de Fanconi), los que padecen anomalías congénitas (Ataxia-telangiectasia), o inmunodeficiencias (síndrome de Wiskott-Aldrich). [50]

MANIFESTACIONES CLINICAS.- Son muy diversas e inespecíficas y generalmente aparecen de dos a seis semanas antes de establecerse el diagnóstico.

Los síntomas más frecuentes son fatiga, astenia, pérdida importante de peso, malestar general, anorexia, fiebre, dolores osteoarticulares, lesiones

[49] Ibidem Baehner RL: pag. 664
[50] Ibidem Ortega AJJ: pag. 26

purpúricas, hemorragias y dolor abdominal. A la exploración física suele encontrarse con mayor frecuencia palidez, hepatoesplenomegalia, adenopatías y petequias; con menor frecuencia aparecen vómito, cefalea y signos neurologicos. En algunos casos aparece una masa en mediastino anterior. [51]

En fases tardías o en recidivas existen datos de infiltración a sistema nervioso central, testículos, riñones y ojos. Las infecciones de curso prolongado ó intercurrentes son frecuentes, además de ser la causa más frecuente de muerte en estos pacientes. [52]

DIAGNOSTICO.- Cuando el cuadro clínico hace sospechar LLA, deben realizarse estudios básicos para confirmar el diagnóstico:

A) Biometria Hemática: Mostrará anemia, leucocitosis y trombocitopenia, aunque en algunos casos la cifra de leucocitos puede ser inferior a lo normal y entonces habrá una verdadera pancitopenia, ya que la disminución de neutrófilos es evidente, lo que facilita la presencia de infecciones, sobre todo sí la cifra de neutrófilos es menor de 1000/mL. En algunos casos, sobre todo al inicio de la enfermedad puede existir cifra de leucocitos normales, aunque lo más común es encontrar más de 20,000/mL al momento de hacer el diagnóstico. La presencia de **"blastos"** en un frotis de sangre periférica es indicador de un proceso proliferativo maligno. Es importante recordar que hasta en un diez por ciento de los casos pueden presentar una biometria hemática normal al inicio del padecimiento. [53]

---

[51] Farfán CJM y Bernaldez RN: Trastornos de la Serie Blanca. En Gamez EJ y Palacios TJL, Introducción a la Pediatría. 5ª edición. Ed. Mendez Editores. México. 1995. Pag. 565

[52] Behrman RE, Kliegman RM y Arvin AM, Nelson Tratado de Pediatría. 15ª edición. Mc Graw Hill-Interamericana. España.1997. pag. 1814

[53] Cruz M y cols: Tratado de Pediatría. 7ª edición. ESPAXS, España. 1994. Pag. 1541

B) Aspirado de Médula Osea: El estudio de la médula ósea es indispensable para establecer el diagnóstico definitivo, pués es la unica forma de llegar a él. El sitio de elección de la aspiración es la espina íliaca posterosuperior o de la tibia en los lactantes; nunca debe puncionarse el estemón en los niños por el riesgo de producir hemorragia retroesternal o lesionar otros órganos. El examen mostrará de 70 a 100 por ciento de blastos y en base a estas células se hará la clasificación de la leucemia. [54]

C) Estudios Complementarios: Los niveles de ácido úrico, transaminasas y de hidrogenasa láctica se encuentran elevados, aún cuando no exista daño renal o hepático. Los estudios radiológicos de huesos largos, además del tórax, revelan alteraciones en el 50 por ciento de los casos, como rarefacción generalizada de huesos, líneas radiotransparentes transversales en las metafisis, lesiones osteolíticas corticales y osteoesclerosis, como el tipo de lesiones óseas debidas a la leucemia, más frecuentes, aunque ninguna de ellas tiene significación pronóstica.[55] También es importante realizar gammagrafía de hígado, bazo, testículos ú ovarios para determinar sí existen infiltraciones; búsqueda de blastos en el líquido cefalorraquídeo; se deben realizar cultivos de exudado faríngeo, sangre, orina, heces fecales, líquido cefalorraquídeo y lesiones dérmicas. [56]

[54] Ibidem Ortega AJJ: pag. 264
[55] Ibidem Bachrner RL: pag. 654
[56] Ibidem Ortega AJJ: pag. 266

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- El diagnóstico diferencial de la LLA depende de las manifestaciones iniciales del padecimiento: Pancitopenia: El niño con anemia, leucopenia y trombocitopenia puede diagnosticarse erróneamente como anemia refractaria ó aplásica, pero la presencia de hepatoesplenomegalia y adenopatías, además de la observación de linfoblastos en el frotis de sangre periférica nos orienta hacia el diagnóstico de leucemia. Cuando el neuroblastoma, retinoblastoma y rabdomiosarcoma dan metástasis a médula ósea pueden causar pancitopenia y confundir el diagnóstico. [57]

Dolor Oseo: La artritis reumatoidea ó alguna otra colagenopatía se puede acompañar de artralgias y pancitopénia, por lo que se debe realizar el aspirado de médula ósea para la ratificación ó rectificación de los diagnósticos presuntivos.

Visceromegalias: La histiocitosis y algunas infecciones virales pueden ocasionar crecimiento de hígado, bazo o ganglios linfáticos, pero la ausencia o presencia de blastos en el frotis de sangre periférica orientará al diagnóstico definitivo.

Otras consideraciones diagnósticas con las que debe de establecerse diagnóstico diferencial es con la púrpura trombocitopénica idiopática, toxoplasmosis, tosferina, anemias dishematopoyéticas, etc.

TRATAMIENTO.- Consiste en realizar una serie de acciones, que van desde el manejo farmacológico de la enfermedad en sí , a través de diversas modalidades, radioterapia cuando sea necesario, hasta el apoyo psicológico que debe recibir, tanto el enfermo como la familia, sin olvidar que parte importante del tratamiento es el manejo de las complicaciones que se puedan llegar a presentar.

[57] Ibidem Bachmer RLL: pag. 668

Medidas Generales: Se basa en la información que se debe proporcionar a la familia del niño enfermo, abarcando todos los aspectos relacionados con la evolución, pronóstico, tratamientos y complicaciones.

Medidas de Apoyo: Estarán dirigidas a mejorar las condiciones del paciente cuando este anémico (transfusiones sanguíneas), infectado (uso racional de antibióticos), hemorragias (concentrados plaquetarios), ó con desequilibrio hidroelectrolítico (soluciones parenterales), además de mantener un estado nutricional adecuado, ya que sí es necesario se debe utilizar la nutrición parenteral. Se recomienda, previo al inicio de la quimioterapia, una hiperhidratación parenteral para evitar la nefropatía por incremento del ácido úrico en sangre causada por la lisis de las células originada durante la quimioterapia.

QUIMIOTERAPIA: Una vez establecido el régimen de quimioterapia que se va a llevar a cabo, se debe plantear una estrategia, dividida en varias fases, cada una de las cuales tiene una meta y propósitos bien definidos:

a) **Inducción a la remisión**: Tiene como propósito fundamental convertir a la médula ósea infiltrada, en grado variable, a un estado morfologicamente normal.

b) **Consolidación**: Se busca lograr una reducción adicional de la población celular leucémica que persiste después de concluir la inducción. Concluida esta fase, se considera que el paciente está en remisión completa sí se encuentra clínicamente sano y con una médula ósea menor del cinco por ciento de blastos y con hematopoyesis normal.

c) **Profilaxis del Sistema Nervioso Central**: Se efectúa la radioterapia más la administración intratecal de la quimioterapia.

d) **Mantenimiento de la remisión**: Se utiliza la administración de quimioterapia en plan semanal ó bisemanal, dependiendo de los medicamentos que se vayan a utilizar.

e) **Suspensión del tratamiento**: En la Leucemia Linfoblástica Aguda puede suspenderse el tratamiento después de 36 meses de remisión completa continua. Si no hay recaída después de cuatro años se pueden considerar curados. [58]

El programa de tratamiento con quimioterapia, comprende un regimén de inducción hasta que desaparecen de la médula ósea, células leucémicas identificables morfologicamente, un tratamiento profiláctico del sistema nervioso central y la quimioterapia de mantenimiento.

Un esquema de tratamiento podría ser el siguiente:

I.- Inducción de la remisión (4 a 6 semanas):

Vincristina 1.5 mg/m2/semana I.V:

Prednisona 40 mg/m2/día V.O.

L-Asparaginasa 100 000 U/m2/día I.M. cada dos semanas

II.- Tratamiento intratecal:

Metotrexate , hidrocortisona, arabinósido de citosina. Las dosis se ajustarán a la edad del paciente y se aplicarán una vez por semana durante seis semanas .

III.- Tratamiento de mantenimiento:

6-mercaptopurinas 50 mg/m2/día V.O.

Metotrexate 20 mg/m2/día V.O. , I.M. o I.V.

IV.-De refuerzo:

Vincristina 1.5 mg/m2 cada 4 semanas I.V.

Prednisona 40 mg/m2/día por siete días cada 4 semanas V.O.

[58] Ibidem Behrman RLL. Pag. 1809

Este esquema puede sufrir variantes, de acuerdo a la edad, tiempo de evolución y respuesta inicial al tratamiento, pero sirve de base para planear todo el manejo.

Se debe recordar que en la actualidad existen mas medicamentos que pueden ser utilizados cuando los primeros no dan resultados o los efectos tóxicos son tan importantes que sea necesario cambiar los medicamentos.

A continuación se menciona el grupo al que pertenecen, su mecanismo de acción y los principales efectos tóxicos:

A)- ANTIMETABOLITOS:

Metotrexate: Antagonista del ácido fólico, inhibiendo la dehidrofolato ,reductasa,

Causa mielodepresión ,mucositis, estomatitis, dermatitis y vomito.

6 Mercatopurinas: Inhibe la síntesis de las purinas

Causa mielodepresión, necrosis hépatica, vómito.

Arabinósido de citosina:Inhibe la polimerasa del ADN

Causa mielodepresión, conjuntivitis, mucositis

B) - ALQUILANTES :

Ciclofosfamida. Inhibe la síntesis de ADN

Causa mielodepresión, cistitis hemorrágica, anafilaxia, vómito.

C)- ANTIBIOTICOS:

Dactinomicina: Se liga al ADN, inhibiendo la transcripción.

Causa mielodepresión, ulceración mucosa, necrosis tisular.

Doxorrubicina: Se liga al ADN por interpolación.

Causa mielodepresión, necrosis tisular, miocardiopatía.

D)- ALCALOIDES DE LA VINCA.

Vincristina : Inhibe la formación de los microtúbulos.

Causa celulitis, neuropatía periférica, estreñimiento, vómito.

E)- ENZIMAS.

L.Asparginasa: Disminución de la L-Asparaginasa

Causa pancreatitis, coagulopatía, encefalopatía.

F) – HORMONAS:

Prednisona: Mecanismo de acción desconocido.

Causa hipertensión arterial, úlcera péptica, osteoporosis, psicosis.

G)- VARIOS:

Etopósido: Inhibidor de la topoisomerasa

Causa mielodepresión importante.

RADIOTERAPIA: En los casos de LLA, se utiliza en el sistema nervioso central, como un complemento de la terapia intratecal, sobre todo sí existe la sospecha de infiltración leucémica a ese sitio. La radioterapia también se usa cuando se piensa en infiltración leucémica a testículos y en la preparación de aquellos pacientes que serán tratados con un trasplante de médula ósea. [59]

[59] Ibidem Behrman RL: pag. 1818

TRASPLANTE DE MEDULA OSEA: El objetivo es reemplazar células anormales por precursores hematopoyéticos normales. Se recomienda en pacientes con LLA en la segunda remisión, en la leucemia mieloblástica aguda en la primera remisión completa y en la LLA de alto riesgo en la primera remisión completa. Se puede obtener la médula ósea del mismo paciente (autólogo), de un gemelo idéntico (singénico) o de un donador que no es idéntico geneticamente (alógeno). [60]

COMPLICACIONES.- Las principales complicaciones de la LLA son de tipo hematológico o infeccioso y es difícil diferenciar en que momento son parte de la misma enfermedad o se presentan como cuadros clínicos independientes.

- Hematológicas: La principal son las hemorragias, como consecuencia de la trombocitopenia, sobre todo sí la cifra de plaquetas es menor de 20 000/mL. Se consideran a las hemorragias como la segunda causa importante de muerte en los pacientes con leucemia. La más grave es la del sistema nervioso central, aunque también aparecen hemorragias en tubo digestivo, epistaxis, gingivorragias, en articulaciones o a nivel pulmonar. Se deben tratar con concentrados plaquetarios. [61]

- Infecciosas: Aproximadamente el 80% de los niños con leucemia y que llegan a fallecer, lo hacen por infecciones durante la remisión. La incidencia de las infecciones va a estar en relación con la cifra de neutrófilos y los sitios más frecuentes de infección son pulmones, vías urinarias, sistema nervioso central y piel. Los germenes más comunes como responsables de la infección son el Estafilococo dorado, Pseudomonas, Proteus, Klebsiella, Pneumocystis carinii, Candida albicans. Tan pronto se sospeche una infección en un paciente leucémico, se deben tomar cultivos para bacterias y hongos e iniciar

[60] Ibidem Behrman RL: pag. 1813
[61] Ibidem Behrman RI: pag. 674

tratamiento con antibióticos de amplio espectro, los cuales se modificarán de acuerdo a la respuesta y al resultado de los cultivos. [62]

Otras complicaciones que se pueden presentar durante la evolución de la leucemia es el desequilibrio hidroelectrolítico, insuficiencia renal aguda, fracturas patológicas de huesos largos, etc. [63]

PRONOSTICO-. El pronóstico de la leucemia va a depender del tipo celular involucrado, de tal manera que los indicadores pronósticos bien comprobados de la supervivencia son: edad al momento de hacer el diagnóstico, tipo histológico de la leucemia y el recuento inicial de leucocitos .

Los niños menores de dos años y los mayores de 10 años tienen un pronóstico más desfavorable. [64] (Cuadro 4).

[62] Ibidem Behram RL: pag. 687
[63] Ibidem Behrman RL: pag. 674
[64] ibidem Behrman RL: pag. 687

CUADRO 4 [65]

FACTORES PRONOSTICOS EN LA LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA

FACTORES	FAVORABLES	DESFAVORABLES
EDAD	2 – 10 AÑOS	MENOR DE 2 O MAYOR DE 10 AÑOS
SEXO	FEMENINO	MASCULINO
RECUENTO LEUCOCITARIO INICIAL	MENOS DE 10,000 /ML	MAS DE 50,000 / ML
ADENOPATIAS	AUSENTES	PRESENTES
HEPATOESPLENOMEGALIA	AUSENTE O MODERADA	NOTABLE
HEMOGLOBINA	MENOR DE 7 gr/dl	MAYOR DE 10 gr/dl
RECUENTO PLAQUETARIO	MAYOR DE 100 X 10^9	MENOR DE 100 X 10^9
MASA MEDIASTINAL	AUSENTE	PRESENTE
MORFOLOGIA FAB	L1	L2 Y L3
CITOGENETICA	POSITIVA	NEGATIVA
REACCION AL TRATAMIENTO DE INDUCCION (DIA 14)	MEDULA OSEA NORMAL O CON MENOS DE 5% DE BLASTOS	MEDULA OSEA CON MAS DEL 25% DE BLASTOS

[65] Ibidem Behrman RL: pag. 683

COLITIS NEUTROPENICA.- También llamada tiflitis neutropénica, enterocolitis neutropénica y síndrome ileocecal, es una complicación relativamente frecuente de la leucemia.

Esta entidad es una inflamación de la pared intestinal que puede progresar a necrosis, comprometiendo ileon, ciego, colon derecho y tejidos circundantes, siendo el factor de riesgo más importante la neutropenia, independientemente de la patología subyacente. Por lo tanto, se le considera una complicación potencial de todo paciente que curse con neutropenia y está asociada a una elevada mortalidad en adultos, aunque en niños se reportan porcentajes bajos de mortalidad (8.3%). Además de estar relacionada con leucemia, también se ha observado en pacientes con linfomas, tumores sólidos, administración de quimioterapia, anemia aplásica, neutropenia cíclica, mieloma múltiple, síndromes mielodisplásicos, lupus eritematoso sistémico, SIDA, trasplantes de médula ósea y otros órganos sólidos.

Su fisiopatología parece ser multifactorial, incluyendo el daño citotóxico directo secundario a la administración de quimioterapia y destrucción de las células de rápida división de la mucosa intestinal, inflamación leucémica de la pared intestinal e invasión bacteriana con inflamación. Otro factor importante, además del alto contenido de tejido linfático en el área ileocecal, es la anatomía del colon la cual juega un papel importante debido a su irrigación de suplencia que aunado a la distensibilidad del ciego reduce el flujo sanguíneo en forma importante, llevando a la isquemia. La incidencia reportada de esta entidad es variable, de 2.5 hasta 46%, realizándose el diagnóstico antemortem en 1-4% de los casos, mientras que la incidencia en autopsias se reporta desde 5 hasta 69% en los pacientes oncológicos.

La sospecha clínica debe ser realizada ante la presencia de fiebre, dolor y sensibilidad abdominal en un paciente neutropénico; dado lo inespecífico del

cuadro debe hacerse diagnóstico diferencial con apendicitis, colitis pseudomembranosa, invaginación intestinal, obstrucción intestinal.

Los estudios radiológicos simples de abdomen pueden mostrar distribución anormal de gas, edema de asas, niveles hidroaéreos y líquido libre en cavidad; el enema de bario muestra distorsión de la morfología cecal y obstrucción, mientras que la arteriografía puede mostrar aumento de la irrigación cecal y comunicaciones arteriovenosas entre los vasos mesentéricos, aunque estos últimos dos procedimientos están contraindicados por el riesgo de perforación cecal; el ultrasonido y la tomografía axial computada son utiles en el estudio y corroboración del diagnóstico ante la sospecha clínica, evidenciándose en el primero engrosamiento de la pared intestinal y/o ascitis, mientras que la tomografía, además de los hallazgos anteriores puede mostrar imagenes en espícula e inflamación de la grasa pericólica y neumatosis.

Algunos agentes citotóxicos, como el arabinósido de citosina, daunorrubicina y vincristina, inducen alteraciones en la mucosa intestinal, clasificadas en tres estadios:

a) Daño inicial;
b) Progresión ; y
c) Reparación caracterizada por detención en la maduración y atipia celular, además de necrosis y demora en la regeneración celular, todo lo cual se manifiesta como íleo o distensión abdominal, diarrea y hemorragia de tubo digestivo bajo.

Según el compromiso intestinal y los hallazgos de miscrospía de luz, la tiflitis neutropénica se puede estadificar en tres:
a) Limitado al ciego;

b) Compromiso del ciego y de otras porciones del intestino; y
c) Compromiso del ciego con presencia de ulceras en otras áreas del tubo digestivo; las alteraciones histopatológicas pueden incluir ulceración y hemorragia, infiltración leucémica, invasión bacteriana ó micótica, formación de pseudomembranas, inflamación, necrosis y perforación.

Se ha propuesto que la siguiente secuencia de eventos es la que explica lo que sucede, desde el punto de vista fisiopatológico, en estos pacientes:

a) Alteración de la mucosa de colon derecho secundaria al efecto citotóxico de la quimioterapia, o a infiltración leucémica;
b) Invasión bacteriana de la pared intestinal;
c) Proliferación bacteriana secundaria a la disminución de las defensas (neutropenia) y , probablemente al uso inadecuado de antibióticos de amplio espectro; y
d) Producción de endotoxinas bacterianas con una bacteremia subsecuente, necrosis, hemorragia y perforación.

El manejo de estos pacientes no está bien definido, aunque lo más recomendado es un tratamiento conservador a base de ayuno, líquidos y electrolitos endovenosos sonda nasogástrica, nutrición parenteral total, antibióticos de amplio espectro, transfusión de glóbulos rojos empaquetados y de factor estimulador de granulocitos. Las recomendaciones para intervenir quirúrgicamente a estos pacientes son:

a) sangrado intestinal persistente después de la normalización de la cifra de neutrófilos, plaquetas y tiempos de coagulación;
b) evidencia de perforación intraperitoneal;
c) deterioro clínico que requiera soporte de aminas o reanimación hídrica enérgica, sugiriendo sepsis grave y/o infarto intestinal;y

d) desarrollo de síntomas y signos que sugieran un proceso intraabdominal que en ausencia de neutrófilos requiera cirugía. [66]

[66] Beltrán HSJ, Mejia DAM, y Santos PJI: Tiflitis Neutropénica en niños. Boletín Médico Hospital Infantil de México 1995 52- 420- 425.

CAPITULO II
METODOLOGIA

2.1 VALORACION

La metodología en el presente trabajo clínico se desarrolló a partir de cada una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería de la siguiente forma.

En la Valoración etapa inicial del proceso, correspondió a la recopilación de información basándose en la observación, entrevista, exploración física, y otras fuentes como expediente clínico y resultados de laboratorio; finalizando, con la historia clínica de enfermería que pretendió abarcar todo lo referente al paciente, que aportara conocimientos sobre sus características personales, sus hábitos de vida, su entorno, familia, y las necesidades o factores de dependencia por los que cursaba.

Para la Entrevista de Enfermería, se utilizó el siguiente instrumento:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ENTREVISTA DE ENFERMERIA

DATOS GENERALES:

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

ESTADO CIVIL _____ RELIGION _____ ESCOLARIDAD _____

OCUPACION _____ DOMICILIO _____

HOSPITALIZACIONES PREVIAS _____

CAUSAS DE LAS MISMAS _____

MOTIVO DEL INGRESO ACTUAL _____

FAMILIA: NUMERO DE MIEMBROS_____ CON QUIEN VIVE _____

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA _____

1. ¿ Cuál fue el motivo por el que acudiste la primera vez al hospital?
2. ¿ Cuándo fue la primera vez que te dieron consulta en este hospital?
3. ¿ Porqué te trajeron a este hospital?
4. ¿ Cuándo empezaste a sentirte mal de nuevo?
5. En esta ocasión, ¿ Cuáles fueron las primeras molestias que presentaste?
6. ¿ Tienes tratamiento médico cuando estás en tu casa?
   Si _____ ¿ Cuáles ? _____
   No _____
7. ¿Tomabas con regularidad tus medicinas ?
   Si _____ ¿ Cuáles ? _____
   No _____
8. ¿ Qué te han informado los médicos sobre tu enfermedad?
9. ¿ Qué piensas de tu enfermedad?

10. ¿ Has perdido peso en estos últimos días?

11. ¿ Cuántas comidas hacen al día?

12. ¿ Qué es lo que comen con mayor frecuencia?

TIPO DE ALIMENTO	DIARIO	CADA 3er DIA	SEMANAL	QUINCENAL	MENSUAL	NUNCA
CARNE DE RES						
CARNE DE POLLO						
HUEVO						
LECHE						
VERDURAS						
FRUTAS						
CEREAL Y LEGUMINOSAS						
PESCADO						

OTROS: _____

13. ¿ En qué lugar preparan los alimentos?

14. ¿ Qué usan para cocinar?

15. ¿ De dónde toman el agua que usan para beber, preparar comida y asearse?

16. ¿ Hierven el agua que toman? Si _____ No _____

17. ¿ Dónde realizan sus necesidades? _____
¿ Cuántas veces evacuas normalmente al día? _____
¿ Cuántas veces orinas normalmente al día? _____

18. ¿ Te bañas diario? Si _____
No _____ ¿ Porqué ? _____

19. ¿ Te lavas los dientes diariamente?

Si _____ ¿Cuántas veces al día? _____
No _____ ¿ Por qué? _____

20. ¿ Te lavas las manos antes de comer? Si _____
No _____ ¿Porqué? _____

21. ¿ Usan en tu casa algún tipo de insecticida?
Si _____ ¿Cuáles? _____
No _____

22. ¿ Existen fábricas cercanas a tu casa?
Si _____ ¿De qué tipo? _____
No _____

23. ¿ Usan insecticidas para fumigar el campo por donde tu vives?
Si _____ No _____

24. ¿ Realizas algún tipo de deporte?

25. ¿ De qué manera te cuidas en tu casa para no enfermarte?

26. ¿ Alguien más de tu familia ha presentado enfermedades de la sangre, tumores, o de algún otro tipo?

Así mismo para la Historia Clínica de Enfermería, y la Exploración Física, se utilizó la siguiente guía sistematizada la que me permitió llevar a cabo una exploración cefalo – caudal.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

1. Datos Generales.
2. Motivo de Consulta.
3. Antecedentes Heredofamiliares.
4. Antecedentes Personales no Patológicos.
5. Antecedentes Personales.
6. Alimentación.
7. Desarrollo Psicomotor.
8. Inmunizaciones.
9. Antecedentes Personales Patológicos.
10. Padecimiento Actual.
11. Somatometría y Signos Vitales.
12. Exploración física Cefalo-caudal.

2.2 DIAGNOSTICO.

De acuerdo a las necesidades que se detectaron en la etapa de valoración, se utilizó la guía de Valoración de las 14 necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson para establecer cuales serían necesarias abordarse.

Ya establecidas estas necesidades, se elaboraron los diagnósticos de enfermería utilizando la lista de Categorías Diagnósticas aceptadas por la NANDA.

Para redactarlos, se tomaron en cuenta lo siguiente:

- Etiqueta Diagnóstica.
- Definición.
- Características Definitorias.
- Factores Relacionados.

Por cada necesidad detectada se estableció el diagnóstico de enfermería correspondiente.

Se determinaron si las necesidades detectadas eran reales, posibles, o potenciales para que la redacción del diagnóstico pudiese enfocarse en esa forma.

2.3 PLANEACION.

La metodología a seguir en esta etapa fué planificar las estrategias encaminadas a minimizar, corregir, o prevenir las necesidades detectadas previamente.

Se estableció un plan de atención donde primero se jerarquizaron las necesidades y los diagnósticos de enfermería de acuerdo a prioridades.

Para cada uno de los diagnósticos se estableció el objetivo a conseguir para resolver el problema de dependencia del paciente por el que se encontraba cursando.

Se determinó el conjunto de intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos.

El plan de atención de enfermería fué diseñado para llevarlo a cabo por el equipo de enfermería en colaboración con el paciente y la familia en las intervenciones que fueran necesarias, convenientes, o posibles.

El formato que se utilizó para llevar a cabo estos registros fué el siguiente:

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NECESIDAD :
DEFINICION:
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:
OBJETIVO :

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION	EVALUACION

2.4 EJECUCION.

En la etapa de ejecución se puso en práctica el plan de atención de enfermería, estableciendo las justificaciones o fundamento de las intervenciones que se planearon.

Se puso especial interés en continuar con la valoración del paciente para seguir obteniendo datos sobres el estado de este, y su respuesta a las acciones que se realizaron para continuar con las intervenciones necesarias.

2.5 EVALUACION.

La evaluación fue una actividad que se llevó en forma continua en cada una de las etapas, mediante las cuales se determinaron hasta que punto se alcanzaron los objetivos propuestos previamente, y que resultados tuvo la aplicación del Plan Atención de Enfermería a la vez que se incorporaron nuevos datos surgidos de la evolución del paciente, que permitieron en un momento dado que se continuaran o modificaran las intervenciones y objetivos propuestos de acuerdo a si se resuelven o aparecen nuevas necesidades.

La evaluación se realizó por cada una de las intervenciones de enfermería.

CAPITULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El presente Proceso Atención de Enfermería se aplicó a un paciente adolescente masculino, de 17 años de edad, hospitalizado en la cama 10 del servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Juárez de México y que presento las siguientes necesidades basándose en la guía de valoración del modelo de Virginia Henderson.

NECESIDADES	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Oxigenación.	Hipoventilación pulmonar derecha, submatidez.
Hidratación.	Diarrea, vómito, desequilibrio hidroelectrolítico.
Eliminación.	Diarrea y vómito.
Descanso y sueño.	Dolor abdominal, ataque el estado general.
Termorregulación.	Fiebre, escalofríos, polipnea.
Evitar los riesgos.	Inmunodepresión.

Con los diagnósticos médicos de:

Síndrome Diarréico Agudo.
Desequilibrio Hidroelectrolítico.
Leucemia Linfoblástica Aguda.
Probable Neumonia Basal Derecha.

3.1 VALORACION

Para la recopilación de datos se utilizaron los siguientes instrumentos para la entrevista, y la historia clínica de enfermería que a continuación se detallan.

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

DATOS GENERALES :

Nombre R. S.. B
Edad : 17 años
Sexo : Masculino
Expediente 344180
Servicio : Urgencias Pediatricas
Fecha de ingreso: 23 Junio del 2000
Procedencia : San Lorenzo,Municipio de Xilotepec de Juarez Puebla
Estado civil : Soltero
Escolaridad : 3º Secundaria
Religión : Catolica
Interrogatorio : Directo

MOTIVO DE LA CONSULTA :

Reingresa por diarrea, vomito, dolor abdominal , ataque al estado general .

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Abuelos paternos y maternos fallecidos por causa no especificada. Madre de 45 años , sana, dedicada al hogar, analfabeta , G VIII, P VIII, A 0. Padre de 54 años , dedicado a labores del campo , sano , alcoholismo ocasional con pulque; siete hermanos sanos, cinco casados y dos menores que el paciente.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Nivel socioeconómico bajo, habitan en zona rural ,con ausencia de servicios públicos: agua potable y drenaje, luz eléctrica ; la habitación es de madera y lámina , con un cuarto hecho de tabique, piso de tierra .Hacinamiento y promiscuidad ,convivencia con perros y aves de corral , hábitos higienico-dietéticos deficientes, fecalismo al aire libre, toman agua de pozo.

ANTECEDENTES PERINATALES

Producto de G VI , aceptado sin control prenatal , embarazo normoevolutivo, parto atendido en su domicilio por partera empírica, sin aparentes complicaciones ,que lloró y respiró al nacer , se ignora peso y otros antecedentes de importancia .

ALIMENTACION

Seno materno por 18 meses, ablactación a los 12 meses. Actualmente deficiente en calidad y cantidad, a base de tortillas, frijoles, lentejas, chile, café negro y agua sin hervir.

DESARROLLO PSICOMOTOR

Adecuado, sin datos anormales, regular aprovechamiento escolar, cursa el 3er año de secundaria.

INMUNIZACIONES

Se refieren completas, sin presentar cartilla de vacunación.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Cuadros frecuentes de faringoamigdalitis, quirúrgicos y traumáticos negativos. Se refiere contacto directo con pesticidas; niega contacto con solventes y radiaciones. En abril de 1997 se le diagnosticó Leucemia Linfoblástica Aguda, por medio del estudio clínico, de sangre periférica y de médula ósea, recibiendo tratamiento inicial con Vincristina y Adriamicina semanal, prednisona diaria y L-Asparaginasa y egresa para continuar su control por consulta externa. En junio de 1999 se ingresa para recibir radioterapia del sistema nervioso central .

El 19 de diciembre de 1999 reingresa por presentar gastroenteritis, neutropenia y lesiones en mucosa oral recibiendo tratamiento con antibióticos y quimioterapia a base de vincristina, ciclofosfamida, L-Asparginasa, prednisona y neupogen, egresando el 23 del mismo mes. El 22 de enero del 2000 reingresa por ataque al sistema nervioso central, siendo tratado con metotrexate, ondosetrón y leucovorin; egresa el 24 de enero.

PADECIMIENTO ACTUAL

Ingresa el 23 de junio por presentar un cuadro de 2 días de evolución, caracterizado por fiebre no cuantificada, diarrea sin moco ni sangre, semilíquidas, cinco en 24 horas, acompañada de vómito de contenido gástrico, sin sangre, sin bilis, blanquecino y en número de 3 en 24 horas y dolor abdominal tipo cólico, localizado a meso y epigastrio, intenso, intermitente, sin irradiaciones.
Ingresa a urgencias pediátricas.

SOMATOMETRIA Y SIGNOS VITALES.

Peso: 55 kg.

Talla:1.65 m.

F.C.: 120 x '

F.R.: 36 x '

T.A. 80/50

Temperatura: 38°C

EXPLORACION FISICA CEFALO CAUDAL

Adolescente masculino , en posición dorsal , con facies de dolor , conciente, febril, con escalofríos, orientado en las tres esferas , palidez de tegumentos ++, mal hidratado . Cráneo con cabello bien implantado; cara con ojos simétricos , pupilas con buena respuesta a la luz ; narinas permeables , boca con mala hidratación de mucosas, piezas dentales completas en mal estado de higiene , caries grado I en dos piezas molares, orofaringe hiperémica ++, amígdalas hipertróficas + , orejas bien implantadas , conductos auditivos externos permeables , cuello con traquea central , tiroides no palpable , no se palpan ganglios linfáticos, pulsos carotídeos normales, piel caliente.

Tórax con movilidad normal , submatidez e hipoventilación en base pulmonar derecha , sin estertores; área precordial en límites normales, con ruidos cardiacos rítmicos, sin fenómenos agregados.

Abdomen blando depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio y mesogastrio , peristaltismo aumentado , refiere dolor tipo cólico , sin irradiaciones , intermitente.

Vello púbico y genitales de acuerdo a su edad y sexo, Tanner 4 .

Extremidades superiores e inferiores ,con hipotrofia muscular , movilidad pasiva y activa normal , reflejos osteotendinosos normales en su respuesta , la turgencia de la piel se encuentra disminuida.

ESTUDIOS DE LABORATORIO AL INGRESO:

Hemoglobina 8.1 g/dl.

Hematócrito 29%

Leucocitos 800 /ml.

Neutrofilos 350/ml.

Linfocitos 400/ml

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ENTREVISTA DE ENFERMERIA

DATOS GENERALES :

NOMBRE : R . S. B. EDAD : 17 años SEXO : Masculino

ESTADO CIVIL: Soltero RELIGION : Católica ESCOLARIDAD: 3° Secundaria

OCUPACION : Estudiante DOMICILIO: San Lorenzo ,Municipio de Xilotepec de Juárez, Puebla

HOSPITALIZACIONES PREVIAS : Cuatro

CAUSAS DE LAS MISMAS: La primera vez de hemorragia por la nariz, debilidad y por haber adelgazado ; por mi misma enfermedad, para estudio y por mi quimioterapia .

MOTIVO DEL INGRESO ACTUAL : Por diarrea y vómito

FAMILIA ; NUMERO DE MIEMBROS Cinco CON QUIEN VIVE Con mis papas y dos hermanos .

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA : Un cuarto de madera y lámina y un cuarto de tabique, con piso de tierra los dos , tienen luz eléctrica pero no hay agua potable, ni drenaje.

1.- ¿ Cuál fue el motivo por el que acudiste la primera vez al hospital ?

Cuando me enferme por primera vez , me vieron en una clínica de Hidalgo y ahí me dieron medicina y como seguía enfermo , le dijeron a mi papá que mejor me trajera a México por que ellos no tenían medicina para curarme.

2.- ¿ Cuando fue la primera vez que te dieron consulta en este hospital .?

Hace como tres años .

3.- ¿ Porqué te trajeron a este hospital ?

El médico de la clínica le dijo a mi papá que en este hospital me podían dar las medicinas que necesito y que me iba a costar poco .

4 .- ¿ Cuando empezaste a sentirte mal de nuevo ?

Desde ayer

5.- En está ocasión, ¿ Cuáles fueron las primeras molestias que presentaste?

Primero me dio diarrea y vómito y luego me dio calentura y dolor de estómago y los doctores me han dicho que cuando me ponga enfermo deben traerme al hospital .

6.- ¿ Tienes tratamiento médico cuando estas en tu casa?

Si ___X___ **¿ Cuáles ?** Me dan unas pastillas pero no me acuerdo el nombre.
No _____

7.- ¿ Tomabas con regularidad tus medicinas ?
Si ____X____ **¿ Cuáles ?** _____
No _____

8.- ¿ Que te han informado los médicos sobre tu enfermedad ?

Que tengo una enfermedad de la sangre , que hace que no tenga muchas defensas, que también hace que salga sangre de la nariz y se me hagan moretones en la piel .

9.- ¿ Que piensas de tu enfermedad ?

Que me tengo que cuidar para que no me enferme seguido, que voy a tomar medicina por mucho tiempo y que tengo que estar viniendo al hospital a mis consultas .

10.-¿ Has perdido peso en estos últimos días ?

Yo siento que si , ya me quedan más flojos mis pantalones .

11.- ¿ Cuántas comidas hacen al día ?

A veces dos y a veces tres .

12.-¿ Que es lo que comen con mayor frecuencia ?

TIPO DE ALIMENTO	DIARIO	CADA 3° DIA	SEMANAL	QUINCENAL	MENSUAL	NUNCA
CARNE DE RES					X	
CARNE DE POLLO			X			
HUEVO			X			
LECHE		X				
VERDURAS	X					
FRUTAS	X					
CEREAL Y LEGUMINOSAS	X					
PESCADO						X

OTROS : Pan , tortillas y café

13.- ¿ En que lugar preparan los alimentos ?

En la cocina de leña .

14.- ¿ Qué usan para cocinar ?

Leña a veces carbón

15.- ¿De donde toman el agua que usan para beber, preparar comida y asearse ?

De un pozo cercano a la casa.

16 .-¿ Hierven el agua que toman ? SI _____ NO __X__ -

17.- ¿ Donde realizan sus necesidades ?

En el campo

18.- ¿ Cuantas veces evacuas normalmente al día ? Una **y cuantas orinas** ? 3 - 4 veces

19 .- ¿ T e bañas diario ? SI _____ NO ____X_____

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

¿ Porqué ? No hay mucha agua pero, pero me baño cada tercer día

20.-¿ Te lavas los dientes diariamente ?

SI ____X____ ¿Cuántas veces al día ?Una porque se me olvida.

21.- ¿ Te lavas las manos antes de comer ?

Si

22.- ¿ Usan en tu casa algún tipo de insecticida ?

No

23.- ¿ Existen fabricas cercanas a tu casa ?

No

24.-¿ Usan insecticidas para fumigar el campo por donde tu vives

Si son para matar las plagas .

25.-¿ En tu casa siembran alguna cosa ?

Si **¿ De que tipo?** Hay limones,chile calabacita y té de limón

26.- ¿ Realizas algún tipo de deporte ?

No solo juego al futbol con los amigos

27.- ¿ De que manera te cuidas en casa para no enfermarte?

Me lavo las manos antes de comer, tomo mis medicinas, trato de no mojarme cuando llueve, no jugar brusco y mi familia también me cuida.

28.- ¿ Alguien más de tu familia ha presentado enfermedades de la sangre tumores o de algún otro tipo ?

No, porque ya otras veces nos han preguntado lo mismo y mis papás dicen que no.

3.2 DIAGNOSTICO

Después de la recopilación de los datos se realizo un análisis para llegar a la detección de necesidades, estableciendo un diagnóstico por cada uno de ellas.

NECESIDADES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA
Oxigenación.	Posible deterioro del intercambio gaseoso relacionado con infección pulmonar manifestado por fiebre, submatidez e hipoventilación pulmonar derecha.
Hidratación.	Déficit de volumen de líquidos corporales relacionados con probable colitis neutropénica manifestado por diarrea, vómito y fiebre.
Eliminación.	Diarrea relacionada con probable colitis neutropénica manifestada por evacuaciones líquidas aumentadas en frecuencia y cantidad, deshidratación, fiebre, mal estado general.
Descanso y sueño.	Alteración del patrón del sueño relacionado con diarrea y dolor abdominal manifestado por referencia verbal de no haber descansado bien.
Termorregulación.	Hipertermia relacionada con probable foco infeccioso intestinal y pulmonar y

	por deshidratación manifestada por escalofríos, diaforesis, temperatura de 38°C y piel caliente.
Evitar los riesgos.	Alto riesgo de lesiones relacionado con leucemia linfoblástica aguda manifestada por inmunodepresión, plaquetopenia, leucopenia y neutropenia.

3.3 PLANEACION

En esta etapa se llevo a cabo la jerarquización de las necesidades detectadas de acuerdo a las prioridades en orden de importancia para solucionarlas con el objetivo de lograr la independencia del paciente lo más pronto posible.

NECESIDAD	DEFINICION	OBJETIVO
HIDRATACIÓN.	Estado en que se presenta una alteración de los líquidos corporales con deshidratación debido a una pérdida hídrica o electrolítica. [67]	Restablecer el equilibrio hidroelectrolítico en un lapso de 8 a 24 horas.
ELIMINACIÓN.	Estado en que el individuo, presenta un cambio en sus hábitos normales de evacuación intestinal, con eliminación frecuente de heces blandas, sueltas o líquidas. [68]	Lograr que se mantenga un patrón normal de función intestinal.
OXIGENACIÓN.	Estado en que existe una alteración en el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono entre la sangre y	Conservar la función respiratoria en óptimas condiciones.

[67] Enciclopedia de la Enfermería Tomo I. Gpo. Editorial Oceano. España. 1998. Pag. 26
[68] op cit. Pag. 19
[69] Ibidem Enciclopedia Tomo I. Pag. 28
[70] Ibidem Enciclopedia Tomo I. Pag. 16
[71] Ibidem Enciclopedia Tomo I. Pag. 31
[72] Ibidem Enciplopedia Tomo I. Pag. 55

	medio externo a nivel de la membrana alveolo capilar, con el consecuente déficit en la respiración de los tejidos orgánicos. [69]	
TERMORREGULACIÓN.	Estado en que la temperatura corporal se eleva por encima de los límites normales.[70]	Lograr que recupere la temperatura corporal normal lo más pronto posible.
EVITAR LOS RIESGOS.	Estado en el que el individuo corre el peligro de sufrir lesiones debido a factores internos o externos.[71]	Ayudar al paciente a adquirir la capacidad para practicar medidas de seguridad y prevención para evitar complicaciones secundarias a su enfermedad. Evitar presencia de hemorragias infecciones y anemia
DESCANSO Y SUEÑO	Estado en que el individuo presenta una desorganización de las horas de sueño que originan malestar e interfiere en el estilo de vida deseado.[72]	Proporcionar condiciones adecuadas para el descanso y suprimir el dolor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NECESIDAD: DE HIDRATACIÓN

DEFINICIÓN: estado en que se presenta una alteración de los líquidos corporales con deshidratación debido a una pérdida hídrica o electrolítica. [73]

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de volumen de líquidos corporales relacionados con colitis neutropenica manifestado por diarrea, vómito, y fiebre.

OBJETIVO: Reestablecer el equilibrio hidroelectrolítico en un lapso de 8 a 24 horas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
Valoración clínica del estado de hidratación, que incluye observación de mucosas, tono ocular, turgencia de la piel, toma de signos vitales y llenado capilar cada hora, llevando los registros correspondientes.	Durante el estado de deshidratación, el paciente sufre una serie de modificaciones hemodinámicas a consecuencia de la hipovolemia, que se traduce generalmente en cambios clínicos, como son: Disminución del tono ocular por pérdida de líquido en espacio retroocular;	Después de 8 horas, el paciente presenta mucosa bucal seca +, tono ocular normal y turgencia de la piel aún sin recuperar. La frecuencia cardiaca de 92 por minuto, tensión arterial aún disminuida 100/70 y el llenado capilar de 2 segundos.
INTERVENCIONES DE	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN

[73] Ibidem Enciclopedia Tomo I. Pag. 26

ENFERMERÍA		
	Mucosas secas y pérdida de la turgencia de la piel por disminución de líquido extracelular; La frecuencia cardiaca se encuentra aumentada por incremento en el gasto cardiaco al haber hipovolemia; La tensión arterial disminuye al haber hipovolemia y esto mismo ocasiona el llenado capilar lento.[74]	
Colocación de un acceso venoso periférico.	En los estados de deshidratación moderada a severa se debe utilizar el tratamiento endovenoso para reponer líquidos perdidos y mantener la hidratación adecuada, sobre todo si no es posible utilizar la vía oral, como en los casos en que existe vómito. Generalmente se utiliza un vaso del miembro	Se colocó venoclisis con punzocat número 17 en vena basílica de miembro superior derecho, permaneciendo permeable.

[74] Kozier B, Erb G y Olivieri R: Enfermería Fundamental Tomo IV. 4ª edición. Interaericana McGraw Hill. 1997. Pag. 1616

	superior (venas basílica o cefálica)	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
	Este tipo de acceso se emplea fundamentalmente para la infusión venosa de corta duración.[75]	
Registro de peso cada 8 horas en la misma báscula y vestido sólo con el camisón.	En el tratamiento de la deshidratación uno de los indicadores físicos más importantes es el cambio del peso corporal, por lo que durante las primeras horas del manejo se debe comprobar el peso frecuentemente.[76]	No hubo variaciones significativas en el peso durante el turno, manteniéndose en 55 Kg.
Verificación de las indicaciones médicas para la preparación y administración de líquidos intravenosos a 2000 ml. / m_2 SC/día, distribuidos para cada 8 horas. Solución glucosada 5% 660 ml. Solución salina 340 ml. y cloruro de potasio 40	Es necesario restablecer el volumen circulante con el tipo y cantidad de líquido prescrito para prevenir el choque hipovolémico, restablecer la función renal y corregir el desequilibrio electrolítico y ácido base. Utilizando las soluciones apropiadas y en el tiempo indicado con	Los líquidos endovenosos se administraron según las indicaciones médicas en cantidad y tiempo, corrigiéndose parcialmente la deshidratación.

[75] Op cite. Tomo IV. Pag. 1138
[76] Ibidem Kozier Tomo V. Pag. 1128

mEq/l.	el fin de no originar una hipervolémia. [77]	
Control estricto de líquidos cada hora.	Es esencial llevar un registro de los ingresos y egresos de todos los líquidos, incluidas las pérdidas insensibles o por drenajes, el cual servirá para adecuar los líquidos que se están administrando.[78]	Se llevó a cabo el balance hídrico cada hora notándose que al terminar el turno era positivo, en +100 ml., sobre todo por tener una diurésis horaria normal y pocas pérdidas por la diarrea y vómito.
Instalación de sonda de Foley para medir la diurésis cada hora y toma de muestra para examen general de orina y urocultivo.	Un órgano que se afecta en las fases iniciales de la deshidratación es el riñón, una forma de valorar la función renal es conocer la diuréis horaria (normal es de 12-80 ml/ m2SC/hora.) El examen general de orina es un estudio de laboratorio que se utiliza para evaluar la función renal además de que ayuda a detectar otras alteraciones que pudieran influir en un estado de deshidratación,	La instalación de la sonda de Foley ayudó a determinar la diurésis horaria que fue de 40 ml./m2SC/hora en el turno además de que se tomó la muestra para el examen general de orina y para urocultivo los cuales se reportarían posteriormente.

[77] Ibidem Kozier Tomo V. Pag. 1137
[78] Op cite. Enciclopedia Tomo III. Pag. 531

	como son las infecciones de vías urinarias, las cuales se pueden corroborar con la ayuda del urocultivo donde además este nos mencionará el tipo de antibióticos al que son sensibles los gérmenes encontrados.[79]	
Determinación del pH y de la densidad urinaria con tira reactiva (labstix) cada 2 horas.	La densidad urinaria (normal de 1010 a 1030) tiende a aumentar durante la deshidratación ,debido a que el riñón ,por conservar agua y sodio , produce pequeñas cantidades de orina concentrada. Por otro lado, el pH indicará la acidez o alcalinidad de la orina, siendo el pH ácido en condiciones normales. La tira reactiva o labstix es un método sencillo, accesible. y rápido para llevar a cabo estas pruebas.[80]	Al inicio la densidad urinaria fue de 1030, pero al mejorar la hidratación fue disminuyendo , de tal manera que al terminar el turno fue de 1020 . El pH se mantuvo en 7.0 (neutro).
Toma de muestras de	En el desequilibrio	Se tomaron las muestras

[79] Ibidem Enciclopedia Tomo V. Pag. 1290
[80] Ibidem Kozier Tomo V. Pag. 1133

sangre para estudios de laboratorio : Biometría hemática, química sanguinea, electrolitos séricos, gasometría y hemocultivo.	hidroelectrolítico y ácido base se elevan las cifras, de hemoglobina, hematocrito urea y creatinina , además de que el sodio y potasio séricos pueden mostrar alteraciones, de acuerdo al tipo de deshidratación. La gasometría refleja el estado de oxigenación de la sangre la cuál se altera en la deshidratación . El hemocultivo es útil para buscar procesos infecciosos sistemicos que sean los responsables indirectos de la deshidratación[81]	de laboratorio , por indicación médica, obteniéndose los siguientes resultados : Hemoglobina 8.1 g/dl. Hematocrito 29% Leucocitos 800/ml. Plaquetas disminuidas ++. Urea 38 mg/dl. Creatinina 1.7 mg/dl Sodio 130 mnol/l Potasio 4.7 mmol/l. PO2 .- 69. PCO2 .- 34. PH.- 7.27.

[81] Ibidem Kozier Tomo V. Pag. 1130

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NECESIDAD : ELIMINACION

DEFINICION : ESTADO EN QUE EL INDIVIDUO, PRESENTA UN CAMBIO EN SUS HABITOS DE EVACUACION INTESTINAL NORMALES, CON ELIMINACION FRECUENTE DE HECES BLANDAS, SUELTAS O LIQUIDAS. [82]

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA : Diarrea relacionada con probable colitis neutropénica , manifestada por evacuaciones líquidas aumentadas en frecuencia y cantidad, deshidratación , fiebre y mal estado general .

OBJETIVO : Lograr que se mantenga un patrón normal de función intestinal .

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION	EVALUACION
Registro de las características de las evacuaciones : Color, olor, consistencia , frecuencia y constituyentes anormales de cada evacuación .	La observación directa de las evacuaciones diarreicas, es importante para determinar la posible etiología y origen de la diarrea.[83] Sirve también para evaluar indirecta y cualitativamente, que	el paciente presentó tres evacuaciones líquidas, amarillas, con moco y restos de sangre con olor fétido , en el turno.

[82] Ibidem Enciclopedia tomo I pag 19
[83] García G:J: Proceso de Enfermería y Modelo de Virginia Henderson I° Edición Editorial Progreso Mexico 1997.pag 99.

	tanto líquido se pierde .Al encontrar constituyentes anormales (moco, sangre, pus) nos indica que existe una gravedad en la enfermedad que debe ser atendida de inmediato [84]	
Control estricto de líquidos, con registro cuantitativo de las perdidas en cada evacuación . Medir con probeta	Además de llevar un registro de los ingresos y egresos de todos los líquidos , se debe de determinar la cantidad de líquido que se pierde en cada evacuación lo que nos orientará , sobre los líquidos endovenosos que se deben de reponer , para evitar que se agrave el desequilibrio hidroelectrolítico , además de los líquidos de mantenimiento ya calculados [85]	Se llevó a cabo el control de líquidos por hora siendo al final del turno de + 100 ml.
Reposición de pérdidas intestinales de líquidos por vía parenteral con	Para evitar que la deshidratación sea más severa , se deben reponer	Las pérdidas de líquidos por evacuaciones en el turno , fue de 350 ml., las

[84] Op cite García pag 99
[85] Ibidem Blumer pag 585

solución hartman al 100 % por cada evacuación , cada 8 horas.	los líquidos que se pierden en cada evacuación , siendo la cantidad que se va a administrar igual a la cantidad que se perdió .[86] La solución Hartman se usa por ser la más adecuada, en cuanto es la que contiene mayor cantidad de electrolitos y agua que son necesarios para cubrir el tipo y cantidad de pérdidas.[87]	que fueron repuestas con solución Hartman .
Uso de la tiras reactivas (labstix) , en las evacuaciones para detectar presencia de sangre oculta o microscópica en materia fecal en cada evacuación .	La búsqueda de sangre oculta en las heces debe hacerse en todo paciente que presente diarrea para evaluar, la posibilidad de infección intestinal o de trastomos hematológicos, con participación intestinal.[88] La tira reactiva es un método, práctico, sencillo y rápido . El paciente a tratar tiene un	Se efectuó el labstix en las tres evacuaciones , que presentó el paciente, con resultados positivos en cuanto a la presencia de sangre. Reportandose en los registros.

[86] Ibidem Kozier tomo V pag .1130
[87] Kidd P y Sturt P : Urgencias en Enfermería Tomol 1° Edición Harcourt Brace España 1998 pag 64.
[88] Op cite Enciclopedia de enfermeria pag 140

	padecimiento hematológico de fondo y con alto riesgo de presentar infección intestinal	
Toma de muestra de materia fecal , para cultivo en frasco estéril y con técnica aséptica. Rotularlo con los datos completos del paciente .	Un paciente que presenta un padecimiento hematológico con alto riesgo de infectarse y que ingresa por diarrea, debe necesariamente buscarsele infección intestinal. [89]	Se tomó y entrego la muestra al laboratorio .
Que el paciente tenga el cómodo cerca, limpio y preparado para cuando lo requiera.	Para llevar un control estricto de líquidos , es necesario cuantificar la cantidad exacta , de cada evacuación , por lo que el cómodo debe tenerlo a la mano , en caso de que no se pueda acudir a su llamado con oportunidad, en el momento que lo requiera, ya que en estas condiciones el paciente no puede controlar su esfinter.	Se le indicó al paciente y familiar , que el cómodo limpio se encontraba a su alcance para cuando lo necesitara .

[89] Ibidem Blumer pag 485

	Está medida también evitará , que se ensucie él y la ropa de cama por no tenerlo oportunamente.	
Debe tener ropa de cama limpia , seca y sin arrugas para protección de la piel.	Las evacuaciones diarreicas pueden presentar pH ácido, lo cuál puede producir irritación y lesión de la piel al contacto frecuente con ellas. [90]	La ropa de cama se cambió cuando fue necesario ,manteniendose todo el turno limpia.
Aislarlo en lo posible con cortinas , durante la evacuación , para evitar sea invadida su intimidad.	El proteger la individualidad del paciente es un principio básico de enfermería . Evitará también que se avergüence sobre todo tratándose de un adolescente donde el pudor es elevado.[91]	Se llevó a cabo esta intervención adecuadamente, incluso el páciente solicitó le ayudara su padre solamente.
Aseo de región perianal , con jabón líquido y agua, después de cada evacuación , orientando al paciente acerca de la	El aseo e higiene de la piel , evita se lesione o tenga el riesgo de infectarse porque permanezca demasiado	Se mantuvo la piel limpia , se proporcionarón al paciente los materiales necesarios para llevarlo a cabo ya que el manifestó

[90] Ibidem Kozier tomo IV pag 934
[91] Ibidem Enciclopedia de Enfermeria pag 37

importancia de la higiene	tiempo la piel en contacto con la evacuación , además de que se asegura la eliminación de restos de materia fecal .[92]	querer realizarlo por si mismo.
Aplicación de aceite mineral por razón necesaria en región perianal.	La piel puede sufrir "quemadura " por el contacto con la evacuación diarreica , cuyo pH puede ser muy bajo (menor de 5) , lo que lesiona la piel . En pacientes con enfermedades inmunológicas cualquier lesión en piel o mucuosas tiene mayor riesgoi de presentarinfecciones sobre todo en un medio hospitalario.	La piel se conservó limpia y lubricada.
Peso corporal cada 8 horas, con la misma báscula y vistiendo solo el camisón.	La alteración de los cambios de peso corporal, nos orienta clínicamente sobre la pérdida o retención anormal de líquidos .[93]	No hubo cambios en el peso , se conservó en 55 Kgs.

[92] Ibidem Enciclopedia de Enfermeria pag 37
[93] Ibidem Blumer pag 30

Cuantificación de egresos por vómito .	El vómito es un mecanismo por el que el organismo puede perder una cantidad importante de líquido y electrolitos que en corto lapso , conduzcan al paciente a un desequilibrio hidroelectrolítico que puede ir de leve a severo.[94]	Durante el turno el paciente no presentó vómito .
Verificación de ayuno en las indicaciones médicas	El ayuno es una medida temporal terapéutica que se utiliza cuando el paciente está presentando vómitos frecuentes, para mantener en reposo el aparato digestivo y se recupere la pared gastrointestinal de las agresiones causadas por los alimentos. [95]	El paciente estuvo en ayuno durante todo el turno pendiente de reiniciarle la vía oral con líquidos de 4 a 6 horas posteriores.

[94] Ibidem Garcia pag 99
[95] Ibidem Blumer pag 639

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NECESIDAD : DE OXIGENACION

DEFINICION : Estado en que existe una alteración en el intercambio de oxigeno y bióxido de carbono entre la sangre y medio externo a nivel de la membrana alveolo capilar, con el consecuente déficit en la respiración de los tejidos orgánicos.[96]

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:
Posible deterioro del intercambio gaseoso relacionado con infección pulmonar manifestado por fiebre, submatidez e hipoventilación pulmonar derecha.

OBJETIVO :Conservar la función respiratoria en optimas condiciones .

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION	EVALUACION
Valoración de los campos pulmonares ,cada 8 horas llevando registro de datos obtenidos .	El registro continuo de los datos obtenidos en la auscultación pulmonar nos dará pauta para conocer la mejoría o el deterioro de la función pulmonar.[97]	Durante el turno persistió con hipoventilación basal e incluso se auscultaron ya ,estertores broncoalveolares diseminados en ambos campos pulmonares sin mayor datos de insuficiencia respiratoria

[96] Ibidem Enciclopedia pag. 28
[97] Ibidem Kozier tomo II pag432

Registro de la frecuencia respiratoria y cardiaca cada 4 horas la cual deberá permanecer en parámetros entre 20 y 28 por minuto y 80 y 120 por minuto respectivamente.	La frecuencia cardiaca y respiratoria son constantes vitales útiles para evaluar clínicamente si existe o no compromiso cardiopulmonar.[98]	No mejoró la frecuencia respiratoria teniendo variaciones entre 36 y 42, aunque la frecuencia cardiaca disminuyó hasta 92 por minuto
Al paciente deberá colocarse en posición de semifowler.	Esta posición facilita la expansión pulmonar dando comodidad al paciente con problemas respiratorios. Se trata de una posición dorsal, en plano inclinado ,con la espalda formando un ángulo de 30 a 45 ° con la horizontal ., y se logra levantando la cabecera de la cama del paciente.[99]	Se mantuvo la mayor parte del tiempo en ésta posición .

[98] Ibidem Enciclopedia de Enf. Tomo I pag 86
[99] Ibidem Enciclopedia Enf. Tomo VI pag 1102

Observación de la piel con el fin de detectar con oportunidad cianosis .	La cianosis es la coloración azulada de la piel ,como resultado de la falta de oxigenación tisular, y al haber un intercambio gaseoso inadecuado, se propicia la hipoxemia que se puede manifestar clínicamente como cianosis	No se detectó cianosis distal ni peribucal.
Enseñanza y orientación sobre técnicas respiratorias al paciente y familia	Esta encaminada a aprovechar mejor la capacidad pulmonar y facilitar la eliminación de secreciones acumuladas en el tracto respiratorio ,con la finalidad de lograr una adecuada ventilación sobre todo en la prevención de complicaciones respiratorias en pacientes encamados .[100]	Al paciente se le enseñó como realizar sus ejercicios respiratorios ,cuál era la razón de realizarlos y con que frecuencia ,explicándolo en un lenguaje sencillo y que él y su familiar entendieran, se les pidió posteriormente fueran ellos los que lo explicaran para verificar que se había comprendido .

[100] Ibidem Enfermeria Fundamental Tomo V pag 1185

• Ejercicios de respiración profunda cada 8 horas	Técnica llamada también respiración diafragmática que consiste en favorecer la movilidad del diafragma ,para lograr la máxima expansión de la base de los pulmones .Se le pide al paciente que inspire aire pero tratando de expander el abdomen , soltándolo enseguida por la boca lentamente ,los movimientos del tórax no deben notarse como los del abdomen .[101]	Se realizaron una vez en el turno .
• Ejercicios de espiración forzada ya sea inflando globos o soplando en un frasco con agua ,formando burbujas. Y de inspiración con técnica de bostezo.	Al ser la espiración un proceso pasivo , en que la presión intraalveolar supera a la presión atmosférica, facilita la salida de aire de los pulmones y la eliminación de CO_2 .[102] Siendo la inspiración un proceso activo, en que la presión intraalveolar se vuelve negativa y permite la entrada de aire a los pulmones , favoreciendo el intercambio gaseoso y	

[101] Ibidem Enciclopedia de Enfermeria Tomo I pag 115
[102] Ibidem Enciclopedia de Enferemria Tomo I pag 115

	Los pacientes inmunodeprimidos debido a tratamiento o enfermedad tiene un elevado riesgo de contraer infecciones por gérmenes presentes aún en su propio organismo;por lo que el aseo e higiene general y continua de su cuerpo y entorno es indispensable para prevenir infecciones a cualquier nivel .[123]	
Aseo bucal. Con cepillo dental de cerdas suaves o con isopos empapados en solución estéril bicarbonatada por turno. Para preparar solución bicarbonatada: 1 litro agua estéril + 10 grs. Bicarbonato de sodio polvo(una cucharada sopera).	Los pacientes con trastornos hematológicos o inmunológicos, presentan mayor vulnerabilidad a tener alteraciones en la integridad de la mucuosa de la cavidad oral, como gingivitis, ulceras bucales, estomatitis entre otras. El aseo bucal con solución bicarbonatada además de mantener la higiene cambiará a un pH más alcalino lo que impide se desarrollen infecciones por bacterias .[124]	Se realizó el aseo bucal con solución bicarbonatada e hisopos, ya que el paciente no contaba con cepillo Se solicita al padre un cepillo dental de cerdas suaves (infantil).

[123] Ibidem Kozier Tomo III pag538
[124] Ibidem Kosier Tomo III 565

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NECESIDAD : DE DESCANSO Y SUEÑO

DEFINICION : Estado en que el individuo presenta una desorganización de las horas de sueño que originan malestar e interfiere en el estilo de vida deseado. [125]

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración del patrón de sueño relacionado con diarrea y dolor abdominal manifestado por referencia verbal de no haber descansado bien.

OBJETIVO :Proporcionar condiciones adecuadas para el descanso y suprimir el dolor.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION	EVALUACION
Verificar indicaciones médicas para administrar analgésicos para controlar el dolor.	Básicamente los analgésicos anti-inflamatorios no esteroides como el ácido acetil salicílico no se deben administrar a los pacientes que presentan plaquetopenia, ya que estos prolongan el tiempo de coagulación e inhiben la agregación plaquetaria, aumentando el riesgo de hemorragias a diferentes niveles.Aquí el analgésico de elección sería el acetoaminofen que se utiliza en pacientes con trastornos hemorrágicos o que toman tratamiento con anticoagulantes [126]	No se administraron analgésicos ya que las indicaciones médicas no lo contemplaron. El paciente sin embargo, menciona que el dolor es soportable.

[125] Ibidem Enciclopedia Enfermería Tomo I. Pag. 55
[126] Ibidem Enciclopedia Enfermería Tomo VI pag 1093

Debemos lograr un ambiente adecuado para el descanso del paciente, aislándolo con las cortinas y luz tenue. Permitiéndole el descanso en los breves periodos que el paciente no presente dolor o que tengamos que realizarle algún procedimiento.	El ambiente hospitalario generalmente ofrece pocas oportunidades de confort sobre todo en un área de urgencias, donde existen gran cantidad de ruidos, alarmas, luces, tránsito de personal y tratamiento continuo al paciente.[127]	El paciente durmió varios periodos de tiempo durante el turno refiriendo estar más descansado al final de éste.
Se utilizaron técnicas de relajación respiratoria y musculares para controlar el dolor, orientando al paciente sobre como realizarlas. Se deben realizar varias inspiraciones profundas soltando el aire por la boca lentamente frunciendo los labios en cuanto a la relajación muscular se deben ir tensando los músculos de las diferentes partes del cuerpo para enseguida	Existen varias técnicas no farmacológicas para reducir la percepción del dolor, son totalmente inócuas y la mayoría son funciones de enfermería independientes Estas requieren de la comprensión y cooperación del paciente. Los que sufren un dolor intenso requerirían un gran esfuerzo para aprender la técnica y un dolor ligero carecería de motivación para aprenderla así que estas estrategias son útiles para el dolor de mediana intensidad.[128]	No hubo gran modificación en la intensidad del dolor según lo expresado por el paciente al final del turno.

[127] Ibidem Kozier Tomo I pag 104
[128] Ibidem Kozier Tomo V pag 1403

Capitulo IV
CONCLUSIONES

En épocas pasadas los cuidados de enfermería se basaban en las ordenes escritas por los médicos, y estaban más enfocadas hacia la enfermedades específicas que a la propia persona .

Con frecuencia se aplicaban cuidados independientes del médico , guiados más por la intuición , que por un método científico, como en la actualidad nos lo permite el Proceso Atención de Enfermería

Este se ha venido desarrollando continuamente de una manera ,teórica y clínica ,ganándose un considerable reconocimiento para la enfermería profesional.

El establecer diagnósticos de Enfermería deja claro , que está función , no solo es prerrogativa del médico , y que la enfermera ve a la persona , no solo como una enfermedad o un síndrome; sino como un ser humano , que tiene que ser tratado en forma holistica , como ser único con problemas y necesidades muy particulares.

Para desarrollar el Proceso que va encaminado hacia una respuesta en particular , se requiere de la participación de por lo menos dos personas : el paciente y la enfermera .

El paciente puede ser un individuo , la familia o la comunidad. La enfermera requiere para llevar a cabo éste ; capacidades técnicas, intelectuales y de relación, desarrollando confianza, obteniendo información necesaria para el abordaje de sus necesidades y su tratamiento , todo a través de la resolución de problemas , de pensamiento crítico y el establecimiento de un juicio clínico de enfermería.

En el presente Proceso Atención de Enfermería, se obtuvo del paciente y familia , la información y cooperación necesaria , para poder establecer un Plan de Atención de Enfermería, de acuerdo a sus necesidades y problemas detectados .

Siendo el paciente un adolescente , consciente , tranquilo y cooperador , se pudo establecer una buena empatía y comunicación con él , así como con el

familiar (padre) , tomando en cuenta que además era un paciente ya conocido en el hospital

Con está fuente de datos obtenidos se llevó a cabo el análisis necesario para establecer los diagnósticos de enfermería , determinando los problemas de salud del paciente, riesgos y fuerzas, en donde se formulan cuatro diagnósticos reales, un diagnóstico potencial..y un diagnóstico posible.

Posteriormente se establecieron los objetivos centrados en el paciente, estableciendo prioridades y planeando las intervenciones de enfermería para lograrlos.

Durante la ejecución, la mayoría de las intervenciones de enfermería se llevaron a cabo con éxito , obteniéndose la cooperación e interés del paciente, así como del familiar e incluso del resto del equipo de enfermería del servicio .. Y no solo eso sino también se puede decir que el paciente cambió algunas de sus conductas en cuanto al autocuidado por lo que se puede asegurar que hubo aprendizaje.

Como evaluación general podemos decir, que la evolución del paciente fue buena , a no ser por el problema pulmonar , que avanzó al deterioro; lo que fué necesario considerar al realizar la evaluación y retroalimentación , en cada etapa del Proceso , para poder cambiar, modificar o mantener las intervenciones necesarias según las prioridades que se presentaron posteriormente .

Por otra parte en conclusión en cuanto al Proceso Atención de Enfermería , creo es importante que la enfermera, en la actualidad conozca y lleve a cabo éste a la práctica en su área laboral por los beneficios que existen tanto para ella como para el paciente, sin embargo , es necesario considerar que también reviste varios problemas para un adecuado funcionamiento y el aprovechamiento al máximo de todas sus ventajas entre ellos :

- El número de pacientes asignados a cada enfermera , en los servicios, sobre todo en aquellos donde se requiere de una atención más minuciosa o más especializada como en los servicios de urgencias ,de terapia intensiva así como también en las áreas de pediatría; que impide llevar a cabo un Proceso Atención tan individualizado como cada paciente lo requiere.

- El que la enfermera no este acostumbrada a llevar por escrito y en forma sistematizada los cuidados enfermeros que proporciona.
- El que las Instituciones de salud , no estén tan interesadas en la importancia de las funciones que desempeña la enfermera concediendo el valor requerido que representan , y por lo tanto proporcionarles el tiempo , infraestructura, evaluación y capacitación continua, que necesita ésta para aumentar y mejorar su desempeño profesional y por ende su satisfacción en el trabajo, al lograr los objetivos trazados , hacia el paciente y hacia su profesión .
- El que la enfermera realmente se involucre en su profesión, se prepara académicamente para poder satisfacer las demandas de salud de una sociedad que verdaderamente lo requiere, Aún ó a pesar de que exista una alta tecnología en cuestión sanitaria , nunca podrá suplirse a una persona comprometida con su profesión en el cuidado de la salud .

Los principales beneficios de Proceso Atención de Enfermería para el paciente según mi punto de vista son :

1° Calidad en el cuidado : la evaluación contínua y la reconsideración de los cambios en las necesidades del paciente , aseguran un nivel apropiado de calidad

2° Continuidad del cuidado : El hecho de tener un plan de cuidados por escrito, facilita que todas las personas implicadas en el cuidado pueden acceder a él , con lo que se evita que el paciente tenga que repetir la información , a cada uno de los miembros del personal.

3° Participación del paciente en el cuidado de su salud : El proceso facilita que los pacientes desarrollen su autocuidado ,de manera que se comprometan en mayor medida, para alcanzar las metas planeadas en forma conjunta.

Para la enfermera el aprendizaje, y la realización del Proceso de Atención de Enfermería sobre los cuidados del paciente, es un requisito básico para las aptitudes de la enfermera profesional.

Por esto el Proceso , es un marco para la responsabilidad de las enfermeras : para las enfermeras comprende justificación y responsabilidad para evaluar, diagnosticar, realizar y valorar el cuidado del paciente a su cargo .

4.1 GLOSARIO

ACTITUD .- Un tono de sentimientos hacia una persona , objeto o idea

ACTUACION O INTERVENCION DE ENFERMERIA .- Actividades realizadas por la enfermera y el paciente para cambiar el efecto de un problema .

AGUA CORPORAL .- El agua es un componente abundante y necesario en el organismo humano . El recíen nacido está constituido de un 80 % de agua . Y en el adulto esté componente está presente del 45 al 60 %.

AISLAMIENTO .- Práctica que previene la propagación de la infección y de enfermedades transmisibles .

ANALGESICO,- Medicamento usado para alterar la percepción e interpretación del dolor .

ANALIZAR .- Descomponer un todo en las partes que lo componen .

ANEMIA .- Un estado en el que la sangre es deficitaria en hematíes o hemoglobina .

ANSIEDAD .- Un estado de intranquilidad mental, aprensión, o terror, que produce un aumento del nivel del despertar debido a una amenaza inminente o anticipada al yo o a las relaciones significativas.

ANTIBIOTICO.- Sustancia producida por microorganismos , que tiene la capacidad de inhibir el crecimiento o destruir a otros microorganismos .

ANTICUERPO (INMUNOGLOBULINA) .- Una sustancia protectora ,producida en el cuerpo para contrarrestar a los antígenos

ANTIGENO .- Una sustancia capaz de inducir la formación de anticuerpos .

ANTIPIRETICO .- Sustancia eficaz para eliminar la fiebre

APRENDIZAJE .- Un cambio permanente de la conducta.

ASEPSIA .- Liberar de infección o de materia infecciosa .

ASEPSIA MEDICA .- Practicas que limitan el número, crecimiento y propagación de microorganismos; técnica limpia .

ASEPSIA QUIRURGICA.- Medidas que dejan y mantienen a los objetos libres de todo microorganismo incluyendo esporas (estéril).

AUTOCUIDADO .- Actividades realizadas por los individuos en su propio interés para mantener la salud y el bienestar .

AUTONOMIA .- El estado de ser independiente y autodirigido sin control externo .

BIENESTAR .- Una percepción subjetiva de equilibrio , armonía y vitalidad.

CEFALOCAUDAL .- Avanzar en la dirección de la cabeza a los pies .

CENTIGRADO (CELCIUS) Una escala termométrica usada para medir el calor ; el punto de congelación del agua es 0 ° C y el punto de ebullición es 100°C

CIANOSIS .- decoloración azulada de la piel , lechos ungueales, y mucosas, debida a reducción del oxigeno en sangre.

CÓLICO ,- Dolor tipo calambre, parosístico del intestino

CONDUCTA .- En la exploración física es la actitud y acciones que se desarrollarán ante el problema de salud .La conducta puede ser diagnóstica, terapéutica o educativa .

CONOCIMIENTO .Según modelo de Virginia Henderson , se refiere a cuando existe desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades , de los recursos de salud ,de los cuidados que se deben de tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo , en general lo que se refiere a prevención , curación y rehabilitación .

COMUNICACIÓN .- Intercambio de ideas , pensamientos o sentimientos entre dos o más personas.

COMUNICACIÓN NO VERBAL .- Comunicación distinta a las palabras , incluyendo, gestos , postura y expresiones faciales .

CONCIENCIA.- La capacidad de percibir los estímulos ambientales y las reacciones corporales y de responder adecuadamente mediante el pensamiento y la acción .

CONSTANTES VITALES .- Medidas del funcionamiento fisiológico , específicamente temperatura, pulso , respiraciones y tensión arterial .

CREPITACIONES.- Sonido de traqueteo o burbujeantes , oídos generalmente en la inspiración .

DENSIDAD.- Cantidad de masa de una sustancia en un volumen determinado , cuanto mayor es la masa en un volumen dado mayor es la densidad.

DENSIDAD URINARIA.- Grado de concentración de una muestra de orina Valores normales de 1010 a 1030 dependiendo de la ingesta previa de líquidos o la función renal .

DESHIDRATACION .- Pérdida excesiva de agua de los tejidos corporales , que se acompaña de un trastorno en el equilibrio de los electrólitos esenciales, particularmente sodio , potasio y cloro

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA .- Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo , y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en forma independiente.

DIAGNOSTICO MEDICO .- Este se centra en el proceso patológico , de una enfermedad concreta. Las manifestaciones clínicas indican que requiere atención médica .

DIAGNOSTICO POSIBLE . –Se le da está categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que esté presente, pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.

DIAGNOSTICO POTENCIAL .- Es el que no está presente en el momento de la valoración , pero existen suficientes factores de riesgo , de que puede aparecer en un momento posterior .

DIAGNOSTICO REAL .- Es el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar sus existencia .

DIAFORESIS .- Sudoración profusa

DOLOR .- Una sensación básicamente desagradable , localizada o general ,leve o intensa, que representa el sufrimiento inducido por la estimulación de terminaciones nerviosas especializadas ; el dolor puede ser amenazado o fantaseado y puede estar inducido por enfermedad, lesión o trastorno mental producido por enfermedad o lesión .

DOLOR VISCERAL.- Dolor originado en alguna víscera, tipo cólico
ELECTROLITO .- Sustancia química que desarrolla una carga eléctrica y es capaz de conducir una corriente eléctrica cuando se coloca en agua ; un ión.

ENTORNO .- Es el medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad: hogar trabajo, escuela, hospital . Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno físico inmediato , la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto la enfermera debe proteger el paciente de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

ENTREVISTA.- Es un contacto interpersonal , que tiene por objeto recopilar datos verbalmente .

ENSEÑANZA.- Proceso interactivo entre un educador y uno o más aprendices en el que se alcanzan objetivos de aprendizaje específicos o cambios de conducta deseados .

EPISTAXIS .- Hemorragia nasal .

ESCALOFRIO.- Estremecimiento y temblor del cuerpo con contracciones involuntarias, de los músculos voluntarios.

ESTERTOR .- Sonido respiratorio anormal , que se escucha en la auscultación del tórax durante la inspiración y se caracteriza por un burbujeo discontinuo

ESTERTOR BRONCOALVEOLAR.- Estertores finos con sonido subcrepitante, producido por entrada de aire a los bronquiolos y alvéolos distales que contienen diversas secreciones .

ESTERIL .- Libre de microorganismos incluyendo esporas.

FUERZA .- Según modelo de Virginia Henderson : la dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza , no solo de fuerza física sino de la moral para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar y recuperar la salud

GASOMETRIA SANGUINEA.- Análisis del pH de la sangre y la concentración y presión del oxigeno , el dióxido de carbono y el ión hidrogeno .Se realiza rápidamente como procedimiento de urgencia, para valorar el equilibrio ácido-base y el estado respiratorio de un paciente .Puede ser venosa o arterial para fines prácticos es más valiosa la arterial

HEMATOCRITO .- Porcentaje de la masa de hematíes en proporción a la sangre completa.

HEMATOPOYESIS.- Formación y desarrollo normal de las células sanguíneas en la Médula Osea.

HIDRATACION.- En estado normal existe equilibrio entre ingestión y pérdida de agua , se mantiene mediante una serie de fuerzas que controlan salida y entrada de agua ,entre los diferentes espacios del organismo , para conservar en ellos una

determinada cantidad. Estas fuerzas son principalmente la presión osmótica producida por los electrolitos y las proteínas plasmáticas y la presión hidrostática de la sangre impulsada por el corazón .

HIPERTERMIA .- Es la elevación anormal de la temperatura corporal .Esta se eleva por la acción de sustancias tóxicas que afectan a la regulación de la temperatura , Y puede ser continua, intermitente o remitente .

HIPOTERMIA.- Es la disminución de la temperatura por debajo de lo normal (36ºC) .

HIPOVENTILACION .- Estado anormal del aparato respiratorio que se produce cuando el volumen de aire ,que penetra en el alvéolo y participa en el intercambio gaseoso no es adecuado para subvenir las necesidades metabólicas del organismo .

HIPOXEMIA.- Déficit anormal de oxigeno en sangre arterial .Sintómas de la hipoxemia aguda: cianosis, inquietud, estupor, coma ,respiración Cheyne Stokes ó apnea principalmente .

HIPOXIA.- Oxigeno insuficiente en cualquier parte del cuerpo .

HOLISMO.- La visión de que una persona ,es más que la suma de muchas partes.

INMUNIDAD .- Una resistencia específica del cuerpo a la infección , puede ser natural ,resistencia dotada, o resistencia desarrollada después de la exposición a un agente de enfermedad.

INTERSTICIAL.- Entre las células de los tejidos corporales .

INTIMIDAD .-Un grado merecido de retraimiento social que proporciona un sentimiento de comodidad; el derecho de un individuo que participa en alguna actividad , a comportarse y pensar sin la posibilidad de que la conducta o ideas se utilicen más tarde para avergonzar a la persona.

INTRAVASCULAR.- Dentro de un vaso sanguíneo .

INTERVALO LIBRE DE ENFERMEDAD .- Tiempo entre la desaparición del cancer y la recidiva.

LEUCOCITO .- Glóbulo blanco, uno de los elementos formes de la sangre . Hay cinco tipos de leucocitos : linfocitos, monocitos, neutrófilos, basófilos, eosinófilos .Sus funciones fagocitosis ,destoxicación de proteínas tóxicas producidas por reacciones alérgicas y el desarrollo de la inmunidad .

LEUCOCITOSIS .- Aumento anormal de leucocitos circulantes . Normal de 5000 a 13,500 /ml.

LEUCOPENIA .- Disminución anormal de leucocitos por debajo de 5000 ml.

MEDICIONES .- Es un método que tiene por objeto , encontrar o reconocer una magnitud desconocida, comparándola con otra que se ha tomado como unidad.

MEDULA OSEA.- Sustancia blanda especializada, que rellena los espacios del hueso esponjoso de la epífisis .

MEDULA OSEA ROJA .- Se encuentra en muchos huesos del niño , y en el tejido óseo esponjoso de las epífisis, proximales del humero y fémur en el esternón ,

costillas y cuerpos vertebrales en el adulto Está formada por tejido mieloide y es esencial para la fabricación y maduración de las células sanguíneas.
MODELO .- Representación esquemática de algún aspecto de la realidad .

MODELO DE ENFERMERIA.- Es el conjunto de conceptos , ideas enunciados y supuestos , que se han generado en enfermería para explicar su identidad y el objetivo de su práctica .

NEUMONIA LOBAR .- Enfermedad infecciosa de uno o más lóbulos del pulmón .

OBJETIVO .- La meta de una maniobra u operación , el resultado deseado de las actuaciones de enfermería .

OBJETIVO DEL PACIENTE.- Declaración sobre el cambio esperado , o deseado en el estado de un paciente ,después de que reciba intervenciones de enfermería.

OBJETIVO DE ENFERMERIA.- Objetivo establecido en términos que guíen las acciones de enfermería .

Pa CO_2 .- Presión parcial de dióxido de carbono

PALPACION .- El acto de sentir con las manos ,generalmente con los dedos .

PaO_2 Presión parcial de oxígeno (presión arterial)

PARENTERAL.- Realizado por medio de una aguja ,introducido al organismo a través de alguna vía distinta a la vía oral .

PCO_2.- Presión parcial del dióxido de carbono (sangre venosa)

PENSAMIENTO CRÍTICO .- Procesos cognoscitivos durante los cuales se revisan los datos y se consideran las explicaciones antes de que se forme una opinión ; un patrón de pensamiento basado en el conocimiento, experiencia y las capacidades de conceptualizar y analizar las relaciones .

PERDIDAS INSENSIBLES .- Sudoración no observable que se evapora inmediatamente una vez alcanza la superficie de la piel .

PERISTALTISMO .- Movimientos ondulantes producidos por las fibras nerviosas longitudinales y circulares de las paredes intestinales ; hace avanzar los contenidos intestinales

p H .- Escala que representa la acidez o alcalinidad relativos de una solución en la cuál 7.0 es el valor neutro , por debajo de 7.0 son valores ácidos y por arriba alcalinos .

El valor numérico del pH indica concentración relativa de átomos de hidrógeno presentes en la solución , tomando una solución estándar de referencia y es igual al logaritmo negativo de la concentración de iones hidrógeno expresada en moles por litro .

POSICION DE SEMIFOWLER .- Una posición de sentado en la cama, en la que ,la cabecera se eleva al menos 30° , con o sin flexión de rodillas , también denominada como de fowler baja .

PRONOSTICO .- La opinión médica sobre el resultado de una enfermedad.

QUIMIOTERAPIA .- Método a base de fármacos , cuyo objetivo es destruir células cancerosas , sin embargo también tiene efectos adversos y de toxicidad sobre células normales .

RESPIRACION .- La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe (inspiración) del exterior, el oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y elimina (espiración), del interior los gases nocivos para la misma.

SALUD.- Estado de estar bien físicamente , mentalmente estable y socialmente cómodo ;abarca más que el estado de estar libre de enfermedad .

SUPERVIVENCIA .- Tiempo entre el diagnóstico y el fallecimiento.

SUBMATIDEZ .-Es un ruido mate- sólido- de baja intensidad brusco, que se produce al percutir un músculo o un hueso .

RADIOTERAPIA.- Aplicación de un haz externo aplicado con un acelerador lineal que produce una gran cantidad (radiación *y)fotones* , neutrones o protones .

TAQUICARDIA.- Pulso o frecuencia cardiaca excesivamente rápido, de más de 100 latidos por minuto en el adulto .

TEMPERATURA CORPORAL .- Se le llama al equilibrio entre calor producido por el cuerpo y el calor perdido del cuerpo .

TROMBOCITOPENIA .- Reducción anormal del numero de plaquetas en la sangre.

TURGENCIA.- Llenado y elasticidad normal .

VOLUNTAD .- Según modelo de Virginia Henderson ; la voluntad se ve disminuida por los problemas de salud , frecuentemente este estado , está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales .

4.2 BIBLIOGRAFIA

1. Alfaro R: Aplicación del Proceso de Enfermería. 2ª edición Mosby/Doyma Libros. España 1992. Pag. 242

2. Atkinson LA y Murray ME: Proceso de Atención de Enfermería. EL MANUAL MODERNO. México. 1985. Pag.141

3. Marrinor A: El Proceso de Atención de Enfermería. El Manual Moderno. éxico. 1983. Pag.325

4. Iyer PW, Taptich BJ y Bernocchi LD: Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, 2ª edición. Interamericana-Mc Graw Hill. España. 1993.

5. García GMJ: El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Editorial Progreso. México. 1997. Pag. 454

6. Enciclopedia de la Enfermería. Océano Grupo Editorial. España. 1997. Pag.1151

7. Kosier B Erb G y Olivieri R: Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª edición. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill México 1997. Pag. 1400

8. Ortega AJJ: Leucemia Aguda Linfoblástica- En: Sierrasesumaga L y col.: Oncología Pediátrica. Interamericana –McGraw-Hill. España. 1992. Pag. 1493

9. Dorantes MS: Diagnóstico de los Problemas Hematológicos en Pediatría. 2ª edición. Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México. México. 1998. Pag. 113

10. Crist WM y Pui ChH: Leucemia En: Behrman RE, Kliegman RM y Arvin AM: Nelson Tratado de Pediatría- 15ª edición. McGraw-Hill-Interamericana. España. 1997. Pag. 2703

11. Wong DL: Enfermería Pediátrica. Ed. Mosby/Doyma Libros. España. 1995.

12. Introducción a la Hematología, Instituto Mexicano de Hematología. México, 1985 pag. 113

13. Baehner RL: Enfermedades Hematológicas Malignas: Leucemias y Linfomas. En Miller DR, y cols: Smith Hematología Pediátrica 3ª edición. Salvat Editores. México, 1985. Pag. 2703

14. Leavell BS y Thorup OA: Hematología Clínica. 4ª edición. Nueva Editorial Interamericana. México, 1978.

15. Farfán CJM y Bernaldez RN: Trastornos de la Serie Blanca en Gamez EJ y Palacios TJL: Introducción a la Pediatría. 5ª edición. Editorial Mendez Editores. México, 1995.

16. Behrman RE, Kliegman RM y Arvin AM, Nelson Tratado de Pediatría. 15ª edición McGraw Hill-Interamericana. España. 1997.

17. Cruz M y cols: Tratado de Pediatría. 7ª edición. ESPAXS. España. 1994. Pag. 1600

18. Beltrán HSJ, Mejia DAM y Santos PJI: Tiflitis Neutropénica en Niños. Boletín Méd. Hospital Infantil de México 1995. 52-420-425.