

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**P O S G R A D O**

**ESTUDIO DE CASO**

**ALTERACIÓN DE LAS CATORCE NECESIDADES BÁSICAS DESDE LA  
PERSPECTIVA DE VIRGINIA HENDERSON EN UN PREESCOLAR CON  
LINFOMA DE HODGKIN**

**PRESENTA: L.E.O. PATRICIA GONZÁLEZ RAMÍREZ**

**TUTOR CLÍNICO: LIC. GUILLERMINA MORALES GALVÁN**  
**TUTOR ACADÉMICO: LIC. ISABEL GÓMEZ MIRANDA**

**MÉXICO, D.F.**

**2006**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| I.        | <b>INTRODUCCIÓN</b> .....                                  | 1  |
| II.       | <b>SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO</b> .....     | 2  |
| III.      | <b>OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO</b> .....                 | 6  |
| IV.       | <b>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO</b> .....               | 8  |
| 4.1       | <b>Estudios relacionados</b> .....                         | 8  |
| 4.2       | <b>Fisiología del sistema linfático</b> .....              | 11 |
| 4.2.1     | Sistema linfático.....                                     | 11 |
| 4.2.2     | Capilares linfáticos.....                                  | 11 |
| 4.2.3     | Circulación linfática.....                                 | 12 |
| 4.2.4     | Ganglios linfáticos.....                                   | 13 |
| 4.2.5     | Bazo .....   | 15 |
| 4.2.6     | Folículos linfáticos.....                                  | 15 |
| 4.2.7     | Desarrollo linfático.....                                  | 16 |
| 4.3       | <b>Linfoma de Hodgkin</b> .....                            | 16 |
| 4.3.1     | Manifestaciones clínicas.....                              | 19 |
| 4.3.2     | Diagnóstico.....   | 21 |
| 4.3.3     | Tratamiento.....   | 22 |
| 4.3.4     | Pronóstico .....   | 23 |
| 4.4       | <b>Teoría de Enfermería</b> .....                          | 25 |
| 4.4.1     | Virginia Henderson.....                                    | 25 |
| 4.4.2     | Marco Conceptual de Virginia Henderson.....                | 26 |
| 4.4.2.1   | Supuestos principales.....                                 | 27 |
| 4.4.2.2   | Postulados.....  | 28 |
| 4.4.2.3   | Valores.....   | 28 |
| 4.4.2.4   | Elementos mayores.....                                     | 29 |
| 4.4.2.5   | Fuentes de dificultad.....                                 | 31 |
| 4.4.2.6   | Relación enfermera – paciente.....                         | 32 |
| 4.4.2.6.1 | Naturaleza de la relación de ayuda.....                    | 33 |
| 4.4.2.6.2 | Tipos de relación de ayuda.....                            | 33 |
| 4.5       | <b>Proceso Atención de Enfermería</b> .....                | 34 |
| 4.5.1     | Organización del Proceso Atención de Enfermería.....       | 36 |
| 4.5.2     | Valoración.....  | 36 |
| 4.5.2.1   | Diagnóstico.....   | 36 |
| 4.5.2.2   | Planeación.....  | 37 |
| 4.5.2.3   | Ejecución.....   | 38 |
| 4.5.2.3.1 | Análisis de los recursos humanos y materiales.....         | 39 |
| 4.5.2.3.2 | Intervención de Enfermería.....                            | 40 |
| 4.5.2.3.3 | Sistema de registro de las acciones.....                   | 40 |
| 4.5.2.4   | Evaluación.....  | 41 |
| 4.5.2.4.1 | Análisis de la evaluación en el Proceso de Enfermería..... | 42 |
| 4.5.2.4.2 | Evaluación como Proceso de valoración.....                 | 42 |
| 4.5.2.4.3 | Evaluación como sistema de control.....                    | 43 |
| 4.5.2.4.4 | Secuencia para realizar la evaluación del Proceso.....     | 43 |
| 4.6       | <b>Consideraciones éticas</b> .....                        | 44 |
| 4.6.1     | Consideraciones éticas establecidas con el paciente.....   | 48 |

|              |                                       |           |
|--------------|---------------------------------------|-----------|
| <b>V.</b>    | <b>ESQUEMA METODOLÓGICO.....</b>      | <b>50</b> |
| <b>5.1</b>   | <b>Valoración de Enfermería.....</b>  | <b>50</b> |
| <b>5.1.1</b> | <b>Somatometría.....</b>              | <b>50</b> |
| <b>5.1.2</b> | <b>Constantes vitales.....</b>        | <b>50</b> |
| <b>5.1.3</b> | <b>Exámenes de laboratorio.....</b>   | <b>51</b> |
| <b>5.1.4</b> | <b>Estudios de gabinete.....</b>      | <b>51</b> |
| <b>5.1.5</b> | <b>Necesidades alteradas.....</b>     | <b>52</b> |
| <b>5.2</b>   | <b>Valoraciones Posteriores.....</b>  | <b>53</b> |
| <b>5.3</b>   | <b>Cuadro de necesidades.....</b>     | <b>55</b> |
| <b>5.4</b>   | <b>Organización de los datos.....</b> | <b>56</b> |
| <b>VI.</b>   | <b>PLAN DE INTERVENCIONES.....</b>    | <b>60</b> |
| <b>VII.</b>  | <b>EVALUACIÓN.....</b>                | <b>77</b> |
| <b>VIII.</b> | <b>PLAN DE ALTA.....</b>              | <b>78</b> |
| <b>IX.</b>   | <b>CONCLUSIONES.....</b>              | <b>80</b> |
| <b>X.</b>    | <b>SUGERENCIAS.....</b>               | <b>81</b> |
| <b>XI.</b>   | <b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>              | <b>82</b> |
| <b>XII.</b>  | <b>ANEXOS.....</b>                    | <b>85</b> |

## I. INTRODUCCIÓN

El quehacer de enfermería como un proceso de análisis crítico y sistemático requiere de un marco conceptual para la validación del cuidado proporcionado al paciente, el presente estudio de caso es realizado bajo la filosofía de Virginia Henderson.

Se realiza una revisión bibliográfica de la enfermedad de Hodgkin que es la neoplasia linfoproliferativa más frecuente después de las leucemias con un pico de presentación entre los 5 y los 15 años.

El linfoma de Hodgkin ocupa el 4° lugar en frecuencia de presentación dentro de las neoplasias malignas en la edad pediátrica, de ahí surge el interés por desarrollar un estudio de caso a un paciente con este padecimiento y alteración de las necesidades básicas

Como parte fundamental del trabajo se presenta la valoración de enfermería realizada a un preescolar, paciente del servicio de Oncología del Instituto Nacional de Pediatría el cual presenta alteración de las catorce necesidades, se hace una jerarquización de las prioridades del paciente planificando los cuidados que se le proporcionan, se formulan diagnósticos de enfermería como fase de la valoración, su importancia radica en que son el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han obtenido y han pasado por una fase de análisis, se elaboran los objetivos, lo que será capaz de realizar el paciente como objetivo de el actuar de enfermería en la contribución de los objetivos de bienestar del paciente. Se presenta una planificación de los cuidados la cual contiene la elaboración de las estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente o bien para reducir o corregir las alteraciones en sus necesidades, en el plan de intervenciones como un diseño de acción práctica se pone de manifiesto el conocimiento del profesional de enfermería al requerirse la toma de decisiones siempre en la búsqueda del bienestar del paciente a través de los cuidados proporcionados, al cabo de los cuales en la fase de evaluación se determina la mejoría o no del paciente.

El plan de alta es la culminación del plan de atención, en ella se hace referencia a la continuación de los cuidados que le fueron proporcionados al niño, pero la importancia que radica en el es el conocimiento y habilidad para transmitir al niño y sus familiares la orientación y educación requeridas en la fase de recuperación y rehabilitación.

En la parte final del presente trabajo se realizan las conclusiones que se obtuvieron al término del proceso atención de enfermería haciendo énfasis de este como instrumento importante del hacer diario del profesional de enfermería.

## II. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

### SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

Se decide realizar el presente estudio de caso a un paciente del sexo masculino el cual al momento del abordaje cuenta con 5 años 6/12. Procedente de San Lorenzo, Naucalpan, Estado de México el cual es el tercer hijo de una familia disfuncional donde la madre era el proveedor económico, trabajaba como empleada en una fabrica de plástico hasta el inicio de la enfermedad del paciente, cuenta con 40 años de edad, tiene una hermana de 17 años la cual no estudia ni realiza ninguna actividad laboral, un hermano de 15 años de edad el cual cursa el tercer año de secundaria. Esta familia cohabita en casa de tíos políticos que no tienen descendencia y donde el tío es conductor de transporte publico y esta actividad le permite cubrir los gastos de esta familia compuesta. La casa donde habitan cuenta con todos los servicios básicos de urbanización como son: agua, luz, drenaje y vías de comunicación accesibles. Los ingresos familiares son variables por el trabajo del tío, pero en promedio perciben la cantidad de 3185 pesos quincenales.

Se observa paciente preescolar con palidez generalizada, facies de dolor, angustia, deshidratación de mucosas orales, sonda naso gástrica a derivación con salida de liquido biliar en regular cantidad, venoclisis funcional en MSI, tórax simétrico con ruidos cardiacos normales, con adecuada entrada y salida de aire, abdomen globoso, doloroso a la palpación con red venosa lateral derecha presente, Herida quirúrgica con puntos de sutura en parte baja del abdomen, genitales acorde a la edad cronológica sin presencia de ganglios en región inguinal. Miembros inferiores con fuerza de 2/5. Se refiere decaído y con desgano.

#### ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS

Padres y hermanos aparentemente sanos, abuelo paterno desconocen información, abuela paterna sana. Abuelo materno sano, abuela materna finada por complicaciones de CaCu.

#### DATOS DEL NACIMIENTO

Producto de la gesta III, donde la madre cursa con embarazo normoevolutivo, con control prenatal a partir del tercer mes de la gestación y que evoluciona sin complicaciones, es obtenido por Cesárea donde el motivo es DCP, la madre ignora calificación de APGAR y Silverman, pero no refiere hipoxia al momento del nacimiento, refiere peso de 3 kg y talla de 50 cm.

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Es alimentado al seno materno hasta los 18 meses de edad, inicia ablactación con papilla de frutas y verduras a los cuatro meses de edad, no presentado rechazo o reacción alérgica, se integra a la dieta familiar a partir del año de edad. Presenta sonrisa social a los cuatro meses de edad, periodo en que también se incorpora y presenta sedestación alrededor de los seis meses según recuerda su mamá, bipedestación alrededor de los 14 meses. Su esquema de vacunación se encuentra completo hasta el momento.

## ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Inicia en el mes de Enero del año 2005 con cuadro febril que llega hasta los 39°C, presenta disminución de peso no cuantificada, pero si observada, al tiempo que refiere pérdida alarmante del apetito, malestar general, irritabilidad y la mamá refiere la presencia de una "bola" dolorosa en el abdomen. Es manejado en casa con medios físicos a base de baños con agua templada, compresas heladas y bolsas de agua fría para el control térmico, analgésicos y antipiréticos.

## MOTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO

Ingresa el día 27 de Abril del 2005 donde el motivo fue una interconsulta, procedente del Hospital Pediátrico de Legaria, donde es llevado después de haber sido revisado y tratado por varios médicos quienes indicaron esquema de antibióticos, analgésicos y antipiréticos sin notar la madre mejoría alguna, decidiendo llevarlo a la Institución anteriormente mencionada, donde le son realizados exámenes de laboratorio encontrándose hemoglobina de 6 g/dl, se intenta corregir con transfusión de dos paquetes globulares, se obtiene resultado de 9g/dl, se realiza además TAC abdominal (no se tienen resultados), decidiéndose su canalización al Instituto Nacional de Pediatría con diagnóstico probable de Leucemia Linfoblástica Aguda.

## PADECIMIENTO ACTUAL

En el mes de Enero del 2005 se maneja y da tratamiento por Síndrome anémico, Síndrome febril, Síndrome infiltrativo y una probable Leucemia Aguda Linfoblástica vs. Linfoma.

En Mayo del 2005 es intervenido quirúrgicamente donde se le realiza una Laparotomía Exploradora de tipo Diagnóstico y determinándose el día 10 de Mayo Linfoma de Hodgkin variedad esclerosis nodular grado 2 y Linfoma de Hodgkin E III tipo B

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- NOMBRE: Márquez Zarazua Ángel
- FECHA DE NACIMIENTO: 10 de noviembre de 1999
- SEXO: Masculino                      EDAD: 5 6/12
- NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: Martha Zarazúa Páramo
- EDAD DEL PADRE: 40 años    NOMBRE DE LA MADRE: Martha Zarazúa Páramo
- EDAD DE LA MADRE: 40 años    FECHA DE REVISIÓN: 12 de Mayo del 2005
- ESCOLARIDAD DEL PADRE: Primaria completa
- ESCOLARIDAD DE LA MADRE: Primaria completa
- ESCOLARIDAD DEL NIÑO: Preprimaria
- RELIGIÓN: Católica      INFORMANTE: La madre
- DOMICILIO: Calle Pino Suárez, Andador 2, Número 31. Colonia Ampliación San Lorenzo Naucalpan, estado de México.
- PROCEDENCIA: Hospital Pediátrico de Legaria
- TELEFONO: 53 07 06 79      DIAGNÓSTICO MÉDICO: Linfoma de Hodgkin E III B
- SEDE: Instituto Nacional de Pediatría      SERVICIO: Oncología

## PADECIMIENTO ACTUAL



Enero 01 del 05 Sx Anémico  
Sx Febril  
Sx infiltrativo  
LAL vs. Linfoma

Mayo 03 del 05 Operado de Laparotomía exploradora Diagnóstica

Mayo 10 del 2005 Linfoma de Hodgkin variedad, esclerosis nodular, grado 2.  
Linfoma de Hodgkin E III B

#### TRATAMIENTO INICIAL

Es tratado en su hogar al inicio de su padecimiento con esquema diverso de antibióticos, antipiréticos, medios físicos para control térmico, en el hospital de Legaria es transfundido en dos ocasiones y en el Instituto Nacional de Pediatría el día 11 de Mayo del 2005 se inicia esquema de quimioterapia con:

- Adriamicina 25 mg/m<sup>2</sup> /día
- Bleomicina 10 U/m<sup>2</sup>/día
- Vinblastina 6 mg/m<sup>2</sup>/día
- Dacarbacina 375 mg/m<sup>2</sup>/día
  
- Captopril 7 mg VO c/8 horas
  
- Tramadol 15 mg VO c/8 horas
  
- Ranitidina 15 mg Vo c/8 horas
  
- Ceftriaxone 750 mg IV c/12 horas
  
- Nifedipina S/L en caso de Tensión arterial diastólica mayor de 100 mmHg

#### TRATAMIENTO MEDICO QUIRÚRGICO

Laparotomía exploradora diagnóstica el día 3 de Mayo del 2005.

### **III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO**

#### **OBJETIVOS GENERALES**

Realizar un estudio de caso desde la perspectiva de Virginia Henderson a un preescolar con alteración de las catorce necesidades, para dar a conocer las actividades del especialista en Enfermería Infantil.

Utilizar el Proceso atención de Enfermería siempre con un marco conceptual como el Método del hacer del especialista en Enfermería Infantil en su experiencia diaria.

Analizar el proceso del cuidado proporcionado a la persona en sus diferentes estados de bienestar o de enfermedad, para decidir la intervención de Enfermería en el cumplimiento de los objetivos del individuo.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Proporcionar atención de enfermería especializada a un preescolar que presenta alteración de las catorce necesidades por enfermedad de Hodgkin para favorecer su pronta integración a su núcleo familiar y social.
- II. Llevar a cabo un plan de atención desde la Filosofía de Virginia Henderson a un niño con alteración de la necesidad de alimentación para evitar la pérdida de peso y talla.
- III. Realizar un plan de atención a un preescolar con alteración de la necesidad de eliminación en el periodo post operatorio, aplicando cuidados especializados que le ayuden a su recuperación.
- IV. Dar cuidados especializados que le ayuden a desaparecer su dolor y malestar general a Ángel, quien presenta alteración de la necesidad de movimiento y postura.
- V. Establecer un plan de intervenciones en Ángel, encaminadas a cubrir la necesidad de sueño y descanso, y que de esta manera tanto su estado general como emocional se vea favorecido.
- VI. Implementar intervenciones de Enfermería en la necesidad de vestirse y desvestirse para mejorar en Ángel su autoestima e integrarlo como parte importante a su núcleo social durante su hospitalización.
- VII. Mantener en Ángel la necesidad de termorregulación en parámetros normales a través del cuidado especializado de Enfermería.
- VIII. Aplicar un plan de atención para cubrir la necesidad de higiene y protección de la piel, necesidad que se encuentra alterada por la aplicación de quimioterapia.
- IX. Llevar a cabo cuidados para evitar los peligros a que se encuentra sujeto Ángel, tanto en su período de hospitalización como en su hogar.

## **IV. MARCO TEÓRICO**

### **4.1 ESTUDIOS RELACIONADOS**

Un trabajo internacional que publica en su último número The New England Journal of Medicine concluye que el análisis genético ayuda a predecir como un linfoma responderá a la quimioterapia. Los autores han identificado varios factores genéticos que están relacionados con las probabilidades de supervivencia post quimioterapia, en pacientes con linfoma de células B gigantes difusas, que es el linfoma más frecuente en el adulto.

El descubrimiento puede conducir a tratamientos más individualizados del paciente si se sabe que un paciente no responderá adecuadamente a la quimioterapia, y se puede ofrecer como alternativa el trasplante de médula ósea de primera instancia en el tratamiento.

Los autores han utilizado la genética para distinguir entre dos formas de linfoma que presentan, distintas respuestas a la quimioterapia. Para este estudio analizaron muestra de tejido de 240 pacientes, y hallaron además un subtipo de la enfermedad. En total son 17 los genes que ayudan a predecir las probabilidades de sobrevivencia en estos pacientes. Con ello podría desarrollarse algún tipo de test clínico para aplicación en el paciente.

DOYMA. Jano On line 20 06 2002

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL NIÑO ONCOLÓGICO Y SU FAMILIA**

El presente trabajo se realizó por la Enfermera Ma. Ángeles Martínez Ibañez, quien trabaja en el Hospital General de Albacete España. Y cuyo objetivo es establecer la importancia de considerar el cáncer infantil como una enfermedad familiar, que necesita para un tratamiento óptimo y disponer de un equipo multidisciplinar.

Las necesidades de un niño recientemente diagnosticado y su familia son tan amplias que un solo grupo profesional nunca podría abarcarlo. Para el niño supone un cambio radical en su entorno y sus actividades normales (jugar, estudiar, relacionarse con compañeros o amigos, etc.) Físicamente debe soportar el malestar tanto por la enfermedad como por los problemas de imagen corporal (caída del pelo, aumento o disminución de peso, algunas veces amputaciones o cirugía deformante). Para comprender un poco el impacto que se produce en un niño con cáncer en su primer ingreso basta leer un trozo del diario escrito por él (Anexo 1).

Para los padres supone un fuerte choque emocional con sentimientos de negación de la realidad, de culpabilidad, y muy frecuentemente sentimientos de duelo anticipados. La necesidad de acompañar a su hijo enfermo les ocasiona problemas con el cuidado de sus otros hijos y ausencias prolongadas de su trabajo. Los hermanos perciben un cambio brusco del clima emocional de la familia, aparecen diversos sentimientos mezclados, altamente perturbadores,

entre los que están: temor, culpabilidad, miedo a enfermar, celos por falta de atención, etc. La enfermera tiene un papel fundamental en la atención del cáncer infantil, actuando como eslabón intermedio entre el niño y su familia y los restantes profesionales del equipo de salud. Cuando se esta a cargo de un niño con cáncer se debe conocer a fondo la psicología normal, tener nociones sobre la enfermedad en sí misma, los potenciales efectos secundarios del tratamiento y ser capaz de comprender el impacto emocional de los sentimientos de pérdida y dolor y crear un ambiente que proporcione bienestar físico y emocional, tanto al niño como a su familia. Las enfermeras pasamos muchas horas junto al niño y su familia, en la mayoría de las ocasiones seremos la primera persona a quien recurrirán los padres en demanda de apoyo. En el momento de recibir la primera información médica, los padres no están emocionalmente capacitados para asimilarla y será después de un periodo de reflexión cuando acudirán a nosotras en busca de una confrontación o incluso de una negación de lo que han oído. Dentro de la actitud de la enfermera ante los cuidados y tratamiento se encuentra la de insistir en la necesidad de una higiene corporal muy cuidadosa, principalmente de la boca (ducha diaria, lavado de orificios, cepillado de dientes, uñas cortas y limpias, etc.): para prevenir las posibles infecciones en caso de mucositis, adecuar en la medida de lo posible la alimentación a los gustos y necesidades del niño. Valorar la presencia de los familiares en la aplicación de los medicamentos o la realización de procedimientos, dejar que el niño manifieste su inquietud e irritabilidad, usar técnicas de relajación y distracción. Es necesario valorar una serie de factores socioculturales que pueden afectar la atención del niño enfermo, como la situación económica de la familia, las condiciones básicas de habitabilidad y confort de la vivienda. La primera intervención del equipo multidisciplinar será la de valorar si la familia puede emocional y prácticamente atender de forma adecuada al niño en función de las condiciones descritas, además ya inicialmente debe identificarse a la persona que llevará el peso de la atención para intensificar el soporte sobre ella, revisar las vivencias y el impacto que se vayan produciendo. El trabajo de valoración de la situación familiar debe ir haciéndose periódicamente ya que puede modificarse bruscamente en función de la aparición de una crisis.

[DOYMA.es/cgi/bin/wolbcgi](http://DOYMA.es/cgi/bin/wolbcgi)

### Análisis

A través del trabajo realizado por la enfermera Ma. Ángeles Martínez Ibáñez, se pone de manifiesto el papel del profesional de Enfermería al proporcionar el cuidado a un niño con cáncer, pero no solo el niño requiere de cuidados, es también la familia que en este caso especial es receptora de cuidados. La enfermera para cubrir las necesidades tanto del niño como de la familia deberá contar con características que le permitan llevar a cabo esta función tan importante. Dichas características incluyen entre otras la seriedad, la formalidad, los conocimientos, capacidad resolutive, pero también una actitud que le permita inspirar confianza en el niño y su familia para de esta manera participar de manera directa en el cuidado del niño, planear un equipo de atención integral

multidisciplinario y con la misma familia, ya que como se comenta en el desarrollo del trabajo pueden existir contratiempos que requieran una nueva planeación.

## ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

Estudio de caso Hospital general de CD. Juárez (México). Paciente masculino de 12 años de edad con antecedente de cefalea intensa de un año de evolución, disminución de la fuerza motora generalizada, (MPD) sin alteración de la sensibilidad, alucinaciones visuales constantes.

Exploración física: hemitórax derecho en quilla, hipoventilación bilateral, estertores crepitantes bilaterales, ruidos cardiacos con bajo tono e intensidad. Esplenomegalia no dolorosa, anergia cutánea hipotonía de miembros inferiores.

RX Tórax: área extensa radiopaca por aumento de volumen de mediastino superior y sombra cardiaca, presencia de nódulo ganglionar en cara lateral del cuello.

TAC Tórax y Abdomen: tumoración mediastinal de gran tamaño (12.8 cm x 13.1cm) en mediastino anterior

Proceso linfoproliferativo con zonas de necrosis central tumoral y hepatoesplenomegalia

Histopatología: lesión proliferativa, neoplásica de tejido linfoide, con disposición nodular, células de tipo histiocitario (Redd Sternberg).

### Análisis

El motivo de la hospitalización, no tenía relación alguna con la neoplasia asintomática, pero en el examen integral se descubrió un ganglio supraclavicular aumentado de tamaño que anuncia Enfermedad de Hodgkin subyacente. Debido a que en este caso, como en la mayoría, la EH es claramente asintomática, el diagnóstico debe hacerse buscando intencionadamente los datos que pudieran sugerir la patología. En su mayoría los pacientes son los primeros en anunciar el crecimiento de un ganglio, principalmente en la región del cuello, el cual hace sospechar de esta neoplasia. Sin embargo, en aquellos pacientes que no toman en consideración el crecimiento ganglionar asintomático, el problema es mayor, ya que el riesgo de que la enfermedad avance y haga más difícil el tratamiento posterior aumenta.

## 4.2 FISIOLÓGÍA DEL SISTEMA LINFÁTICO

### 4.2.1 SISTEMA LINFÁTICO

El sistema linfático es una ruta accesoria por la cual fluyen los líquidos del espacio intersticial a la sangre. Más importante que todo: los linfáticos pueden acarrear proteínas y materia en partículas grandes desde los espacios tisulares, ninguna de las cuales puede ser removida por absorción directa hacia los capilares sanguíneos. Esta remoción de proteínas desde los espacios intersticiales es una función esencial sin la cual se produciría la muerte en 24 horas.<sup>1</sup>

Capilares circulatorios o conductos en los cuales se recoge y transporta el líquido acumulado de los tejidos y es llevado hasta el sistema venoso; estos capilares se unen en el torrente sanguíneo propiamente dicho. El sistema linfático tiene importancia para el transporte hasta el torrente sanguíneo de lípidos digeridos procedentes del intestino, para eliminar y destruir sustancias tóxicas, y para oponerse a la difusión de enfermedades a través del cuerpo.

Los capilares linfáticos son la parte del sistema linfático encargada de recoger los líquidos tisulares, y su estructura es similar a la de los capilares sanguíneos. Los capilares linfáticos que recogen los lípidos digeridos en las vellosidades intestinales se conocen como quilíferos. Los capilares linfáticos son más permeables que los capilares sanguíneos y permiten el paso de partículas de mayor tamaño que las que atravesarían las paredes de los capilares sanguíneos; las grandes proteínas que se producen como resultado de la degradación de los tejidos en los vasos linfáticos para ser eliminados de los tejidos.

### 4.2.2 CAPILARES LINFÁTICOS

Los vasos linfáticos comienzan como vaso de extremo ciego llamados capilares linfáticos, que se encuentran entre los espacios de las células, lo mismo que los capilares sanguíneos convergen para formar las vénulas y las venas los capilares linfáticos se unen para dar lugar a tubos de mayor calibre llamados vasos linfáticos.<sup>2</sup>

Estos vasos se encuentran en todos los tejidos, excepto en el sistema nervioso central, cuyo sistema circulatorio se denomina sistema cerebroespinal. Los capilares linfáticos se unen para formar conductos más grandes que se entrelazan con las arterias y con las venas. En estos conductos más grandes, que son similares a las venas dilatadas y finas, la linfa es transportada por los movimientos musculares del cuerpo en su conjunto; a lo largo de dichos conductos existen válvulas colocadas de forma regular, que evitan el retroceso de la linfa. Los conductos de las extremidades inferiores y

---

<sup>1</sup> Guyton. "Fisiología y Fisiopatología". Interamericana, 6ª edic. México, D. F., 1998. Pág. 137

<sup>2</sup> Tortora. "Principios de Anatomía y Fisiología". Harcourt. 7ª edición, México, D.F. 1999. Pág. 683

del abdomen se reúnen en el lado dorsal izquierdo del cuerpo para formar un canal, conocido como la cisterna del quilo, que da lugar al vaso linfático principal del organismo, el conducto torácico. Este vaso recibe la linfa procedente del lado izquierdo del tórax, del brazo izquierdo y la parte izquierda de la cabeza y el cuello. Vierte en la unión entre las venas yugular y subclavias izquierdas. Otro vaso de menor tamaño, conocido como conducto linfático derecho, recibe linfa que proviene del lado derecho del tórax, del brazo derecho y del lado derecho de la cabeza y cuello, y vierte su contenido en la vena subclavia derecha.

#### 4.2.3 CIRCULACIÓN LINFÁTICA

La salida de líquido normalmente excede su ingreso a través de las paredes capilares, pero el líquido extra penetra en los linfáticos y drena de vuelta a la sangre a través de ellos. Esto evita que la presión intersticial aumente y promueve el recambio de líquido tisular. El flujo normal de linfa en 24 horas es de dos litros a 4 litros<sup>3</sup>.

Los vasos linfáticos se pueden clasificar en dos tipos: linfáticos iniciales y linfáticos recolectores. Los primeros carecen de válvulas y de músculo liso en sus paredes y se encuentran en regiones tales como el intestino y el músculo esquelético. El líquido tisular aparentemente penetra en ellos a través de las uniones no herméticas entre las células endoteliales que forman sus paredes. El líquido dentro de ellos aparentemente es sometido a masaje por las contracciones musculares tanto de los órganos como de las arteriolas y de las vénulas, en los cuales se encuentran frecuentemente relacionados. Estos desembocan en los linfáticos recolectores, los cuales tienen válvulas y músculo liso en sus paredes y se contraen en forma peristáltica impulsando la linfa a lo largo de los vasos. El flujo de los linfáticos recolectores es auxiliado, además por los movimientos del musculoesquelético, por la presión intratorácica negativa durante la inspiración y por el efecto de succión del flujo de alta velocidad de la sangre en las venas en las cuales terminan los linfáticos. Sin embargo, las contracciones son el factor principal que impulsan a la linfa.

Los agentes que aumentan el flujo de linfa se llaman linfagogos. Incluyen a una diversidad de agentes que aumentan la permeabilidad capilar. Los agentes que causan contracción del músculo liso también incrementan el flujo de linfa de los intestinos.<sup>4</sup>

El hígado es el órgano más grande pesa en el cadáver alrededor de 1500 gramos, en el vivo, este peso aumenta 400g. Por la sangre contenida en el órgano. Su coloración es rojo pardo. En los humanos consiste en una masa continua de células, dividida en forma incompleta por separaciones de tejido conectivo. Dentro de esta masa de células continua, las subdivisiones de los conductos biliares y de los vasos hepáticos tienen numerosas conexiones.

---

<sup>3</sup> GANONG, William. "Fisiología médica". Manual Moderno, 16ª edic. México, D.F. 1998. Pág. 656

<sup>4</sup> Ibidem, Pág. 653



El hígado esta situado en el la parte superior del abdomen, debajo del diafragma. Es mantenido en su posición por:

**Vena cava inferior**, a la cual esta unido a través de las venas suprahepaticas.

**Ligamento redondo del hígado**, que remplaza en el adulto la vena umbilical del feto.

**Repliegues peritoneales.**

A pesar de la estructura monolítica del hígado arbitrariamente se le considera compuesto por lóbulos. Consta de dos lóbulos principales, el derecho y el izquierdo que están divididos por un ligamento, llamado falciforme, comprendiendo el lóbulo derecho cinco sextos y el lóbulo izquierdo un sexto de la masa hepática., y un tercer lóbulo más pequeño llamado cuadrado. El hígado es uno de los dos órganos, junto con los pulmones, que recibe aporte de sangre por dos vías. Recibe la mayor parte de la sangre (85%) por la vena porta que drena casi toda la sangre del intestino.<sup>5</sup> Esto asegura que todo el alimento absorbido vaya directamente al hígado donde puede ser almacenado para su utilización cuando sea necesario. El hígado recibe el otro 15% de la sangre de las arterias hepáticas. Este segundo suministro de sangre también es importante porque la sangre arterial esta muy oxigenada, a diferencia de la sangre venosa que llega a través de la vena porta.

Los segmentos del hígado se definen como las regiones servidas por una subdivisión de la vena porta, de la arteria hepática y del conducto hepático común, que viajan juntos a través de toda la masa hepática. Por lo tanto, el lóbulo derecho puede dividirse en segmento anterior y posterior y el lóbulo izquierdo, en medial y lateral. Este último, a su vez, puede subdividirse en superior e inferior.

Aunque existen numerosas conexiones entre las pequeñas ramas de los canales biliares y los vasos sanguíneos en un segmento hepático con sus estructuras correspondientes en los segmentos adyacentes, los conductos biliares y los vasos sanguíneos, en cada segmento del hígado, no pasa sus propios límites. Este concepto de segmentos hepáticos es de utilidad cuando el cirujano planea la cirugía hepática.

#### 4.2.4 GANGLIOS LINFÁTICOS

Las estructuras ovales en forma de alubia que se encuentran a lo largo de los vasos linfáticos son los ganglios linfáticos. Su tamaño oscila entre 1 y 25 mm y se encuentran diseminados por todo el organismo, generalmente formando diversos grupos. Lo habitual es que estos grupos se dispongan en dos conjuntos superficial y profundo.<sup>6</sup>

A lo largo del recorrido de los vasos linfáticos se encuentran los ganglios linfáticos, conocidos también como glándulas linfáticas. Estos ganglios son órganos en forma de riñón que contienen grandes cantidades de leucocitos incluidos en una red de tejido conectivo. Toda la linfa que circula por los vasos linfáticos hacia el torrente sanguíneo debe atravesar varios de estos ganglios, que filtran los

---

<sup>5</sup> Ibidem, Pág. 656.

<sup>6</sup> Tortora, Ibidem, Pág. 686

materiales tóxicos e infecciosos y los destruyen. Los ganglios funcionan como centro de producción de fagocitos.

Durante el transcurso de cualquier infección, los ganglios aumentan de tamaño debido a la gran cantidad de fagocitos que forman; estos ganglios suelen estar inflamados y son dolorosos. Las adenopatías más frecuentes se localizan en el cuello, la axila y la ingle. Algunos tumores malignos tienden a desplazarse a lo largo de los vasos linfáticos; la eliminación quirúrgica de todos los ganglios sospechosos de estar implicados en la difusión de estos tumores es un procedimiento terapéutico aceptado.<sup>7</sup>

Además de los ganglios linfáticos, pertenecen al sistema linfático otros órganos constituidos por un tejido similar. De entre ellos, el más grande y el más importante es el bazo. En él se forman células sanguíneas como los linfocitos, monocitos y células plasmáticas. También elimina glóbulos rojos alterados y tiene funciones de defensa.

Se le llama así a casi 600 órganos en forma de frijol, dispuestos a lo largo de los vasos linfáticos. Están dispersos en todo el cuerpo, tanto en sus capas superficiales como profundas, usualmente en grupos. Los ganglios son abundantes cerca de las glándulas mamarias y en las axilas e ingles.

Por lo regular miden de 1 a 25 mm de largo y los cubre una capa de tejido conectivo denso, que penetra en el ganglio, sus prolongaciones, llamadas trabéculas, dividen el ganglio en compartimentos, le brindan sostén y constituyen una ruta para los vasos sanguíneos que penetran en el ganglio. En plano interno a la cápsula, existe una red de sostén que forman fibras reticulares y fibroblastos constituyen el estroma o estructura del ganglio. El parénquima de los ganglios linfáticos se especializa en dos regiones, la corteza superficial y la médula interna. La corteza externa contiene folículos linfáticos de células (linfocitos B. Las áreas de los folículos que se tiñen de claro, llamadas centros germinativos son el sitio donde las células B se diferencian en células plasmáticas, secretoras de anticuerpos. Las células reticulares de dichos centros, llamadas dendríticas, desempeñan funciones como antígenos, que ayudan a iniciar las respuestas inmunitarias. Además los centros germinativos contienen macrófagos. En plano profundo a la corteza externa, está la interna, que contienen células (linfocitos T). La médula de los ganglios linfáticos incluye células B y plasmáticas en filamentos estrechamente apiñados, los cordones medulares.

La linfa fluye por los ganglios linfáticos en una sola dirección. Entra por los vasos linfáticos aferentes, que penetran la superficie convexa del ganglio en varios puntos. Dichos vasos poseen válvulas que se abren en dirección al centro del ganglio, de modo que la linfa fluye hacia el interior del mismo. Una vez adentro, la linfa llega a los senos, conjunto de conductos irregulares que incluyen macrófagos, linfocitos y fibras reticulares que se ramifican. Desde los vasos linfáticos aferentes, la linfa fluye al seno subcapsular, situado inmediatamente

---

<sup>7</sup> Ibidem, Pág. 656

debajo de la cápsula. Luego se dirige a los senos trabeculares, que se extienden por la corteza con trayecto paralelo a las trabéculas.

#### 4.2.5 BAZO

Es un órgano oval y la masa más grande de tejido linfático del cuerpo con unos 12 cm de longitud. Se sitúa en el hipocondrio izquierdo, entre el estómago y el diafragma. Su cara superior lisa y convexa, se conforma a la superficie cóncava del diafragma. Los órganos adyacentes producen depresiones en la cara visceral del bazo; la impresión gástrica para el estómago, la renal para el riñón y la cólica para el ángulo esplénico del colon. Al igual que los ganglios linfáticos, el bazo posee un hilio, que cruza la arteria y vena esplénicas, así como vasos linfáticos eferentes.

Una cápsula de tejido conectivo denso envuelve al bazo. Las trabéculas penetran desde la cápsula, que a su vez tienen el recubrimiento de una membrana serosa, el peritoneo visceral. Cápsula, trabéculas, fibras reticulares y fibroblastos constituyen el estroma del bazo, mientras que su parénquima consiste en dos tipos de tejido, las pulpas blanca y roja. La pulpa blanca consta de tejido linfático, principalmente linfocitos y macrófagos dispuestos alrededor de ramas de la arteria esplénica, llamadas arterias centrales. La pulpa roja está formada por senos venosos llenos de sangre y cordones de tejido esplénico, llamados cordones esplénicos. Estos se componen de eritrocitos, macrófagos, linfocitos, células plasmáticas y granulocitos. Las venas guardan relación estrecha con la pulpa roja. La sangre que fluye hacia el bazo por la arteria esplénica llega a las arterias centrales de la pulpa blanca. En esta, las células T y B llevan a cabo funciones inmunitarias, al tiempo que los macrófagos destruyen los microbios patógenos provenientes de la sangre por fagocitosis. La pulpa roja del bazo se encarga de tres funciones relacionadas con los elementos formes de la sangre: eliminación de células sanguíneas y plaquetas defectuosas, que efectúan los macrófagos, 2) almacenamiento de plaquetas, que puede ser hasta un tercio total, y 3) producción de células sanguíneas (hemopoyesis) durante la vida fetal. La función más importante del bazo consiste en la fagocitosis de las bacterias y hematíes, plaquetas dañadas o agotadas. Además el bazo almacena sangre y la libera en momentos de demanda, por ejemplo una hemorragia. Los impulsos simpáticos hacen que el músculo liso de la cápsula esplénica se contraiga, exprimiendo de esta forma la sangre de la pulpa roja.<sup>8</sup>

#### 4.2.6 FOLICULOS LINFÁTICOS

Son concentraciones ovals de tejido linfático que no están rodeadas por una cápsula. Debido a que se encuentran dispersos en la lámina propia (tejido conectivo) de la mucosa que reviste los aparatos digestivo, urinario, reproductivo y respiratorio, los folículos linfáticos, también se denominan tejido linfoide relacionado con mucosas.

---

<sup>8</sup> Tortora, Ibidem, Pág. 689

Aunque muchos ganglios linfáticos son pequeños y están aislados, otros forman grandes agregados en partes específicas del cuerpo. Entre estos se incluyen las amígdalas en la región faríngea y las Placas de Peyer en el íleon. También se encuentran tales cúmulos en el apéndice. Por lo general hay cinco amígdalas en la unión de la boca con la bucofaringe y de la nariz con la nasofaringe. Así pues las amígdalas están dispuestas estratégicamente para participar en respuestas inmunitarias contra sustancias extrañas inhaladas o ingeridas. La amígdala faríngea o adenoide está incluido en la pared posterior de la nasofaringe. Las dos amígdalas palatinas se localizan en la parte posterior de la boca, una en cada lado, y son las usualmente se extraen la amigdalectomía.

#### 4.2.7 DESARROLLO DEL SISTEMA LINFÁTICO

Empieza a formarse hacia el final de la quinta semana de vida embrionaria. Los vasos linfáticos se desarrollan a partir de los sacos linfáticos que surgen de las venas en desarrollo, las cuales se derivan del mesodermo.

Los primeros sacos linfáticos que aparecen son el par de sacos linfáticos yugulares, en la unión de las venas yugular interna y subclavia. A partir de dichos sacos, los plexos capilares se diseminan al tórax, a las extremidades superiores, el cuello y la cabeza. Algunos plexos crecen y se forman vasos linfáticos en las regiones correspondientes. Cada saco linfático yugular conserva al menos una conexión con la vena yugular respectiva, y el izquierdo se transforma en la porción superior del conducto torácico o linfático izquierdo.

El siguiente en aparecer es el saco linfático retroperitoneal impar, en la raíz del mesenterio intestinal. Se desarrolla a partir de la vena cava primitiva (común) y las venas mesonéfricas (del riñón primitivo). Los plexos de capilares y vasos linfáticos, se diseminan a partir del saco mencionado a las vísceras abdominales y el diafragma. El saco establece conexiones con la cisterna del quilo; pero pierde las que lo unen con las venas cercanas.

Casi al mismo tiempo que el linfático retroperitoneal, se desarrolla otro saco, la cisterna del quilo, sobre la pared abdominal posterior, en plano infradiaphragmático. Es el origen de la porción inferior del conducto torácico y de la cisterna del quilo, en la base de dicho conducto. Al igual que el saco retroperitoneal, la cisterna del quilo pierde sus conexiones con las venas circundantes.

#### 4.3 LINFOMA DE HODGKIN

La primera descripción de enfermedad de Hodgkin (EH) data de 1661, año en que Malpighi menciona los hallazgos microscópicos post mortem. En 1832 Thomas Hodgkin lo describe clínica y patológicamente como un proceso morbozo en apariencia de las glándulas y el bazo. Sin embargo, en esa época se consideraba aún como un proceso inflamatorio inespecífico de los órganos linfáticos; no es hasta 1898 con Sternberg y en 1902 con Reed cuando se realiza una descripción

histopatológica de la enfermedad y sobre todo la definición de una célula específica de Hodgkin: célula de Reed Sternberg.

En los siguientes años, como reporta Kaplan, a pesar de considerar ya a la enfermedad de Hodgkin como una neoplasia, continuaba el concepto de que se trataba de un proceso infeccioso o bien inmunológico; el mismo Kaplan y Long demuestran que las células de Reed Sternberg son aneuploides, heterotrasplantables, células malignas mitóticamente activas y así refuerzan el concepto de cáncer<sup>9</sup>

En 1832, Thomas Hodgkin describió una enfermedad mortal, caracterizada por linfadenopatía con diseminación eventual a los pulmones, el hígado, el bazo, la médula ósea y otros órganos. En 1898 y 1902, respectivamente, Sternberg y Redd identificaron en el examen microscópico las células características de esta enfermedad, conocidas como células de Reed-Sternberg, lo que permitió la primera clasificación de la enfermedad. Los tejidos que tienen dichas células se clasifican como enfermedad de Hodgkin.<sup>10</sup>

La posibilidad de curar la enfermedad de Hodgkin se reconoció por primera vez en 1939, cuando pacientes con tumores localizados, tratados con altas dosis de radioterapia, mostraron una supervivencia sin enfermedad a largo plazo. Como la enfermedad localizada responde al tratamiento, la investigación se centró en las técnicas para definir su extensión antes de planificar algún tipo de terapia. En 1969, los investigadores de la Universidad de Stanford diseñaron una forma sistemática y amplia de estadificación y tratamiento posterior de la enfermedad de Hodgkin de acuerdo con el estadio. En 1970, el National Cancer Institute (NCI) informó que los pacientes con enfermedad avanzada, podrían tener una remisión completa y sobrevivir a largo plazo si se utilizaba un tratamiento quimioterapéutico combinado, conocido como MOPP (Mostaza nitrogenada, Oncovin (Vincristina), Procarbazina y Prednisona). Estos avances dieron lugar a un enfoque estándar para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Desde mediados de los setentas, los esfuerzos en el desarrollo y la investigación se han centrado en formas más precisas de estadificación, terapias iniciales para los diversos estadios, el tratamiento de los tumores recurrentes y resistentes, y los efectos a largo plazo de los regímenes terapéuticos.<sup>11</sup>

En el instituto Nacional de Pediatría ocupa el cuarto lugar en frecuencia de presentación con respecto a las neoplasias malignas. Desafortunadamente la estadística nacional no permite corroborar este dato. En los países industrializados (EUA) la frecuencia es de 5,6 por cada millón de habitantes menores de 18 años por año y con predominio en el sexo masculino.

Existe una presentación bimodal, que si bien es diferente al comparar los países industrializados con los subdesarrollados se manifiesta en ambos. En nuestro país la edad de presentación es más temprana, teniendo un pico inicial antes de la adolescencia y el segundo en la sexta década de la vida. En la población

---

<sup>9</sup> RIVERA, Luna Roberto. "El niño con cáncer". Mosby-Doyma. Madrid, España. pág. 143

<sup>10</sup> Ibidem, Pág. 143

<sup>11</sup> OTTO, Shirley. "Enfermería Oncológica". 3ª edición, Mosby. Madrid, España, 1999. Pág 353

pediátrica es rara la presentación antes de los cinco años de edad, en un rango comprendido entre los 5 y los 15 años de edad.

Esta diferencia en la frecuencia sugiere un factor genético- ambiental que no ha sido bien definido.

Se ha encontrado una mayor predisposición en pacientes inmunocomprometidos, especialmente en aquellos con ataxia-telangiectasia, así como cierta relación con el virus de Epstein-Barr.<sup>12</sup>

Incidencia: tumor que raramente aparece antes de los 5 años, para a continuación, aumentar constantemente su incidencia hasta un máximo a los 15-34 años, habiendo un segundo pico máximo pasados los 50 años. El proceso es casi dos veces más frecuente en muchachos que en chicas. No se conocen los agentes causales definitivos, pero su aparición en hermanos del mismo sexo ha llevado a sugerir un virus de escasa virulencia y contagiosidad.<sup>13</sup> Al parecer, la enfermedad de Hodgkin se origina en las zonas T- dependientes del tejido linfoide. El dato histológico central es la célula de Reed Sternberg. Se supone que esta célula se origina a partir de las células que presentan a los antígenos y que proceden de la estirpe mononuclear reticular-fagocitaria, quizá de la célula reticular estrellada. Se han encontrado más pruebas de que el virus de Epstein Barr puede hallarse involucrado en la patogenia.

#### Anatomía patológica

Hay cuatro tipos histológicos de la enfermedad de Hodgkin cada uno de los cuales tiene manifestaciones clínicas e implicaciones pronosticas especiales. En la forma predominantemente linfocítica casi todas las células son aparentemente, linfocitos maduros, o una mezcla de histiocitos benignos y linfocitos con solo alguna ocasional célula de Reed Sternberg. Este tipo afecta al 10-20 por 100 de los enfermos y es el que tiene mejor pronóstico.<sup>14</sup>

La forma de esclerosis nodular es la más frecuente, afecta a un 50 por 100 de individuos jóvenes y a un 70 por 100 de los adolescentes. Hay anchas bandas de colágena que dividen al ganglio linfático enfermo en zonas nodulares repletas de células. Un dato citológico especial son los espacios claros que rodean a las células lacunares, que son variantes de la célula de Reed Sternberg. Debido a la riqueza de colágena puede ocurrir que el aspecto radiográfico de estas lesiones (especialmente en el mediastino) vuelva a la normalidad lentamente, aún cuando el paciente responda al tratamiento.

La enfermedad de Hodgkin de celularidad mixta es la segunda forma en orden de frecuencia y afecta al 40-50 por cien de los pacientes. Se caracteriza por acumulo de linfocitos, células plasmáticas, eosinófilos, histiocitos, células reticulares malignas y células de Reed Sternberg; puede haber focos de necrosis. Es probable que esta forma afecte a zonas extraganglionares en el momento del diagnóstico.

La forma menos frecuente y de peor pronóstico de la enfermedad es la depleción linfocítica, que afecta a menos del 10 por 100 de los pacientes. Se observan numerosas células reticulares malignas, extrañas, con células de Reed Sternberg

---

<sup>12</sup> Ibidem, pág 144

<sup>13</sup> NELSON, "Tratado de pediatría". Interamericana. 14ª edición. México, D.F. Pág. 1578.

<sup>14</sup> Ibidem, Pág. 1579.

y linfocitos bastante escasos. Puede haber fibrosis hialina parcial de intensidad variable y escasa celularidad constituida principalmente por elementos reticulares y células de Reed Sternberg.

En casi todos los casos la enfermedad, la enfermedad de Hodgkin se origina en los ganglios linfáticos; la localización primitivamente extraganglionar aparece en menos del 1 por 100 de los pacientes. La forma de propagación parece ser por extensión directa. Las zonas de los ganglios linfáticos vecinos son el primer sitio donde se produce la diseminación en la mayor parte de los pacientes, probablemente como consecuencia de la propagación por las vías linfáticas adyacentes. Estas observaciones han servido de base para establecer las pautas de la radioterapia. Cuando la enfermedad ya no se circunscribe a los ganglios linfáticos, los sitios de afectación extraganglionar más frecuentes son el bazo, el hígado, el pulmón, el hueso y la médula ósea.

Para establecer el pronóstico y programar el tratamiento, hay que determinar el grado de extensión (<<estadiaje>>) de la enfermedad en el momento del diagnóstico, esto puede significar una laparotomía exploradora para averiguar la extensión intraabdominal de la enfermedad. Además se cataloga a los pacientes en grupo A o B según falten o existan respectivamente síntomas generales, tales como sudores nocturnos, fiebre o pérdida de peso reciente mayor del 10 por cien del peso corporal.

#### 4.3.1 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La primera manifestación más frecuente es un agrandamiento de los ganglios linfáticos cervicales o supraclaviculares, y en ocasiones de la región inguinal o axilar. Los ganglios linfáticos agrandados son firmes, no dolorosos, separados habitualmente y pueden ser únicos o múltiples, suele describirlos el propio paciente o los padres. Es característica la ausencia de cualquier inflamación regional que justifique las adenopatías. Es frecuente el agrandamiento de los ganglios mediastínicos que pueden producir tos, generalmente no productiva, o síntomas de compresión traqueal o bronquial. Esto puede descubrirse al realizar, por otros motivos una radiografía de tórax, en niños pequeños, el agrandamiento de los ganglios mediastínicos puede confundirse con un timo normal de gran tamaño. La tomografía computarizada o la imagen de resonancia magnética (IRM) del mediastino pueden demostrar que la estructura del timo es diferente.

El paciente puede tener pocas o ninguna manifestación general en el momento del diagnóstico. Los síntomas típicos serán sudores y anorexia. El prurito es raro al principio; si solo hay prurito, el enfermo no debe ser catalogado en el grupo B.

La afectación extraganglionar es rara cuando se hace el diagnóstico, pero puede aparecer al avanzar la enfermedad. La enfermedad pulmonar puede manifestarse radiográficamente con exudados algodonosos difusos, difíciles de distinguir de una lesión micótica diseminada. Son frecuentes la fiebre y la taquipnea y pueden aparecer insuficiencia respiratoria si se sospecha afectación pulmonar, debe empezarse por biopsiar estas lesiones, pues si el diagnóstico se confirma quedará identificado el estadio IV, y ya no será necesaria la laparotomía exploradora para averiguar la extensión de la enfermedad.

La afectación hepática se acompaña precozmente de las manifestaciones de una obstrucción biliar intrahepática. Más tardíamente pueden aparecer signos de enfermedad hepatocelular. La afectación de la médula ósea puede provocar neutropenia, trombocitopenia y anemia. Las masas tumorales extradurales del conducto raquídeo pueden producir compresión medular progresiva. Puede observarse diversos trastornos inmunitarios, como anemia hemolítica autoinmune, o bien síndrome nefrótico.

En la enfermedad de Hodgkin hay deterioro de la inmunidad celular, como consecuencia tanto de la enfermedad como del tratamiento. Los pacientes corren el riesgo de padecer las infecciones características de los enfermos inmunodeprimidos. Se observan infecciones por el virus de la varicela Zoster hasta en una tercera parte de los enfermos que, si son graves, deben tratarse con Aciclovir; y las infecciones por hongos como criptococosis, histoplasmosis y candidiasis pueden llegar además a diseminarse. Después de la esplenectomía, las sepsis por bacterias encapsuladas (por ejemplo *Streptococcus pneumoniae* o *Haemophilus influenzae*) pueden ser mortales.

#### **Grado de extensión de la enfermedad de Hodgkin según Ann Arbor**

|   |   |
|---|---|
| ESTADIO I   | Afectación de una sola región ganglionar o de un solo lugar u órgano extralinfático.  |
| ESTADIO II  | Afectación de una o más regiones ganglionares situadas en el mismo lado del diafragma; o afectación localizada de un lugar u órgano extralinfático y de una o más regiones ganglionares en el mismo lado del diafragma. |
| ESTADIO III   | Afectación de las regiones ganglionares situadas a ambos lados del diafragma que pueden ir acompañados de afectación localizada de un lugar u órgano extralinfático o de afectación esplénica.                          |
| ESTADIO IV  | Afectación difusa o diseminada de uno o más órganos o tejidos extralinfáticos, con o sin agrandamiento ganglionar simultáneo.   |
| <b>Además los pacientes se clasifican en A o B según falten o existan respectivamente fiebre, pérdida de peso o ambos síntomas generales.</b> |   |



### 4.3.2 DIAGNÓSTICO

La enfermedad de Hodgkin debe sospecharse en todo paciente con adenopatías persistentes inexplicables. La enfermedad es más frecuente en niños mayores y adolescentes, cuando las adenopatías cervicales de carácter infeccioso son frecuentes. Si una historia y exploración física cuidadosa no descubre ningún signo de proceso inflamatorio subyacente que sea responsable del agrandamiento ganglionar y si las adenopatías son persistentes, está justificado realizar una biopsia. En un porcentaje considerable de los pacientes habrá un antecedente reciente de mononucleosis infecciosa comprobada serológicamente; por consiguiente, si los ganglios agrandados no retroceden pasada la mononucleosis infecciosa, también debe replantearse la biopsia. Antes de realizar la biopsia de un ganglio cervical, debe hacerse una radiografía de tórax por si existe afección mediastínica y para averiguar si las vías respiratorias son permeables. En general los recuentos sanguíneos no son útiles; las alteraciones características del recuento leucocitario son: leucocitosis, neutrofilia, linfopenia, y a veces eosinofilia y monocitosis. Los pacientes con enfermedad generalizada son los únicos que llegan a tener anemia y trombopenia. Los reactantes de fase aguda, como la velocidad de eritrosedimentación, la cupremia y la ferritina sérica pueden elevarse y ser marcadores útiles aunque inespecíficos de la actividad de la enfermedad.

Conocido el diagnóstico debe hacerse un estudio para averiguar la extensión de la enfermedad (<<estadiaje>>). La mayor parte de los pacientes tienen en un principio signos de de agrandamiento ganglionar por encima del diafragma, debe realizarse una radiografía y una tomografía de tórax. A veces la enfermedad se descubrirá en la última, cuando la primera parece normal. Además la TAC permite valorar la extensión de la afectación pericárdica y de la pared torácica, lo cual puede afectar al pronóstico. Las pruebas funcionales hepáticas no son indicadores fidedignos de la afectación hepática y el tamaño del bazo guarda poca correlación con el grado de afectación esplénica.

La linfangiografía suele ser válida para indicar la afectación ganglionar por debajo de la segunda vértebra lumbar, pero por encima de ese nivel los ganglios linfáticos no pueden rellenarse con la sustancia de contraste. Esta técnica se realiza solo en pocas ocasiones en los niños. La TAC o IRM del abdomen puede indicar agrandamiento ganglionar, pero no la naturaleza del proceso subyacente. Por consiguiente puede estar indicada la laparotomía exploradora para saber con certeza si la enfermedad se ha extendido o no por debajo del diafragma. En esta laparotomía de estadiaje se extirpa el bazo, se biopsia el hígado y se toman muestras de los ganglios linfáticos de todas las zonas accesibles. Además si se trata de una mujer y se considera necesario realizar radioterapia de la pelvis, deben desplazarse los ovarios situándolos en una zona que quede fuera del campo de irradiación, por ejemplo escondidos detrás del útero, en la línea media, pueden hacerse biopsias de la médula ósea para averiguar una posible afectación medular. En una tercera parte aproximadamente de los niños afectados, el estadio de la enfermedad asignado de acuerdo con las manifestaciones clínicas habrá de ser rectificado una vez conocidos los hallazgos anatómicos.

### 4.3.3 TRATAMIENTO

Tanto la radioterapia como la quimioterapia son eficaces para el tratamiento de esta enfermedad. Muchos pacientes tienen probabilidad de controlar o de curar la enfermedad a largo plazo, y el objetivo de las pautas terapéuticas es conseguir la curación con la menor morbilidad y toxicidad posible. En pacientes que ya han alcanzado su desarrollo completo y cuya enfermedad está localizada (estadio I o IIA) el tratamiento de elección puede ser la radioterapia sola sobre los campos habituales, con dosis de 3500 a 4000 rads. Sin embargo en un 50 por 100 de esos pacientes tendrán recidivas y requerirán una quimioterapia combinada. Las pautas quimioterápicas bien sea con mostaza nitrogenada, Vincristina (Oncovin) Procarbacin y Prednisona (MOPP) o con Doxorubicina (adriamicina), Bleomicina, Vinblastina y Dacarbacina (ABVD) pueden lograr largos períodos sin manifestaciones del proceso en los pacientes con enfermedad de Hodgkin avanzada. Un curso completo de tratamiento constaría de seis ciclos de cualquiera de estas dos pautas terapéuticas y se aplicarían en unos seis meses. Puede estar indicado un tratamiento posterior con dosis bajas de radiación (2000-2500 rads) sobre las zonas afectadas.

La dosis de radiación se define también de manera muy diversa y suele ser específica al protocolo. En general, se utilizan las dosis de 15 Gy a 25 Gy, con modificaciones según factores en relación con la edad del paciente, la presencia de enfermedad voluminosa o residual (al cabo de la quimioterapia) y tejido normal. En algunas situaciones, es pertinente un refuerzo de 5 Gy. La respuesta a la quimioterapia de combinación inicial determina también la dosis. En la mayoría de los ensayos realizados antes de 1995, los pacientes que lograban una respuesta completa a la quimioterapia inicial recibían LD-IFRT (15-25 Gy). En algunos estudios, los pacientes con respuestas parciales recibieron dosis más altas de radiación.

Un acelerador lineal con una energía de haz de 6 mV es conveniente habida cuenta de su penetración, borde bien definido y homogeneidad en un campo de tratamiento irregular. Técnicas excelentes de inmovilización son necesarias para los niños pequeños para garantizar la precisión y la multiplicación. El tratamiento de campos supradiafragmáticos afectados o un campo de manto requiere precisión a raíz de la distribución de los ganglios linfáticos y los tejidos normales adyacentes críticos. Estos campos pueden simularse al colocar los brazos sobre la cabeza o los brazos hacia abajo y las manos sobre las caderas. La primera posición aparta los ganglios linfáticos axilares de los pulmones, con lo cual es mayor la protección de los pulmones; no obstante, los ganglios linfáticos axilares luego se aproximan a las cabezas humerales, las cuales deberían estar bloqueadas en los niños en crecimiento. De este modo, la posición escogida requiere la ponderación de los factores sobre los ganglios linfáticos, los pulmones y las cabezas humerales. Debe intentarse excluir o colocar el tejido mamario bajo el bloqueo del pulmón o la axila. Cuando se toma la decisión de incluir algunos o todos los órganos (como el hígado, el riñón o el corazón) en el campo de

radiación, entonces las limitaciones con respecto al tejido normal son críticas según la quimioterapia utilizada y la edad del paciente.

#### 4.3.4 PRONÓSTICO

El principal factor pronóstico es la etapa, lógicamente a mayor etapa, peor pronóstico, junto con la presencia o ausencia de síntomas (A o B). La histología también guarda un factor pronóstico, pero este no es independiente de la etapa; originalmente se marcaban como de peor pronóstico las variedades de depleción linfocítica y celularidad mixta y como de mejor pronóstico la de predominio linfocítico, pero es prácticamente imposible encontrar un paciente en etapa III o IV (A o B) en predominio linfocítico y de forma similar una depleción linfocítica en etapa I o II.<sup>15</sup>

Más del 90 por 100 de los pacientes con enfermedad de Hodgkin consiguen una primera remisión clínica completa. La posibilidad de una remisión prolongada o de la curación depende principalmente del estadio en el momento del diagnóstico. La mayor parte de los pacientes con la enfermedad en los estadios I y II se curarán, igual que el 75 por 100 aproximadamente de los que están en el estadio III si se tratan con quimioterapia más radioterapia y al menos un 50 por 100 de los que se encuentran en estadio IV si se tratan con quimioterapia intensiva.

La mayor supervivencia de los pacientes ha originado más preocupaciones acerca de las complicaciones del tratamiento. Las complicaciones de la irradiación dependen del lugar irradiado. La irradiación de las zonas ganglionares superiores del cuerpo puede ocasionar restricción de la capacidad pulmonar, afectación cardíaca o hipotiroidismo tardío. En los niños pequeños puede afectarse el crecimiento de la columna vertebral, de las clavículas y del primordio de las mamas. Dada su posible repercusión sobre el crecimiento, rara vez se administran a los niños las dosis estándar de irradiación. En la mujer la irradiación de los ovarios puede provocar esterilidad o menopausia anticipada, o ambas cosas. Con la quimioterapia también puede haber efectos tóxicos tardíos sobre el pulmón (Bleomicina) y el corazón (Doxorrubicina). El MOPP puede producir esterilidad en el varón.

Un 1-2 % de los pacientes que han sido esplenectomizados para averiguar la extensión de la enfermedad pueden desarrollar sepsis arrolladoras por *S. pneumoniae* o *H. influenzae*. A estos pacientes hay que administrarles vacuna antineumocócica en el momento de la laparotomía y a largo plazo, debe recibir Penicilina profiláctica. Después de la laparotomía pueden producirse adherencias abdominales, sobre todo en los pacientes que han recibido radioterapia abdominal. La incidencia de aparición de una segunda neoplasia (lo más frecuente

---

<sup>15</sup> Ibidem. Rivera, Pág. 147

una leucemia aguda en pacientes tratados con quimioterapia es de 0.5% /año después del tratamiento).

## 4.4 TEORÍA DE ENFERMERÍA.

### 4.4.1 VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C.

Durante la primera guerra mundial Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York<sup>16</sup>. En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde entró en el Teacher's College de la Universidad de Columbia, donde consecutivamente obtuvo los grados de Bachelor of Science y Master of Arts, con especialización en docencia en Enfermería. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. En 1930 volvió al Teacher's College como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico en Enfermería y Práctica Clínica hasta 1948. Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia con el profesorado del Teacher's College revisó la cuarta edición del *Textbook of the principles and practice of Nursing*, de Bertha Harper, después de la muerte de esta. Esta edición fue publicada en 1939. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de enfermería de Henderson. Henderson ha estado asociada a la Universidad de Yale desde principios de los años 1950, y ha hecho mucho para promover la investigación en Enfermería a través de esta asociación.<sup>17</sup> De 1959 a 1971, dirigió el proyecto Nursing Studies Index, se elaboró en forma de un índice comentado de cuatro volúmenes de textos biográficos, analíticos e históricos de la Enfermería de 1900 a 1959. Al mismo tiempo, Henderson fue la autora de otros trabajos importantes. Su folleto *Basics Principles of Nursing Care* fue publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1960 y traducido a más de veinte idiomas. La colaboración de Henderson con Leo Simmons durante cinco años produjo un informe nacional sobre investigación en Enfermería que fue publicado en 1964. Su libro *The Nature of Nursing* se publicó en 1966 y describía su concepto de Función original y primordial de la Enfermería. La sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing*, publicada en 1978 tuvo como coautoras a Henderson y a Gladis Nite, y fue editada por Henderson. Este libro de texto ha sido utilizado ampliamente en los planes de estudio de diversas escuelas de Enfermería.

En la década de 1980, Henderson permanece activa como Emérita Asociada de la Investigación en Yale. Los logros y la influencia de Henderson en la Profesión

---

<sup>16</sup> Marriner, Tomey. "Modelos y Teorías de Enfermería". Harcourt. 14ª edic. España, 1999. Pág. 99.

<sup>17</sup> Ibidem, Pág. 100

de Enfermería le han puesto más de siete doctorados honorarios y el primer Christiane Reimann Award<sup>18</sup>.

Henderson falleció de muerte natural en Marzo de 1996 a la edad de 98 años.<sup>19</sup>

#### 4.4.2 MARCO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

El marco conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso de los cuidados a partir del modelo resulta esencial para la enfermera que quiere realizar la individualización de los cuidados, sea la situación que se presente con el paciente. Sin embargo para llegar a planificar los cuidados a partir del concepto de cuidados de enfermería de Virginia Henderson, hay que profundizar en los conceptos claves de esta filosofía. La definición del rol fundamental de la enfermera elaborado por esta autora permite precisar los principales conceptos del modelo, dado que esta definición refleja de forma precisa y completa el pensamiento de esta enfermera.

##### *Enfermera*

El rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría el solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados, y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo más rápidamente posible.<sup>20</sup>

Se encuentra esta definición en la obra de Virginia Henderson, conceptos clave que permiten identificar los postulados, los valores y los elementos mayores del modelo.

##### Salud.

Henderson no expresa su propia definición de salud. Pero en sus escritos equipara salud con independencia. En la sexta edición de *Textbook of principles and Practice of Nursing*, cita varias definiciones de salud de distintas Fuentes, incluida la de la Organización Mundial de la Salud. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería. Dice que es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

---

<sup>18</sup> Ibidem, Pág. 100

<sup>19</sup> <http://scielo.isciii.es/pdf>

<sup>20</sup> RIOPELLE, Lise. “Cuidados de Enfermería”. Interamericana. Madrid, España 1997. Pág. 2

## Entorno

Una vez más Henderson no da su propia definición de ambiente. Hace uso del Webster's New Collegiate Dictionary (1961) que define el entorno como "el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan la vida y el desarrollo de un organismo".

## Persona

Henderson considera a la persona como un individuo que requiere asistencia para alcanzar la salud y la independencia, o la muerte pacífica. La mente y el cuerpo son inseparables. La persona y su familia son consideradas como una unidad.<sup>21</sup>

### 4.4.2.1 SUPUESTOS PRINCIPALES

#### Enfermería

La enfermera tiene una función principal primordial de ayuda a individuos sanos o enfermos.

La enfermera ejerce como un miembro de un equipo médico.

La enfermera actúa independientemente del médico pero promueve su plan, si hay un médico de servicio. Henderson hizo hincapié en que la enfermera puede funcionar independientemente y debe hacerlo si el miembro del equipo mejor preparado para la situación se encuentra ausente. La enfermera puede y debe diagnosticar y debe tratar si así se requiere.

La enfermera posee conocimientos de los campos de las ciencias sociales y biológicas.

La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes de los cuidados de enfermería abarcan todas las posibles funciones de la Enfermería.

#### Persona (paciente)

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

La persona requiere ayuda para procurar su independencia.

La persona y su familia conforman una unidad.

Los 14 componentes de la enfermería abarcan las necesidades de la persona.

#### Salud

La salud es una cualidad de la vida

La salud es básica para el funcionamiento del ser humano

La salud requiere independencia e interdependencia

El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad

Los individuos obtendrán o mantendrán la salud si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

---

<sup>21</sup> Ibidem, Pág. 4

## Entorno

Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben recibir formación sobre medidas de seguridad.

### 4.4.2.2 POSTULADOS

En los postulados que sostienen la filosofía, descubrimos el punto de vista de la persona que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales, y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.<sup>22</sup>

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicitados de la siguiente manera:

- Necesidad fundamental. Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.
- Independencia. Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que los otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo según las normas y criterios de salud establecidos.
- Dependencia. No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o una falta de suplencia.
- Problema de dependencia. Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.
- Manifestación. Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

### 4.4.2.3 VALORES

- Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson y están precisados en su definición mencionada anteriormente. Este rol fundamental se efectúa en el ejercicio de la profesión de enfermería. Además del rol propio de la enfermera, se añade su participación en el plan médico, aspecto dependiente del ejercicio de la

---

<sup>22</sup> Ibidem, Pág. 3



profesión. Virginia Henderson dice que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

#### 4.4.2.4 ELEMENTOS MAYORES

Inspirándose en la obra de Virginia Henderson, los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

**Objetivo.** Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

**Persona.** Ser humano que forma todo un complemento, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial.

1. Respirar
2. Beber y comer
3. Eliminar
4. Moverse y mantener una buena postura
5. Dormir y descansar
6. Vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
8. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos
9. Evitar los peligros
10. Comunicarse con sus semejantes
11. Actuar según sus creencias y valores
12. Ocuparse para realizarse
13. Recrearse
14. Aprender, descubrir, o satisfacer la curiosidad que conduce al normal desarrollo y salud, al uso de los recursos de salud disponibles.

**RESPIRAR:** Es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

**BEBER Y COMER:** Es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

**ELIMINACIÓN:** Eliminar es la necesidad que tienen el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.

**MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:** Es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las

diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

**DORMIR Y DESCANSAR:** Es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

**VESTIRSE Y DESVESTIRSE:** Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger el cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimientos. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología, a un status social. La ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.

**MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES:** Es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante (la oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1°C y 38°C) para mantenerse en buen estado.

**ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS:** Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

**EVITAR LOS PELIGROS:** Es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

**NECESIDAD DE COMUNICAR:** Es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

**ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:**

Es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y de la persecución de una ideología.

**OCUPARSE PARA REALIZARSE:** Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo: este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.

**RECREARSE:** Recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

**APRENDER:** Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> RIOPELLE, Lise. "Cuidados de enfermería" Interamericana, Madrid, España.1997. Pág. 7-68

Estas catorce necesidades, comunes a todas las personas, presentan diferencias individuales que pueden llegar a ser considerables. El individuo se considera como un “todo complejo”, que es distinto a la suma de las partes que lo componen y mucho más que ésta. Cuando se produce alguna circunstancia (fuente de dificultad) que impide la normal satisfacción de una o más necesidades, aparece un estado de dependencia que justifica la acción de la enfermera.<sup>24</sup>

La persona debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera. Es un rol de suplencia, suplir, para Virginia Henderson, significa hacer por él aquello que el mismo podría hacer si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos. Las intervenciones de la enfermera apuntan hacia la independencia de la persona en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

#### 4.4.2.5 FUENTES DE DIFICULTAD

Identifica tres fuentes de dificultad: una falta de fuerza, una falta de voluntad y una falta de conocimientos. Sin embargo, en la práctica resulta difícil buscar las causas de dependencia debidas a la falta de voluntad. Además el aspecto sociológico no aparece; es por ello que a pesar de respetar la idea de la autora se ha añadido una cuarta fuente de dificultad.

La fuente de dificultad es la causa de la dependencia del individuo, es decir, cualquier impedimento mayor para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales. Puede ser concebida de cuatro maneras.

1. Factor de orden físico

Atentado a la integridad física debido a:

- Insuficiencia intrínseca del organismo.
- Insuficiencia extrínseca del organismo.
- Desequilibrio del organismo.
- Sobrecarga del organismo.

2. Factor de orden psicológico Atentado en la integridad del yo.

3. Factor de orden sociológico Atentado en la integridad social (relación con el medio y el entorno).

4. Falta de conocimiento Insuficiente conocimiento de uno mismo. De los demás y del medio.

### ***Intervenciones***

El centro de la intervención y las formas de suplencia están en relación con el objetivo deseado, es decir, la independencia de la persona en la satisfacción

---

<sup>24</sup> FERNÁNDEZ, Ferrín Carmen. “Enfermería Fundamental” Masson, Barcelona España, 2000, Pág. 174.

de sus catorce necesidades. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces interviene a nivel de las fuentes de dificultad, según la situación vivida por la persona. Así las acciones de la enfermera consisten en complementar o reemplazar las acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades. Las formas de suplencia son indicadores de intervención frente a las fuentes de dificultad identificadas; es por ello que la utilización de verbos de acción permite determinar las intervenciones apropiadas.

### ***Consecuencias deseadas***

Utilizando el marco conceptual de Virginia Henderson, es evidente que la enfermera apunta, como consecuencias deseadas, el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia de la persona en la satisfacción de sus catorce necesidades.

#### **4.4.2.6 RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE**

El proceso de cuidados a partir de un modelo conceptual no puede efectuarse sin un enfoque de relación ayuda con la persona. Resulta esencial para la enfermera, además de la recogida de datos, de la planificación de los cuidados y de la aplicación de las intervenciones, establecer una relación significativa con la persona. El personal de enfermería debe actuar con respeto, empatía, autenticidad y consideración positiva. La comunicación en este tipo de relación es importante.

La instauración de una relación de ayuda se apoya en un conjunto bastante complejo de principios y actitudes, con las que las enfermeras deben familiarizarse. Sin embargo existe una condición fundamental y esencial, sin la cual toda relación de ayuda se convierte en un ejercicio puramente teórico: es la resolución firme y profunda de la enfermera de prestar ayuda al individuo.

La conceptualización de este tipo de asistencia debe ser meditada, ya que influye de forma importante en el tipo de relación que la enfermera podrá establecer. Se basa en su propia filosofía, es decir en la forma que tiene de ver a la persona, y más particularmente al objeto de su cuidado. Si la filosofía la lleva a percibir al ser humano como un ser único y poseedor de todo aquello que precisa para que, una vez más sereno (a través de una ayuda apropiada), pueda resolver su problema por sí mismo, su relación con la persona es una relación de respeto y libertad. En este caso alcanza un alto grado de no conductismo y se inscribe en la corriente existencialista desarrollada por Rogers.<sup>25</sup>

Si la filosofía personal de la enfermera la lleva más bien a considerar a la persona como un ser parecido a los demás y que debe recurrir a alguien que posea un saber particular para que este dirija sus esfuerzos para la búsqueda de una solución, su relación con el paciente será más conductista. Sin juzgar peyorativamente esta última manera de verlo, nos lleva sin embargo a demostrar

---

<sup>25</sup> RIOPELLE, Lise. "Cuidados de Enfermería". Madrid, España. 1997. Pág. 293.

la importancia para la ayudante, de conocerse bien y de identificar correctamente sus percepciones personales concernientes al paciente.<sup>26</sup>

#### 4.4.2.6.1 NATURALEZA DE LA RELACIÓN DE AYUDA

Tal y como se desarrolló en su origen, la relación de ayuda va dirigida a alcanzar la plenitud o la serenidad de la persona, y sus principios se fundamentan en la confianza en el hombre y en la posibilidad de encontrar por el mismo los recursos necesarios para la solución de sus problemas. Por lo tanto no esta dirigida, puesto que su función es solamente crear un clima, aportar informaciones, ofrecer las condiciones necesarias para la evolución del enfermo y la solución de los problemas a los cuales se enfrenta.

Para establecer dicho clima de confianza, de aceptación, de respeto y de comprensión, esta relación suscita en el paciente la capacidad de cuidar de sí mismo. La ayudante en este caso, no tiene más que un papel secundario, una colaboradora. A continuación, esta le ayuda a dilucidar el problema, de esta manera permite al ayudado descubrir distintas soluciones, entre las cuales él mismo escogerá la que más le convenga. Frente a un problema, únicamente él enfermo una vez bien informado, sabe que actitud o que solución es la mejor para él.

El papel del ayudante es únicamente el de aclarar, dar apoyo y proporcionar suficiente calor humano y comprensión para que el ayudado se sienta lo suficientemente fuerte para enfrentarse a la situación. Este papel e diferencia, de de un experto que aconseja, e incluso del de un profesor que de manera autoritaria indica el camino a seguir.

Otra característica de la relación de ayuda es el hecho de que el que interviene se centra en el propio paciente. El interés de la enfermera se centra de esta manera en la persona ayudada y sobre la forma en que ésta vive la dificultad, que es el origen de la relación terapéutica. El núcleo de la intervención, es pues, el propio paciente, y no su problema, lo que evita a la ayudante la fuerte tentación de aportar soluciones inmediatas.<sup>27</sup>

Este modo de centrarse en el paciente le permite también hacer abstracción de su propia subjetividad, de sus sentimientos personales e igualmente de su forma de ver el problema antes de que el paciente le haya explicado quién es, cuáles son sus dificultades y sobre todo, la forma como él reacciona frente a este hecho.

#### 4.4.2.6.2 TIPOS DE RELACIÓN DE AYUDA

En los cuidados de enfermería básicamente se habla de dos tipos de ayuda: la relación de ayuda informal y la relación de ayuda de tipo formal.

---

<sup>26</sup> Ibidem, Pág. 293

<sup>27</sup> Ibidem, Pág. 294

- a. La relación de ayuda de carácter informal es aquella que se establece simplemente según las necesidades del momento; nace de forma espontánea y sus objetivos se amoldan a la situación. La ayudante puede ir más lejos en esta relación siempre que posea la habilidad, el deseo y la disponibilidad para hacerlo. Pero la relación de ayuda de tipo informal está generalmente limitada por circunstancias de situación y de tiempo.<sup>28</sup>
- b. La relación de ayuda de tipo formal. Además de este tipo de relación de ayuda de carácter espontáneo que la enfermera establece con su paciente, a medida que las necesidades se van presentando, existe otro tipo de relación de ayuda más formal. Es aquella que la enfermera puede instaurar e el transcurso de las secuencias planificada con anterioridad, dichas de conversación cara a cara, y que a partir de ese momento quedan incluidas en el plan de cuidados.<sup>29</sup>

#### **4.5 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

La filosofía constituye una ciencia en sí misma, “una ciencia de los seres en relación a sus causas últimas. El valor de la ciencia de la filosofía radica en auxiliar al individuo a ordenar sus actividades de acuerdo con el conocimiento de la esencia de su identidad y su naturaleza. En este sentido, las enfermeras utilizan una base filosófica como una aproximación al ser humano y del universo en el que algunas personas, los pacientes pueden requerir la asistencia, que puede ser el profesional de enfermería”.

Por otro lado una teoría puede definirse como una serie de afirmaciones relacionadas sistemáticamente que describen, explican y predicen partes tanto del real como del empírico. Esta serie de afirmaciones puede incluir algunas generalizaciones con estructura de leyes susceptibles de ser comprobadas en la realidad, uno de los aspectos importantes de la asistencia sanitaria es el empleo de conocimientos procedentes de diversas disciplinas para realizar las actividades dirigidas al cuidado del paciente.

La definición el proceso de Enfermería, depende del esquema mental que se adopte y la orientación personal del profesional de enfermería o persona que lo defina, de acuerdo con su formación y experiencia.

El Proceso de Enfermería es el método Enfermero de intervención que permite tras el análisis de un caso concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado del paciente. Se trata de un procedimiento metódico de intervención práctica, lo que conlleva a la aplicación de los cuidados de enfermería<sup>30</sup>. Para la correcta aplicación de estos cuidados se requiere de un marco conceptual que los sustente, en torno a lo cual se fundamentará el análisis que se haga de toda la situación que rodea a la intervención enfermera, de ahí que del Modelo, Filosofía o Teoría que se tenga como marco conceptual se desprenderá la valoración del paciente que se realice.

---

<sup>28</sup> Ibidem, Pág. 295

<sup>29</sup> Ibidem, Pág. 296

<sup>30</sup> CONESA, Hernández, Juana. “Teoría y Método. Interamericana, España, 1999. pág.127.

Por lo tanto de modelo utilizado dependerán los componentes específicos del Proceso en su aplicación.

En enfermería, Florence Nightingale demostró que la intervención sistemática de las enfermeras en el proceso salud-enfermedad disminuía los índices de mortalidad y procuraba niveles más altos de bienestar en los enfermos. Tras ella fue desapareciendo aquella “enfermería intuitiva” (Domínguez Alcón, 1986), no aprendida de forma reglada. Se inició así una nueva etapa de profesionalización, en la que progresivamente se fueron abandonando sistemas de atención, ciegos, mecánicos o por ensayo-error, para incorporar métodos más refinados que tratan de buscar las soluciones de forma eficaz a los problemas inherentes a la práctica de enfermería. En la actualidad, el método que goza de consenso entre el conjunto de enfermeras y enfermeros es el Proceso de Enfermería.

Con el uso del proceso de enfermería, se incorpora una nueva dimensión a la actividad de cuidar: la Científica. Marriner (1983) afirma que el “Proceso de Enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería”.

Hasta llegar a su conceptualización en el momento presente, este enfoque ha atravesado varias fases, por lo que existen diferentes tipos de resolución de problemas que, perfectamente podrían corresponder con la evolución del pensamiento y la búsqueda del conocimiento a través de la ciencia en general y, particularmente del desarrollo de las disciplinas científicas.<sup>31</sup>

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad (Iyer, 1987).

Además de mantener el bienestar óptimo del paciente (Yura 1982) “progresar hacia la integración plena del individuo” (Marriner 1983) “administrar cuidados de enfermería de forma organizada (Alfaro 1988). Todas ellas mantienen como constantes la conservación y el progreso de salud de la persona, mediante acciones organizadas. Es decir, conseguir la calidad de los cuidados y la calidad de vida.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> FERNÁNDEZ, Ferrín Carmen. “Enfermería Fundamental” Masson, Barcelona, España, 2000, Pág. 198.

<sup>32</sup> Ibidem, Pág. 199

#### 4.5.1 ORGANIZACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Para facilitar la realización de la intervención de Enfermería el proceso se divide en los siguientes componentes o fases:

4.5.1.1 VALORACIÓN. Puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un juicio de los problemas detectados en el paciente. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente. Esta fase debe ofrecer una base sólida de manera que favorezca la prestación de una atención individualizada de calidad. Las fuentes pueden ser primarias o secundarias identificando al propio paciente como una fuente primaria de la que se obtienen datos subjetivos que son los síntomas que el propio paciente refiere en la entrevista, pero a través de la observación y la exploración física se obtienen los datos objetivos. Las fuentes secundarias serán todas aquellas personas o documentos a los que se pueda tener acceso y que tengan una vinculación con el paciente. Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas morales o potenciales del paciente que exigen una intervención enfermera. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar; por tanto es vital establecer un sistema o marco conceptual para determinar que datos deben reunirse en primer lugar, marco que a su vez dependerá del Modelo teórico de Enfermería que se utilice para valorar al paciente.

4.5.1.2 DIAGNÓSTICO. Se considera este paso como la fase final de la valoración, ya que consiste en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y se han analizado, el diagnóstico permitirá, mediante un término concreto, entender la situación del paciente, en la que se identificarán los aspectos positivos derivados de la capacidad y los recursos de aquel como los negativos, asociados a sus perturbaciones y limitaciones. El diagnosticar debe entenderse como una función establecida e independiente propia del profesional de enfermería. se requiere una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios inteligentes. La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de alto riesgo y de bienestar los cuales se definen del modo siguiente:

- **Diagnostico de Enfermería real**, es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida como la desesperanza, conflicto de rol parental, fatiga.
- **Diagnóstico de enfermería de alto riesgo**, es un juicio clínico acerca de mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia, o una comunidad para desarrollar un problema y de otros que se encuentran en una situación igual o similar. los diagnósticos de alto riesgo incluyen factores de riesgo \_ conductas, enfermedades o



circunstancias – que guían las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema.

- **Diagnóstico de enfermería de bienestar**, es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado: conductas generadoras de salud, lactancia materna eficaz, o afrontamiento familiar: potencial de desarrollo.

#### Formato de diagnóstico de enfermería

Existen tres componentes esenciales de los planteamientos diagnósticos de la enfermería, se denominarán como el **formato PES** (Gordon). Las enfermeras necesitan considerar estos componentes cuando desarrollen nuevas categorías diagnósticas y cuando escriban diagnósticos para pacientes específicos. Los componentes son:

1. Los términos que describen el problema (P). este componente se refiere al título o a la etiqueta de categoría diagnóstica, es una descripción del problema de salud (actual o potencial) del paciente (Individuo, familia, comunidad), por lo que se le da la terapia de enfermería. Se describe el estado del paciente claro y concisamente en pocas palabras. Para ser clínicamente útil las etiquetas de las categorías necesitan ser específicas.
2. La etiología del problema (E) o los factores contribuyentes. Este componente identifica una o más de las causas probables del problema de salud y da una dirección a la terapia de enfermería requerida. La etiología puede incluir las conductas del paciente, los factores del entorno mental, o las interacciones de los dos. Por ejemplo las causas probables de la alteración en el mantenimiento de la salud incluyen el deterioro perceptual o consciente, falta de capacidad motora gruesa o fina, falta de recursos materiales, y una capacidad de lucha individual ineficaz. Es esencial la diferenciación entre las posibles causas del diagnóstico de enfermería porque cada una puede requerir diferentes terapias de enfermería.
3. Las características definidas o los grupos de signos y síntomas (S): las características definidas aportan la información necesaria para llegar a la etiqueta de la categoría diagnóstica (componente1), cada categoría de enfermería diagnóstica esta asociada a signos y síntomas que ocurren como una entidad clínica. Los signos y síntomas principales son aquellos que tienen que estar presentes para hacer un diagnóstico válido. Las características menores pueden o no estar presentes. Las categorías diagnósticas de enfermería son similares a las categorías de diagnóstico médico.<sup>33</sup>

4.5.1.3 LA PLANEACIÓN consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar o reducir las respuestas de la persona enferma, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y

---

<sup>33</sup> KOZIER. “Enfermería Fundamental”. Interamericana. 4ª edición, México, D.F. 1994. Pág.214.

concluye con la documentación real del plan de cuidados. La planeación consta de cuatro etapas:

- Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados de acuerdo al modelo teórico y las características propias del paciente.
- Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo, sabiendo que estos dependerán del tiempo que se haya programado para su consecución, por lo general los objetivos a mediano y largo plazo se referirán a la prevención de complicaciones, a la rehabilitación y a la educación sanitaria.
- Desarrollo de intervenciones de enfermería, quizá este sea uno de los puntos más cruciales de todo el proceso, ya que con la aplicación de las acciones que se describan en este momento se confirmara la validez y eficacia del mismo.
- Redacción de las prescripciones de enfermería. Las prescripciones de enfermería son las acciones específicas que la enfermera debe realizar para ayudar al paciente a alcanzar los objetivos establecidos en el cuidado de su salud. El grado de especificación de la prescripción depende de los conocimientos de la persona que va a ejecutarla. Se recomienda ser exactos al escribirlas. Las prescripciones de enfermería deben incluir cinco componentes:
  - a. Fecha. La fecha en que se escriben y se revisan, revisión que debe ser regular a intervalos que dependen de las necesidades del paciente. Si un paciente se encuentra grave, en la unidad de cuidados intensivos, el plan tendrá que ser revisado de manera constante.
  - b. Verbo. Encabeza la prescripción y es necesario que sea preciso.
  - c. Contenido y área. Contienen el donde y que de la prescripción.
  - d. Tiempo. Consta cuando, durante, cuanto y cada cuánto.
  - e. Firma. La firma de la enfermera que prescribe la indicación, muestra responsabilidad y tiene un significado legal.

4.5.1.4 EJECUCIÓN. Esta etapa se inicia una vez que se ha finalizado la de planificación; no obstante, hay ocasiones especiales en que se procede a actuar de forma inmediata (cuando se detecta algún problema que requiere atención urgente. Significa actuar, poner en práctica el plan, teniendo en cuenta que las acciones han de ser, sobre todo, éticas y seguras. Ello implica que las realicen las personas más cualificadas y que el entorno sea terapéutico. No obstante como la ejecución no es una etapa aislada, sino que se encuentra inmersa en el Proceso de Enfermería y se relaciona con el resto de las etapas requiere cierta secuencia:

Preparación de la ejecución

Anterior a la acción se tienen en cuenta dos elementos importantes:

1. Revisión de las ordenes del plan
2. Análisis de los recursos humanos y materiales

## 1. Revisión de las órdenes del plan

Al preparar la ejecución, la enfermera debe revisar el plan y asegurarse que lo planificado es oportuno, especialmente lo que a las ordenes de enfermería se refiere, estas actividades pueden insertarse en diferentes esferas o niveles de decisión: la independiente, la interdependiente y la dependiente.

Una acción independiente es aquella que la enfermera está capacitada legal y educativamente para realizar. Según Mundinger (1980), “saber por qué, cuándo y cómo tratar al cliente, desarrollando todas las capacidades, constituye una práctica autónoma”. La responsabilidad de estas acciones es única y exclusivamente de la enfermera, por lo que debe revisar su adecuación a la situación de las personas.

Las acciones interdependientes son aquellas que se derivan de la decisión conjunta de diversos profesionales. Se emprenden cuando se detecta o prevé un problema clínico. La Asociación de Enfermeras Americanas (ANA, 1980) describe la colaboración como una “interrelación verdadera, donde el poder de ambas partes se valora por igual, donde se reconoce y acepta la diferenciación de las áreas de actividades y responsabilidades, aunque sean complementarias, se salvaguardan los intereses legítimos de cada parte y los objetivos se reconocen por ambos”. El respeto por la cualificación y competencia profesional, que se desprende de esta declaración es una condición necesaria cuando se considera como el eje de toda atención de salud a los pacientes, sustituyendo el diálogo y la comunicación a los posibles conflictos de intereses. No obstante, para que la colaboración sea efectiva, las enfermeras deben tener seguridad en sus conocimientos y habilidades y asumir la responsabilidad de sus actos.

En cuanto a las órdenes dependientes, las que se realizan por prescripción, generalmente de los médicos, la responsabilidad de las enfermeras se circunscribe a una correcta ejecución, tomando todas las precauciones necesarias antes, durante y después del procedimiento. Es conveniente antes de realizarla, cerciorarse de que la orden se encuentre completa y que no entrañe riesgos para el paciente.<sup>34</sup>

### 4.5.1.4.1 ANÁLISIS DE LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Después de revisar las órdenes del plan de cuidados, la enfermera deberá determinar el grado de dificultad de las acciones que incorpora, en cuanto a conocimientos y habilidades técnicas que requiere su realización.

Este análisis tiene interés porque, aunque la enfermera es responsable de la planificación en lo que se refiere especialmente a las órdenes de enfermería, generalmente no es ella la que las realiza en su totalidad. Tiene como apoyo, bien a otras enfermeras, o auxiliares de enfermería. Es decir, el equipo de enfermería puede estar integrado por personas con diferentes cualificaciones, y la enfermera responsable del Plan debe determinar quien es la persona más cualificada para realizar las actividades necesarias en función de su complejidad. No obstante en

---

<sup>34</sup> Ibidem, Pág. 257

la delegación de actividades inherentes a la puesta en práctica de un plan es importante conocer las normas estatutarias vigentes en una institución, pues de lo contrario se podrían generar conflictos funcionales entre el personal.

Además hay que tener en cuenta los recursos materiales en lo que se refiere a tiempo necesario y equipos. Prever el tiempo que requiere una intervención es útil para la organización del trabajo y para garantizar que todos los pacientes puedan recibir una atención de calidad y puedan ser escuchados.

En cuanto a los recursos es necesario tener en cuenta:

1. Preparación del paciente, ambiente y material que se requiere (consulta del protocolo)
2. Las posibles complicaciones durante el procedimiento y los materiales a utilizar para minimizar los riesgos.

#### 4.5.1.4.2 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

La ejecución, incluye la valoración de la situación para validar las órdenes que incorpora la planificación y la determinación de los recursos necesarios para llevarla a efecto con seguridad. Todo ello implica que la preparación de las enfermeras se fundamente tanto en el campo cognitivo como interpersonal y técnico. En palabras de Henderson (1969) “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 enfermería, 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 otra persona a la que sirve y de la situación en que se encuentra”.

#### 4.5.1.4.3 SISTEMA DE REGISTRO DE LAS ACCIONES

Aunque la documentación se realiza en todas las fases anteriores del proceso (valoración, diagnóstico y planificación), adquiere un valor fundamental en la ejecución; quizás sea debido a un principio jurídico muy extendido y de aplicabilidad a nuestro contexto asistencial: “Lo no escrito no forma parte de la realidad”. Por esta razón, las actividades de las enfermeras deben registrarse en los formatos establecidos institucionalmente, porque es preciso disponer de un registro legal de los cuidados administrados a un paciente.<sup>35</sup>

Generalmente, los registros de enfermería proporcionan la única prueba documental de que se han llevado a cabo los tratamientos médicos y enfermeros. Las anotaciones incompletas o confusas dificultan la continuidad de los cuidados, porque es difícil averiguar los cambios significativos en el estado de salud y las causas a que se han debido (posibles tratamientos) sin una fuente documental precisa. La documentación necesaria en una institución varía en función del tipo de personas a las que atiende y sus necesidades de cuidados. Así las unidades de cuidados intensivos exigen anotaciones muy continuadas o en períodos muy cortos de tiempo (horas o incluso minutos).

---

<sup>35</sup> Ibidem, Pág. 259

Los registros cumplen además diferentes finalidades y las tipologías existentes se pueden agrupar en:

1. Registros diferenciados por disciplinas
2. Registros cuyo núcleo son los problemas del paciente
3. Alternativas combinadas

El proceso de Enfermería, como método de trabajo, requiere para su aplicación el uso de un sistema de registros específicos que incluye:

- a. Impresos de valoración integral. Se llevan a cabo en los primeros contactos del paciente. Su finalidad es tener una visión de conjunto de respuestas humanas a los procesos vitales.
- b. Formato de planificaciones se encuentra diseñado por apartados para:
  - Valoración focalizada: profundizar en aspectos concretos, referidos a datos significativos, que sugieran la existencia de un problema.
  - Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes: conjunto de problemas identificados por la enfermera.
  - Objetivos o criterios de resultado.
  - Actividades de la enfermera: independientes, interdependientes o dependientes
  - Evaluación del progreso del paciente

Tradicionalmente la historia del paciente contiene otros formatos de interés interdisciplinario:

1. Gráfica de constantes vitales
2. Gráfica de balance de líquidos
3. Pruebas diagnósticas
4. Valoración física

La ventaja de este sistema es que cada disciplina puede proponer los cambios que estime oportunos para mejorar la documentación. Las dificultades que conllevan estriban en que la información es fragmentada y se favorece la duplicación de la misma.<sup>36</sup>

#### 4.5.1.5 EVALUACIÓN

Una vez ejecutado el plan de cuidados, la etapa siguiente es la evaluación; es la etapa final de Procesos de Enfermería. Evaluar es comparar una situación con los resultados esperados; por consiguiente la evaluación es un juicio relativo a la forma en que los problemas se están resolviendo, basado en una situación presente. La evaluación ha de ser planificada y sistemática, al igual que todas las demás etapas del Proceso, lo que supone una actividad intelectual que requiere

---

<sup>36</sup> Ibidem, Pág. 261

orden para dar continuidad al ciclo dinámico en que se desarrolla la atención de enfermería.

Todas las etapas del Proceso carecerían de significado sin la evaluación. De nada serviría reunir datos sobre la situación de salud de una persona, identificar los problemas relativos a esta situación de salud, planificar y ejecutar las acciones si no se evalúa el impacto que producen en el paciente los cuidados y los cambios que se derivan de ellos, es decir, si no se conoce la evolución positiva o negativa de la persona a que se atiende; dicho conocimiento evolutivo posibilita que el plan se mejore, o que se introduzcan nuevas acciones o que se perfeccione más específicamente la atención, de forma más rápida y en sintonía con los progresos o retrocesos de la persona. Al evaluar las enfermeras dinamizan y actualizan el plan.

La etapa de evaluación es importante, porque además de conocer y medir el progreso de los pacientes basado en diferentes fuentes documentales, se pueden obtener resultados sobre la eficacia de los cuidados, en su conjunto, bien sea en una unidad o en una institución. Esto motiva que las profesionales acepten la responsabilidad de sus acciones, haciendo patente su interés y preocupación, tanto por las acciones individuales como de conjunto, para no repetir las ineficaces y/o modificarlas por otras. Por tanto, la evaluación es el instrumento que poseen las enfermeras para medir la calidad de los cuidados que realizan, y de esta forma determinar si los planes han sido eficaces, si necesitan introducir cambios o, por el contrario, se dan por finalizados.

#### 4.5.1.5.1 ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN EN EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Alberdi y cols. (1981) definen la evaluación como un “proceso de valoración y un sistema de control”. Como proceso de valoración se sitúa en un proceso de operación que constituye la base de un análisis de datos en constante movimiento; como sistema de control, sugiere la inclusión de un dispositivo que sirva para comprobar y hacer funcionar, a la vez, todo un sistema de acciones y respuestas como es el Proceso de Enfermería.

#### 4.5.1.5.2 EVALUACIÓN COMO PROCESO DE VALORACIÓN

Es en este nivel de operación cuando la enfermera, al final del Proceso de Enfermería, compara el estado de salud del paciente con los resultados definidos en el plan de atención. Esta actividad la debe realizar para determinar si el paciente ha logrado los resultados esperados, y por tanto si se han resuelto los problemas. Además la enfermera debe valorar si el plan de cuidados ha sido realista o si se encuentra actualizado. Para ello es necesario, realizar un proceso de valoración mediante el cual, de nuevo se recogen datos sobre el estado de salud de la persona; estos datos requieren ser comparados con los resultados esperados, lo que conduce a emitir un juicio sobre la situación, y en su caso, la revisión del plan a través de la retroalimentación.

#### 4.5.1.5.3 EVALUACIÓN COMO SISTEMA DE CONTROL: RETROALIMENTACIÓN

Es uno de los componentes en la evaluación. Aunque la evaluación es la quinta y última parte del Proceso de Enfermería, es necesario comprender que esta no se realiza exclusivamente al final del Proceso, sino que es utilizada siempre que la enfermera necesite valorar el estado de una situación del paciente, bien sea durante la obtención de información para analizar los datos recogidos y/o determinar si son necesarios o suficientes, o se precisa recoger más información. Durante la fase diagnóstica, la enfermera vuelve a identificar nuevos problemas o establecer otras situaciones causales. En la etapa de planificación, puede replantearse nuevos objetivos, o fijar nuevas prioridades. También puede determinar un plan en que las acciones sean mejor adaptadas al paciente, y finalmente, en la ejecución revisando las acciones realizadas, ajustándolas mejor a las respuestas del paciente. Es decir, que hay evaluación siempre que la enfermera revise, analice, compare o modifique aspectos o elementos establecidos o fijados durante las fases del Proceso. Esto permite que el Proceso pueda ser flexible, abierto, dinámico y autorregulable.

La retroalimentación es el mecanismo mediante el cual toda la información recibida como consecuencia de las actividades de enfermería, sobre la persona, pueda ser emitida de nuevo a la enfermera, para ser evaluada o regulada. La retroalimentación constituye el mecanismo de control del Proceso de Enfermería, que relaciona la situación real con la que se debería esperar, lo que posibilita la realización de ajustes, adaptaciones o modificaciones, el proceso de retroalimentación es un proceso inverso, o proceso de vuelta, a cada una de las etapas para saber que ha pasado a lo largo de todo el Proceso de Enfermería se realiza siempre que se quiera evaluar el plan de cuidados individual o grupal, para mejorar la calidad de atención o para evaluar el progreso del paciente, en cualquier caso se utiliza la retroalimentación de forma inversa.

#### 4.5.1.5.4 SECUENCIA PARA REALIZAR LA EVALUACIÓN DEL PROCESO

1. Recoger datos. La fuente más apropiada en este nivel es la historia de enfermería, ya que esta es el material más tangible para evaluar la atención, además de la respuesta insatisfactoria o satisfactoria del paciente sobre la atención de enfermería.
2. Comparar. La comparación se realiza en este nivel con criterios objetivos o estándares frente a la atención real.
3. Elaborar un juicio o una consideración. Con el fin de desarrollar planes dirigidos, bien a incentivar a los profesionales a continuar formándose, bien a modificar la organización de una sala o una unidad.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Ibidem, Pág. 271.

## 4.6 CONSIDERACIONES ETICAS

La ética para enfermeras (deontología o moral profesional) estudia cuales deben ser las relaciones profesionales entre las enfermeras y los pacientes, desde la perspectiva de enfermería. La enfermería no es solo un profesional que colabora estrechamente con el médico - alguien que realiza lo que se le encarga – sino que tiene también sus propias competencias de las que debe responder y a través de las cuales se realiza o no como una buena o mala profesional. Su acción obviamente debe estar coordinada – y aún en muchos casos al medico - pero no tanto que, como consecuencia de esa subordinación, se disuelva la responsabilidad que tiene respecto de sus propias acciones.

Su responsabilidad personal no es delegada por el médico, y en muchas circunstancias, sus actos no pueden cobijarse al amparo del que actuaba por delegación, por eso no es admisible la confusión o imprecisión de su comportamiento y mucho menos su ambigüedad respecto de la ética. La enfermera ha de continuar interrogándose, según una búsqueda rigurosa, acerca de cual debe ser su modo de comportarse en cada una de esas actuaciones<sup>38</sup>.

Por eso sin el conocimiento de estos principios éticos -o su aplicación errónea- a la enfermera le resultara imposible cumplir con su propia misión, por encontrarse con que no sabe a que atenerse y, en consecuencia, se vera inducida a actuar erróneamente o dejar de actuar; La parálisis en la toma de decisiones, muchas de las cuales son irrenunciables por caer en el ámbito de sus más estrictas competencias profesionales. La formación ética es la que incita a la enfermera a la búsqueda de su perfeccionamiento profesional, al seguimiento de la virtud, a ser virtuosa en el desempeño de tareas que son propias de su profesión y que tan comprometidas son, tanto para ella como para el paciente.

El objeto formal de la ética es la rectitud moral, es decir, la relación existente entre el acto que se realiza libremente y el último fin del hombre. El fin es aquello por lo que el agente se mueve a obrar. Pero como todo hombre desea su perfección, puede afirmarse que la idea de fin esta unida a la de bien, ya que este perfeccionamiento ultimo de la naturaleza humana es el bien del hombre. De aquí que en el bien de la persona reside, fundamentalmente la rectitud de su obrar. En efecto, el bien del hombre consiste en que su conducta se encamine a su correcta auto perfección como persona.<sup>39</sup>

Por otra parte la ética ha de estudiar y responder si la utilización de esta intervención de esta intervención clínica, por ejemplo, va en servicio del hombre o, por el contrario, utiliza y manipula al hombre contra su dignidad personal, poniéndolo al servicio de la ciencia. La ética debe señalar cuál es la instancia subordinante y cual la subordinada en las relaciones entre el hombre y la ciencia. La ética debe garantizar las relaciones entre la ciencia y la conciencia, además de

---

<sup>38</sup> PASTOR, García Luis Miguel. “Manual de Ética y Legislación en Enfermería”. Mosby. Madrid, España, 1997. Pág. 3.

<sup>39</sup> Ibidem, Pág. 2



dirimir que cosas deben hacerse (independientemente de que puedan ser hechas o no) y que cosas no deben hacerse (independientemente de que hoy sea mayor o menor la posibilidad tecnológica de hacerlas).<sup>40</sup>

Los aspectos éticos tienen que servir de contrapeso a los avances de las ciencias biológicas. Si se dejaran las últimas decisiones a solo la biología se incurriría en un biologicismo moralizante o en un moralismo biológico. De ningún modo la biología debe erigirse en la ciencia que debe decidir sobre aquello que en absoluto le compete. A la biología no le compete juzgar acerca de aquello que no puede probar con su método hipotético-deductivo. La biología no puede responder acerca de cual es el sentido de la vida o el sentido del dolor, o porque dentro del hombre brota ese sentimiento de anhelo de eternidad.

Ni la biología debe sustituir a la ética ni la ética a la biología, cada una de estas ciencias debe ser autónoma, aunque entre sí se encuentren vinculadas, de manera que actúe una sobre otra, ya que ambas recíprocamente se necesitan.

La práctica de la enfermería exige que la relación de ayuda caracterice los encuentros paciente-enfermera. Exige tener en cuenta la comunicación como un instrumento imprescindible para la toma de decisiones en los cuidados. Estos deben realizarse con rectitud ética, es decir, fomentando los derechos humanos en los enfermos necesitados de atención. La comunicación como instrumento ético no es una actividad aislada sino un proceso. Además es imprescindible para la toma de decisiones del personal de enfermería. Estas se centran en la persona del enfermo, por ello no puede separarse la relación de ayuda. La enfermera ha de hacer todo lo posible para que el enfermo en su contacto con los servicios de salud tenga una percepción comprensible, aceptable y significativa. Para ello es imprescindible que la relación en enfermería se encuentre movida por la ética. Esta se fundamenta en la concepción del ser humano como persona, buscando en los comportamientos profesionales aquellos que promuevan, fomenten y mantengan la dignidad inherente de los enfermos como personas.

La relación de ayuda es una actitud empática resultado del pensamiento y la voluntad del personal de enfermería dirigida hacia una persona (paciente) que precisa y demanda ser ayudado. La relación de ayuda terapéutica comprende también el compromiso terapéutico. Se puede decir que existe calidad en la relación empática del asistente al paciente cuando esta se caracteriza por la aceptación del otro tal como es. De esta forma se consigue con habilidad crear un ámbito existencial en la que el paciente pueda expresarse de forma segura y pueda encontrar si así lo desea, nuevas formas de comportamiento. Para conseguir esto se exige al profesional de enfermería una sensibilidad y capacidad para valorar de una forma objetiva las necesidades del ayudado y responder a ellas adecuadamente.

Toda relación de ayuda tiene una finalidad. Las personas que participan en la relación aportan elementos diferentes y buscan resultados en base a la necesidad del demandante de dar satisfacción a sus necesidades alteradas. Es una interacción total e integral iniciada por la voluntad de la enfermera que el cumplimiento de su responsabilidad como profesional ofrece ayuda a la persona que esta a su cuidado y la demanda. La enfermera a su vez aprende y es ayudada

---

<sup>40</sup> Ibidem, Pág. 5

ya que adquiere una mayor experiencia relacional y vive una situación que le permite autoanalizarse y aumentar su propio conocimiento.

Los objetivos básicos de la relación de ayuda son:

1. Ayudar al paciente a tomar conciencia o aumentarla respecto a sus problemas presentes, la forma en que entienda su situación actual como una experiencia vital.
2. Ayudar al paciente a hacer frente de forma realista a los problemas presentes y nuevos que puedan surgir, buscando diferentes posibilidades de solución.
3. Ayudar al paciente a que su comunicación sea clara y la demanda de ayuda se encuentre abierta si la necesita
4. Ayudar al paciente a que experimente de forma segura y protegida los nuevos comportamientos que le puedan ser útiles para solucionar sus problemas actuales.
5. Ayudar al paciente a encontrar un sentido a su estado de salud actual en relación con su estilo de vida.<sup>41</sup>

## Elementos de la relación de ayuda

Empatía: actitud que nos predispone a captar los sentimientos, emociones, deseos, intereses y necesidades de la otra persona, para vivir en cierto modo su experiencia, pero sin identificarnos con ella, sin confundir nuestros sentimientos y percepciones con los de la otra persona y sin experimentar necesariamente las mismas emociones, supone objetividad, honestidad y disposición para recibir el mensaje de la otra persona cuando esta lo comunica. La actitud empática solo es posible desde una posición vital básicamente ética y positiva que permita valorar a la persona como un ser con capacidades y recursos para conocer sus propios sentimientos y deseos, con potencia suficiente para permitirse buscar las soluciones adecuadas. Es básico un análisis continuo del comportamiento de ayuda para iniciar los cambios de conducta pertinentes sobre esta situación y así alcanzar una relación que sea empática y efectiva.

Respeto - cálido: La relación terapéutica debe caracterizarse por la aceptación activa y valoración positiva de la otra persona, (como persona que es con pleno derecho a sentir, pensar, actuar de la forma que crea más conveniente) sin que ello suponga necesariamente identificación con sus ideas, sentimientos y opciones. Supone un acercamiento y establecimiento de una relación libre de prejuicios y sin intención impositiva, que presupone una posición vital positiva por parte del que da la ayuda.<sup>42</sup>

## Consentimiento informado

Se entiende un proceso de diálogo, desarrollado en el marco de la relación personal de salud- paciente, según el cual una persona con capacidad de decisión

---

<sup>41</sup> Ibidem. Pág. 100

<sup>42</sup> Ibidem, Pág. 101

recibe una información comprensible y suficiente para sus necesidades, que le capacita para participar voluntaria y activamente en la toma de decisiones respecto a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a realizar o a los cuidados a recibir como consecuencia de su enfermedad o motivo de su consulta. Esta participación permite a la persona aceptar o rechazar determinados tratamientos o pruebas diagnósticas o escoger entre varias opciones, de acuerdo con sus intereses sin lesionar derechos de terceros.

El consentimiento informado es también un derecho del paciente que crea en el profesional de salud tres obligaciones legales previas:

1. Asegurar la capacidad de decisión del paciente
2. Asegurar la decisión voluntaria y libre
3. Informar al paciente

### Componentes del consentimiento informado

Los elementos que constituyen el consentimiento informado son la información facilitada por el profesional de salud, la actitud de este, la información y la respuesta del paciente.

Información: las características de la información que se facilita al paciente se pueden resumir en los puntos siguientes:

1. Descripción de la enfermedad y curso de la misma con y sin tratamiento
2. Descripción de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a realizar
3. Riesgos potenciales de los mismos aunque sean mínimos
4. Beneficios reales y potenciales de los procedimientos
5. Costos generados por los procedimientos
6. Información lo más completa posible y al mismo tiempo accesible al nivel cultural del paciente.

### Actitud del profesional de salud

Debe ser completamente neutral y no deberá influir al paciente para que se incline por ninguna alternativa, si bien el consejo que se proporcione debe realizarse de forma tal que se relacione con los intereses del paciente y esté exento de cualquier forma de manipulación.

### Actitudes e información del paciente

El paciente también está obligado a contribuir a la correcta realización del proceso de toma de decisiones en el marco del consentimiento informado de acuerdo con los siguientes principios:

1. Debe proporcionar completa información sobre todos los factores que pueden ser relevantes en su caso.
2. Debe usar todos los elementos de información disponibles en un proceso de razonamiento lógico para efectuar la elección
3. Debe ser emocionalmente estable y libre de toda presión psicológica que pueda afectar a su decisión (este aspecto debe ser verificado por el

profesional sanitario, por ejemplo mediante instrumentos de valoración del tipo de la escala de J. Drane).

4. Después de recibir el tratamiento o realizar el procedimiento diagnóstico, el paciente debe ser capaz de confirmar que la decisión fue tomada con la mejor intención y de acuerdo con el sistema de valores.<sup>43</sup>

En relación con el consentimiento informado. No se encuentra establecido el papel del profesional de enfermería en el mismo.

En el presente estudio de caso se tomaron en cuentas aspectos y consideraciones éticas que se ha valorado son determinantes en la relación enfermera-paciente y las cuales contribuyeron en el desarrollo y resultado del trabajo realizado.

#### 4.6.1 CONSIDERACIONES ETICAS QUE SE ESTABLECIERON CON EL PACIENTE

- Principio de Beneficencia y no Maleficencia.

A través de los cuidados proporcionados al paciente siempre se buscó promover el bien del niño y prevenir complicaciones e integrar la familia en cada una de las situaciones de bienestar y malestar.

- Justicia.

Satisfacción de las necesidades básicas que se encontraron alteradas en el paciente.

- Autonomía.

Se trató que el profesional de enfermería actuara siempre dando absoluta libertad e individualidad al niño y su familia en la toma de decisiones respecto a su cuidado.

- Veracidad.

Se habló y actuó siempre con la familia bajo este principio para adquirir la confianza del niño y su familia.

- Confiabilidad

El niño y su familia depositaron su apoyo y confianza plena en el profesional de enfermería posterior a la actitud y aptitud demostradas.

---

<sup>43</sup> Ibidem, Pág.106

- Consentimiento Informado

Se le informo al familiar más directo que acompañaba al paciente, que en este caso era la mamá acerca de la existencia de este documento, se le dio a conocer, se le permitió revisarlo, analizarlo y decidir si estaba conforme con la cooperación que de ella y su hijo se esperaba. De esta manera se obtiene el consentimiento de la familia para que el profesional de Enfermería participe de manera directa en el cuidado del niño. Al obtener este documento se le da la importancia de la toma de decisiones al paciente y /o familiares haciéndoles parte importante del logro de los objetivos del paciente. Además el trabajo realizado adquiere características de seriedad, integridad y formalidad.

## V. ESQUEMA METODOLÓGICO

La metodología utilizada para la realización del presente estudio de caso es a través de la utilización del Proceso Atención de Enfermería llevando a cabo cada una de sus fases, teniendo como marco conceptual las catorce necesidades de Virginia Henderson, para la valoración de cada una de estas necesidades se obtienen datos de fuentes primarias en las que se hace uso del método clínico, en el que se realiza un proceso ordenado de observación, palpación, auscultación y percusión para que el vaciado de los datos sea en un instrumento de valoración acorde a la edad preescolar, fuentes secundarias que para este estudio la fuente secundaria que proporciona la mayor parte de la información es un familiar directo (La Mamá), también se obtienen datos del expediente clínico, de los resultados de exámenes de laboratorio y gabinete, así como información objetiva tomada de la bibliografía respectiva.

### 5.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA 12 DE MAYO DEL 2005

#### 5.1.1 SOMATOMETRÍA

Peso: 19.00 Kg. Talla 1.20 m. Perímetro abdominal: 59 cm. Perímetro cefálico: 50 cm. Perímetro torácico: 62 cm. Perímetro braquial: 14 cm.

#### 5.1.2 SIGNOS VITALES:

Tensión arterial: 120/80 Frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto  
Frecuencia respiratoria de 28 respiraciones por minuto temperatura de 38.0° c.

Preescolar despierto, conciente, orientado, hipoactivo, adinámico, facie de angustia, con cráneo normo céfalo, no exostosis ni endostosis, pupilas isocóricas, normoreflécticas, narinas permeables con sonda nasogastrica en narina izquierda drenando líquido biliar, cavidad oral bien hidratada, cuello cilíndrico, traquea central, no ingurgitación yugular, no adenomegalias. Tórax simétrico con red venosa colateral, campos pulmonares bien ventilados, no se escuchan estertores, ruidos cardiacos rítmicos. Abdomen globoso a expensas de hepatomegalia, red venosa colateral, no ascitis, genitales de tamaño y características aparentes acorde a la edad cronológica. Miembros inferiores sin datos de edema tono muscular 4/5.

### 5.1.3 EXAMENES DE LABORATORIO

|             | K            | Na           | Cl           | Gluc | Urea | Bun | Creat | B:T  | BD   | B Ind. | p.t. | alb |
|-------------|--------------|--------------|--------------|------|------|-----|-------|------|------|--------|------|-----|
| 01 05<br>05 | 3.9<br>meq/l | 131<br>meq/l | 101<br>meq/l |      |      |     |       |      |      |        |      |     |
| 04 05<br>05 | 3.2          | 136          | 111          | 86   |      |     |       |      |      |        |      |     |
| 09 05<br>05 | 4.6          | 134          | 102          | 87   | 5.2  | 2.4 | 0.3   | 2.14 | 1.01 | 1.13   |      |     |
| 12 05<br>05 | 3.6          | 135          | 105          | 87   | 5.2  | 2.4 | 0.2   | 1.19 | .52  | .67    | 5.6  | 1.8 |
| 16 05<br>05 | 4            | 131          | 104          | 100  |      | 7.0 | 0.2   | 1.12 | .64  | .48    | 5.2  | 1.9 |
| 19 05<br>05 | 4.3          | 137          | 108          | 105  |      |     | 0.2   | .6   | .32  | .35    | 6.1  | 2.3 |

|                    | 27 04 05 | 01 05 05 | 09 05 05 | 17 05 05 |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|
| <b>BH</b>          | 8.5      | 9        | 11.4     | 10.7     |
| <b>Hematocrito</b> | 26.0     | 29       | 34.8     | 32.3     |
| <b>Leucocitos</b>  | 13 600   | 8 900    | 8 300    | 5 900    |
| <b>Linfocitos</b>  | 28%      | 12%      | 13%      | 15.1%    |
| <b>Monocitos</b>   | 6%       | 4%       | 5%       | 1.6%     |
| <b>Segmentados</b> | 66%      | 84%      | 79%      | 83%      |
| <b>Eosinofilos</b> | 0%       | 0%       | 3%       | .1%      |
| <b>Basófilos</b>   | 0%       | 0%       | 0%       | 0%       |
| <b>Plaquetas</b>   | 167 000  | 465 000  | 558 000  | 482 000  |
| <b>Tp</b>          | 63%      | 55.4%    |          |          |
| <b>TTP</b>         | 38"      | 49"      |          |          |

### 5.1.4 ESTUDIOS DE GABINETE

Ultrasonografía abdominal 28 de Abril del 2005-05-20

I DX.

- Numerosos crecimientos ganglionares en todo el retroperitoneo que ejercen compresión sobre la vena cava abdominal no permitiendo ver la luz del bazo, también se encuentran a ambos lados del tronco celiaco pero sin ejercer compresión importante sobre el mismo.
- Numerosos crecimientos ganglionares en íleo esplénico.
- Riñón izquierdo con zonas nodulares en la corteza, no se descarta infiltración.

Biopsia de Médula ósea 29 04 05

- Normocelular, sin infiltración neoplásica, fibrosis reticulínica grado I.

Laparotomía exploradora 03 05 05

- Descripción microscópica: Neoplasia maligna, linfoidea con células grandes de núcleo vesiculoso con nucleolo prominente, células neoplásicas binucleadas tipo Reed Stenberg o multinucleadas numerosas, mezcladas con células plasmáticas, eosinófilos, fibrosis.
- I DX: Linfoma de Hodgkin, variedad esclerosis nodular grado II

#### 5.1.5 NECESIDADES ALTERADAS

- Alteración de la nutrición
- Alteración de la necesidad de eliminación
- Alteración de la oxigenación
- Alteración del aprendizaje
- Alteración del descanso y sueño
- Alteración de la protección de la piel
- Alteración de la necesidad de seguridad y protección
- Alteración de la necesidad de vestir
- Alteración de la necesidad de valores y creencias
- Alteración de la necesidad de movimiento

#### 5.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA 14 DE MAYO DEL 2005

##### SOMATOMETRIA

PESO: 18.700 KG Talla: 1.20 m Perímetro abdominal: 57 cm Perímetro cefálico: 50 cm Perímetro torácico: 62 cm Perímetro braquial: 14 cm

##### SIGNOS VITALES

T/A: 110/70 mmHg Frecuencia cardíaca 110 lpm Frecuencia respiratoria 26 rpm Temperatura 36.7°C.

Preescolar despierto, activo, reactivo, con ligera palidez de tegumentos, cráneo normo céfalo, no exostosis ni endostosis, pupilas isocóricas con adecuada respuesta a la luz, narinas permeables, presencia de sonda nasogastrica en narina izquierda con escasa salida de líquido biliar, cavidad oral con mucosas hidratadas, cuello cilíndrico, tráquea central, no ingurgitación yugular, no



adenomegalias. Tórax simétrico con campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, catéter central en región subclavia derecha, abdomen globoso a expensa de hepatomegalia 2 cm por debajo del borde costal, red venosa colateral, no ascitis herida quirúrgica transversa infraumbilical, micción espontánea, genitales de características y tamaño acorde a la edad miembros sin presencia de edema, tono muscular de las cuatro extremidades 5/5.

#### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA 16 DE MAYO DEL 2005

##### SOMATOMETRIA

Peso: 18.750 KG Talla: 1.20 m Perímetro abdominal: 57.5 cm Perímetro cefálico: 50 cm Perímetro torácico. 62 cm Perímetro braquial: 14 cm

##### SIGNOS VITALES

T/A: 100/70 mmHg Frecuencia cardiaca 100 lpm Frecuencia respiratoria 26 rpm Temperatura 36.4°C.

Ángel conciente, orientado con palidez generalizada, facie de tranquilidad, mucosas orales bien hidratadas, catéter doble lumen en región subclavia derecha, abdomen con herida quirúrgica transversa infraumbilical, micción espontánea de características macroscópicas normales, genitales de características y tamaño acorde a la edad. Miembros inferiores sin datos de edema, extremidades con tono de 5/5.

#### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA 18 DE MAYO DEL 2005

##### SOMATOMETRIA

Peso: 18.750 KG Talla: 1.20 m Perímetro abdominal: 57.5 cm. Perímetro cefálico: 50 cm. Perímetro torácico. 62 cm. Perímetro braquial: 14 cm.

##### SIGNOS VITALES

T/A: 100/70 mmHg Frecuencia cardiaca 100 lpm Frecuencia respiratoria 26 rpm Temperatura 36.4°C.

Ángel conciente, orientado con palidez generalizada, con buen estado de ánimo, mucosas orales con adecuada hidratación, catéter doble lumen, funcional, en región subclavia derecha, abdomen sin datos de dolor o presencia de distensión, con herida quirúrgica transversa infraumbilical sin datos de infección, micción espontánea de características macroscópicas normales, genitales de características y tamaño acorde a la edad. Miembros inferiores sin datos de edema, extremidades con tono de 5/5.

## VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL DÍA 20 DE MAYO DEL 2005

### SOMATOMETRIA

Peso: 18.750 KG Talla: 1.20 m Perímetro abdominal: 57.4 cm. Perímetro cefálico: 50 cm. Perímetro torácico: 62 cm. Perímetro braquial: 14 cm.

### SIGNOS VITALES

T/A: 110/70 mmHg Frecuencia cardiaca 108 lpm Frecuencia respiratoria 24 rpm  
Temperatura 36.5°C.

Paciente conciente, orientado, tranquilo, cooperador, con palidez generalizada, catéter doble lumen permeable, en región subclavia derecha, abdomen con herida quirúrgica con puntos de sutura, sin datos de infección, transversa en región infraumbilical, micción espontánea, genitales sin alteración, miembros inferiores sin datos de edema, tono muscular de 5/5. Se retira catéter subclavio por personal de programa de catéteres.

## VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL DÍA 9 DE JUNIO DEL 2005

### CONSTANTES VITALES:

FC: 90 lpm FR: 26 rpm

La presente valoración es realizada en el servicio de Terapia Ambulatoria del INP. Paciente conciente, orientado, bien hidratado, ligera palidez de tegumentos, buen estado de ánimo, ritmo respiratorio sin alteración, campos pulmonares limpios, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando con cicatriz de herida quirúrgica, depresible, no doloroso a la palpación, peristalsis presente, exploración de genitales diferida, extremidades con tono muscular de 5/5.

La mamá refiere la estancia en su domicilio sin alteración, se alimenta en forma regular en cantidad, no refiere náusea o vómito, desano o decaimiento, su eliminación es de 1/24 horas de características macroscópicas normales, refiere que el niño participa en juegos propios de su edad con los demás miembros de su familia, duerme por la noche sin problema, realiza alguna siesta ocasional vespertina, no ha presentado procesos febriles que pudieran indicar algún evento de tipo infecciosos, aún no acude al colegio, pero dice la mamá que en su casa realiza actividades escolares con un programa que le ha establecido su hermana. No se realiza la medición del perímetro abdominal, pero no se observa distendido.

### 5.3 NECESIDADES ALTERADAS

| <b>Necesidades Fundamentales</b>     | <b>Fuente de Dificultad</b> | <b>Grado de Dependencia</b> |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Respirar                             | Fuerza                      | Temporalmente dependiente   |
| Beber y comer                        | Fuerza                      | Totalmente dependiente      |
| Eliminación                          | Fuerza                      | Dependencia parcial         |
| Moverse y mantener una buena postura | Fuerza                      | Dependencia parcial         |
| Dormir y descansar                   | Fuerza                      | Dependencia parcial         |
| Vestirse y desvestirse               | Fuerza                      | Dependencia parcial         |
| Mantener la temperatura corporal     | Fuerza                      | Dependencia parcial         |
| Estar limpio y aseado                | Fuerza                      | Totalmente dependiente      |
| Evitar los peligros                  | Fuerza<br>Conocimiento      | Permanentemente dependiente |
| Comunicarse con sus semejantes       | Fuerza                      | Totalmente dependiente      |
| Actuar según sus creencias y valores | Fuerza<br>Conocimiento      | Totalmente dependiente      |
| Ocuparse para realizarse             | Fuerza<br>Conocimiento      | Totalmente dependiente      |
| Recrearse                            | Fuerza                      | Totalmente dependiente      |
| Aprendizaje                          | Fuerza<br>Conocimiento      | Totalmente dependiente      |

#### 5.4 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS SEGÚN LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

| <b>Necesidades Fundamentales</b>     | <b>Manifestaciones de independencia</b>   | <b>Manifestaciones de dependencia</b>   |
|--------------------------------------|---|---|
| Respirar                             | Respiración espontánea  | Posición semifowler, sensación de angustia.   |
| Beber y comer                        | Fuerza física para llevarse los alimentos a la boca, succión y deglución sin alteración   | Ayuno por peristalsis disminuida, deseos expresados de ingesta de alimentos.  |
| Eliminación                          | Control adecuado de esfínteres, independencia en el aseo de genitales, Micción espontánea fuerza suficiente para sostener el orinal | Distensión abdominal, peristalsis disminuida, estreñimiento, ausencia de evacuaciones, desgano para solicitar o sostener el orinal para la micción. |
| Moverse y mantener una buena postura | Camina pocos pasos alrededor de su cama, se incorpora durante el baño   | Fatiga rápida, fuerza física insuficiente, presencia de venoclisis, catéter central y sonda nasogástrica  |
| Dormir y descansar                   | Cuando no ha presentado fiebre duerme por lo menos 6 horas  | Cansancio, irritabilidad, enojo por los procedimientos que se le realizan   |
| Vestirse y desvestirse               | Deseo por encontrarse cubierto  | Por la presencia del catéter y sonda nasogástrica no le es posible usar su pijama, el uso de la bata hospitalaria le genera molestia                |
| Mantener la temperatura corporal     | Acepta el retiro de su ropa   | Los procesos febriles que ha presentado han sido nocturnos, se refiere en la hoja de enfermería temperatura de hasta 38° C.                         |

|                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
|                                      |  |   |
| Estar limpio y aseado                | Aspecto aseado   | Fatiga, decaimiento, falta de motivación, para llevar a cabo su higiene personal.   |
| Evitar los peligros                  | Precavido al subir y bajar de la cama, cuidado de sus sondas y catéteres | Falta de conocimiento sobre la repercusión de caídas e infecciones, se le ha cuestionado acerca de sus conocimientos y la mamá y el niño refieren desconocer los peligros por caídas o procesos infecciosos |
| Comunicarse con sus semejantes       | Extrovertido, manifiesta sus emociones                                   | El dolor o el malestar durante los procedimientos lo tornan callado o irritable, pero además renuente a su permanencia en el hospital   |
| Actuar según sus creencias y valores | Acompaña a su mamá a misa dominical (anterior a su hospitalización)      | La edad le limita sus conocimientos sobre su religión, el encontrarse en un medio hospitalario le aísla de este aspecto.  |
| Ocuparse para realizarse             | Le gusta ir a la escuela   | La enfermedad y ahora la hospitalización le impiden acudir al colegio, el malestar general no le permite sentirse motivado a la realización de actividades escolares.                                       |
| Recrearse                            | Le gusta salir a divertirse con su mamá y sus hermanos                   | La hospitalización le limita en el aspecto de la recreación, hay eventos recreativos en la sala de hospitalización, pero no le llaman la atención.  |

|             |   |   |
|-------------|---|---|
| Aprendizaje | La etapa escolar en que se encuentra es propicia para asimilar todos los sucesos que le rodean y las cosas que le acontecen | Los procesos febriles, el malestar y la hospitalización le impiden disfrutar de las situaciones y le desaniman para realizar tareas o actividades nuevas. |
|-------------|---|---|

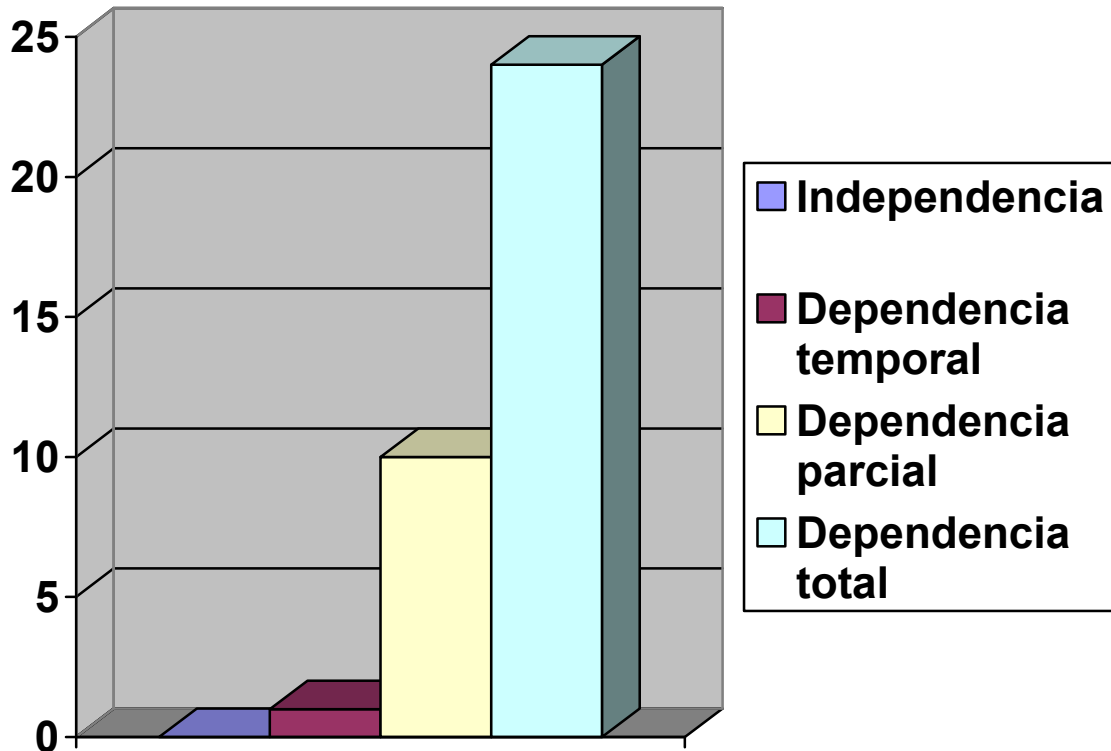
**A continuación se trata de mostrar el grado de dependencia que presenta el preescolar al momento de las valoraciones, se le asignan valores arbitrarios acorde a las manifestaciones de dependencia que presenta, donde el valor de 3 es la puntuación a un mayor grado de dependencia, 2 dependencia parcial, 1 dependencia temporal y 0 para el estado de independencia.**

| NECESIDADES FUNDAMENTALES            | GRADO DE DEPENDENCIA |
|--------------------------------------|----------------------|
| Respirar                             | 1                    |
| Beber y comer                        | 3                    |
| Eliminación                          | 2                    |
| Moverse y mantener una buena postura | 2                    |
| Dormir y descansar                   | 2                    |
| Vestirse y desvestirse               | 2                    |
| Mantener la temperatura corporal     | 2                    |
| Estar limpio y aseado                | 3                    |
| Evitar los peligros                  | 3                    |
| Comunicarse con sus semejantes       | 3                    |
| Actuar según sus valores y creencias | 3                    |
| Ocuparse para realizarse             | 3                    |
| Recreación                           | 3                    |
| Aprendizaje                          | 3                    |
| TOTAL                                | 35 PUNTOS            |

Después de haber realizado la valoración del paciente, haber analizado los aspectos que le hacen dependiente o independiente, se le otorgó un valor arbitrario como se muestra en el cuadro anterior y se determina que el haberle otorgado una puntuación de 35 le hace al paciente ser dependiente en un 83.33%, situación que implica que los cuidados de enfermería son fundamentales para que el paciente alcance su grado óptimo de independencia.

Con 0 puntos el paciente es independiente, de 1 a 14 puntos le otorgan una dependencia temporal, 15 a 28 puntos le hacen parcialmente dependiente y de 29 a 42 puntos hacen al paciente totalmente dependiente

## Niveles de dependencia



### DATOS

|                      |    |
|----------------------|----|
| Independencia        | 0  |
| Dependencia temporal | 1  |
| Dependencia parcial  | 10 |
| Dependencia total    | 24 |

La grafica representa el puntaje obtenido para cada grado de Dependencia, la suma de los valores reflejan el nivel de dependencia que al momento de la valoración presenta el paciente, el valor absoluto es del 83.33% representado por la obtención de 35 puntos de un total de 42 puntos.

## VI. PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

### Diagnóstico de Enfermería

Alteración de la necesidad de alimentación, relacionada con suboclusión intestinal, manifestada por distensión abdominal, náusea, intolerancia a la vía oral.

| Objetivo  | Intervenciones   | Fundamentación científica   | Evaluación  |
|---|--|---|---|
| El paciente cursará con tolerancia a la vía oral, a través de los cuidados de enfermería proporcionados durante su estancia hospitalaria. | Mantener en ayuno al niño hasta resolverse la alteración presente. | Se produce hiposecreción de los jugos digestivos y anormalidades en la motilidad del conducto gastrointestinal por inflamación del aparato digestivo y de las estructuras accesorias, por disturbios emocionales, u obstrucciones.  | Se mantuvo en ayuno al paciente, se observaron las características del líquido drenado por la sonda nasogastrica, el paciente no presentó mayor distensión abdominal, aunado a la deambulación constante se logró retirar la sonda nasogastrica, iniciar líquidos por vía oral, además de valorar la tolerancia a la vía oral, se cubre la necesidad de alimentación, se proporciona la NPT y posteriormente al no requerirla el paciente, se suspende. |
|   | Instalación de sonda nasogastrica                                  | La instalación de la sonda nasogastrica permite tratar pacientes con obstrucción mecánica, administrar medicamentos o alimentos directamente a la cavidad gástrica. Se eliminan líquidos y gases del tracto digestivo. Por acción de la gravedad los líquidos tienden a drenar hacia abajo. |   |
|   | Vigilar características de lo drenado a través de la sonda         | Las cantidades o tipos de drenaje anormales se deben reportar inmediatamente.   |   |



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | <p>nasogastrica.<br/>Proporcionar posición de Semifowler.</p> <p>Estimular al paciente a la deambulaci3n.</p> <p>Proporcionar nutrici3n parenteral previa indicaci3n m3dica.</p> | <p>Esta posici3n ayuda a la colecci3n de los contenidos que est3n saliendo en la porci3n baja de la cavidad abdominal.</p> <p>La movilizaci3n del paciente que ha cursado con periodos largos de reposo, favorece la circulaci3n sanguinea y aumenta el peristaltismo.</p> <p>La NPT cubre los requerimientos proteicos y cal3ricos del organismo, ya que una deficiencia de esta naturaleza produce p3rdida de peso, fatiga, p3rdida del tono muscular, retardo en el crecimiento, disminuci3n de la resistencia a las infecciones y defectos en el proceso de cicatrizaci3n.</p> |  |
|--|--|--|--|

### DIAGN3STICO DE ENFERMERIA

Dolor relacionado con evento quir3rgico, manifestado por irritabilidad e incomodidad.

| Objetivo   | Intervenciones  | Fundamentaci3n cientifica  | Evaluaci3n  |
|--|---|--|---|
| El ni1o durante su estancia hospitalaria cursar3 sin dolor | <p>Proporcionar posici3n anti3lgica.</p> <p>Alineaci3n corporal</p> | <p>El cambio de posici3n y una posici3n que adopte libremente el paciente favorece el relajamiento muscular dando como resultado disminuci3n del dolor.</p> <p>La alineaci3n de las partes del cuerpo reduce al m3nimo la tensi3n en todos los</p> | El ni1o refiere la disminuci3n paulatina del dolor, se muestra menos irritable y su expresi3n es ahora de relajamiento. |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p>Proporcionar fisioterapia</p> <p>Aplicación de frío en la zona de dolor.</p> <p>Aplicación de calor</p> <p>Masaje suave</p> <p>Recostar sobre área suave, acolchonada y limpia</p> | <p>músculos.</p> <p>Aumenta o restablece la capacidad corporal para realizar actividades funcionales normales, disminuye el dolor, la espasticidad muscular y la inflamación. El frío alivia el espasmo muscular, reduce la inflamación y alivia el dolor.</p> <p>La aplicación superficial de calor actúa a través de conducción o difusión, aumenta el flujo sanguíneo hacia la piel y órganos superficiales, disminuye el flujo hacia el tejido muscular. Induce vaso dilatación, lo que incrementa el aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos lesionados, reduce la rigidez articular, incrementando la elasticidad muscular.</p> <p>Es un método agradable que ayuda a la relajación y disminuye el dolor, particularmente el dolor asociado con tratamientos que requieren inmovilización. Disminuye el dolor en áreas específicas al incrementar la circulación superficial algunas técnicas de masaje son movimientos rítmicos circulares y distales-proximales, el paciente escoge el masaje que le produzca mayor alivio.</p> <p>Produce relajación muscular y alivia el dolor, efectos que se incrementan previa</p> |  |
|--|---|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | <p>Aplicación de medicamentos analgésicos.</p> <p>Valorar intensidad del dolor según escala de caras</p> | <p>ausencia de ruidos o actividades intensas.</p> <p>Los analgésicos no narcóticos intervienen en la biosíntesis de las prostaglandinas responsables de procesos inflamatorios. Su aplicación debe responder a las necesidades de cada individuo y a la vida media del medicamento para lograr su absorción, distribución y eliminación.</p> <p>Esta escala de Wong Baker se recomienda para personas de tres años y mayores, consiste en seis caras caricaturescas que varían de una expresión sonriente para indicar “sin dolor”. La enfermera explica al niño que cada cara es una persona que se siente feliz cuando no hay malestar o triste porque hay algo de dolor o mucho. La cara 0 esta muy contenta porque no hay dolor, el dolor de la cara 2 es más intenso, en la cara 3 lo es aún más, en la cara 4 el dolor es intenso, pero la cara 5 es todo el dolor imaginable, aún cuando no sea necesario llorar. La enfermera solicita al niño señale la cara que describa mejor su propio dolor y el nivel se registra.</p> |  |
|--|--|--|--|

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la eliminación intestinal relacionada con evento quirúrgico, manifestado por distensión abdominal, peristaltismo disminuido y ausencia de evacuaciones.

| Objetivo   | Intervención  | Fundamentación científica   | Evaluación  |
|--|---|---|---|
| El niño cursará sin distensión abdominal, aumentará su peristaltismo intestinal y presentará evacuaciones normales | <p>Movilización constante del niño en su cama y fuera de ella por lo menos cada dos horas durante el día.</p> <p>Toma y registro de perímetro abdominal.</p> <p>Proporcionar masaje a marco cólico</p> <p>Ingesta de líquidos</p> | <p>Se producen pocos movimientos de propulsión en 24 horas. Tienden a ocurrir poco tiempo después de ingerir alimentos, después de que el estomago ha estado vacío por tiempo prolongado. Esto resulta de actos reflejos que se originan principalmente en el duodeno reflejo duodeno cólico, el movimiento favorece los movimientos de propulsión y se inicia el reflejo de defecación.</p> <p>La peristalsis disminuye cuando el conducto gastrointestinal se distiende demasiado por acumulación de gases o líquidos, la medición del perímetro abdominal permite una evaluación del peristaltismo.</p> <p>Los impulsos sensitivos viajan hasta la médula espinal y, por medio de nervios motores, se estimulan movimientos peristálticos.</p> <p>La retención de heces fecales permite una mayor absorción de agua.</p> | A través de la deambulación, y el masaje mejora el peristaltismo intestinal del paciente, presenta una evacuación escasa y formada. |

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la necesidad de descanso y sueño relacionada con la ausencia de sus familiares, manifestada por irritabilidad durante el día.

| Objetivo  | Intervención   | Fundamentación científica   | Evaluación   |
|---|--|---|--|
| El niño cursará con periodos recuperadores de descanso y sueño durante su estancia hospitalaria | <p>Explicación referente al porqué de su hospitalización.</p> <p>Se favorecerá la comunicación del cuidador primario y el niño.</p> <p>Proporcionar terapia ocupacional al niño durante el día.</p> <p>Apoyo emocional en busca de confianza y seguridad.</p> <p>Organización de los cuidados nocturnos de enfermería.</p> | <p>El conocimiento de los hechos sobre una situación específica requiere de la percepción adecuada de los factores que se encuentran en esa situación.</p> <p>Cualquier cambio básico incluso en el entorno influye sobre el concepto de sí mismo y su relación de comunicación con los demás.</p> <p>Los niños pueden expresar sus sentimientos o dudas a través del juego, las actividades manuales, el arte y otras modalidades, esto le mantiene ocupado y con actividad lo que le genera desgaste físico.</p> <p>Las oportunidades para efectuar relaciones satisfactorias con los demás aumentan si el individuo es capaz de ver a los otros como personas competentes y en las que se puede confiar, esto le proporciona seguridad.</p> <p>Aunque el personal de enfermería no puede alterar la organización del trabajo en la unidad hospitalaria, si puede organizar e individualizar los cuidados, esto le permite al niño periodos más prolongados de sueño.</p> | El niño logra un periodo mayor de sueño, presenta mejor estado de ánimo. |

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la necesidad de moverse y mantener una buena postura, relacionada con presencia de herida quirúrgica manifestada por irritabilidad.

| Objetivo   | Intervención  | Fundamentación científica   | Evaluación  |
|--|---|---|---|
| El paciente cursará con alineación y postura que le proporcionen estabilidad y confort | Movilización constante del niño fuera de su cama<br><br>Incentivar al niño a la deambulación<br><br>Proporcionar alineación y postura adecuadas.<br><br>Establecer un programa de actividad física. | La habilidad que posee el individuo para moverse libremente le permite evaluar su estado de salud y su estado físico.<br><br>La actividad física es una forma de eliminar las emociones, particularmente en el niño.<br><br>La alineación corporal es determinante en toda actividad funcional, para evitar lesiones neuromusculares.<br><br>El reposo prolongado causa pérdida de la fuerza del aparato locomotor, de las funciones circulatorias y de la capacidad aeróbica, atrofia muscular, debilitamiento de tendones y ligamentos. | Se logró que el niño diera pequeños pasos en su unidad, lo que le proporcionó sensación de bienestar refiriendo su descanso al no encontrarse todo el tiempo en cama. |

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la necesidad de vestirse y desvestirse relacionada con la presencia de drenajes y catéteres, manifestada por incomodidad.

| Objetivo   | Intervención   | Fundamentación científica  | Evaluación  |
|--|--|--|---|
| El paciente al vestirse y desvestirse cursará sin datos de incomodidad | <p>Proporcionarle al niño bata reglamentaria del hospital</p> <p>Ayudarle a colocarse la bata</p> <p>Sugerirle a la mamá le provea de short o trusa</p> <p>Orientarle respecto a la importancia de su ropa</p> <p>Hacerle sentir que se encuentra presentable.</p> | <p>El uso de ropa hospitalaria le permite al paciente libertad de movimiento, además de la seguridad de encontrarse cubierto.</p> <p>La inhabilidad para vestirse y desvestirse tiene como consecuencia cierto grado de dependencia. Una alteración en la motricidad de los miembros puede impedir al paciente realizar la actividad de vestirse.</p> <p>Para asegurar su confort y libertad de movimientos, los individuos deberán llevar ropa apropiada.</p> <p>La ropa también puede convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.</p> <p>Las costumbres varían de una cultura a otra y el lenguaje del pudor se manifiesta a través de comportamientos variados, de forma que el modo de vestir juega un papel importante en este sentido. El vestir contribuye a la expresión corporal y participa significativamente en la</p> | El niño acepta bien la bata del hospital, el sentirse bien vestido le motiva a caminar más allá de su unidad. |

|  |  |               |  |
|--|--|---------------|--|
|  |  | comunicación. |  |
|--|--|---------------|--|

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la necesidad de termorregulación relacionada con proceso inflamatorio, manifestada por temperatura de 38° C e irritabilidad.

| Objetivo  | Intervención   | Fundamentación científica   | Evaluación  |
|---|--|---|---|
| El paciente se mantendrá normo térmico, a través de la aplicación de medios físicos y químicos para control térmico | <p>Retiro de exceso de ropa de cama</p> <p>Aplicación de compresas húmedas</p> <p>Proporcionar baño de esponja con agua templada</p> <p>Aplicación de medios químicos para control térmico</p> <p>Llevar curva térmica</p> | <p>Ocurre pérdida de calor a través de la convección, circulación de aire alrededor del cuerpo.</p> <p>Como reacción al frío, el organismo aumenta su producción de calor y disminuye la pérdida del mismo.</p> <p>El efecto de este tipo de baño produce pérdida de calor por conducción.</p> <p>El sistema nervioso central recibe constantemente estímulos de todo el cuerpo a partir de la piel y órganos internos. Bajo determinadas circunstancias el cerebro interpreta dichos impulsos como la hipertermia.</p> <p>La evaluación constante e integral de la temperatura es especialmente importante en la evaluación del estado de salud del individuo.</p> | <p>Posterior a la aplicación de compresas, baño de esponja y esquema de quimioterapia (coincide su inicio) disminuye la temperatura corporal del paciente hasta 37°C.</p> |



|  |                              |   |  |
|--|------------------------------|---|--|
|  | Control estricto de líquidos | Un metabolismo acelerado aumenta los requerimientos que deben satisfacer los diferentes sistemas compensadores. |  |
|--|------------------------------|---|--|

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la necesidad de mantenerse limpio y aseado relacionado con la edad, manifestado por incapacidad para poder asearse.

| Objetivo  | Intervención   | Fundamentación científica  | Evaluación   |
|---|--|--|--|
| El paciente durante su estancia hospitalaria cursará limpio y aseado. | <p>Proporcionar baño de esponja diariamente</p> <p>Orientación respecto a la importancia de permanecer aseado</p> <p>Realizar aseos matinales diariamente (aseo dental y lavado de manos previo al desayuno)</p> | <p>El uso de agua y jabón sobre la piel proporciona humedad y vitalidad. Las medidas higiénicas contribuyen a que los pacientes se sientan cómodos y descansados.</p> <p>La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea.</p> <p>La comunicación favorece las relaciones interpersonales entre los individuos.</p> <p>Su objetivo es preparar al paciente para el desayuno y la visita médica, esto le hará sentirse limpio y seguro.</p> <p>La sensación de frescura y limpieza contribuye a percibir positivamente un ambiente agradable.</p> | La práctica del baño diario le proporcionó frescura y deseos de realizar sus actividades, además su aspecto mejoró y esto elevó su autoestima. |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | Realizar aseos y cuidados a la zona perianal | La humedad favorece un medio para el desarrollo de bacterias.                        |  |
|  | Tendido de cama y cambio de ropa de la misma | Una cama con sábanas limpias y estiradas produce sensación de bienestar al paciente. |  |

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo potencial de infección relacionado con presencia de catéter central

| Objetivo   | Intervención   | Fundamentación científica  | Evaluación   |
|--|--|--|--|
| Durante la estancia hospitalaria del paciente no presentará procesos infecciosos relacionados con vías parenterales. | <p>Aplicación de medicamentos con técnica aséptica</p> <p>Preparar soluciones y medicamentos cuidando de no contaminar los mismos</p> <p>Lavado de manos antes y después de tocar al paciente</p> <p>Mantener cubierta el área de inserción del catéter</p> <p>Realizar curación del sitio de inserción del catéter con técnica estéril</p> <p>Llevar un control y registro de las soluciones indicadas</p> <p>Cambio de equipo de soluciones según protocolo del hospital</p> | <p>La quimioterapia deprime la función de la médula ósea, dando lugar a una producción inadecuada de glóbulos blancos y linfocitos necesarios para combatir las infecciones.</p> <p>Existen muchas fuentes o reservorios de patógenos. Pueden ser otros seres humanos, la propia flora microbiana del paciente o incluso el medio ambiente en general.</p> <p>Todos los procedimientos relacionados a las vías parenterales requieren técnicas y procedimientos asépticos y estériles</p> <p>La presencia de pirógenos en el equipo o en los medicamentos o soluciones, desencadenan reacciones febriles en el paciente.</p> | El paciente no presentó datos de infección en los sitios de inserción parenteral ni se encontró reacción febril. |

|  |                                    |  |  |
|--|------------------------------------|--|--|
|  | Toma y registro de signos vitales. | El control de los signos vitales permite la valoración del estado físico del paciente. |  |
|--|------------------------------------|--|--|

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la necesidad de comunicación relacionada con aislamiento por hospitalización manifestada por introversión y apego a la madre.

| Objetivo   | Intervención  | Fundamentación científica   | Evaluación   |
|--|---|---|--|
| Ángel se incorporará a la dinámica de la sala en la que se encuentra alojado para favorecer su interrelación | <p>Realizar terapias de juego con el paciente y otros niños de la sala</p> <p>Pasar más tiempo con el niño para demostrarle interés</p> <p>A través de juegos y lecturas platicar con él para favorecer la comunicación</p> <p>Participar de manera activa con el paciente cuando cuestione sobre algún procedimiento</p> <p>Insistir a los familiares para realizar un programa de visitas familiares al niño, tratando de</p> | <p>Los niños necesitan diferentes experiencias verbales como juegos rítmicos, leer en voz alta y canciones con acompañamientos de gestos no verbales, como sonreír o reírse.</p> <p>La capacidad de los niños de expresarse verbalmente se puede aumentar cuando los padres les orientan a que digan lo que desean en vez de responder con una acción física.</p> <p>A través del juego los niños aprenden el color, el tamaño, la forma la posición y la posesión de los objetos cuando se emplean términos concretos.</p> | El niño se mostró más extrovertido haciendo de esta manera su estancia hospitalaria más grata. |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | que su visita diaria no sea siempre la mamá quién acuda. |  |  |
|--|--|--|--|

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo potencial del niño y la familia de no dar la importancia requerida a los valores y creencias.

| Objetivo   | Intervención   | Fundamentación científica  | Evaluación   |
|--|--|--|--|
| El niño y su familia conservarán y fortalecerán sus valores y creencias como medio de alivio y esperanza | <p>Invitar a la mamá del niño a mostrar dibujos al niño acerca de lo más representativo de su religión</p> <p>Que la mamá trate de inculcar su propia religión al niño a través de pláticas.</p> <p>Fortalecer los valores presentes en el niño a través de reforzar los que se observan</p> <p>A través de cuentos e historias dar a conocer al niño los valores que mayor consideración tienen en la familia para que el niño los asimile.</p> | <p>La sociedad o la cultura en la cual el individuo vive, crece o se desarrolla, ayuda a determinar la forma de satisfacer sus necesidades y la forma que tomarán algunas de ellas.</p> <p>La religión puede proporcionar formas alternativas de satisfacer una necesidad humana específica</p> <p>Todas las sociedades transfieren sus tradiciones, creencias o valores a través de prácticas religiosas o la aplicación de ideologías humanitarias. La cultura y la historia de los pueblos influyen de gran manera en la conducta de los seres humanos y sus relaciones con los demás.</p> <p>Durante la socialización del niño, los padres desempeñan un papel importante en el aprendizaje de creencias y valores unidos a una pertenencia religiosa.</p> | El niño muestra interés hacía lo que se le da a conocer. |

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo potencial de no ocuparse para realizarse relacionado con proceso de hospitalización

| Objetivo  | Intervención  | Fundamentación científica  | Evaluación   |
|---|---|--|--|
| Lograr que el paciente se sienta útil y productivo dentro de su núcleo familiar | <p>Tratar de que la mamá y el personal de enfermería reconozcan los logros constantes del niño</p> <p>Motivarlo a decidir sobre la forma de realización de los procedimientos d cuidados que se le realizan motivarlo a decidir que alimentos y la cantidad que desee ingerir cuando pueda hacerlo.</p> <p>Ayudarlo a que tome algunas decisiones que poco a poco construyan su independencia</p> | <p>La capacidad del niño de realizarse es personal y única, esto significa que ciertos individuos tienen siempre la necesidad de los demás para sentirse valorados, mientras que otros pueden prescindir y encontrar en el interior e ellos mismos una gratificación que les permite controlar de manera eficaz su entorno.</p> <p>El individuo debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás.</p> <p>La satisfacción de esta necesidad implica autonomía del individuo, la toma de decisiones consciente y meditada, además de la aceptación de las consecuencias derivadas fortalecen el carácter del niño.</p> | Al momento de la valoración no se habían observado resultados. |

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la necesidad de recreación relacionada con hospitalización, manifestada por apatía e irritabilidad.

| Objetivo   | Intervención   | Fundamentación científica   | Evaluación   |
|--|--|---|--|
| <p>El niño realizará actividades recreativas mínimas pero significativas</p> | <p>Proporcionar juguetes acordes a la edad y las normas hospitalarias</p> <p>Proporcionar terapias recreativas a base de cantos y juegos</p> <p>Períodos de lectura</p> <p>Apoyo en actividades intelectuales</p> <p>Proporcionarle períodos programados y placenteros de música</p> | <p>El juego es una actividad física o intelectual gratuita cuyo objetivo es el placer que produce.</p> <p>El aislamiento ya sea impuesto por uno mismo o por otros tiende a promover la desintegración de la personalidad a cualquier edad, con la disminución de la capacidad para mantener una función psicológica adecuada.</p> <p>El desarrollo físico del niño se encuentra favorecido por el juego que ocupa gran parte de su tiempo. El tiempo concedido a los juegos y a la diversidad de actividades recreativas se modifican por el estado de salud o el estado de ánimo.</p> <p>Las diferentes maneras de recrearse han cambiado con la evolución de las sociedades. El avance de la ciencia y de la tecnología ha tenido como consecuencia la aparición de multitud de actividades de diversión y de ocio que son atractivos a los individuos.</p> <p>Puede aumentar la sensación de bienestar y de seguridad en una situación específica mediante la</p> | <p>El niño se mostró participativo, cansado a ratos pero motivado.</p> |

|  |  |                                      |  |
|--|--|--------------------------------------|--|
|  |  | relajación positiva de los sentidos. |  |
|--|--|--------------------------------------|--|

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la necesidad de aprendizaje relacionada con el padecimiento de base, manifestada por interrupción del desarrollo cognitivo e intelectual formal.

| Objetivo  | Intervención  | Fundamentación científica  | Evaluación  |
|---|---|--|---|
| Que el niño reanude sus actividades escolares de estructura formal e informal | <p>Favorecer la realización de actividades escolares</p> <p>Proporcionar material educativo y didáctico</p> <p>Durante los momentos de mejor estado de ánimo motivarlo a la lectura</p> <p>Incorporarlo a las actividades educativas propias del servicio de oncología</p> <p>Motivarlo a que sus programas de televisión sean de corte educativo</p> | <p>El niño al inicio del crecimiento y desarrollo tiene gran facilidad para aprender, una enseñanza eficaz le permitirá adquirir hábitos de vida adecuados para el mantenimiento de su salud.</p> <p>El niño aprende y adquiere nuevas experiencias a través de la lectura, sus semejantes, su entorno e incluso la televisión y la radio.</p> <p>El autoconocimiento es esencial en el individuo con el fin de llegar a analizar sus hábitos de vida y verificar si toma las medidas adecuadas para mantener su estado de salud, el incorporarse a un grupo de trabajo le hace asimilar su propio aprendizaje.</p> <p>Los niños de 5 años y más ya entienden y comprenden el contenido de los programas, pasan más tiempo</p> | El niño se mostró motivado e interesado por sus nuevas actividades. |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  | La mamá le proporcionará tiempo e interés en todas sus actividades escolares. | frente al televisor.<br><br>Una relación y un clima psicológico adecuados entre el enseñante y el receptor favorecen el aprendizaje |  |
|--|---|---|--|

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo potencial de alteración de la respiración relacionado con presión sobre la vena cava abdominal.

| Objetivo   | Intervención  | Fundamentación científica  | Evaluación   |
|--|---|--|--|
| El niño no presentará datos de dificultad respiratoria | Indicar a la madre signos de alarma como respiración agitada, coloración azulada de manos y dedos, aleteo nasal, retracción xifoidea.<br><br>Insistir en la ingesta de abundantes líquidos<br><br>En caso de procesos gripales o infecciosos de las vías respiratorias acudir de manera inmediata con su médico tratante. | El deterioro de la circulación trastorna la función del organismo. El deterioro de la función pulmonar puede dar como resultado un aporte insuficiente de oxígeno y una eliminación inadecuada de bióxido de carbono.<br><br>El aporte sanguíneo inadecuado dificulta el buen funcionamiento pulmonar.<br><br>Una adecuada hidratación contribuye al mantenimiento de la humidificación de las mucosas respiratorias | Durante su hospitalización el paciente no presentó datos de dificultad respiratoria. |



## VII. EVALUACIÓN

| NECESIDADES FUNDAMENTALES            | GRADO DE DEPENDENCIA |
|--------------------------------------|----------------------|
| Respirar                             | 0                    |
| Beber y comer                        | 1                    |
| Eliminación                          | 0                    |
| Moverse y mantener una buena postura | 0                    |
| Dormir y descansar                   | 0                    |
| Vestirse y desvestirse               | 0                    |
| Mantener la temperatura corporal     | 0                    |
| Estar limpio y aseado                | 0                    |
| Evitar los peligros                  | 1                    |
| Comunicarse con sus semejantes       | 0                    |
| Actuar según sus valores y creencias | 0                    |
| Ocuparse para realizarse             | 0                    |
| Recreación                           | 0                    |
| Aprendizaje                          | 3                    |
| TOTAL                                | 5 PUNTOS             |

La evaluación se realiza con los datos obtenidos el día 9 de Junio del 2005, que para fines de presentación sería la última valoración realizada. De igual forma se valora cada una de las catorce necesidades propuestas por Virginia Henderson, otorgando una puntuación acorde a los datos obtenidos en esta valoración y datos que se obtienen de la fuente secundaria. La puntuación que se otorga es de 5 puntos por lo que se concluye que el niño ha adquirido hasta este momento características francas de independencia.

## **VIII. PLAN DE ALTA**

### **MEDICAMENTOS**

- Se orienta respecto a la importancia de acudir a sus citas al servicio de terapia ambulatoria.
- Demás medicamentos según indicación médica.

### **ENTORNO**

- Habitación sin plantas o flores
- Ambiente fresco y confortable
- Programar visita de familiares y amigos

### **TERAPIAS**

- Estimular al niño a dormir por lo menos 8 horas durante la noche
- Realizar actividades escolares durante el día
- Promover la visita de familiares y amigos que le sean gratos
- Motivar a la lectura y terapia ocupacional
- Acudir a sus citas establecidas para la quimioterapia.

### **INDICACIONES ESPECÍFICAS**

- Toma y registro de temperatura axilar cada 6 horas
- Baño diario con aseo dental, corte de uñas y aseo perianal
- Cambio diario de ropa
- Uso de ropa de algodón
- Toma y registro de peso diario (Se corrobora que la mamá cuenta con báscula portátil)
- En caso de presentar úlceras bucales se recomienda el uso de enjuagues con anestésico local.
- Evitar la exposición al sol
- Lubricar de manera generosa la piel
- Uso de gorro o turbante

### **DIETA**

- Dieta rica en calorías, proteínas e hidratos de carbono (carne, pollo, pescado, cereales, leguminosas)

- Alimentos ricos en hierro, verduras de hojas verdes previamente desinfectadas
- Evitar la ingesta de carne, fruta y verdura fresca.
- Proporcionar comidas pequeñas y frecuentes no condimentadas.
- Realizar enjuagues bucales si se presenta el vómito
- Si presenta vómito iniciar nuevamente con líquidos, cuando los tolere, proporcione galletas o pan tostado, introduzca dieta blanda
- Posición de Fowler durante la toma de los alimentos con cambios de posición lentos para evitar la presencia de mareo.
- Limpieza con toalla sin perfume o alcohol
- Aplicar crema de manera suficiente en esa región y cuando sea posible deje descubierta el área
- Si sucediera la caída abundante del cabello, cubrir la cabeza con un gorro o turbante para evitar la exposición al sol
- Reducir o eliminar la exposición al sol
- Mantener las uñas cortas evitar el cortado al ras, no cortar la cutícula y no rascarse
- Tratar de que la ropa de uso diario sea de algodón, holgada, fresca y cómoda

## **DATOS DE ALARMA**

Acudir al servicio de urgencias de esta institución o la unidad clínica más cercana a su hogar en caso de que el paciente llegará a presentar:

- Escalofríos, rigidez o irritabilidad
- Temperatura mayor de 37.5°
- Piel o labios secos, además de la disminución en el número de micciones
- Presencia de diarrea (se recomienda anotar el número y características de las evacuaciones)

## **IX. CONCLUSIONES**

Al realizar un plan de atención de un niño con Linfoma de Hodgkin se aplicaron los conocimientos de Enfermería obtenidos en el transcurso de la especialización en Enfermería Infantil, conocimientos que proporcionan al profesional de Enfermería las bases suficientes para sustentar su hacer en el cuidado del niño, en este caso un paciente con Linfoma de Hodgkin.

Realmente se logró proporcionar un cuidado integral ya que aunado a los conocimientos se logra participación y habilidad en el cuidado individual que solo se adquiere una vez que se ha realizado dicha especialización, se realiza el cuidado desde otra perspectiva que le da una característica especial de humanista y de calidad.

Al concluir la especialización en Enfermería se abren nuevos horizontes que le brindan al profesional de Enfermería oportunidades gratificantes al observar la mejoría del paciente con los cuidados proporcionados.

La Enfermera especialista en Enfermería Infantil que tenga a su cargo paciente con algún tipo de cáncer debe tener una especial visión de la información, la familia, el niño, los cuidados enfermeros y el equipo multidisciplinar.

El cuidado del niño requiere la presencia del profesional de enfermería en todo momento aún en los momentos de bienestar.

## **X. SUGERENCIAS**

El hacer diario de enfermería requiere una base amplia de conocimientos que le permitan fundamentar dicho hacer por lo cual se sugiere como medio de titulación para la especialización la realización de estudios de caso basados en el cuidado específico, especializado e individualizado de un paciente al cual se le proporcionara atención acorde a las necesidades encontradas como alteradas y que requieren priorizar el cuidado.

El programa tutorial dentro de la especialización en Enfermería Infantil debería establecer acompañamientos dirigidos dentro del área de hospitalización tanto del tutor académico como de los tutores clínicos para que de esta manera el alumno se enriquezca con los conocimientos de ambos, para proyectarlo en el cuidado del niño.

Fortalecer los conocimientos adquiridos a través del programa de enseñanza a través de residencias en otras sedes como el Hospital Infantil de México.

Continuar el seguimiento del estudio por los alumnos de las generaciones que preceden para así determinar la acertividad en los cuidados proporcionados.

## **XI. BIBLIOGRAFÍA**

**FERNANDEZ**, Ferrín Carmen. Enfermería Fundamental. Edit. Masson, Barcelona España. 2000. pp. 422.

**GAMES**, Eternod, Juan. Introducción a la pediatría 6ª edición, Méndez Editores. México, D.F. 2003. PP. 9060.

**GANONG**, William. Fisiología médica. Manual Moderno, 16ª edic. México, D.F. 1998. P.p. 981

**GUYTON**. Fisiología y Fisiopatología. Interamericana, 6ª edición. México, D.F., 1998. pp. 729

**HAY**. Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico 10ª edición. Manual Moderno. México, D.F. 2000. pp. 756.

**INP**. Pediatría Médica. Ed. Trillas. México, D.F. 1994. pp. 729

**KIMBER**, Diana. Manual de anatomía y fisiología. La Prensa Médica Mexicana. México, D.F. 1983 PP.776

**KOZIER**, Erb Olivieri. Enfermería Fundamental. 4ª edición, Mc Graw Hill, Interamericana, México, D.F. 1994, Tomo I- VI

**LOREDO**, Abdalá Arturo. Medicina interna Pediátrica. 3ª edición. Mc Graw Hill Interamericana. México, D.F. 1996. pp. 548

**LUIS RODRIGO**, María teresa. De la Teoría a la Práctica. Masson, 2ª edición, Barcelona, España, año 2000, p.p. 187.

**MARTÍNEZ** y Martínez Roberto. La salud del niño y el adolescente. Manual Moderno. 4ª edición. México, D.F. 2001. pp. 1725

**MARRINER**, Tomey Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Harcourt. 4ª edición. Madrid, España, 1999. PP. 553

**MERENSTEIN**, Gerald. Manual de Pediatría. 15ª edición. Manual Moderno. México D.F. 2000 pp. 910.

**NORDMARK**, Rohweder. Bases científicas de la Enfermería. 2ª edición. Manual Moderno, México, D.F. 1997. pp. 712.

**OTTO**, Shirley. Enfermería Oncológica. Mosby, 3ª edición. Barcelona, España, 1999. pp. 886

**RIOPELLE**, Lise. Cuidados de Enfermería. Mc Graw Hill- Interamericana. Madrid, España. 1997. pp. 352

**RIVERA**, Luna Roberto. El Niño con Cáncer. Mosby-Doyma. Madrid, España. 1994, pp. 284

**ROSALES**, Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería. 2ª edición, Manual Moderno, México, D.F. 1999. pp. 555

**SEIDEL**, Henry. Exploración Física. Mosby. 3ª edición. Barcelona España. 1999. pp.929

**SCHULTE**, Price James. Enfermería Pediátrica. 7ª edición. Interamericana. México, D.F. 1999. pp. 523.

**THEMA**. Atlas de Anatomía Humana. Cultural, S.A. Madrid, España. 1990. pp.112.

**TORTORA**, Gerard. Anatomía y Fisiología. Oxford, University Press. 9ª edición. México D.F. 2002. pp. 999

**TUCKER**, Susan. Normas de Cuidados del Paciente. Harcourt, Barcelona, España, 1998. Tomo I, pp.370.

<http://www.linfoma.roche.es>

<http://www.hospitalique.que>

<http://.db.doyma.es/cgi/bin/wdbcgi>

[http:// www monografías.com/trabajos](http://www.monografias.com/trabajos)  
<http://www.institutodanone.org.mx>  
[http://www.cancer.gv/español](http://www.cancer.gv.español)  
<http://www.revistapediatria.cl/vol2num2>  
Doyma.es/cgi/bin/wolbcgi  
Doyma.JanoOnline20062002



## **XII. ANEXOS**

### **ANEXO 1: IMPACTO DEL INGRESO (Diario de un niño)**

*Os voy a contar mi historia. De cómo un día me ingresaron y dejé el colegio. De la soledad, el dolor, la rabia, la desorientación...; las transformaciones hasta de las caras de mis padres... De las caras nuevas que han ido apareciendo en mi vida, de artilugios desconocidos totalmente para mí, que hasta aquel momento sólo conocía los juguetes.*

*La monotonía... estoy parado, no puedo moverme, estoy atado a un gotero. Tengo miedo hasta de respirar, no sea que se salga... ¡Duele tanto al ponerlo! Anduvieron buscándome la vena. Yo no me había dado cuenta de que tenía venas hasta este momento. Además las hay buenas y malas, porque la enfermera ha dicho: ¡"tiene unas venas malísimas..."! Me paso el día durmiendo. A veces me hago el dormido para que no me toquen... Tengo miedo...*

*Me molestan los lloros de otros niños. Yo no lloro por fuera, pero lloro por dentro. Así nadie se entera y no vienen a ver que me pasa. No sé cuando saldré de aquí... Creo que no volveré al colegio.*