



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

ESTUDIO DE CASO

“ CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN ESCOLAR CON LEUCEMIA
LINFOBLASTICA AGUDA BASADO EN LA FILOSOFIA DE VIRGINIA
HENDERSON ”

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL
P R E S E N T A:
L. E. O. IMELDA YADIRA SALAZAR HERNÁNDEZ

TUTORAS: LIC. ENF. ISABEL GOMEZ MIRANDA
LIC. ENF. GUILLERMINA MORALES GALVAN.



MÉXICO, D. F.

2007



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.

DEDICATORIA

A Dios:

Por bendecirme con todos los dones y virtudes que me haz confiado desde el momento en que decidiste, a través de mis padres a asomarme a esta gran aventura que es el la vida con el deseo y promesa de servir en todo momento a mis semejantes.

A mi Yoli dinda:

Que me haz brindado la oportunidad maravillosa de existir y de sentirme tan privilegiada y mucho muy afortunada de tenerte a mi lado y que le agradezco infinitamente a Dios que me tocaras tú como mi mami, hemos vivido tantas cosas que sabemos cuanto nos unen y que el amor que te tengo va más haya de lo que se pueda expresar.

Recuerda que cada logro, cada esfuerzo, cada peldaño que escale, son tuyos también, porque me haz enseñando a levantarme después de la tormenta y que existe de nuevo el sol con un amanecer más prometedor cada día. Gracias a ti he aprendido a vivir y disfrutar la vida.

Te amo con todas mis fuerzas, eres mi corazón entero, el motor de mi vida, la luz que guía mi existencia.

A mi hermano Francisco Michel :

Por escucharme y dedicarme ese espacio en tu corazón y esperando que siga creciendo esa motivación de superación de vida, de aprovechar el tiempo presente y oportunidades y sé que así será. CARPE DIEM!!!

Te amo profundamente fitzy.

A papá, y hermanos Blanca y Pedro:

Les amo cada uno es tan importante y especial en mi vida ,gracias por ser parte de mí.

“ Si lloras por haber perdido el sol, las lágrimas te impedirán ver las estrellas”

**Rabrandanath Tagore
Poeta hindú**

AGRADECIMIENTOS

A las coordinadoras de la especialidad en enfermería infantil:

Lic.Enf. Isabel Gómez Miranda, Lic.Enf. Guillermina Morales Galván, por haberme abierto las puertas a través del INP para la realización de la especialidad y de otorgarme siempre de su valioso tiempo, compromiso y dedicación en todo momento.

A las tutoras clínicas:

L.E.O. Edith Carrillo, L.E.O. Sara Huerta, E.E. Aidé Lazcano, E.E. Margarita Zavala, por la disponibilidad que tuvieron para asesorarme en la práctica clínica, así como de compartir con sencillez sus conocimientos y experiencia.

A Luis.D.N.S:

Por haber tenido la fortuna de conocerte y de cuidarte cuando enfermaste, siempre estas en mis oraciones.

INDICE

	PAG
I. INTRODUCCION	1
II. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERICA DEL CASO	3
III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	7
IV. FUNDAMENTACIÓN TEORICA DEL CASO	
4.1. Antecedentes	8
4.2. Leucemia Linfoblástica Aguda	14
4.2.1. Etiología	14
4.2.2. Características clínicas	16
4.2.3. Diagnóstico	18
4.2.4. Tratamiento	19
4.2.5. Pronostico	22
4.3. Teoría de enfermería	25
4.4. El proceso de enfermería	41
4.5. Principios éticos	52
V. ESQUEMA METODOLOGICO	
5.1. Valoración de enfermería	54
5.2. Variables e indicadores a evaluar	54
5.3. Fuentes de información	54
5.4. Método utilizado	55
5.5. Instrumentos para la recolección de datos	55
5.5.1. Análisis de la aplicación de la historia clínica de enfermería	56
5.5.2. Cuadros elaborados de las 14 necesidades	58

VI. RESULTADOS	60
6.1. Diagnósticos de enfermería	61
6.2. Jerarquización de necesidades	62
6.3. Plan de intervención de enfermería	66
6.4. Plan de alta	81
VII. CONCLUSIONES	83
VIII. SUGERENCIAS	84
IX. BIBLIOGRAFIA	85
X. ANEXOS	
10.1. Instrumento de valoración de las necesidades básicas en los adolescentes de 6 -12 años	87
10.2. Percentilas niños peso y talla 2 a 13 años del INP	94
10.3. Escala de Morray.	95
10.4. Consentimiento informado	96

I. INTRODUCCIÓN

Tan lejos como podamos remontarnos en la historia de la profesión, la enfermera siempre se ha simbolizado como la persona que ayuda a las personas en su entorno a curar sus heridas y a cuidarlas en sus enfermedades. Es decir que la profesión de enfermería está por naturaleza orientada a la asistencia de aquellos que tienen necesidad de cuidados e incluye también una búsqueda de conocimientos. El sistema de creencias y la comprensión determinan su forma de pensar sobre un fenómeno o situación, y la forma de pensar define en gran medida su manera de actuar. Como la enfermería profesional puede definirse como un proceso de acciones que tienen el propósito entre la enfermera y la persona, la enfermera debe comprender la definición, objetivos, importancia.

La enfermera desea conocer las necesidades de la persona, al igual que las manifestaciones de dependencia generadas por la no satisfacción de ellas, puede recoger informaciones pertinentes a través de diversas fuentes tales como; el expediente, la familia de la persona. Con esta denominación podemos afirmar que constituye principalmente una relación de ayuda.

En base a lo anterior el presente estudio de investigación se centrará en un estudio de caso el cual tiene por objeto implementar el proceso atención enfermería en base al modelo de atención basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Para desarrollar este estudio se seleccionó un paciente del Instituto Nacional de Pediatría del Servicio de Hematología, con diagnóstico médico de Leucemia Linfoblástica Aguda.

Así mismo se hizo una búsqueda bibliográfica sobre dicho padecimiento, en donde el cáncer es uno de los problemas de salud prioritarios en México, como una de las principales causas de mortalidad entre la población mexicana, ya que alrededor de un tercio de los cánceres en edad pediátrica, corresponde a las leucemias, predominantemente la Leucemia Linfoblástica Aguda, seguidas por tumores del Sistema Nervioso Central y, en tercer lugar los linfomas, según datos del propio instituto.

La supervivencia del niño con cáncer ha mejorado en forma significativa en los últimos 20 años, a tal grado que en E.U. se considera que el infante tiene la posibilidad de curación en más del 80%. Estas cifras pueden ser semejantes en México, siempre y cuando los niños con estos padecimientos sean tratados por especialistas en instituciones de tercer nivel de atención. Además, si la prevención o detección temprana se realiza en forma sistemática, tres cuartas partes de las neoplasias malignas de la infancia se pueden curar con las medidas terapéuticas disponibles.

Sin embargo, una gran proporción de ellos no llega a las instituciones especializadas o llegan en forma tardía o bien abandonan el tratamiento y, por lo tanto, la mortalidad es elevada.

Por lo tanto se considera necesario implementar el Proceso de Enfermería a este paciente por las repercusiones que se marcan en la infancia y adolescencia llegando a afectar su desarrollo físico, psicológico y social.

Al realizar la investigación se desarrollan los siguientes puntos: la selección genérica del caso, sus objetivos, así como antecedentes; en donde se revisan los artículos de enfermería relacionados con el estudio de caso y se menciona la importancia del modelo de Virginia Henderson donde a partir de las 14 necesidades básicas y el atender a ellas se lleva a cabo la implementación del modelo de enfermería en una forma holística, donde se abordarán algunos datos sobre la patología.

Posteriormente se revisará la valoración de enfermería sobre la base de los datos obtenidos, se diagnosticará y se planearán las intervenciones necesarias para la atención óptima del paciente.

Finalmente se concluirá si el modelo de atención de Virginia Henderson es aplicable en el área de pediatría en un caso clínico específico y cumple con la demanda para dar una atención de calidad y calidez al paciente pediátrico y su familia. Se agregan por último sugerencias, la bibliografía consultada para este estudio de caso así como anexos.

II. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CASO

Para la realización del presente estudio de caso se selecciono a Luis D.N.S un escolar masculino de 11 años, en el servicio de Hematología del Instituto Nacional de Pediatría con Diagnóstico médico de Leucemia Linfoblástica Aguda procedente de Zitacuaro, Michoacán.

Luis proviene de una familia de bajos recursos, habitan en casa propia, el tipo de construcción es de adobe y cemento, techo de lámina, 2 cuartos donde viven 9 personas en hacinamiento, cuenta con los servicios de agua entubada y luz. La disposición de excretas la realizan en una fosa séptica, no hay convivencia con animales.

Luis es el 5to de siete hermanos todos ellos con educación básica incompleta y aparentemente sanos.

En cuanto a los ingresos económicos el padre es la única fuente, quién gana \$ 1.900 al mes como jornalero

Como antecedentes patológicos de importancia destacan una abuela paterna con Diabetes Mellitus y una prima paterna con L.L.A.

En cuanto a datos del nacimiento se trato de un embarazo normoevolutivo, sin control prenatal, producto de la gesta V, obtenido por parto eutocico. Peso al nacer: 3.800 grs Talla al nacer no se acuerda la madre; Lloró y respiro al nacer. Ignora APGAR y Silverman, no refiere datos de hipoxia al nacimiento.

La madre niega otras enfermedades que haya presentado su hijo, como exantemáticas, diarreicas, o gripales.

Luis inicia su padecimiento el 25 de octubre del 2005, con epistaxis persistente, fiebre de 38° C, disminución de peso, pérdida del apetito, malestar general, vómitos, por lo que la madre le proporciona remedios caseros para quitar el malestar, y al notar que no cede el padecimiento, acude con un médico de una clínica en Zitacuaro, quien le realiza algunos exámenes de laboratorio destacando la presencia de hiperleucocitosis con 410 600, blastos 36%, hb 7.8, hto 24.9, plaquetas 27 mil, con lo cual detecta L.L.A, no recibiendo hasta ese momento ningún tratamiento inicial, por lo que solicita su traslado al INP, ingresando el día 10 de noviembre del 2005 al servicio de Urgencias realizándose estudios para confirmar L.L.A. con punción lumbar y biopsia de médula ósea, el día 11 nov 05 y se inicia con 1era dosis de quimioterapia intratecal con metrotexate 15 mg, ciclofosfamida 1150mg IV, vincristina 2 mg iv en bolo, hidrocortisona 120mg y Zofran 8 mg previo a quimioterapia, presentando lisis tumoral. El cual se trata con alopurinol, y soluciones alcalinizantes, al detectar niveles de creatinina elevados con datos de afectación renal, hipercalcemia e hiperuricemia, se inicia diálisis peritoneal, se realiza leucoferesis, y se inicia periodo de ventana de quimioterapia manejándose con dexametasona,

El día 19 de noviembre ingresa a Hematología con diálisis realizando últimos baños y se retira catéter presentando hipertensión arterial controlándose a base de Nifedipino SL y control de líquidos, en ayuno y NPT central.

Posteriormente el día 24 de nov-05 inicia tolerancia a la vía oral, tolerando satisfactoriamente, por la tarde continua con dieta blanda.

El día 24 de noviembre se selecciona el caso de Luis realizándose una valoración inicial de enfermería y posteriormente otras cuatro de tipo focalizadas, se le realiza la siguiente medición de constantes vitales y de somatometría.

Signos vitales: Tensión arterial: 110/70, Frecuencia cardiaca: 88x, Frecuencia respiratoria: 20x, Temperatura: 36.8 C

Somatometria: Peso: 27. 500 grs Talla:1.31 cms Perímetro abdominal: 54 cms Torácico: 67 cms. Del brazo: 17 cms.

Luis escolar masculino, conciente, orientado, cooperador, con edad aparentemente a la cronológica, pérdida del cabello, por quimioterapia, con resequedad de piel, y palidez generalizada, así como Petequias en diferentes zonas del cuerpo, con pupilas isocóricas normorreflexivas, narinas con rastros de sangre seca, con mucosa oral con datos de mucositis, cuello sin adenopatías, tráquea central y móvil, campos pulmonares limpios y bien ventilados, con buena entrada y salida de aire, ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad, sin alteraciones, con abdomen blando depresible, sin dolor ni visceromegalias a la palpación, peristalsis disminuida, ano y genitales normales, sin alteraciones, extremidades íntegras, con fuerza reflejos y movilidad conservada.

Con esta valoración se detectaron alteradas las siguientes necesidades:

- Necesidad de alimentación: Entre los datos que se encontraron para detectar esta necesidad como alterada se encuentran la mucositis oral, ocasionándole por consiguiente dolor a la deglución de los alimentos, así como talla y peso bajos para la edad.
- Necesidad de hidratación de la piel: Los datos indicativos en esta necesidad fueron la resequedad en la piel, poca ingesta de líquidos
- Necesidad de recreación: Luis se encontraba apático y con tristeza, que la manifestaba con una actitud un tanto indiferente con el medio hospitalario.

Así el día 25 nov-05 continua con adecuada tolerancia a la dieta, disminuyo considerablemente la mucositis que presentaba y pronto se daría de alta para continuar el día 28 nov con la quimioterapia.

El día 26 nov 05 se pretendía su egreso, pero al retirarle el catéter yugular presenta reflejo vagal, provocándole paro cardiorrespiratorio con duración de 3 min que revierte a una dosis de adrenalina y RCP, por lo cual se le realiza intubación orotraqueal y se

conecta a ventilador de volumen con los siguientes parámetros: Modo: IMV (Ventilación mandataria intermitente). Volumen circulante: 150, Ciclados 16 X', PI/PEEP: 18/3, FiO2: 40%. Gasometría arterial: PH 7.44, PO2: 63.9, PCO2: 42.8, HCO3: 28.4, lactato 22.

Se monitoriza se mantiene con T: 37.5° C. T/A: 90/60. Sat. 99%. Instalación SNG y Sonda Foley.

El tratamiento que recibe en este momento fue el siguiente:

Ayuno

Sol. Glucosada 5% 500ml + Nacl 17.7% 12 ml + kcl 20 meq para 95 ml/hr

Dexametasona 3 mg IV c/ 8 hrs

DFH 65 mg IV c/ 6 hrs

Ranitidina 50 mg IV c/ 6 hrs

Omeprazol 30 mg IV c/ 24 hrs

Furosemide 30 mg IV c/ 12 hrs

Cefalotina 700mg IV c/ 4 hrs

Metamizol 300mg IV PRN

Vit K 3 mg IV c/ 24 hrs

Nifedipino 5mg SL PRN en caso T/A diastolica >110

Se encuentra en este momento con alteración al estado de conciencia, con apertura ocular solo al dolor y esporádicamente, SNG drenando liquido biliar, cánula orotraqueal conectado a ventilador, campos pulmonares con rudeza respiratoria y estertores, tiraje intercostal, con FR 16, con instalación de sonda de foley a derivación, extremidades inferiores con debilidad y hemiparesia de lado izquierdo.

En este momento debido al estado de gravedad de Luis se vieron afectadas todas las necesidades fundamentalmente la de oxigenación.

El día 30 nov lo extuban, dejándole mascarilla y nebulizador continuo oxígeno a 80%, con apertura ocular esporádicamente y ante la orden, al siguiente día le inician líquidos por SNG, tolerándolos hasta el momento adecuadamente.

El día 1 dic 05 le inician dieta líquidos por SNG, con adecuada tolerancia, le retiran Sonda de Foley

El día 2 dic.05 continua con tolerancia a los líquidos y formula por SNG. Así mismo se mantiene al paciente desde el día 1 dic hasta el día 19 dic-05 bajo aislamiento protector por contacto por varicela, sin cultivos positivos y con signos vitales dentro de los parámetros normales.

Hasta aquí es donde termina mi plan de cuidados no así el seguimiento de este estudio de caso que se realizó hasta su egreso el 18 marzo 2006.

El día 2 dic-05 se Dx con EVC aterotrombotico con Pb. Amaurosis, afebril, conciente, distingue sombras.

El 19 dic 05 Le proporcionan terapia intratecal, inicia la terapia de inducción a la remisión.

Para el 20 dic 05 El servicio de Oftalmología encuentra en ojo izquierdo hemorragia macular con infiltración a SNC.

El 24 dic 05 Ingresa al servicio de Terapia Intensiva por presentar Choque séptico, con 38-39°C, hipotensión 70/50 y taquicardia, manejándose con 2 cargas de vol. Sol. Fisiológica 20 ml/kg y paquete globular y conectándose nuevamente a ventilación mecánica de tipo controlada, con Fio2 60%, Vol. 10 lts, FR 20, PI/PEEP 20/5, se encuentra así mismo con un índice de Kirby 295, se instala dopamina 10 mcg/kg/ min para control hipotensión, se relaja con vecuronio y midazolam 200 mcg.

El día 7 enero 06 presenta úlceras de presión en cuello y espalda, pendiente quimioterapia por riesgo de infección y tiempos prolongados.

El 20 enero 06 Recibe un ciclo de metotrexate y recupera la agudeza visual.

El 26 enero 06 Rehabilitación proporciona ejercicios especiales en las 4 extremidades, depende parcialmente para el aseo y vestido, come solo, no corre ni sube y baja escaleras.

El 18 marzo 06 Egresas del INP continuando con citas a Rehabilitación, Terapia Física, Salud Mental, Hematología.

Así mismo para el día 4 mayo 06 Le realizan TAC de orbitas encontrando recaída en ambos nervios ópticos y retina con disminución en la agudeza visual, por lo que se inician 12 sesiones de Radioterapia desde el día 9 de mayo al 24 mayo.

III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

GENERAL

- Realizar un estudio de caso a un escolar con leucemia linfoblástica aguda con alteración de las catorce necesidades, con base en la filosofía de Virginia Henderson.

ESPECIFICOS

- Hacer el seguimiento del paciente con alteración de las catorce necesidades, para brindarle los cuidados especializados que requiere
- Desarrollar un proceso enfermero en base a la detección de las necesidades alteradas en un escolar con leucemia linfoblástica aguda.

Realizar un plan de alta de enfermería que sirva como guía para la familia del paciente

IV.FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO

4.1 ANTECEDENTES

Actualmente el cáncer infantil en el ámbito mundial constituye un problema de salud tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

El cáncer es una enfermedad curable en más del 70% de los casos si se detecta a tiempo, en tanto su frecuencia se da en individuos de 0-18 años de edad en países industrializados es de 130 a 150 casos por millón por año.

En tanto que en la República Mexicana se dan 122 casos por millón por año y una prevalencia del sexo masculino.¹

Las leucemias son el grupo de padecimientos malignos más frecuentes en la edad pediátrica, y dentro de estas las de tipo Agudas Linfoblásticas constituyen un grupo proteiforme de entidades, originándose en la médula ósea.

Por estudios epidemiológicos se ha determinado que la frecuencia de leucemia es de 5 casos nuevos por 1 000 000 niños. Por lo tanto la incidencia de este padecimiento es de 1 niño enfermo por cada 2 000 niños sanos.² Se estima que existen poblaciones de alto riesgo, cuya probabilidad de desarrollo de leucemia aguda es mayor que la población en general; tal como ocurre con los hermanos de niños con leucemia, cuya frecuencia incrementa más sobre la población en general.

A continuación se dan a conocer algunas estadísticas mundiales como nacionales de cáncer infantil, entre las más significativas destacan las siguientes:

Prevalencia de Neoplasias malignas en población pediátrica³

Diagnóstico	México (a)	E.E.U.U (b)	Inglaterra (b)
Leucemia	%	%	%
Linfomas	34.4	30	31
Tumores del SNC	19.5	19	12
Retinoblastoma	10.0	3.0	20
Tumores óseos	8.5	5.0	2.0
Tumores renales	6.5	6.0	5.0
Sarcomas de partes blandas	5.6	7.0	6.0
Neuroblastoma	4.8	6.0	-
Histiocitosis CL	2.7	-	-
Otros	1.5	9.0	-
	1.4		24

¹ Registro Histopatológico de Neoplasias de la Dirección General de Epidemiología S.S, 2001

² RUIZ MARTINEZ ADELA. Padecimientos linfohematopoyéticos malignos. Congreso de Enfermería Pediátrica. INP.2000.

³ Registro Histopatológico de Neoplasias DGE, SSA; b)Miller BA y Cols; Bethesda NCI. 2001

Mortalidad por cáncer en la población preescolar y escolar en la República Mexicana⁴

Grupo de Edad	Lugar	No. defunciones	Tasa
Infantil	18°	79	2.9
Preescolar	6°	475	5.4
Escolar	2°	1651	7.6
Total		2205	

Mortalidad infantil Principales Causas

Edad	Causa	Tasa x 100,000
1-4 años	Accidentes	20.0
	Congénitos	5.9
	Infecciones	4.5
	Cáncer	3.8
	Enf. Cardiovascular	2.1

Edad	Causa	Tasa x 100,000
5-14 años	Accidentes	12.5
	Cáncer	3.5
	Enf. Cardiovascular	4.5
	Suicidio	0.8

⁴ Compendio de Mortalidad 2000, DGEI, SSA

Incidencia de neoplasias malignas en pediatría (x millón) En niños menores de 14 años en diferentes regiones del mundo⁵

Región	Masculino	Femenino	Ambos
Norteamérica	132	112	122
Latinoamérica y Caribe	125	112	122
Asia	101	77	89
Medio Oriente	122	90	106
Europa	134	106	120
Oceanía	150	114	132
Países en desarrollo	118	91	105
Países desarrollados	139	111	125

El Instituto Nacional de Pediatría de la SS atiende en forma anual 450 pacientes con diagnóstico de Cáncer de primera vez y 5,000 pacientes subsecuentes

Ahora en cuanto a estudios relacionados, entre los más interesantes destacan uno realizado en Chile por la Revista Pediátrica Chile en mayo 2000, llamado Leucemia Linfoblástica Aguda características al diagnóstico en 100 niños, se comenta que la LLA se puede presentar como cuadro agudo o insidioso, como hallazgo en el hemograma de un niño casi asintomático o como paciente grave con anemia y/o hemorragia, y/o infección severa. Los síntomas y signos pueden ser secundarios a la falla medular y/o a la invasión de tejidos. La insuficiencia medular es producida tanto por la invasión por blastos como por la inhibición del tejido hematopoyético normal que estos pueden inducir. La insuficiencia medular es la responsable de la anemia, que se expresa en palidez y decaimiento; de la neutropenia que se asocia con gran frecuencia a síndrome febril e infección, y de la trombopenia que provoca los sangramientos. La invasión de tejidos se expresa en la visceromegalia, adenopatías y dolor óseo. El dolor abdominal puede ser secundario a la distensión de la cápsula hepática o esplénica y también por infiltración de adenopatías mesentéricas.⁶ La hipertensión arterial es secundaria a la infiltración renal y puede acompañarse de nefromegalia. El dolor óseo es producido, inicialmente, por expansión medular con aumento de la presión intraósea por la infiltración blástica la que luego progresa y alcanza el periostio; en general se produce en las zonas con mayor irrigación sanguínea y con mayor crecimiento metafisiario. En la

⁵ Parkin DM y col. IARC, LYONS, 1999, Pub No. 87

⁶ Revista Pediátrica. Leucemia Linfoblástica Aguda, Chile 18 mayo 2000

primera etapa no hay alteraciones radiológicas pero posteriormente se encuentran bandas metafisiarias, lesiones osteolíticas, osteopenia y osteoesclerosis. Estas alteraciones pueden aparecer antes que se altere el hemograma.

La leucemia casi siempre se presenta como una mezcla de varios síndromes básicos: anémico (el más frecuente), febril, hemorrágico, tumoral y dolor (óseo). En esta casuística 66% tenía palidez, la mitad de ellos además tenía fiebre y 1/3 tenía hemorragias; en 18 casos se asoció a dolor óseo y en 10 a aumentos de volumen. Sin embargo hubo 14 pacientes cuyo único síntoma fue la palidez, siendo en ellos muy importante la evaluación del examen físico y el hemograma. La fiebre es un síntoma muy frecuente y en esta revisión se evidencia que el análisis del hemograma es muy importante, pues de los 60 casos con fiebre 42 tenían neutropenia, 17 presencia de blastos y uno anemia. En 4 de estos 60 niños la fiebre fue el único síntoma y en todos ellos el hemograma mostró neutropenia. La fiebre cuando se asocia a neutropenia siempre debe considerarse de origen infeccioso, ya que si no se maneja adecuadamente con antibióticos por vía parenteral, se asocia a alta mortalidad. La infección es secundaria a la neutropenia y depende del grado y tiempo de duración de esta. En esta serie 90% de los niños con neutropenia severa tenían fiebre y sólo 50% de los pacientes con neutrófilos $> 100/\text{mm}^3$ presentaron neutropenia febril. En 3/23 niños con aumento de volumen, este fue el único síntoma y en los 3 correspondía a grandes adenopatías cervicales y mediastínicas.⁷ El dolor óseo se presentó en la mitad de los casos asociado a palidez o fiebre, sólo 2 pacientes presentaron este síntoma en forma aislada retrasando el diagnóstico de LLA. El dolor abdominal estuvo asociado a fiebre en 2/3 de los casos, a palidez en 11/17 y en ninguno fue síntoma único; en 12/17 se palpaba hepatomegalia, en 4 el bazo y en otros 4 ambos. La frecuencia de visceromegalia, adenopatías y compromiso cutáneo es la habitual.⁸

El hemograma es el examen que permite sospechar el diagnóstico en la mayoría de los pacientes, en especial cuando las 3 series están alteradas y hay presencia de blastos, lo que ocurrió en el 67% de este estudio.

En conclusión, una historia clínica y un examen físico detallados junto a la interpretación adecuada del hemograma permiten sospechar el diagnóstico de LLA en la mayoría de los casos, siendo el pediatra quien realiza esta sospecha. Para confirmar el diagnóstico se debe realizar el mielograma en un centro que permita el estudio y tratamiento adecuado del paciente, lo que le dará una alta probabilidad de curación.

La LLA es hoy una patología con alta probabilidad de curación, pero esto depende de que el diagnóstico sea precoz y el tratamiento sea el adecuado.

⁷ Revista Pediátrica. Op.cit. pág.34

⁸ Revista Pediátrica. Op.cit. pág.35

Por otra parte en otro estudio realizado en Barcelona en 1999, por Investigadores del Hughes Institute de St. Paul (Estados Unidos) publican en "Proceedings of the National Academy of Sciences" que gran parte de los niños que desarrollan leucemia linfoblástica aguda, que es el tipo de cáncer infantil más frecuente, pueden presentar defectos en un gen conocido como Ikaros.

Detectaron una mutación en este gen entre niños afectados por este cáncer, así como formas defectuosas de la proteína que produce dicho gen. Del correcto funcionamiento del gen Ikaros depende el desarrollo normal de los leucocitos. Los autores estudiaron células de la médula ósea de 12 niños recién diagnosticados de la enfermedad, la mayoría menores de 6 meses. En primer lugar, encontraron que esas células contenían formas anormales de la proteína Ikaros que no se enlazaban con el ADN. Por el contrario, las células de niños sanos sólo contenían formas de la proteína que enlazaban con el ADN, un proceso fundamental para el desarrollo de leucocitos sanos, según los investigadores.⁹

A 7 de los niños se realizaron análisis genéticos para estudiar más detalladamente el gen Ikaros. En 6 de los 7 encontraron la misma mutación.

Concluyen que la producción de formas anormales de la proteína Ikaros conduce a la producción de leucocitos anormales. Pero además, sugieren que tales leucocitos presentan predisposición para transformarse en células leucémicas.

La utilidad práctica del descubrimiento puede ser importante. Mientras la detección de proteínas Ikaros anormales puede servir para monitorizar la evolución de los niños sometidos a tratamiento, futuros compuestos que corrijan los errores en la expresión del gen Ikaros podrían emplearse para tratar y prevenir la leucemia linfoblástica aguda

Así mismo en cuanto a estudios de enfermería relacionados me encontré con varios entre los cuales me llamaron más la atención los presentados durante el Congreso Nacional de Pediatría realizados en el INP el primero de estos el 16 de noviembre del 2000 titulado " Nuevas alternativas para el cuidado del niño con padecimientos oncológicos " este artículo nos menciona que el tratamiento que se da a los padecimientos onco-hematológicos dentro del INP son principalmente la quimioterapia y la cirugía, la primera modalidad busca obtener un mayor efecto terapéutico y el menor efecto tóxico y en recientes años se ha logrado la introducción de la inmunoterapia con éxito, así como el uso de catéteres de estancia prolongada y de los dispositivos subcutáneos de tipo Port-O-cath. Así mismo los laboratorios ofrecen a través de los infusotes la posibilidad de aplicación de quimioterapia de manera externa bajo ciertos lineamientos, sin necesidad de estar en el hospital, en cuanto a la modalidad de cirugía se consigue hoy en

⁹ HUGHES INSTITUTE DE ST. PAUL . "Proceedings of the National Academy of Sciences". Barcelona, 1999.

día el salvamento de extremidades a través de la colocación de prótesis; así como la esterotaxis aplicada a pacientes con tumores del SNC.¹⁰

Así mismo la creación de una clínica del dolor y futura apertura de una unidad de cuidados paliativos traerán beneficios para dichos pacientes y sus familiares y desde luego la enfermera especialista pediatra tendrá mayor campo de acción y pacientes como Luis se beneficiaran con este servicio.

Por este tipo de modalidades el INP es ampliamente reconocido como uno de los más avanzados en América Latina, pues el número de casos que se registran cada año lo hace el centro de atención más importante en México.

Por otro lado en un trabajo libre titulado “Padecimientos linfohematopoyeticos malignos” dentro del mismo evento por la Enf. Ped. Adela Ruíz Martínez nos dice que la enfermera especialista posee los conocimientos necesarios para identificar las manifestaciones oncológicas de una manera temprana y así mismo poder planear las intervenciones pertinentes tendientes a disminuir o prever la presencia de futuras complicaciones y dar así esa atención de calidad y calidez que el niño y su familia requiere.¹¹ Y eso fue lo que se realizó en el caso de Luis, se detectaron las necesidades alteradas para posteriormente realizar un plan de intervenciones.

Así mismo otro estudio más presentado en el mismo evento pero en la emisión del año 2001, el día 9 de noviembre, titulado “Atención integral de enfermería al niño con Leucemia”. Nos habla principalmente que las acciones de enfermería a niños con diagnóstico de Leucemia, demandan amplios conocimientos, aplicación de técnicas y tiempo que van enfocadas a la preparación y administración correcta de quimioterapias, también a disminuir el dolor y la angustia del niño¹² y es aquí donde la enfermera siente un desgaste emocional al ver morir o que no responde al tratamiento su paciente y es cuando experimenta las sensaciones de desamparo, frustración, enojo y tristeza, pues su misión es la de salvar vidas más no que haya dolor y sufrimiento. Esto lo relacione con Luis pues hubo un momento en donde no respondía al tratamiento, al presentarse el evento del paro cardiorrespiratorio y el tener secuelas neurológicas, me lleno de un desgaste emocional al ver que se deterioraba.

¹⁰ ROMERO SANDOVAL, ADRIANA. Nuevas alternativas para el cuidado del niño con padecimientos oncológicos. Congreso de Enfermería Pediátrica. INP. 16 noviembre 2000.

¹¹ RUIZ MARTINEZ ADELA. Padecimientos linfohematopoyeticos malignos. Congreso de Enfermería Pediátrica. INP.2000.

¹² NIETO VAZQUEZ, LUCIA. Atención integral de enfermería al niño con leucemia. Congreso de Enfermería Pediátrica. INP. 9 noviembre 2001.

4.2. LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA

Leucemia, enfermedad que se llama también cáncer de la sangre y de los tejidos productores de las células sanguíneas. Se caracteriza por la sobreproducción de células inmaduras y atípicas de la serie blanca sanguínea, que pasan luego a los vasos. Las células blancas o leucocitos se producen en la médula ósea, el bazo, los ganglios linfáticos y otros tejidos endoteliales.

La leucemia linfocítica aguda es un trastorno primordialmente de la médula ósea, en la que los elementos formes normales son remplazados por células blásticas inmaduras o indiferenciadas. Cuando la cantidad de médula normal desaparece por debajo del nivel necesario para mantener los elementos sanguíneos periféricos dentro de límites normales, se presenta neutropenia y trombocitopenia.¹³

4.2.1 EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

La etiología exacta de la leucemia linfocítica aguda (LLA) se desconoce, aunque se cree que la radiación, los químicos, los medicamentos, los virus y las anomalías genéticas son posibles factores. Se considera que existe una correlación causa-efecto entre el virus de la leucemia de células T humanas (HTLV I) y el linfoma/las leucemias de células T, pero esto no se ha comprobado.¹⁴

Se estima que en E.U. en 1996 se presentaron 27.600 casos nuevos de leucemia repartidos por partes iguales entre leucemias agudas y crónicas. Hubo más diagnósticos en adultos que en niños (24.800 frente a 2.800). La LLA fue responsable de unas 1.600 leucemias infantiles. Las más comunes en los adultos fueron la mielocítica aguda (alrededor de 6.800) y la linfocítica crónica (unos 7.200). Esta enfermedad afectó más a los blancos que a los negros. El 20% de las leucemias agudas en los adultos es del tipo linfoblástico.¹⁵

La LLA tiene una distribución bimodal. El primer punto máximo se presenta antes de los cinco años y el segundo después de los 60, luego de haber permanecido estable desde los 20 años.

CLASIFICACIÓN

Las leucemias pueden clasificarse según la célula sanguínea o la línea celular predominante en la sangre periférica. De este modo, en la leucemia mielocítica existe un predominio de mielocitos, en la leucemia linfocítica, abundan los linfocitos inmaduros, y en la leucemia monocítica, los monocitos inmaduros.

¹³ SUDDARTH, LILIAN. *El manual de la enfermera*. Tomo V. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 1999. Pág 581

¹⁴ *MANUAL MERCK*. Ed. Harcourt. México, 1999. pág 384.

¹⁵ REEDER, S.J. *Enfermería Materno Infantil*. México. Interamericana. Mc Graw-Hill, 2000. pág 459

Hay dos formas clínicas principales de leucemia, las agudas y las crónicas. Las leucemias agudas son más frecuentes en niños y adultos jóvenes, y las leucemias crónicas en edades medias.

Es necesario clasificar las leucemias en el momento del diagnóstico para determinar el pronóstico y seleccionar la terapia.

Hallazgos físicos y resultados de laboratorio en los pacientes con LLA y LMA¹⁶

	Leucemia linfocítica aguda (LLA)	Leucemia mieloide aguda (LMA)
EXAMEN FÍSICO		
Infección	Frecuente	30% tienen infecciones graves
Hemorragia	Leve en 30% de los casos	30% tienen hemorragia 75% tienen hemorragia
Adenopatía	Presente en 80% de los casos	Poco común
Esplenomegalia	Frecuente	Presente en 25% de los casos
Hipertrofia gingival	Poco común	Presente con elementos
Hallazgos neurológicos	Cefalea, alteraciones visuales	Poco común
VALORES DE LABORATORIO		
Recuento de leucocitos	De normal a bajo 10% de leucocitos A menudo neutropénico La mayoría tiene blastocitos	Disminuido en 30% >Normal en 30% Aumentado en 30% > 50.000/mm ³ en 25 ^{1/5} 10% no tienen blastos
Plaquetas	< 50.000/mm ³ en 60% de los	< 20.000/mm ³ común
Ácido úrico	Elevado	Elevado en 50% de los casos
Dehidrogenasa láctica	Elevada	Generalmente elevada
Médula ósea		
Celularidad	Hiper celular	Hiper celular
Blastocitos	30% o más	Mavor del 30%
Elementos eritroides	Disminuidos	Aumentados
Morfología	Normal	Granulación extraña
Líquido cefalorraquídeo		
Citología: infiltración de células leucémicas en el momento de la presentación	Niños: 5% Adultos: < 10%	Presente en < 5%: riesgo

El sistema de clasificación franco-americano-británico (FAB), desarrollado en 1976 a partir de la morfología celular y la tinción histoquímica de los blastocitos, tiene aceptación universal.¹⁷ Las LLA también se subclasifican de acuerdo con las características de los fenotipos inmunológicos.

¹⁶ MANUAL MERCK. Op.cit. pág. 369

¹⁷ BEHRMAN, E.R. NELSON. Tratado de Pediatría. México. Interamericana McGraw-Hill, 1999. pág 560

El análisis citogenético define aún más las anomalías clonales específicas presentes en la leucemia aguda. La información sobre el papel de las técnicas de genética molecular y su relación con los retrovirus y los oncogenes está enriqueciendo el conocimiento sobre las características de la leucemia aguda.

Las tres clases FAB de las LLA son: la L1, L2 y L3. La clasificación L1, es la más común de las leucemias en la niñez (80%). Las células leucémicas son pequeñas, homogéneas, sin gránulos y con citoplasma escaso. La forma común de la LLA en los adultos es la clasificación L2. Al microscopio, estos blastocitos se ven más grandes y heterogéneos. La clasificación L3 no es muy común y se asemeja al linfoma de Burkitt. Estos blastocitos son grandes y homogéneos con citoplasma más o menos abundante.

Las leucemias linfoblásticas se originan en las diversas etapas de diferenciación y proliferación de los progenitores de las células B o las células T. La valoración de la reacción de las células leucémicas frente a diversos anticuerpos monoclonales específicos para diferentes tipos celulares, establece su expresión o inmunofenotipo; también se denominan estudios de marcadores de la superficie celular. Los diversos antígenos se expresan a medida que la célula madura, lo que ayuda a identificarlos.

Cerca del 75% de los casos en los adultos se originan en las células B. La mayoría expresan el antígeno común contra la LLA, o ACLLA (CD10). Se dividen en células pre-B tempranas, células pre-B células linfoblásticas B. Alrededor del 25% de los casos de LLA tienen linaje celular T, ya sean células pre-T o T.¹⁸

Clasificación inmunológica y morfológica de la LLA

Fenotipo inmunológico	Incidencia (%)		Efecto en el pronóstico	Morfología FAB
	Niños	Adultos		
Células pre-B tempranas	65-70	50-60	Favorable	L ₁ , L ₂
Células pre-B	15-20	15-25	Moderadamente favorable	L ₁
Células B	< 5	< 5	Desfavorable	L ₃
Células pre-T	10-15	6	Desfavorable	L ₁ , L ₂
Células T	< 5	20	Favorable	L ₁ , L ₂

4.2.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los síntomas iniciales más comunes son ocasionados por la anemia, la neutropenia y la trombocitopenia secundarias a la expansión rápida de la población de células leucémicas. Estos síntomas son: malestar, fatiga, dolor óseo, hemorragia, equimosis y

¹⁸ MANUAL MERCK. Op.cit. pág. 372

fiebre. El dolor, en especial en los niños, se debe al aumento de blastos en la médula ósea. La afección del SNC se presenta en el 10% de los pacientes. En la mayoría de las manifestaciones del SNC se produce infiltración meníngea, que ocasiona hipertensión intracraneal y parálisis de los pares craneales, con más frecuencia el III, IV, VI y VIII. Tanto la enfermedad cerebral parenquimatosa como la afección testicular en el momento del diagnóstico son poco frecuentes. La hipertrofia testicular puede ser unilateral o bilateral. Hay linfadenopatía en casi 80% de los pacientes. También se observa lesión del bazo o del hígado en el 70 al 75% de los casos.¹⁹

Los síntomas de las leucemias agudas son la fiebre irregular, el sangrado espontáneo por las encías, membranas mucosas o bajo la piel, y anemia de rápida evolución. Las leucemias mielocíticas crónicas se caracterizan además por el aumento del bazo, y las leucemias linfocíticas crónicas por la tumefacción de los ganglios linfáticos.

FISIOPATOLOGÍA

1. La LLA es ocasionada por el crecimiento de tipos anómalos de leucocitos no polimorfonucleares y frágiles en tejidos formadores de sangre particularmente la médula ósea, bazo y ganglios linfáticos.
2. El linfoblasto anormal muestra poco citoplasma y un núcleo redondo y homogéneo.
3. Los elementos normales de la médula ósea pueden ser desplazados o remplazados por este tipo de células.
4. Los cambios en la sangre y la médula ósea se deben a la acumulación de células leucémicas y deficiencia de células normales.
 - a. Los precursores de los eritrocitos y de los megacariocitos (de los cuales se forman las plaquetas) se encuentran disminuidos dando lugar a anemia, hemorragia prolongada e inusual, tendencia fácil a la formación de equimos y petequias.²⁰
 - b. Los leucocitos normales se encuentran notablemente disminuidos, lo que predispone al niño a infecciones.
 - c. La médula ósea es hiperplásica con apariencia uniforme debido a la presencia de células leucémicas.
5. Las células leucémicas pueden infiltrar los ganglios linfáticos, bazo e hígado, ocasionando adenopatía difusa y hepatoesplenomegalia.
6. La expansión de médula o la infiltración de células leucémicas en los huesos ocasiona dolor articular.
7. La invasión al SNC por las células leucémicas puede ocasionar cefalalgia, vómito, parálisis de pares craneales, crisis convulsivas, corma, edema de la papila, y visión borrosa o diplopía.
8. Pueden presentarse pérdida de peso, atrofia muscular y fatiga cuando las células corporales son derivadas de nutrientes, debido a las grandes necesidades metabólicas de las células anormales proliferantes.²¹

¹⁹ SUDDARTH, LILIAN. Op.cit. pág. 590

²⁰ SUDDARTH, LILIAN. Op.cit. pág. 593.

²¹ REEDER,S.J.Op cit.pág 476.

4.2.3. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA

1. Puede existir alteración del número de células periféricas y las pruebas de sangre pueden mostrar lo siguiente:
 - a. Disminución de hemoglobina, eritrocitos, hematocrito y cuenta de plaquetas.
 - b. Disminución, elevación o normalidad en el número de leucocitos.
2. La tinción de frotis de sangre periférica y de médula ósea muestra un gran número de linfoblastos y linfocitos.
3. Se efectúa punción lumbar para determinar invasión al SNC.
4. Se realizan pruebas de función renal y hepática para determinar cualquier contraindicación o precaución para la quimioterapia.
5. La radiografía de tórax permite identificar la posible presencia de tumoración mediastinal o neumonía.
6. Se efectúan estudios inmunológicos en relación con el virus de la varicela y citomegalovirus para determinar riesgo de infección.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de leucemia aguda por lo general se establece mediante una extensión de sangre periférica, aunque la evaluación de la médula ósea es esencial para corroborar el diagnóstico y obtener muestras para la tinción histoquímica, la inmunofenotipificación y la citogenética. La diferenciación entre LMA y LLA, a partir de la morfología celular, casi siempre es precisa, sobre todo si la realiza un hematopatólogo experimentado. No obstante, aún se recomiendan estudios adicionales en los pacientes recién diagnosticados.

El recuento de leucocitos oscila entre normal y bajo en la mayoría de los pacientes con LLA; alrededor de un tercio de ellos tiene un recuento inicial mayor de 20.000/mm³. Es posible observar células leucémicas en la sangre. A pesar del recuento elevado de leucocitos, el recuento absoluto de neutrófilos es bajo.²² La anemia casi siempre es un hallazgo universal; dos tercios de los pacientes tienen un recuento de plaquetas inferior a 50.000 por milímetro cúbico. El mielograma por aspiración de la médula ósea se usa para obtener el recuento diferencial, que cuantifica el porcentaje de cada uno de los componentes hematológicos de la médula. Los linfoblastos representan cuando menos el 30% de las células en la médula de los pacientes con LLA.²³

El mielograma se tiñe para definir el subtipo específico de LLA. Una porción del material aspirado se hepariniza para el análisis citogenético. Estos estudios pueden revelar ciertos patrones de reorganización o translocación genética que tienen implicaciones en el pronóstico.

²² MANUAL MERCK. Op.cit. pág. 374

²³ SUDDARTH, LILIAN. Op.cit. pág. 595

Durante el procedimiento se obtiene también una biopsia del núcleo óseo, que se utiliza para determinar la celularidad de la médula. La celularidad se refiere a la proporción entre los tejidos hematopoyético y adiposo en la médula. La cantidad de médula productora de sangre, o roja, disminuye con la edad y es remplazada por médula adiposa, o amarilla. La médula normocelular en un adulto tiene una celularidad de 30 a 40%.²⁴

La médula ósea de los adultos jóvenes y los niños es mucho más celular, en tanto que la de los adultos mayores es más adiposa. Los cambios relacionados con la edad se reflejan en el momento de definir la celularidad medular: la médula normocelular tiene una proporción normal de células hematopoyéticas y adiposas; la hipocelular tiene un número reducido de células hematopoyéticas y más elementos adiposos, y la hiper celular tiene más células hematopoyéticas y menos tejido adiposo'. El resultado de un mielograma en un paciente recién diagnosticado con LLA por lo general indica un estado hiper celular con aumento en el recuento de linfoblastos (por ejemplo, celularidad = 90%; linfoblastos = 80%).²⁵

La infiltración leucémica del líquido cefalorraquídeo (LCR) se observa en el 5% de los niños y menos del 10% de los adultos. La muestra del LCR se centrifuga y tiñe para determinar si hay células leucémicas. Un nivel bajo de glucosa o un nivel alto de proteínas pueden indicar una infiltración leucémica o un proceso infeccioso. Los pacientes trombocitopénicos pueden necesitar una transfusión de plaquetas antes del procedimiento con el fin de disminuir el riesgo de hemorragia. Es probable que los pacientes con un recuento elevado de blastos circulantes tengan muestras del LCR contaminadas con estas células, lo cual puede generar un diagnóstico erróneo de afección del SNC.²⁶

4.2.4. TRATAMIENTO

En el tratamiento de las leucemias se emplean tanto la quimioterapia como la radiación ionizante. En las leucemias agudas, estos tratamientos tienen una tasa de curación aparente de cerca del 50%, y un 90% de los pacientes consiguen una remisión de tres años o más. El porcentaje actual de éxito en el tratamiento de las leucemias mielocíticas crónicas es similar. Una forma poco frecuente de leucemia responde al tratamiento con interferón. Recientemente, investigaciones llevadas a cabo en China han puesto de manifiesto la existencia de un marcador mitocondrial capaz de anunciar la aparición de una leucemia aguda. De confirmarse, podría ser un hallazgo importante para el tratamiento precoz de la enfermedad.²⁷

²⁴ REEDER, S.J. Op.cit. pág. 477

²⁵ SUDDARTH, LILIAN. Op.cit. pág. 597

²⁶ MANUAL MERCK. Op.cit. pág. 377

²⁷ BEHRMAN, E.R. NELSON. Op.cit. pág. 562

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

El tratamiento de la LLA infantil se realiza en etapas:

- **Terapia de inducción:** Esta es la primera fase del tratamiento. Su propósito es destruir las células leucémicas en la sangre y la médula ósea. Con esto la leucemia entra en remisión.

Los principales agentes quimioterapéuticos utilizados para inducir la remisión son: 1) la vincristina, 2) un corticosteroide (por lo general prednisona), y 3) una antraciclina (doxorubicina o daunorrubicina). Las tasas de remisión varían entre el 70 y el 85%, con un índice de mortalidad bajo debido a la inducción.

Otros regímenes utilizan medicamentos adicionales (L-asparaginasa, ciclofosfamida, metotrexate, 6-mercaptopurina, citarabina [ARA-CI]), aunque no parece que aumenten las tasas de respuesta.²⁸

Una excepción parece ser la LLA de células B maduras, que puede responder al empleo de altas dosis de ciclofosfamida alternadas con dosis altas de metotrexate y ARA-C.

- **Terapia de consolidación e intensificación:** Esta es la segunda fase de la terapia. Comienza una vez que la leucemia entra en remisión. El propósito de la terapia de consolidación e intensificación es destruir las células leucémicas restantes que tal vez no estén activas pero que pueden comenzar a regenerarse y producir una recaída.
- **Terapia de mantenimiento:** Esta es la tercera fase del tratamiento. Su propósito es destruir toda célula leucémica restante que pudiera regenerarse y producir una recaída. Los tratamientos del cáncer suelen administrarse en dosis más bajas a aquellas utilizadas para la inducción y la terapia de consolidación e intensificación.

Tratamiento del sistema nervioso central

El SNC puede servir como un "santuario" para las células leucémicas. En el momento del diagnóstico se observa afección leucémica del LCR en el 5% de los niños y menos del 10% de los adultos. Sin embargo, si no se administra un tratamiento para el SNC, éste se verá afectado hasta el 50 a 75% de los adultos.²⁹ La profilaxis del SNC es un componente fundamental de la terapia posterior a la remisión, para garantizar la supervivencia libre de enfermedad. La radiación craneal combinada con la quimioterapia intratecal con metotrexate o ARA-C, que puede producir deficiencias neuropsicológicas y disfunción endocrina, era el tratamiento estándar para los niños con LLA. Los tratamientos más nuevos incluyen quimioterapia intratecal y sistémica en altas dosis con penetración del SNC (por ejemplo, altas dosis de metotrexate o ARA-C). Esta última terapia también se utiliza en los adultos.

²⁸ MANUAL MERCK. Op.cit. pág. 379

²⁹ BEHRMAN, E.R. NELSON. Op.cit. pág. 564

Los pacientes con leucemia del SNC deben recibir un tratamiento más radical, que incluya quimioterapia intraventricular y radiación craneal. Puede insertarse un reservorio de Ommaya. Las ventajas de administrar el fármaco a través de este reservorio son la facilidad de acceso al LCR y niveles mayores y más predecibles del medicamento en el LCR ventricular, que cuando se administra por punción lumbar.

Terapia posterior a la remisión

Es muy posible que la LLA recurra si no se administra ninguna terapia posterior a la remisión. No hay consenso sobre el tratamiento óptimo, pero los métodos que más se emplean son el de consolidación e intensificación y el de mantenimiento.

Terapia de consolidación e intensificación. La administración de esta terapia en los niños ha mejorado el pronóstico de los que tienen características de alto riesgo. Su acción en el adulto es menos clara. Un estudio reciente ha demostrado una tasa de respuesta a cuatro años del 43%.³⁰ Los regímenes pueden incluir dosis altas de ARA-C o metotrexate, o la repetición de los fármacos utilizados en la terapia de inducción. Se desconocen tanto los medicamentos óptimos como la duración adecuada de los tratamientos.

Terapia de mantenimiento. Un programa ampliado de terapia de mantenimiento con dosis semanales bajas de 6-mercaptopurina (6-MP) y metotrexate, durante dos o tres años, es eficaz para evitar la recaída y mejorar la supervivencia en los niños. La mayoría de las terapias de mantenimiento en los adultos se basan en los estudios pediátricos, aunque las intensidades varían. Por lo general se usa una combinación de diversos agentes antileucémicos además de 6-MP y metotrexate. Aún se desconocen los medicamentos y las dosificaciones óptimas. Los regímenes más recientes, que consisten en una terapia de inducción y consolidación más intensiva para la LLA de células B maduras, han incrementado las tasas de remisión completa y de supervivencia sin enfermedad en los adultos y los niños; esto hace que la terapia de mantenimiento sea innecesaria.

Trasplante de médula ósea

El momento adecuado para realizar el trasplante alogénico de médula ósea (médula de un donante histocompatible) y su impacto en la LLA de los adultos siguen siendo objeto de controversia. No está claro si este trasplante ofrece una ventaja a los pacientes con esta enfermedad y un pronóstico favorable. Los individuos con LLA y cromosoma Filadelfia tienen una supervivencia sin enfermedad de 38% cuando reciben un trasplante de médula ósea (TMO) durante la primera remisión completa. Otros subgrupos de alto riesgo con este tipo de leucemia incluyen el t(4;11), el t(1,19),³¹ la presentación con recuento alto de leucocitos y un tratamiento prolongado para lograr la remisión. Estos grupos deben considerarse para el TMO alogénico durante la primera remisión completa.

³⁰ SUDDARTH, LILIAN. Op.cit. pág. 599

³¹ REEDER,S.J. Op.cit.pág 479

El TMO autólogo (médula recogida del paciente) o el trasplante de células germinales de sangre periférica (CGSP) pueden considerarse en el caso de los pacientes demasiado viejos para el TMO alogénico o sin un donante compatible. Los resultados han sido menos alentadores en el TMO alogénico debido a la imposibilidad de erradicar eficazmente las células leucémicas residuales de la médula ósea recogida. Se están realizando estudios clínicos experimentales que comparan el TMO alogénico (si hay un hermano compatible), el TMO autólogo y la terapia de mantenimiento convencional, los cuales seguramente aclararán aspectos fundamentales del tratamiento.³²

Terapia para la enfermedad recurrente

La mayoría de las recidivas de la LLA se producen en los primeros dos años de la remisión. Hasta la mitad de los pacientes con recurrencia pueden lograr una segunda remisión si se repite el régimen original de inducción. Los enfermos con recidiva posterior a la terapia de mantenimiento tienen una mayor probabilidad de lograr una segunda remisión que aquéllos que hacen la recurrencia simultánea a la terapia.

Los pacientes con enfermedad resistente que no logran la primera remisión pueden responder al tratamiento con dosis intermedias a altas de metotrexate y salvamento con leucovorina, o con L-asparaginasa.

El TMO ofrece una supervivencia a largo plazo hasta para el 50% de los pacientes después de la segunda recidiva y el 10 al 20% de los pacientes después de una tercera recurrencia.³³ Estas tasas de supervivencia cuando la enfermedad es avanzada pueden exceder a las obtenidas con agentes convencionales o experimentales. En los pacientes pediátricos y adultos, es una práctica común ofrecer el TMO alogénico cuando se logra una segunda remisión completa.

4.2.5. PRONÓSTICO

Casi el 75% de los adultos tratados para la LLA logran una remisión completa (RC), y del 20 al 40% se curan. En los niños, 90% logran una RC y entre el 60 y el 85% se curan.³⁴

Las diferencias en las respuestas de adultos y niños se deben a las variaciones en la biología de la enfermedad. Por lo general, los indicadores para el pronóstico de los adultos con LLA son desfavorables, por ello su respuesta es distinta a la que se observa en la población infantil.

³² MANUAL MERCK. Op.cit. pág. 380

³³ SUDDARTH, LILIAN. Op.cit. pág. 601

³⁴ REEDER,S.J. Op.cit.pág 480

Edad. Los bebés menores de un año y los niños mayores de diez tienen un pronóstico peor que los que tienen entre y uno o nueve años. Los adultos tienen un resultado menos favorable que los pequeños y el peor pronóstico es para los mayores de 60 años.

Recuento de leucocitos. Un recuento inicial alto de leucocitos es un mal indicador de pronóstico y tiene un efecto adverso en la duración de la remisión. En un taller realizado por el National Cancer Institute (NCI) se sugirió que un recuento de leucocitos superior a 50.000/mm implica un riesgo alto en los niños. El pronóstico es aún peor en los adultos con un recuento de leucocitos superior a 30.000/mm³.³⁵

Tiempo de respuesta. Los modelos para el pronóstico elaborados por Hoelzer, Kantarjian y Gaynor consideran que un tiempo superior a cuatro semanas hasta la remisión completa constituye un factor de alto riesgo.³⁶

Citogenética. Las características citogenéticas son los factores más importantes que influyen en el pronóstico de la LLA. Las anomalías pueden ser estructurales o relacionarse con el número de cromosomas. En los niños, la ploidia es el factor más importante para el pronóstico; el más favorable es para quienes tienen más de 50 cromosomas. La translocación del cromosoma Filadelfia, en los adultos se manifiesta en un 30% de los afectados e indica un pronóstico peor. Otros cariotipos que presagian un mal pronóstico son el t(8;14), el t(4;11) y el t(1;19).³⁷

Género. Los varones, ya sean adultos o niños, tienen una tasa de supervivencia menor a largo plazo. Las recidivas testiculares pueden ser las responsables de la disminución de la supervivencia en los niños con LLA

Otros factores de riesgo. La leucemia del SNC es un factor de alto riesgo, en especial cuando se relaciona con el L3 o el subtipo celular B. Según algunos estudios aislados la esplenomegalia, la hepatomegalia, la trombocitopenia, un nivel bajo de dehidrogenasa láctica (LDH), un nivel elevado de aspartato aminotransferasa sérica (AST, SGOT) y la pérdida de peso indican un peor pronóstico; sin embargo, hay que confirmar esta hipótesis.

³⁵ SUDDARTH, LILIAN. Op.cit. pág. 605

³⁶ MANUAL MERCK. Op.cit. pág. 387

³⁷ BEHRMAN, E.R. NELSON. Op.cit. pág. 567

A continuación se enumeran los factores que influyen en el pronóstico de la LLA.³⁸

Indicadores para el pronóstico en la LLA

Factor	Bueno	Malo
FAB	L ₁ , L ₂	L ₃ en los adultos
Tipo celular	Células T presencia del ACLLA	Células B ausencia de células
Edad	1-9 años	> 60 años
Género	Mujeres	Hombres
Leucocitos en el momento del diagnóstico	< 30.000/mm ³	> 30.000/mm ³
RC	< 4 semanas	> 4 semanas
Citogenética	Cariotipo normal	Anomalías citogenéticas: t(4:11), t(1;19), t(9;22)
Afección del SNC	No	Sí
Inmunofenotipo	Célula pre-B temprana (usualmente en los niños)	Células pre-T Células pre-B

COMPLICACIONES

1. Infección: con más frecuencia aparece en pulmones, vías gastrointestinales o piel.
2. Hemorragia debida a trombocitopenia.
3. Afección del SNC.
4. Afección ósea.
5. Afección testicular.
6. Nefropatía por uratos.
7. Efectos tardíos del tratamiento.

4.3. TEORIA DE ENFERMERÍA

³⁸ MANUAL MERCK. Op.cit. pág. 389

Los orígenes de la teoría en enfermería se remontan a la necesidad de demostrar que enfermería es una profesión y no un oficio, puesto que la teoría llevaba un vacío, debido a la carencia de una fundamentación científica. Ello se requirió de una teoría que fuera el medio para que enfermería se establezca como disciplina independiente a medicina y merecedora del estatus profesional que le corresponde.

La meta central de enfermería es el cuidado a la sociedad, muchos cuestionamientos se desprenden y plantean de esta meta y las teorías ayudan a describir, explicar y prescribir lo relacionado con el cuidado.

La indagación filosófica tiene un sentido especial para enfermería porque nuestra disciplina la considera una ciencia humana práctica. La filosofía en enfermería es la forma que utiliza el análisis crítico para explorar y evaluar la naturaleza del cuidado; es decir cómo se construye el conocimiento en enfermería, lo que constituye su epistemología. La filosofía nos permite descubrir las diferentes formas de entender la práctica en sus ámbitos de investigación, docencia y gestión.

Así también es instrumento de búsqueda de lenguaje y reflexión sistemática de la teoría de enfermería y su cuerpo de conocimientos, en tanto que maneja las necesidades humanas.

Por otra parte, la filosofía nos conduce a descubrir el ser de enfermería que atiende a lo ontológico, cuestionamientos que responden a la naturaleza, amplitud y esencia de la enfermería.

Entonces definamos lo que es una teoría, la cuál es un enunciado con apoyo científico, describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos, estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación.

Así en la década de 1960 ha surgido un interés creciente en el desarrollo de teorías en enfermería, este interés surgió del deseo de esclarecer la naturaleza de aquella.

Por lo que Margaret Newman describió tres procedimientos generales que la enfermería utiliza para desarrollar su teoría,³⁹ uno de los procedimientos consiste en tomar la teoría de otras disciplinas e integrarla a la ciencia de la enfermería, un segundo planteamiento es analizar las situaciones prácticas de enfermería para sostener la teoría y el tercer procedimiento consiste en desarrollar un modelo conceptual del cual puedan derivarse las teorías, ésta es la meta de la enfermera teorizante, sin embargo sus marcos de referencia y modelos reflejan una síntesis de los dos primeros enfoques, los cuales combinan las teorías científicas con análisis de la práctica, describen las interrelaciones del paciente y la enfermera con la salud y el ambiente y se centran en las interacciones entre los mismos describiendo las actividades comunes.

En base a lo anterior los profesionales de todas las disciplinas, incluyendo a las enfermeras, utilizan el proceso científico con cuadros teóricos para obtener información, buscar conocimientos nuevos y dirigir sus acciones, por lo que el proceso de enfermería es una adaptación del aspecto científico a la práctica.

³⁹ FERNÁNDEZ FERRIN, CARMEN. El proceso de atención de enfermería. México, Masson. Salvat, 1999. pág.357

Por lo que la enfermería profesional ha evolucionado desde la aplicación de principios científicos hasta una disciplina que aplica teorías, marcos de referencia, modelos y principios a la práctica. Las teorías describen, explican y predicen las interrelaciones de los conceptos.

Los marcos teóricos de referencia son más amplios que las teorías, están definidos con menos precisión y muestran las interrelaciones de los conceptos. Los modelos conceptuales se componen de conceptos similares entre sí, pero sus relaciones precisas son definidas.

Juntos, teorías, marcos de referencia, modelos o principios, sirven para identificar y clasificar a los fenómenos; se utilizan, a través del proceso de atención de enfermería, para dirigir la valoración, organizar los datos y analizar y conducir la implementación. Los planteamientos teóricos son los medios para justificar cada caso en el proceso de atención de enfermería y demostrar la responsabilidad e interés de esta por el paciente.

Así en base a estos datos posteriormente se introducen lo que se le denomina el metaparadigma o núcleos básicos en la enfermería, elementos que nos marcan la pauta para la realización de cuidados, en el quehacer enfermero, el cual queda definido de la siguiente manera:

Metaparadigma: Es el componente más abstracto de la estructura jerárquica del conocimiento de la enfermería, es general y reúne los propósitos intelectuales de la disciplina para diferenciarlos de otras y delimitar el cuidado como objeto de estudio, de tal forma que no abarque los objetos de estudio de otra disciplina.⁴⁰

En base a lo anterior dichos metaparadigmas o núcleos básicos son los siguientes:
El entorno, la salud, la persona y la enfermería.

En donde la **PERSONA** la describimos como:

La unidad esencial humana del cuerpo y el espíritu como ser individual, que debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. Así como la mente y el cuerpo de la persona son inseparables, se sabe cómo un ser que posee espiritualidad y se comprende asimismo, cotidianamente piensa, siente, quiere, desea, tiene objetivos y planes, alegrías y tristezas y a través de todo experimenta su **YO** como algo determinado y concreto como su personal radicalmente único y singular que se destaca de todos los hombres por extraños, lejanos o cercanos y familiares que le pueden resultar, es así como la persona se considera única y particular lo que determina necesidades propias, las cuales se constituyen en el punto de referencia para el cuidado de enfermería.⁴¹

SALUD: Es la conservación o el restablecimiento satisfactorio del equilibrio en las interacciones entre seres humanos y medio ambiente constituyen el bienestar y son elementos de salud. Estados inferiores de bienestar, que en algunos podrían denominar enfermedad y se producen cuando se perturba el equilibrio de cualquier sistema.

⁴⁰ FERNÁNDEZ FERRIN, CARMEN. Op.cit. pág. 358

⁴¹ MARRINER, TOMEY. Modelos y teorías de enfermería. Madrid.España.Mosby-Doyma,2000. pág 105

En un estado de bienestar, el ser humano conserva o restablece el equilibrio, liberando así la energía necesaria para la interacción de los sistemas. Cuando los seres humanos se encuentran en un estado inferior de bienestar, se restringe la energía para la interacción.

Existen varios factores que determinan el estado de bienestar de los seres humanos, ya que éste es una percepción subjetiva de equilibrio, armonía y vitalidad.

Es una dimensión que se crea y se vive en el marco vida cotidiana, es principio y motor de la vida cotidiana y no puede ser absoluto porque es inseparable del ambiente social y ecológico de la comunidad el cual es esencialmente variable debido a la actividad del hombre.

ENTORNO: Conjunto de relaciones; mundo natural y los seres vivientes que influye sobre la vida y el comportamiento del propio ser de tal manera que esta representa para el individuo un espacio vital su mundo único del cual puede salirse y ser capaz de adaptarse de cualquier momento a otro.

ENFERMERÍA: La enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción o restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos. El proceso de enfermería se lleva a cabo gracias a la relación de colaboración que existe entre enfermera y persona, que incluye la comunicación interpersonal entre ellos con otras personas importantes para la persona, y con quienes forman parte del sistema de servicios de salud. Los nuevos papeles importantes que desempeñan las enfermeras profesionales son, entre otros, agente del cambio y colaboradora de la profesión. Estos papeles se basan en la suposición filosófica de que la meta de la enfermera profesional es fomentar la salud, que deben producirse cambios para promover el bienestar y que el liderazgo es un proceso mediante el cual la enfermera y la persona llevan a cabo el cambio. En consecuencia, enfermera y persona comparten la responsabilidad en el proceso de enfermería.

La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos, además de actuar como un miembro de un equipo de salud que actúa independientemente del médico.⁴²

En resumen los SUPUESTOS principales corresponden a los siguientes enunciados:

PERSONA. Individuo necesita asistencia = salud, unidad

- Debe mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente no se pueden separar.
- Requiere ayuda para conseguir la independencia.
- La persona y su familia constituyen una unidad.

⁴² MARRINER,TOMEY. Op.cit. pág. 105

ENTORNO. Conjunto de influencias externas que afectan a la vida

- Las personas que están sanas pueden y deben controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad y proteger a las personas de lesiones mecánicas así como conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

SALUD. Capacidad de la persona para realizar 14 necesidades

- Es fundamental para el funcionamiento humano.
- Requiere independencia e interdependencia.
- Promover la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

ENFERMERÍA. Ayudar al individuo a recuperar su salud

- Tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Actúa como miembro de un equipo médico.
- Actúa al margen del médico, pero apoya su plan.
- Puede diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere.
- Las 14 necesidades del cuidado abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON

La enfermería profesional desde la aplicación de principios científicos ha evolucionado hasta una disciplina que aplica teorías, modelos y principios a la práctica. Así estos enfoques teóricos son el marco de referencia en cada componente del proceso de enfermería. Y una de esas teorías es la de Virginia Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella la llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera.

Debido a que el modelo era absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Entonces ya como enfermería graduada e interesada en estos temas, y a partir de una revisión bibliográfica de aquellos tiempos, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

Y es a partir de sus ideas que en 1956 con la publicación de el libro *La naturaleza de la Enfermería*.⁴³ Nos dice que la enfermera tiene como única función ayudar al individuo

⁴³ MARRINER, TOMEY. Op.cit. pág. 109

sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

1. PERSONA (Necesidades básicas)
2. SALUD (Independencia, Dependencia, Causas de la dificultad o problema)
3. ROL PROFESIONAL (Cuidados básicos de enfermería, relación con equipo de salud)
4. ENTORNO (Factores ambientales y socioculturales)

Así en base a lo anterior la persona se ve desde el punto de vista holístico, esto es ver a la persona de una manera integral y no por separado, puesto que cada una de estas necesidades van relacionadas una con otra, para darnos la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.

Así pues esta filosofía nos habla de datos de dependencia e independencia:

Independencia

Se define como la capacidad para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación y según las normas y criterios de salud establecidos.

Por ello, los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo.⁴⁴

Dependencia

Ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona y/o actividades inadecuadas con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Y por otro lado la 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 de una falta de suplencia.⁴⁵

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biológicos, psicológicos, culturales y espirituales)

Este tipo de dependencia se puede dar ya sea TOTAL, PARCIAL, TEMPORAL, PERMANENTE

⁴⁴ RIOPELLE. Cuidados de Enfermería. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 1999. pág. 3

⁴⁵ RIOPELLE. Op.cit.pág.3

FUENTES DE DIFICULTAD

ORDEN FÍSICO: déficit sensoriales, privación sensorial y perceptual, dolor, saturación sensorio-perceptual.

ORDEN PSICOLÓGICO: estado de conciencia, memoria, percepción, contenido del pensamiento, estado afectivo, ansiedad y problemas de comportamiento, estrés, situación de crisis, fases de adaptación a la enfermedad.

ORDEN SOCIOLÓGICO: pareja y familia, valores, cultura, religión, lugar de residencia, ámbitos de trabajo, lugares y medios utilizados para el ocio.

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con los componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

Estas necesidades son las siguientes y se describen cada una a continuación:

- Necesidad de oxigenación
- Necesidad de nutrición e hidratación
- Necesidad de eliminación
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de descanso y sueño
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de termorregulación
- Necesidad de higiene y protección de la piel
- Necesidad de evitar los peligros
- Necesidad de comunicarse
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de trabajar y realizarse
- Necesidad de jugar y /o participar en actividades recreativas
- Necesidad de aprendizaje.

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Es la necesidad del organismo de absorber oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración de aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos (respiración interna).

Factores que influncian esta necesidad INDEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Edad alineación corporal, talla (relación talla/peso), nutrición e hidratación, sueño, reposo, ejercicio, función cardiaca, función respiratoria.
- Psicológicos: Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc), ansiedad, estrés, inquietud, irritabilidad, etc.
- Socioculturales: Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes tales como estilo de vida, hábito de fumar), entorno físico (trabajo, casa, habitación del hospital, etc) entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental, vivienda).⁴⁶

PROBLEMAS DE DIFICULTAD: DISNEA

Factores que influncian esta necesidad DEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Alteración de la mucosa, secreciones, tos, estado e las fosas nasales, aleteo nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel, dolor asociado con la respiración, dificultad respiratoria
- Psicológicos: estado de conciencia, existencia de agitación, ansiedad, estrés.
- Socioculturales: entorno(humedad, sistemas de ventilación, corrientes de aire, espacios verdes, clima)

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

La necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.

Factores que influncian esta necesidad INDEPENDENCIA

- Biofisiológicos : Edad, alineación corporal, talla, patrón de ejercicio, función cardiaca, función respiratoria.
- Psicológicos: Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc) ansiedad, estrés, inquietud, irritabilidad, etc. Respecto a la alimentación y bebida.
- Socioculturales: Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes tales como estilo de vida, status económico), entorno físico (trabajo-horarios, tiempo entre comidas, casa, habitación del hospital, etc) entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).

PROBLEMAS DE DIFICULTAD: ALIMENTACIÓN INADECUADA POR DEFICIT O EXCESO

Factores que influncian esta necesidad DEPENDENCIA

⁴⁶ RIOPELLE. Op.cit. pág. 11

- Biofisiológicos: Antropometría (peso, talla, pliegues de la piel) estado de la piel, mucosas, uñas y cabello, funcionamiento músculo esquelético, funcionamiento del resto de sistemas., en caso de heridas tiempo de cicatrización, dolor asociado alteración tracto intestinal, obstrucción, tumoración.
- Psicológicos: Energía, apatía, sentimientos. estado de conciencia, existencia de agitación, ansiedad, estrés.
- Socioculturales: entorno (insalubridad, pobreza, malnutrición)

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo. La necesidad de eliminar comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios.

Factores que influyen esta necesidad INDEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Edad , nivel de desarrollo, nutrición e hidratación, ejercicio. orina (coloración, olor, ph, frecuencia, edad, proteínas, sangre, glucosa y cuerpos cetónicos), heces (color, olor, consistencia, frecuencia, presencia de datos anormales)⁴⁷
- Psicológicos: Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc), ansiedad, estrés, inquietud, irritabilidad, etc. Cambios del patrón de sueño y comportamiento.
- Socioculturales: Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes), entorno físico (trabajo-horarios, tiempo entre comidas, casa, habitación del hospital, etc) entorno físico de la comunidad (condiciones insalubres).

PROBLEMAS DE DIFICULTAD: DIARREA, ESTREÑIMIENTO, INCONTINENCIA FECAL O URINARIA, RETENCION URINARIA

Factores que influyen esta necesidad DEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Alteración de la mucosa intestinal, intoxicación alimenticia y medicamentosa, asociado alteración tracto intestinal, obstrucción, tumoración, espasmos vesicales, alteración en músculos de defecación.
- Psicológicos: Emociones. estado de conciencia, existencia de agitación, ansiedad, estrés.
- Socioculturales: entorno (alimentos en mal estado, agua contaminada, cambio de estilo de vida, horario de trabajo)

⁴⁷ RIOPELLE. Op.cit. pág. 20

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.

Factores que influyen esta necesidad INDEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Edad (crecimiento y desarrollo), alineación corporal (constitución y capacidad física), patrón de ejercicio (nivel de energía individual y capacidad física).
- Psicológicos: Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc), ansiedad, estrés, inquietud, irritabilidad, etc.
- Socioculturales: Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes tales como estilo de vida, raza, valores, rol social, costumbres, tiempo dedicado al ejercicio, hábitos de ocio/trabajo), entorno físico (trabajo-horarios, habitación del hospital, etc) entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).⁴⁸

PROBLEMAS DE DIFICULTAD: INMOVILIDAD, POSTURA INADECUADA, FALTA DE COORDINACIÓN

Factores que influyen esta necesidad DEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Alteración en el sistema músculo esquelético (fuerza, debilidad, firmeza en marcha, postura inadecuada, sentado-acostado, necesidad de ayuda, presencia de temblores, traumatismos, enfermedad orgánica, dolor, tumoración, impedimento del movimiento como yeso o algún aparato).
- Psicológicos: Emociones. estado de conciencia, existencia de agitación, ansiedad, estrés, apatía, depresión.
- Socioculturales: entorno desconocido, condiciones de trabajo inadecuadas (postura inadecuada), sedentarismo, organización social.

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.

Factores que influyen esta necesidad INDEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Edad, alimentación/hidratación, patrón de ejercicio
- Psicológicos: Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc), ansiedad, estrés, inquietud, irritabilidad, etc.

⁴⁸ RIOPELLE. Op.cit. pág. 26

- Socioculturales: Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, normas sociales, siesta), entorno físico (trabajo-horarios, tiempo, casa, habitación del hospital, etc) entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).⁴⁹

PROBLEMAS DE DIFICULTAD: INSOMNIO, EXCESO DE SUEÑO, FATIGA
Factores que influncian esta necesidad DEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Dolor asociado alteración orgánica, agotamiento, obstrucción, tumoración.
- Psicológicos: Emociones, estado de conciencia, existencia de agitación, ansiedad, estrés.
- Socioculturales: entorno (insalubridad, pobreza, sonido, luz, temperatura, adaptación de la cama, colchón, almohada o ropa, talla)

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales.

Factores que influncian esta necesidad INDEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Edad, desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades.
- Psicológicos: Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc), ansiedad, estrés, inquietud, irritabilidad, etc. Estado de ánimo y autoimagen.
- Socioculturales: Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, normas sociales, trabajo, cultura-moda, pertenencia a un grupo social, pudor, creencias-religión, el color negro denota duelo, significado personal de la ropa), entorno físico (trabajo-horarios, tiempo, casa, habitación del hospital, etc) entorno físico de la comunidad (temperatura, clima, medio rural/urbano).⁵⁰

PROBLEMAS DE DIFICULTAD: CAPACIDAD PARA VESTIRSE O DESVESTIRSE

Factores que influncian esta necesidad DEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Dolor asociado alteración, Ausencia de algún miembro superior o inferior para vestirse o desvestirse, capacidad psicomotora, debilidad, parálisis.

⁴⁹ RIOPELLE. Op.cit. pág. 30

⁵⁰ RIOPELLE. Op.cit. pág. 33

- Psicológicos: Emociones, estado de conciencia, existencia de agitación (exhibicionismo, desinterés por vestimenta, ansiedad, estrés).
- Socioculturales: entorno (pobreza, espacio para guardar la ropa limpia y sucia, para lavarla, secarla)

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

Factores que influyen esta necesidad INDEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Edad, alimentación/hidratación, patrón de ejercicio
- Psicológicos: Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, ansiedad, estrés, inquietud, irritabilidad, etc.)
- Socioculturales: Influencias familiares (guardarropa escaso o suficiente para satisfacer esta necesidad), entorno físico (trabajo, casa, habitación del hospital, etc) entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura ,clima).

PROBLEMAS DE DIFICULTAD: HIPERTERMIA O HIPOTERMIA

Factores que influyen esta necesidad DEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Constantes vitales (alteración en la temperatura), coloración de la piel, transpiración, Dolor asociado alteración orgánica, Alteración en el funcionamiento del hipotálamo, sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día.⁵¹
- Psicológicos: Emociones, estado de conciencia, existencia de agitación, ansiedad, estrés.
- Socioculturales: entorno (sistemas de calefacción, control sobre ellos. temperatura ambiental).

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

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 ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.⁵²

Factores que influyen esta necesidad INDEPENDENCIA

Factores biológicos: Edad, Temperatura, Ejercicio, Alimentación

Factores Psicológico: Emociones, Educación

Factores sociológicos: Cultura, Corriente social, Organización social

⁵¹ RIOPELLE. Op.cit. pág. 37

⁵² RIOPELLE. Op.cit. pág. 41

Factores que influyen esta necesidad DEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Alteración en la capacidad de movimiento, presencia de alguna enfermedad orgánica, traumatismo, alteración en estado e la piel (color, textura, turgencia, presencia de manchas, escaras, heridas, lesiones)
- Psicológicos: Emociones, reflejo del estado emocional, expresión facial-corporal de confort, efectos del baño (relajación), alteración en el estado de conciencia, existencia de agitación, ansiedad, estrés.
- Socioculturales: entorno(insalubridad, pobreza, equipamiento y material adaptados a las necesidades individuales y hábitos personales)

9. NECESIDADES DE EVITAR LOS PELIGROS

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.

Factores que influyen esta necesidad INDEPENDENCIA

Factor biológico: Edad y desarrollo

Factores psicológicos: Mecanismos de defensa, Estrés

Factores sociológicos: Un entorno sano, Status socioeconómico, Roles sociales, Educación, Organización social.

Factores que influyen esta necesidad DEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Dolor asociado alteración orgánica, alteración en alguno de los sentidos del organismo, traumatismo, fatiga, alteración neuromuscular, y del sistema inmunológico.
- Psicológicos: Alteración en la sensopercepción o estado de conciencia por la sobre exposición a estímulos, interacción con otras personas, comportamientos peligrosos, autoconcepto de estima, existencia de agitación, ansiedad, estrés.
- Socioculturales: entorno sano (temperatura, humedad, iluminación, barreras ambientales-suelo encerado, mojado, barandillas de la cama, ruidos, salubridad del ambiente lejano alcantarillas, vialidad, ruido)⁵³

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Estar comunicado, es una necesidad que tiene el individuo para expresar por medio de los sentidos, de la vista, oído, olfato, gusto y tacto nuestros deseos, ideas y opiniones con el resto de las demás personas.

⁵³ RIOPELLE. Op.cit. pág. 46

Factores que influyen esta necesidad INDEPENDENCIA

Factor biológico. Funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos: Agudeza visual y auditiva

Factor psicológico Finalidad de expresión de las necesidades, de los deseos, de las ideas, de las opiniones. Expresión clara del pensamiento. La inteligencia, la percepción, la personalidad, las emociones

Factores sociológicos El entorno, la cultura y el status social, pertenecer a grupos de interés diversos

Establecimiento de relaciones armónicas en la familia, en el trabajo, en el aseo.

Factores que influyen esta necesidad DEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Dolor asociado con alguna enfermedad orgánica, integridad de los sentidos y etapas de crecimiento, alteración en el estado de los órganos de los sentidos (en caso de prótesis, adecuación de éstas y del sistema neuromuscular), dificultad respiratoria, fatiga, debilidad, alteración en la comunicación verbal (poco clara o evasiva, dificultades en la fonación-tartamudeo, balbuceos- y comunicación no verbal –contacto visual alterado, lenguaje corporal, gestos, tono de voz, congruencia con la verbal, expresión de sentimientos por el tacto y de la escritura)⁵⁴
- Psicológicos: Emociones alteradas, estado de conciencia, existencia de agitación, ansiedad, estrés.
- Socioculturales: entorno: (ambiente social hostil, relaciones interpersonales inadecuadas, poco armoniosas con el grupo social y la familia).

11.- NECESIDAD SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades espirituales para encontrarse con una motivación de vida que se vive por algo o para alguien y a su vez la persona se le puede permitir llegar a una total plenitud

Factores que influyen esta necesidad INDEPENDENCIA

Factor biológico: Gestos y actitudes corporales permiten al individuo satisfacer esta necesidad según sus creencias, pertenencia religiosa, o ambas.

Factores psicológicos: Búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, Deseo de comunicar con el Ser supremo o el cosmos. Emociones le empujan a cumplir actividades humanitarias o religiosas, o ambas.

Factores sociológicos.: Cultura. La cultura y la historia de los pueblos influyen en gran manera en los seres humanos y sus relaciones con el Ser supremo o sus relaciones con los demás. Pertenencia religiosa.⁵⁵

Factores que influyen esta necesidad DEPENDENCIA

⁵⁴ RIOPELLE. Op.cit. pág. 51

⁵⁵ RIOPELLE. Op.cit. pág. 57

- Biofisiológicos: Dolor asociado alteración orgánica, enfermedad terminal o crónica, tumoración.
- Psicológicos: Alteración del estado emocional, estado de conciencia, existencia de agitación, ansiedad, estrés, dialogo estimulante, motivador, utilización del tacto como medio de expresión.
- Socioculturales: entorno (hábitos y costumbres familiares, grupo social religioso, amigos, hábitos, vestimentas del grupo religioso y actitud-si trata de esconder signos distintivos, valores-realización de ritos, congruencia con creencias y valores con el comportamiento), acceso a iglesia, lugares de reunión, presencia de algún objeto indicativo de creencias o valores, libros, publicaciones.

12. OCUPARSE PARA REALIZARSE.

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.⁵⁶

Factores que influyen en esta necesidad INDEPENDENCIA

Factores biológicos: Edad y crecimiento. El juego permite al niño desarrollarse y valorizarse. Constitución y capacidades físicas. Los individuos deben escoger actividades que les permitan realizarse teniendo en cuenta sus capacidades.

Factores psicológicos: Emociones. La dicha la alegría y el bienestar influyen en la satisfacción de esta necesidad.

Factores sociológicos: Cultura. Tienen una cierta posibilidad de escoger la carrera o las actividades de ocio dictadas por las normas de la sociedad en que vive.

Factores que influyen en esta necesidad DEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Alteración del sistema neuromuscular, del sistema nervioso y de los sentidos, dolor asociado alteración orgánica, enfermedad terminal o crónica, tumoración, traumatismo, etc.
- Psicológicos: Alteración del estado emocional, estado de conciencia, existencia de agitación, ansiedad, estrés, autoconcepto positivo-negativo de si mismo, apariencia física, postura, expresión, conciencia de sus capacidades y limitaciones de forma realista, capacidad de decisión y de resolución de problemas.
- Socioculturales: entorno (hábitos y costumbres familiares, grupo social, distribución equilibrada entre el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades de ocio y relación, relaciones armoniosas con los demás.)

⁵⁶ RIOPELLE. Op.cit. pág. 59

13. NECESIDAD DE RECREARSE

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

Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversión.⁵⁷

Factores que influyen esta necesidad INDEPENDENCIA

Factores biológicos: Edad, Constitución

Factores psicológicos: Desarrollo psicológico, emociones

Factores sociológicos: Cultura, roles sociales empleo y jubilación, organización social

Factores que influyen esta necesidad DEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Alteración del sistema neuromuscular, integridad del sistema nervioso y de los sentidos, dolor asociado alteración orgánica, sedentarismo, traumatismo, enfermedad crónica, ausencia de alguna extremidad, debilidad.
- Psicológicos: Alteración del estado emocional, apatía, sonrisas, lloros, aspecto, triste, indiferencia, aburrimiento-no se que hacer, las horas son largas y eternas- estado de conciencia, existencia de agitación, ansiedad, estrés, inquietud, irritabilidad, etc.
- Socioculturales: entorno(hábitos y costumbres familiares, grupo social, rechazo a actividades, recursos de la comunidad o institución poco adecuados o inexistentes, falta de material lúdicos y de espacios recreativos

14. NECESIDAD DE 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.⁵⁸

Factores que influyen esta necesidad INDEPENDENCIA

Factores biológicos: Edad, capacidades físicas

Factores psicológicos: Motivación

Factores que influyen esta necesidad DEPENDENCIA

- Biofisiológicos: Alteración de los sentidos, dolor asociado alteración orgánica, enfermedad crónica, alteración en sistema nervioso.
- Psicológicos: Alteración del estado emocional, apatía, triste, indiferencia, aburrimiento estado de conciencia, existencia de agitación, ansiedad, estrés, inquietud, irritabilidad, etc. Poco interés por el aprendizaje.
- Socioculturales: entorno(hábitos y costumbres familiares, grupo social, creencias relacionadas con el sexo femenino o masculino – las mujeres no estudian-)

⁵⁷ RIOPELLE. Op.cit. pág. 63

⁵⁸ RIOPELLE. Op.cit. pág. 68

CAUSAS DE DIFICULTAD

Dentro del desarrollo de la filosofía de Virginia Henderson menciona la labor de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo a conservar o recuperar su salud, o asistirlo en sus últimos momentos. Para que pueda cumplir las tareas que realizaría el solo si tuviera la fuerza, la voluntad o adquiriera los conocimientos deseados, y cumplir con sus funciones de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo más rápido posible.⁵⁹

Las causas de dificultad que Henderson se refiere son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades y ella nombra a este rol de suplencia, en donde la enfermera hace por el enfermo aquello que el mismo podría hacer si tuviera fuerza voluntad o conocimientos

FALTA DE FUERZA: LIMITACIÓN

FALTA DE VOLUNTAD: FALTA DE COMPROMISO

FALTA DE CONOCIMIENTOS: DESCONOCER

1 .FALTA DE FUERZA: En donde se interpreta la fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas. Sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2 .FALTA DE CONOCIMIENTOS: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3. FALTA DE VOLUNTAD: Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe señalar que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente. El tipo de actuación de suplencia o ayuda será determinado por el grado de dependencia identificado.

Así mismo la filosofía de Henderson nos dice que la enfermera en esa relación empática con el paciente, esta va a adoptar tres papeles que son: como compañera, auxiliar y sustituta en cuanto recobre su estado de independencia.

⁵⁹ MARRINER,TOMEY. Op.cit. pág. 276

ROL DE LA ENFERMERA

Por otra parte esta filosofía nos habla que la enfermera es la profesional responsable de la atención de enfermería, que promueve, conserva o restablece la salud de individuos, familias y comunidades en una amplia variedad de entornos. La enfermera colabora en las funciones de liderazgo dentro de un sistema cambiante de atención de la salud. La enfermera se socializa en una imagen profesional al incrementar la conciencia que tiene de si misma y al fomentar el respeto hacia sus capacidades como enfermera, al apreciar y reconocer la necesidad de la educación continua y al integrar los elementos cognoscitivo e interpersonal del yo profesional en los papeles de la enfermería.

-La filosofía de enfermería de Henderson es compleja, posee numerosas variables y diferentes relaciones explicativas y descriptivas.

-Su filosofía como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las etapas del Proceso de Enfermería.

4.4. EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Hasta los primeros años de la década de los sesenta no se aprecia un interés por este proceso. Hall definía el objetivo de la asistencia sanitaria, mientras Orlando diferenciaba las fases de dicho proceso en términos de relaciones interpersonales, y otras teóricas se dedicaban a explorar formas de analizar su filosofía y sus valores. Así, en 1966 Lois Knowles presentó una descripción de un modelo que contenía las actividades que constituyen el cometido de los profesionales de la enfermería. Sugiere esta autora⁶⁰ que el éxito profesional de la enfermería depende de su maestría para desarrollar las siguientes actividades:

- a) Descubrir: el profesional de la enfermería adquiere conocimientos o información acerca de algo que no conocía previamente; tal información debe contribuir a la prestación de un mejor servicio al paciente.
- b) Investigar: el profesional de la enfermería utiliza la información procedente del mayor número posible de fuentes para obtener datos acerca del paciente.
- c) Decidir: el profesional de la enfermería planea el procedimiento a seguir en la asistencia al paciente. Tiene en cuenta todas las facetas del problema y decide cuál es la mejor forma de abordar la situación.
- d) Actuar: el profesional de la enfermería desarrolla en la práctica el plan que ha concebido.
- e) Discriminar: el profesional de la enfermería establece prioridades mediante la evaluación de los problemas y necesidades del paciente.

⁶⁰ CARPENITO, LYNDIA. *Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica*. México Interamericana. Mc Graw Hill, 1999. pág. 530

Estas cinco fases no son idénticas a las del Proceso de Enfermería tal y como se identifican en la actualidad, pero suponen en gran medida, un paso determinante para su conformación usual hoy día.

En 1967 un comité norteamericano definió el Proceso de Enfermería como ⁶¹«... la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas de comportamiento y acción del paciente y de la enfermera, y la interacción resultante. Las fases del proceso son: percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación». En ese mismo año, un grupo de profesores de la Escuela de Asistencia Sanitaria de la Universidad Católica de Norteamérica identificó las siguientes fases del Proceso de Enfermería: valoración, planificación, ejecución y evaluación.⁶²

Pocos estudios sobre la intervención enfermera se han realizado de forma tan extensa y rigurosa como el proyecto de investigación desarrollado por un grupo de investigación interdisciplinario en la Universidad de Colorado. Los resultados de este trabajo fueron apareciendo en una serie de artículos publicados en Nursing Researchs.⁶³

El objetivo de este estudio consistía en investigar el proceso clínico de deducción referido a la intervención enfermera. Se consideró en dicho trabajo que el proceso de deducción de las necesidades del paciente debía realizarse mediante la emisión de juicios basados en los datos disponibles. Esencialmente, esto puede interpretarse como la elaboración de un diagnóstico de los problemas del paciente. Así pues, cuando el paciente tiene determinados problemas, manifestará ciertos síntomas, y el profesional de la enfermería es responsable de captarlos. Mediante la observación de los síntomas, será capaz de establecer un diagnóstico y de decidir a continuación cuál es el mejor camino a seguir en beneficio del paciente. Estos autores sugieren que aunque los profesionales de la enfermería han estado comprometidos en este proceso deductivo desde los comienzos de la práctica sanitaria, no ha existido hasta hace poco un análisis crítico, deliberado y sistemático del proceso.

Así pues, el modelo de actuación que ellos proponen se adapta fácilmente al Proceso de Enfermería. Las fases más significativas del modelo propuesto son:

- Identificación del estado del paciente a partir de la interpretación de los síntomas que presenta.
- Establecimiento de deducciones.
- Ejecución de acciones dirigidas al logro de objetivos definidos.

⁶¹ ALFARO, ROSALINDA. *Aplicación del proceso de Enfermería Guía Práctica*. Madrid, Doyma, 1999. pág. 290

⁶² CARPENITO, LYNDIA. *Op.cit.* pág. 535

⁶³ FERNÁNDEZ FERRIN, CARMEN. *Op.cit.* pág. 362

La definición del Proceso de Enfermería, sea cual sea aquella por la que se opte, va a depender 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.

Así pues, se debe entender por Proceso de Enfermería el Método Enfermero de intervención que permite, tras el análisis de un caso -paciente- concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado; en palabras de Alfaro,⁶⁴ «es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados»

Queda de todo punto explicitado que se trata de un procedimiento metódico de intervención práctica; ello conlleva la aplicación de acciones prácticas -cuidados de enfermería- con un fin práctico e inmediato, sin aspiraciones supremas hacia una explicación o predicción.

Otra definición a la que se llegó en base a lo anterior del Proceso de Enfermería es el siguiente: Método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

Otra definición: Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados.

Sus características son: Interpersonal, Cíclico, Universal, Enfoque holístico, Humanístico

Sus etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Una vez señalado qué se debe entender por Proceso de Enfermería, es preciso introducirnos en él de forma más específica, a fin de completar dicha definición. En este sentido, las funciones que cumple el proceso servirán para su mejor comprensión. De este modo, las funciones del Proceso de Enfermería se han clasificado en dos apartados: de una parte, las funciones que cumple para las instituciones en las que se desarrolla la actividad enfermera, y de otra, las funciones que cumple para el propio sujeto que se servirá de dicho método de intervención durante el desarrollo de su profesión, esto es, para el profesional de enfermería

La finalidad última del Proceso de Enfermería es, como se ha señalado anteriormente, mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente, y si dicho nivel cae, proporcionarle la cantidad y calidad de cuidados necesarios para restituirlo, y en el caso de que no pudiera lograrse el bienestar del paciente, el proceso debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible.⁶⁵ Así pues, para una mejor aproximación y aplicación de este método de intervención utilizado en la práctica enfermera, el Proceso de Enfermería se divide en cinco fases: a pesar de que constituye ésta una separación artificial de acciones que en la práctica real no tienen solución de continuidad. Sin embargo, con el fin de realizar un análisis deliberado y reflexivo del mismo, es preciso distinguir las distintas fases y sugerir que el profesional de enfermería se esfuerce en definir cada acción en términos de la fase de asistencia sanitaria que está realizando. Esta práctica garantizará que se está

⁶⁴ ALFARO, ROSALINDA. Op.cit. pág. 292

⁶⁵ FERNÁNDEZ FERRIN, CARMEN. Op.cit. pág. 365

persiguiendo cuidadosa, consciente y deliberadamente el cómo del Proceso de Enfermería, en definitiva el cómo de la intervención enfermera.

Asimismo, las acciones concretas a desarrollar no pueden distinguirse de manera tan uniforme como el modo de desarrollarlas, pues las primeras variarán con cada paciente. De este modo, para facilitar la discusión o la realización de la intervención enfermera, el proceso de la misma se divide en los siguientes componentes o fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

En Valoración y Diagnóstico vemos los aspectos de:

- Grado de dependencia/independencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

En la Planeación

- Sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas.
- Elección del modo de intervención.
- Determinación de actividades que implique a la persona en su propio cuidado.

En la Ejecución

- Ayudar a la persona para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir en forma tranquila.
- Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.

En la Evaluación

- Ayuda a determinar los criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución.
- Permite a la persona conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las 14 necesidades lo más rápidamente posible.

Ahora se explicara con más detenimiento cada una de las etapas del proceso enfermero.

VALORACION

La valoración es la recogida de los datos de nuestro paciente, para emitir un diagnóstico acerca de los problemas del 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. Supone el establecimiento de prioridades entre los datos según las necesidades del cliente, por lo que es de suma importancia hacer participar en la recogida a los clientes, a los familiares y a otros profesionales que puedan intervenir durante la actuación enfermera.

La fase de valoración debe ofrecer una base sólida, de manera que favorezca la prestación de una atención individualizada de calidad. Así pues, es necesaria una valoración exacta y completa, lo que debe llevar al profesional de enfermería que valora a reunir todos los datos que tenga a su alcance, procedentes de diversas fuentes. Estas fuentes se pueden clasificar como primarias y secundarias, identificando al propio paciente como la fuente primaria, que se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes, en tanto en cuanto es él quien puede compartir con mayor precisión las percepciones y sensaciones personales sobre su situación de bienestar, identificar objetivos o problemas concretos y validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento. De otra parte, las fuentes secundarias serán todas aquellas personas o documentos a los que se pueda tener acceso y que tengan una vinculación con el paciente. Estas, sin duda, son particularmente relevantes para la confrontación de los datos obtenidos del paciente.

Sin embargo, una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales 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 qué datos deben reunirse en primer lugar, marco que, a su vez, dependerá del Modelo Teórico de Enfermería que utilicemos para valorar al paciente.⁶⁶

Independientemente del modelo empleado se utilizan tres técnicas principales para obtener información durante la valoración de enfermería. Estos métodos incluyen entrevista, observación y exploración física, así como los datos objetivos o subjetivos que detectemos en nuestro paciente, además de las fuentes primarias y secundarias. Tales técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados.

A continuación se mencionan los métodos para la exploración física del paciente.

INSPECCIÓN

Es el proceso de la observación, los ojos y nariz son instrumentos sensibles que nos permiten recoger datos.

AUSCULTACIÓN

Proceso que consiste en escuchar los sonidos que se producen en el interior del cuerpo.

Directa : Se aplica el oído directamente al cuerpo.

Indirecta: Consiste en el uso de instrumentos que amplifican los sonidos y los transmiten a los oídos.

⁶⁶ ALFARO, ROSALINDA. Op.cit. pág. 294

SONIDOS AUSCULTADOS

SONIDO	DURACIÓN	SITUACIÓN
TONO	No. de vibraciones por seg.	Tono bajo (Corazón). Tono alto (Bronquiales).
INTENSIDAD	Amplitud. (Fuerza o Suavidad).	Fuerza (Traquea). Suavidad (Pulmones).
DURACIÓN	Se refiere a su longitud. (Prolongada o Corta).	
TIMBRE	Descripción subjetiva de un sonido.	Soplo, silbido, gorgoteo, chasquido. ⁶⁷

PERCUSION

Método de exploración de la superficie corporal, utilizando golpecitos para producir ondas sonoras, que se caracterizan por su intensidad, profundidad, duración y calidad.

DIRECTA O INMEDIATA

Consiste en golpear el cuerpo directamente con uno o dos dedos. Los golpes son rápidos y moviendo solo la muñeca.

INDIRECTA O MEDIATA

Consiste en golpear un dedo que se aplica en el área corporal que se examina. Los golpes deben ser: Firmes, Cortos, Rápidos. Con un sonido claro. La percusión se utiliza para determinar el tamaño y la forma de los órganos internos mediante la determinación de sus bordes. Indica si un tejido se encuentra lleno de líquido, aire o es sólido.

SONIDOS PERCUTIDOS

SONIDO	INTENSIDAD	TONO	DURACIÓN	TIMBRE	SITUACIÓN
Mate	Suave	Alto	Corta	Apagado	Músculo, Hueso, Intestinos (c/heces).
Submate	Media	Medio	Moderada	Sordo	Hígado, Corazón y Bazo
Claro o Resonante	Fuerte	Bajo	Prolongada	Hueco	Pulmón
Timpánico	Fuerte	Alto	Moderada	Musical	Estómago, Intestinos ⁶⁸

⁶⁷ REYES GOMEZ,EVA. Fundamentos de Enfermería. Manual Moderno, 3ª edición. México. 2001. pág 300

⁶⁸ REYES GOMEZ,EVA. Op.cit. pág. 151

En resumen, podemos señalar que el primer paso de la fase de valoración, la recogida de datos, consiste en la acumulación de información subjetiva (es decir todo aquello que no podemos ver, medir, sentir) objetiva, (es todo aquello que podemos ver, medir, sentir, palpar con los sentidos) actual y anterior, obtenida de fuentes primarias y secundarias. El profesional de enfermería debe establecer prioridades para la recogida de datos y utiliza métodos como la entrevista, la observación y la exploración física. Asimismo, los principios del razonamiento crítico favorecen la adquisición de una base de datos organizada, exacta y sistemática de cada paciente.

DIAGNÓSTICO

Se ha de considerar este segundo paso como la fase final de la valoración, ya que consiste en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han escogido y analizado. Por tanto, el diagnóstico permitirá, mediante un término concreto, entender la situación del paciente, en la que se identifican tanto los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquél como los negativos, asociados a sus perturbaciones y limitaciones.⁶⁹ Debemos entender el diagnóstico, de forma general, como un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención enfermera.

Así pues, es importante no confundirlo con los objetivos definidos para el paciente, ni debe ser utilizado como sinónimo de las intervenciones enfermeras, pues si bien constituye la base para establecer objetivos y para planear intervenciones, posee unas características propias que le diferencian de esas actividades. En este sentido, 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; por tanto, el diagnóstico enfermero preciso constituye una de las claves para la práctica eficaz de la intervención de enfermera, por lo que todos los profesionales de enfermería deben estar capacitados para realizarlo.

Asimismo, la NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de alto riesgo y de bienestar, los cuales se definen del siguiente modo:

- **Diagnóstico 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, p. ej.: desesperanza, conflicto del rol parenteral, fatiga.

- **Diagnóstico de enfermería de alto riesgo**, es un juicio clínico acerca de la 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

⁶⁹ MARRINER, TOMEY. Op.cit. pág. 280

circunstancias- y de guían las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema, p. ej: alto riesgo de infección, alto riesgo de disfunción neurovascular periférica, alto riesgo de tensión en el desempeño del rol de cuidador.

- **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, p. ej: conductas generadoras de salud, lactancia materna eficaz, o afrontamiento familiar: potencial de desarrollo.

Así mismo cabe mencionar el formato para la elaboración de otro tipo de diagnósticos como es el realizado a base del **PES**. Identificado por Gordon (1976)⁷⁰ como problema de salud (P), etiología (E) y la agrupación definitoria de signos y síntomas (S). Así mismo es importante mencionar que para su redacción necesitamos los conectores “relacionado con” que indican que existe una relación entre la concernencia de la salud y un factor contribuyente o de influencia y el otro es “manifestado por” que viene precedido por la sintomatología.

PLANIFICACIÓN

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Durante la fase de planificación se elaboraron los objetivos, lo que será capaz de hacer el paciente como objetivo de las acciones de enfermería, y las intervenciones de enfermería, que describen la forma en que el profesional de la enfermería debe actuar para ayudar al paciente a conseguir los objetivos.

Así pues, hemos de entender esta fase de planificación como un proceso de toma de decisiones para la elaboración del Plan de Cuidados, es decir, para la realización de una programación o plan de acción antes de su puesta en práctica.

Así pues, hemos de considerar, que la planificación como componente del proceso de enfermería consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados, de acuerdo al modelo teórico y las características del propio paciente.
2. Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo. Sabiendo que éstos dependerán del tiempo que se haya programado para su consecución, por lo general los objetivos a medio y largo plazo se referirán a la prevención de complicaciones, a la rehabilitación y a la educación sanitaria.

⁷⁰ MARRINER, TOMEY. Op.cit. pág. 282

3. Desarrollo de intervenciones de enfermería. Quizá éste 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 confirmará la validez y eficacia del mismo.⁷¹

Obviamente, las acciones deben ir orientadas hacia la consecución de los objetivos. Éstas deben ser claras y capaces de ser realizadas y adaptadas a la problemática específica del paciente. En algunos casos existen normas establecidas, protocolos relativos al tipo de acciones a desarrollar y a las personas que deben ejecutarlas. Pero es imprescindible que dichos protocolos de actuación se elaboren con la colaboración del profesional de enfermería, y en cualquier caso no deben aplicarse, ciegamente, sino con el debido conocimiento de la norma y de la situación y circunstancias especiales de cada situación concreta.

Así pues, una vez se haya seleccionado la solución que se considera más idónea deben determinarse las acciones sanitarias orientadas a la consecución de objetivos, para lo que se tendrá en cuenta:

De qué Recursos Dispongo: son todos aquellos recursos, bien sean humanos o materiales, desde los más simples a los más sofisticados, que utilizamos para llevar a cabo las actividades que tanto el profesional de enfermería como el paciente realizan para alcanzar o construir las intenciones del plan de cuidados.⁷²

EJECUCIÓN

Finalmente, todas las decisiones tomadas durante la planificación de los cuidados deben ser precisadas en el plan de cuidados, constituyendo una de las fuentes básicas de información acerca del paciente, en la que se incluye una descripción de sus problemas y un programa de actuación para tratar de resolverlos.

La ejecución supone la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente. Por tanto, podemos señalar que se trata de la fase del proceso de enfermería orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente.

Asimismo, durante esta fase el profesional de enfermería debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo sanitario, prestar cuidados directos al paciente y delegar responsabilidades para estos cuidados al personal sanitario de acuerdo con la preparación y posibilidades de cada uno de sus miembros.

⁷¹ FERNÁNDEZ FERRIN, CARMEN. Op.cit. pág. 267

⁷² ALFARO, ROSALINDA. Op.cit. pág. 294

En este sentido, las actividades intelectual, interpersonal y técnica desarrolladas durante la fase de ejecución están basadas en el plan de cuidados elaborado para cada paciente, de acuerdo con la valoración previa de sus problemas.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

La primera etapa de la fase de ejecución exige una preparación para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso del razonamiento crítico:

1. Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse que son compatibles con el plan de cuidados establecido.
2. Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
3. Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas.
4. Proporcionar los recursos necesarios.
5. Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios.⁷³

Un segundo momento es el que supone en sí mismo la intervención enfermera, enfoque diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del cliente. Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes. Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del cliente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos.

Generalmente, la ejecución de la atención enfermera se ajusta a una de estas seis categorías:

1. Refuerzo de las cualidades.
2. Ayuda en las actividades de la vida diaria.
3. Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
4. Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.
5. Educación.
6. Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

Finalmente, en la etapa de documentación tiene lugar el registro completo y exacto de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del Proceso de Enfermería. Así pues, el registro de estas acciones y reacciones constituye una función importante del profesional de enfermería. La calidad del registro relativo al paciente, y la relevancia de aquello sobre lo que el profesional de enfermería decide dejar constancia, determinará el valor de la información directa acerca de la aproximación a los objetos propuestos de las

⁷³ FERNÁNDEZ FERRIN, CARMEN. Op.cit. pág. 298

reacciones individuales del paciente, y proporcionará la orientación necesaria para continuar trabajando sobre el problema.

De otra parte, las anotaciones realizadas de forma automática o las conclusiones de tipo general proporcionan indicaciones escasas o nulas acerca de la individualidad del paciente, de sus problemas y de sus reacciones a las acciones planificadas. En este sentido, el informe debería contener la información necesaria para proporcionar un perfil del paciente. Las reglas que establecen límites en el contenido y extensión de lo que debe registrarse, y que tienen sólo por objeto el pretender ganar tiempo, pueden motivar, paradójicamente, una pérdida de tiempo. El profesional de enfermería debe decidir qué anotar, con qué extensión, cuándo y dónde anotar, todo ello en función de lo que éste considere importante.

EVALUACIÓN

La evaluación, como última fase del Proceso de Enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta del paciente a la acción planificada. Puesto que las actuaciones enfermeras específicas se planearon para resolver problemas del paciente, cualquier juicio relativo a la forma en que tales problemas se están resolviendo debe basarse en la situación presente de aquél. En esta fase, el diagnóstico y los objetivos propuestos para la resolución de problemas se utilizarán como marco para la evaluación, así pues, las consecuencias que producen en el paciente todas las acciones intelectuales, interpersonales y técnicas, así como los cambios que se derivan de ellas, constituyen el objeto de la evaluación.

Por lo tanto, se ha de considerar la evaluación como la actividad intelectual que completa las otras fases del proceso, pues indica el grado en que el diagnóstico y la intervención enfermera correspondientes han sido correctos. En este sentido, y como objetivo de esta actividad, el profesional de enfermería determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o se necesita revisión. Si el cliente no ha conseguido los objetivos, se dedicará a la resolución del problema para determinar cómo revisar el plan de cuidados.

Para facilitar esta labor, es interesante el planteamiento de preguntas tales como:

1. ¿Se consiguió el objetivo establecido en el plan de cuidados?
2. Si la respuesta es no, ¿eran adecuados los objetivos?
3. Se resolvió el diagnóstico de enfermería?
4. Si la respuesta es no, ¿eran exactas las respuestas humanas y los factores relacionados del diagnóstico de enfermería?
5. ¿Eran adecuadas las actuaciones?
6. Si la respuesta es no, ¿será necesario revisar el plan de cuidados?⁷⁴

⁷⁴ FERNÁNDEZ FERRIN, CARMEN. Op.cit. pág. 297

4.5 PRINCIPIOS ETICOS

La Ética en enfermería nos describe los fenómenos morales que surgen de la práctica, trata los derechos y deberes, de lo bueno y válido, de los valores y de cómo todos estos elementos se dan en la práctica de enfermería.

La ética maneja de manera adecuada preguntas sobre como buscar el bien, en especial como seres humanos, la ética de enfermería está confrontada con preguntas sobre lo bueno y malo de enfermería para poder obtener las últimas metas de la práctica. Es decir esta ética influye en las decisiones que deben tomarse en el contexto de creciente dificultad del cuidado y de la atención de la salud.

Los dilemas morales surgen de las situaciones ambiguas e inciertas cuando las propias acciones son difíciles de predecir y cuando los principios tradicionales y los códigos de ética no ofrecen ayuda concreta o parecen estar en contradicción.

Enfermería se reconoce como un servicio esencial y responsable para el cuidado, la conservación de la vida, el alivio del sufrimiento y la promoción de la salud. Pero al consultar las reglas de la ética éstas fallan al no contener todas las respuestas necesarias, en términos de las alternativas morales relacionadas con las individualidades que se requieren en la práctica diaria.⁷⁵

Ahora bien el conocimiento de códigos éticos no facilita todas las respuestas a los problemas morales relacionados con enfermería, pero tampoco elimina la necesidad de tener que hacer determinaciones y selecciones éticas.

Por lo que el componente ético del conocimiento de enfermería propone la clarificación como elemento simbólico, valorizar como dimensión de entender y como dimensión de la creatividad a la defensa o involucramiento personal.

Esta regida esta practica por los principios éticos.

Por tales razones la Comisión Interinstitucional de Enfermería creó el Código de ética para enfermeras y (os) en México, para el buen desempeño y ejercicio en la practica profesional.

Los principios éticos que se ven involucrados para la realización de este estudio son los siguientes:

- **JUSTICIA:** Este principio supone reconocer que todos los seres humanos son iguales y deben tratarse con la misma consideración y respeto, sin establecer otras diferencias entre ellos que las que redunden en beneficio de todos, y en especial de los menos favorecidos.

Por lo que para la aplicación de este estudio de caso, el paciente se selecciono de forma no discriminativa.

- **NO MALEFICIENCIA:** Obliga a no infligir daño al paciente en este estudio de caso, ya que su protección es más importante que la búsqueda de nuevo conocimiento o el interés personal o profesional en el estudio. Por lo tanto debe asegurarse la protección, seguridad y bienestar.

⁷⁵ FAGHOTHEY, AGUSTIN. Ética. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 1999. pág.496

- **BENEFICIENCIA:** Este principio debe suponer el procurar favorecer al paciente, no exponiéndolo a daños y asegurando su bienestar. Los riesgos e incomodidades para las personas participantes deben compararse con los posibles beneficios y la importancia del conocimiento que se espera obtener, de manera que la relación sea favorable. Por supuesto que implica beneficios traducidos en una atención integral de cuidados especializados de enfermería para el paciente.
- **AUTONOMIA:** El principio de respeto por las personas o de autonomía se relaciona con la capacidad de una persona para decidir por ella misma. Por lo que en este estudio de caso se le pidió la autorización a la mamá de nuestro paciente para su realización, así como a la opinión de Luis, ambos con muy buen agrado y aceptación.
Así mismo este principio implica garantizar la confidencialidad que se recoge, asegurando la protección de los datos.
El procedimiento formal para aplicar este principio es el consentimiento informado, que es el otorgado por una persona que reúne los siguientes requisitos:
 - Es competente o capaz legalmente para otorgar el consentimiento
 - Ha recibido la información necesaria
 - Ha tomado voluntariamente una decisión, libre de coacción, intimidación, persuasión, manipulación, influencia o incentivo.⁷⁶

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es un acuerdo de la persona o la familia para aceptar un ciclo del tratamiento o un procedimiento tras recibir información completa del médico, que incluya los riesgos del tratamiento y los hechos relacionados con él.

El consentimiento informado por lo tanto es un intercambio entre la persona o familia y el médico.

La obtención del consentimiento informado es responsabilidad del médico, aunque en algunos organismos esta responsabilidad se delega a las enfermeras, en la práctica es muy poco recomendable, puesto que sólo las enfermeras como responsabilidad única es la de ser testigo de dicho consentimiento. Esto supone lo siguiente:

- Presenciar el intercambio entre la persona y el médico
- Ser testigo de la firma de la persona o la familia
- Establecer que la persona o familia realmente comprendieron, es decir están realmente informados.

Todas estas bases éticas sirvieron de sustento para proporcionar una atención responsable y humana, al paciente pediátrico elegido para el estudio de caso.

⁷⁶ FAGHOTHEY, AGUSTIN. Op.cit. pág. 498

V. ESQUEMA METODOLÓGICO

5.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

El paciente es un ser único e inigualable y muy valioso el cual interacciona en el ambiente en una forma holística que debe valorarse como una unidad.

Utilizando para ello un método, técnicas e instrumentos para la recolección de datos que ha continuación se mencionan.

5.2. VARIABLES E INDICADORES A EVALUAR

En el estudio de caso las variables serán las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson. En cuanto al análisis y la interpretación de los datos obtenidos durante la recolección de los mismos al considerar el concepto de fuente de la dificultad para mantener la independencia según Henderson, Riopelle, Grondin y Phaneuf. Donde nos marcan la pauta para llevar a cabo el modelo de Virginia Henderson, ya que al identificar los elementos descritos como normas (indicadores) de cada una de las necesidades (variables) se podrán determinar la dependencia e independencia de cada una de las necesidades. Tomando en cuenta que las fuentes de la dificultad constituyen, el elemento clave mediante el cual sabemos la(s) causa (s) de un problema de dependencia. Finalmente estos indicadores de las variables ayudarán a detectar en el organismo humano, el deterioro de su desarrollo en su entorno biopsicosocial y espiritual. Ya que las propuestas de estas autoras están planteadas de manera general para ser valoradas en todo individuo.

Los resultados obtenidos de la valoración del paciente se muestran a manera de cuadro sinóptico en los resultados.

5.3. FUENTES DE INFORMACIÓN

FUENTES PRIMARIAS DE INFORMACION. En el estudio realizado fue el paciente y su madre.

FUENTES SECUNDARIAS DE INFORMACION.

El expediente clínico. El cuál permitió ver las prescripciones médicas, evolución del estado de salud, exámenes de laboratorio y gabinete realizados, registros, médicos y de otros profesionales, terapéuticas empleadas.

Familiares del paciente. La familia es la que proporciona la información necesaria del paciente.

Profesionales de la salud. Permite el intercambio de información del estado de salud del paciente.

Investigación bibliográfica. Se realizó la investigación en bibliotecas y hemerotecas del Instituto Nacional de Pediatría y de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, tratando de recabar la información de 10 años atrás a la fecha.

Internet. Buscando información de enfermería referente al tema.

5.4. MÉTODO UTILIZADO

El método utilizado para el estudio de caso es el proceso de atención enfermería enfocado en las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson, correspondiendo la primera etapa a la valoración en la cual se empleó el método clínico el cual es un estudio integral del individuo a través de métodos específicos, teniendo como base fundamental el estudio del cliente de una manera íntegra en cuanto a su funcionamiento para obtener información que facilite y ayude a la enfermera establecer los diagnósticos necesarios para llevar a cabo el plan de intervenciones.

El instrumento que se utilizó para llevar a cabo el método clínico fue la aplicación de la historia clínica de enfermería, estructurada en base al modelo de Virginia Henderson para detectar la independencia o dependencia del individuo en cada una de las necesidades.

La exploración física se realizó en base a: inspección, palpación, percusión, auscultación y medición (utilizando las tablas de valoración del I.N.P, percentiles para niños peso y talla, ver anexo 10.2). Este método se llevó a cabo en cada una de las valoraciones que se le realizaron al paciente elegido para el estudio de caso, cuya información fue anotada en un anecdotario para un seguimiento efectivo. Se contó con un total de cinco valoraciones para el análisis del estudio de caso.

5.5. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento que se utilizó fue la historia clínica de enfermería proporcionada por la División de Estudios de Posgrado de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, basada en las necesidades básicas del niño de 6-12 años ver anexo 10.1, la cual contiene los siguientes apartados.

I. Datos demográficos: Contiene datos de identificación del niño, padres y del servicio donde es atendido.

II. Familia. Constituida por los datos de salud familiares, así como características de la salud familiar, así como características de la vivienda, tipo, servicios con los que cuenta, mapa y descripción familiar.

III. Orientación. Con datos de normas de hospitalización y estado de salud del paciente.

IV. Antecedentes individuales. Este apartado incluye los antecedentes perinatales y la valoración de las 14 necesidades básicas para la evaluación del grado de dependencia o independencia, con un análisis global de los datos objetivos y subjetivos obtenidos.

V. Jerarquía de necesidades. Es un cuadro en donde se realiza la evaluación de las necesidades identificando grados de dependencia e independencia, las causas de la dificultad, las fortalezas y las debilidades del paciente y su familia.

VI. Jerarquía de los diagnósticos de enfermería. Se ordenan por prioridad los diagnósticos detectados.

VII. Plan de atención de enfermería. Es un formato constituido por varias columnas en donde se registran los diagnósticos de enfermería, objetivos, intervenciones, fundamentación teórica de las intervenciones y la evaluación de las mismas.

VIII. Plan de alta. Establecido para una orientación ordenada sobre las actividades que el paciente o familiar debe realizarse acerca de la higiene, alimentación, medicamentos, indicaciones específicas, registro de signos y síntoma de alarma.

5.5.1. ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

Se trata de un escolar masculino, proveniente de Zitacuaro, Michoacán, de una familia numerosa de bajos recursos económicos, encontrándose en el INP siendo referido de una clínica debido a los resultados de laboratorio que le detectan Leucemia linfoblástica Aguda, recibiendo en este instituto su primer tratamiento inicial de quimioterapia intratecal en el servicio de Urgencias el día 10 de noviembre del 2005, presentando posteriormente datos de lisis tumoral, por lo que le colocan catéter para diálisis peritoneal y le realizan una leucoferésis, posteriormente ingresa a Hematología el día 19 del mismo mes para continuar con tratamiento, pero el día 26 nov por presentar mejoría se decide su egreso, pero al momento de retirarle su catéter central presenta paro cardiorrespiratorio de 3 minutos revirtiéndose con una dosis de adrenalina. Se mantiene intubado por 4 días con la siguiente valoración: Se encuentra con apoyo de ventilación mecánica, con alteración al estado de conciencia, respuesta al dolor, con cráneo normocefalo sin endo ni exostosis con alopecia, palidez generalizada, así como petequias en diferentes zonas del cuerpo, pupilas isocóricas normorreflexicas, reactivas a la luz, con apertura ocular solo al dolor, así como ligero edema palpebral, oídos membranas íntegras, narinas rastros de sangre seca, presencia de SNG drenando líquido biliar, mucosa oral con mucositis, con piezas dentales completas, sialorrea moderada, así como con cánula orotraqueal conectado a ventilador, cuello sin adenopatías, puntos de sutura, en lado derecho por catéter yugular, traquea central y móvil, campos pulmonares con rudeza respiratoria y estertores, tiraje intercostal, ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad, sin alteraciones, abdomen, blando depresible, sin dolor

ni visceromegalias a la palpación, peristalsis disminuida, herida quirúrgica transversa puntos de sutura, por catéter de diálisis peritoneal, pulsos de buena intensidad y llenado capilar de 2 seg, ano y genitales normales, con sonda de foley a derivación, sin alteraciones, extremidades inferiores con debilidad y hemiparesia de lado izquierdo, con tono muscular ligeramente aumentado, con respuesta a estímulos.

El día 30 de noviembre lo extubaron continuando con la fase II de ventilación con mascarilla y nebulizador continuo.

En base a nuestra valoración y exploración física se detectaron las necesidades de Luis que nos llevaron a la elaboración de diagnósticos de enfermería planteándonos objetivos y al mismo tiempo a la realización y la aplicación de un plan de intervenciones que finalmente concluyo con la elaboración de un plan de alta.

5.5.2. CUADROS ELABORADOS DE LAS 14 NECESIDADES

24-nov-05

Necesidades Fundamentales	Fuente de Dificultad	Grado de Dificultad
Alimentación	Fuerza	Dependiente Temporal
Higiene y protección de la piel	Fuerza Conocimientos	Dependiente Temporal
Recreación	Fuerza Voluntad	Dependiente Temporal

30-nov-05

Necesidades Fundamentales	Fuente de Dificultad	Grado de Dificultad
Oxigenación	Fuerza	Dependiente total
Alimentación	Fuerza	Dependiente total
Movimiento-postura	Fuerza	Dependiente total
Seguridad y protección	Fuerza, conocimiento	Dependiente parcial
Eliminación	Fuerza	Dependiente parcial
Higiene	Fuerza	Dependiente parcial
Termorregulación	Fuerza	Dependiente parcial
Reposo-sueño	Fuerza	Dependiente temporal
Comunicación	Fuerza	Dependiente temporal
Vestido	Fuerza	Dependiente temporal
Religión	Voluntad	Dependiente temporal
Recreación	Voluntad	Dependiente temporal
Aprendizaje	Voluntad	Dependiente temporal
Realización	Voluntad	Dependiente temporal

30-nov-05

Necesidad	Datos de independencia	Datos de dependencia
Oxigenación	Buena entrada y salida de aire	Ventilación mecánica, aspiración de secreciones, drenaje postural

		fisioterapia pulmonar
Alimentación	Fuerza física	Ayuno, SNG, palidez, debilidad
Movimiento-postura	Deseo de moverse	Inmovilidad por intubación, debilidad en miembros inferiores, hemiparesia izquierda.
Seguridad y protección	Fuerza física	Barandales, Medidas de aislamiento protector y de contacto por varicela, medidas de protección estándar.
Eliminación	Control de esfínteres	Sonda foley
Higiene y protección de la piel	Humedad e hidratación	Resequedad, escoriación por cintas adhesivas.
Termorregulación	Uso de bata hospitalaria	Temperatura de 38°C.
Reposo-sueño	Deseo de descansar	Uso de fármacos relajantes y sedantes
Comunicación	Deseo de comunicarse con sus seres queridos	Incomunicación por intubación Separación de los padres por el internamiento Aislamiento
Vestido	Deseo de vestirse como los demás	Uso de bata hospitalaria
Religión	Deseo de que algún ser supremo siempre lo acompañe	Dolor, sedación y relajación.
Recreación	Deseo de ir con sus amigos y hermanos	Inmovilidad, dolor, incapacidad de convivir con seres queridos.
Aprendizaje	Deseo de aprender cosas nuevas en la escuela	Dolor, inmovilidad. Conocimiento insuficiente referente al dx y tx.
Realización	Deseo de estar sano	Por intubación y tratamiento prolongado

VI. RESULTADOS

Los resultados del Estudio de Caso aplicado a un escolar con Leucemia Linfoblástica Aguda fueron los siguientes: de las cinco valoraciones realizadas se formularon 9 diagnósticos de enfermería desarrollándose los planes de cuidados de cada uno.

En cuanto a las evaluaciones en la necesidad de movimiento y postura el paciente mejoro con ejercicios su movilidad aunque sigue requiriendo el apoyo del servicio de Rehabilitación y de Estimulación Física.

Algunos de los resultados se obtuvieron en base a la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson y se presentan ha manera de cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf.

6.1. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Se utilizó el formato **PES**, para la elaboración de los diagnósticos de enfermería reales y el formato PE para los potenciales.

P. Identificando y describiendo los problemas reales o potenciales de salud del paciente y/o familia, tomando en cuenta que el paciente pediátrico presenta situaciones de riesgo que precisa la intervención de enfermería para evitar que se desarrolle.

E. En el cual se describen los factores fisiológicos, de situación y de maduración, causantes del problema. Para vincular el problema con la etiología se utilizo el conector: relacionado con **(R/C)**.

S. Signos y síntomas derivados de la valoración del paciente y/o familia. La etiología se vinculo con los signos y síntomas con el conector manifestado por **(M/P)**.

Con las valoraciones realizadas se redactaron y detectaron 9 diagnósticos de enfermería. Los cuales se incluyeron en los resultados.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ENFERMERÍA INFANTIL

6.2. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: Norberto Sánchez Luis Daniel Edad: 11 años Servicio: Hematología Fecha: 24-
nov-05

Nombre del Alumno: Salazar Hernández Imelda Yadira.

Necesidad	Indep.	Dep.	Causa de la dificultad			La dificultad Interac. c/Nec.		Fortaleza y debilidades del paciente y su familia
	Grado	Grado	F.F.	F.C	F.V	SÍ	NO	
• Necesidad de alimentación	Temporal	Dm	x			X		Las relaciones entre la familia son afectivas y armoniosas por lo que se consideran fortalezas y en cuanto a debilidades se presentan ansiedad y temor en cuanto al desconocimiento de la enfermedad
• Necesidad de integridad de la piel	Temporal	Dm	x			X		
• Necesidad de recreación	Temporal	Dm	x			X		

Código: Grado de dependencia

Total = Dt
 Temporal = Dm
 Parcial = Dp
 Permanente = Dpr

Causas de la Dificultad

Falta de Fuerza = FF
 Falta de Voluntad = FV
 Falta de conocimiento = FC

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ENFERMERÍA INFANTIL

6.2. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: Norberto Sánchez Luis Daniel Edad: 11 años Servicio: Hematología Fecha: 28-nov-05

Nombre del Alumno: Salazar Hernández Imelda Yadira.

Necesidad	Indep.	Dep.	Causa de la dificultad			La dificultad Interac. c/Nec.		Fortaleza y debilidades del paciente y su familia
	Grado	Grado	F.F.	F.C	F.V	SÍ	NO	
Oxigenación	-	Dt	X			X	-	<p>Debilidades del paciente, el evento del paro cardiorrespiratorio con secuelas de evento vascular que alterarán su integridad biopsicosocial.</p> <p>Fortalezas del paciente a pesar de su padecimiento el paciente se recuperaba satisfactoriamente.</p> <p>Debilidades de la familia su situación económica baja.</p> <p>Fortalezas de la familia, el entusiasmo y el ánimo de ver a su hijo en mejores condiciones de salud.</p>
Alimentación	-	Dt	X			X	-	
Movimiento y postura	-	Dt	X			X	-	
Seguridad y protección	-	Dp	X	x		X	-	
Eliminación	-	Dp	X			X	-	
Higiene	-	Dp	X			X	-	
Termorregulación	-	Dm	X			X	-	
Sueño y descanso	-	Dm	X			X	-	
Comunicación	-	Dm	X			X	-	
Vestido	-	Dm			X	X	-	
Religión	-	Dm			X	X	-	
Recreación	-	Dm			X	X	-	
Aprendizaje	-	Dm			x	X	-	
Realización								

Código: Grado de dependencia

Total = Dt
 Temporal = Dm
 Parcial = Dp
 Permanente = Dp

Causas de la Dificultad

Falta de Fuerza = FF
 Falta de Voluntad = FV
 Falta de conocimiento = FC

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ENFERMERÍA INFANTIL

6.2. JERARQUÍA DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA
(En las dimensiones Física, Psicosociales y espiritual).

Fecha en la que Se identifica	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución
24-11-05	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración en la alimentación relacionado con mucositis oral manifestado por dolor a la deglución, sialorrea, anorexia, bajo peso • Alteración en la integridad de la piel relacionado con falta de lubricación manifestado por resequedad • Alteración en la recreación relacionado con hospitalización prolongada manifestado por apatía, tristeza. 	25-11-05
28-11-05	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración en la oxigenación relacionado con obstrucción parcial de la vía aérea manifestado por secreciones abundantes en la cánula orotraqueal • Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con padecimiento oncológico manifestado por anorexia, nauseas, palidez y bajo peso. • Alteración en la movilidad relacionado con evento vascular manifestado por debilidad en miembros inferiores, hemiparesia izquierda y disminución en la agudeza visual. 	<p>30-11-05</p> <p>1-12-05</p> <p>4-01-06</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ENFERMERÍA INFANTIL

6.2. JERARQUÍA DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA
 (En las dimensiones Física, Psicosociales y espiritual).

Fecha en la que Se identifica	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución
30-11-05	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con extubación orotraqueal manifestado por, edema y secreciones espesas. • Afrontamiento ineficaz de la madre relacionado con desconocimiento de la enfermedad del niño, manifestado con miedo, ansiedad • Alto riesgo de infección relacionado por contacto con personas portadoras con el virus de la varicela 	<p>5-12-05</p> <p>2-12-05</p> <p>19-12-05</p>

6.3. PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

24-nov-05

DX ENFERMERIA

- **Alteración en la alimentación relacionado con mucositis oral manifestado por dolor a la deglución, sialorrea.**

OBJETIVO

Luis comerá la totalidad de sus alimentos al disminuir el dolor a la deglución

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar enjuagues bucales con solución especial a base de difenhidramina, melox, nistatina y lidocaina cada 4 hrs	-Los enjuagues con lidocaína se usan como un anestésico tópico que alivia el dolor de las úlceras bucales. La nistatina como tratamiento a infecciones oportunistas como la candidiasis en pacientes inmunosuprimidos. El melox como agente protector alivia las zonas irritadas y fomenta la curación de la mucosa.
<ul style="list-style-type: none">• Medir diariamente el peso y el perímetro abdominal , en busca de alguna variación	-La medición del peso diario indica el grado de crecimiento y desarrollo del niño. -La ganancia de peso regular, aunque sea lenta, indica un aporte nutricional correcto. - La medición del PA nos ayuda a valorar el grado de enfermedad del niño, por presencia de distensión, ascitis o por hepatoesplenomegalia.
<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar hidratación bucal mediante gasas húmedas para evitar la resequeidad	-La sequedad grave, la inflamación y las ulceraciones de los labios, provocan dolor cuando el paciente bebe con una taza o un vaso. Este dolor hace que el paciente se resista a beber líquidos y a mantener un equilibrio hídrico adecuado.
<ul style="list-style-type: none">• Indicarle al niño en dar pequeños sorbos a los líquidos y posteriormente en la dieta blanda picar finamente en trocitos la comida a fin de que pueda deglutirlos más fácilmente	-El ingerir líquidos proporciona además de una adecuada hidratación, menos traumatismo en la mucosa oral al dar pequeños trozos de comida, además de aumentar el aporte total del paciente que

<ul style="list-style-type: none"> • Examinar las mucosas del paciente en busca de úlceras, infección, dolor, sangrado y exudado • Proporcionar cepillo de dientes con cerdas blandas para evitar que las encías sangren. 	<p>experimenta una saciedad temprana.</p> <p>-La estomatitis es un signo de leucemia secundario a la disminución de la inmunosupresión y a los efectos colaterales de la quimioterapia, que se desarrolla de 7-10 días después de empezar el tratamiento.</p> <p>-Los agentes quimioterápicos, como el metotrexato y fluorouracilo, pueden causar estomatitis. Los agentes quimioterapéuticos afectan las células que sufren una replicación rápida, como las del tracto gastrointestinal. La estomatitis interfiere en la capacidad para comer.</p> <p>-La mucosa oral es muy delicada en el paciente leucémico y es muy propensa a la hemorragia, incluso con una irritación mínima. El disminuir la irritación hace menos probable la hemorragia y mejora el nivel de confort del paciente.</p> <p>-La prevención de la acumulación de los detritos de comidas y bacterias es esencial para evitar las lesiones de la mucosa oral.</p>
---	---

EVALUACION

El paciente ingiere sin dolor la dieta líquida, para posteriormente seguir con la blanda con buena aceptación. Disminuyendo considerablemente los datos de la mucositis.

DX ENFERMERIA

- **Alteración en la integridad de la piel relacionado con falta de lubricación manifestado por resequead**

OBJETIVO

Disminuir la resequead en la piel que presenta Luis

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Realizar diariamente baño de esponja con jabón neutro 	<p>-El baño diario favorece la remoción de las células epiteliales muertas, promueve de hidratación a la piel, relaja y proporciona mayor sensibilidad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Aplicar después del baño, cremas humectantes en la piel reseca para favorecer su lubricación 	<p>-El mantener la piel del niño limpia y seca reduce el riesgo de la pérdida de la integridad cutánea.</p> <p>-Las cremas y aceites sirven como barrera cutánea protectora</p>
<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar masajes en extremidades para estimular una mejor circulación 	<p>-El masaje aumenta el flujo sanguíneo hacia los tejidos y previene la aparición de lesiones cutáneas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Colocar al paciente en una posición cómoda y confortable 	<p>-La inmovilización o mantener al niño en la misma posición durante mucho tiempo puede motivar una pérdida de la integridad cutánea.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Estimular al niño a que tome suficientes líquidos para favorecer su hidratación 	<p>-Una adecuada hidratación promueve turgencia en la piel y mucosas del cuerpo</p>
<ul style="list-style-type: none"> Educar a la madre sobre la importancia de mantener bien lubricada la piel de su hijo 	<p>-El conocimiento del mantener una adecuada lubricación e hidratación de la piel previene de resequedad y aparición de grietas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Llevar control de líquidos 	<p>-La cuantificación de los ingresos y egresos nos permite una valoración directa del estado de hidratación del niño en ese momento.</p>

EVALUACION

El paciente presenta una adecuada lubricación y por ende buena hidratación en la piel, al proporcionarle sesiones de masaje que incluyen la aplicación de cremas.

DX ENFERMERIA

- **Alteración en la recreación relacionado con hospitalización prolongada manifestado por apatía, tristeza.**

OBJETIVO

- El niño realizará actividades recreativas mínimas, pero significativas.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar juguetes acordes a la edad y las normas hospitalarias como son juegos de mesa: rompecabezas, memoramas, serpientes y escaleras • Terapias recreativas y de lectura como son cuentos y cuadernillos para colorear o realizar actividades. • Apoyo en actividades intelectuales como son realizando repaso sobre matemáticas (ej. sumas, restas, multiplicaciones, etc) español (ej. identificar oraciones), historia (héroes nacionales, etc) • Proporcionarle periodos programados y placenteros de música mediante el uso de un mini radio portátil, así como de televisión. 	<p>-Tales actividades estimulan al niño y suponen un medio de distracción durante su estancia hospitalaria.</p> <p>- El mantenerse concentrado en determinadas actividades lúdicas además de favorecer en el niño habilidades y destrezas, crean emociones placenteras que hacen leve su tratamiento, y ayuda a disminuir el dolor enfocando su atención en objetos y no en la enfermedad.</p> <p>-El juego fortalece el aprendizaje, la creatividad y la imaginación</p> <p>-El mantener al niño ocupado con actividades que son de su agrado y que además le permiten estar en contacto con el mundo exterior, le ayudan a olvidarse un poco de su enfermedad y a colaborar con el personal de salud para su tratamiento.</p>

EVALUACION

Se mostró participativo, cansado a ratos, pero motivado, y con muchas ganas de que le trajeran más juguetes y le llevaran los aguinaldos

28-nov-05

DX ENFERMERIA

- **Alteración en la oxigenación relacionado con obstrucción parcial de vía aérea manifestado por secreciones abundantes en la cánula orotraqueal**

OBJETIVO

- Mantener una adecuada permeabilidad en la vía aérea libre de secreciones

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Tomar, valorar, registrar e informar si el niño presenta alguna alteración en las constantes vitales (taquicardia, taquipnea, diaforesis, fiebre) • Realizar fisioterapia respiratoria cada 4 hrs • Aspirar a Luis las veces que sean necesarias a fin de eliminar las secreciones • Al realizar la aspiración hiperventilar al niño con oxígeno al 100% • Proporcionar lavado bronquial con 5ml de Sol. Fisiológica en el tubo endotraqueal antes de realizar maniobras de aspiración. 	<ul style="list-style-type: none"> -El realizar valoraciones frecuentes del paciente asegura una adecuada función respiratoria y determinar la gravedad del proceso que afecta al niño y de este modo, prevenir complicaciones. -La fisioterapia respiratoria ayuda a movilizar y eliminar la mucosidad que puede estar obstruyendo las vías aéreas pequeñas. -La inmovilidad proporciona un estancamiento de las secreciones respiratorias, un desarrollo potencial de la neumonía y atelectasias. -La aspiración elimina el exceso de mucosidad de las vías aéreas. -La vía aérea artificial obstaculiza la capacidad del niño para eliminar secreciones -La preoxigenación previene la hipoxia asociada a las maniobras de aspiración. La hiperventilación expande el alvéolo y disminuye el riesgo de atelectasias. -La instilación de suero fisiológico puede ayudar a fluidificar las secreciones espesas.

<ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en posición semifowler • Mantener el tubo orotraqueal en el sitio correcto fijándolo adecuadamente. • Limpiar la zona de piel circundante al tubo orotraqueal y mantenerla seca con gasas estériles • Favorecer el descanso adecuado reduciendo el nivel de ruido ambiental, apagando las luces, cerrando cortinas y proporcionando comodidad al niño 	<p>-Esta posición facilita un aumento de la capacidad pulmonar, por la disminución de la presión diafragmática contra los pulmones.</p> <p>-Fijar de forma adecuada el tubo para evitar cualquier movimiento, y con ello disminuir el riesgo de extubación.</p> <p>-La limpieza adecuada alrededor del tubo y la humedad que se libera por las secreciones previene la irritación cutánea.</p> <p>-El reposo adecuado disminuye la dificultad respiratoria que acompaña a la ventilación mecánica.</p>
--	--

EVALUACION

Se mostró libre de secreciones, se le mantuvo con adecuada ventilación, por lo que mejoró favorablemente la oxigenación.

DX ENFERMERIA

- **Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con padecimiento oncológico manifestado por anorexia, nauseas, palidez y bajo peso.**

OBJETIVO

Luis recibirá una adecuada alimentación para evitar desnutrición

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado nutricional de Luis mediante turgencia cutánea, aportes y pérdidas. 	<p>-El aumento del aporte proteico facilita la reparación y regeneración celular, y el aumento de calorías ayuda a luchar contra la tendencia corporal hacia el catabolismo inducido por el cáncer.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Administrar soluciones parenterales según indicaciones médicas: -Sol. Glucosada 5% 500ml + Nacl 17.7% 12 ml + kcl 20 meq para 95 ml/hr • Medir el Perímetro abdominal por turno • Valorar las características y cuantificar drenaje por SNG • Proporcionar dieta líquida proteico calorica 2000 ml dividida en quintos. • Toma y registro de destroxix por turno • Consultar al médico, si la pérdida de peso, la deshidratación o el desequilibrio electrolítico persisten 	<ul style="list-style-type: none"> -El uso de soluciones intravenosas son de gran utilidad para restituir líquidos, prevenir el riesgo de deshidratación. -El tratamiento puede consistir en la administración de líquidos y de electrolitos (sodio y potasio), o bien un expansor del volumen plasmático (albúmina). -La medición del PA nos ayuda a valorar el grado de enfermedad del niño, por presencia de distensión, ascitis o por hepatoesplenomegalia. -El PA es un parámetro sensible sobre cambios gastrointestinales. Un abdomen distendido puede indicar intolerancia a la dieta. -La disminución o ausencia de residuo gástrico son indicativos de retiro de la sonda nasogástrica lo que permitirá por ende la introducción de la vía oral. - El aumento del aporte proteico facilita la reparación y regeneración celular y el aumento de calorías ayuda a luchar contra la tendencia corporal hacia el catabolismo inducido por el cáncer. -El paciente anoréxico puede agobiarse con las comidas en grandes cantidades, lo que le provocara náuseas y vómitos -En ayuno prolongado y la administración de soluciones parenterales a base de glucosa debe reportarse la cantidad de azúcar en sangre a fin de determinar el estado metabólico del paciente. -El llevar una valoración fidedigna de las necesidades nutricionales de los pacientes con cáncer nos permiten detectar si se presenta una significativa pérdida de peso.
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar suplementos nutricionales y observar los posibles efectos colaterales no deseables como la diarrea, distensión gástrica. 	<p>-La nutrición parenteral, como la hiperalimentación I.V central o la alimentación por sonda, puede ser necesaria si persiste el catabolismo.</p> <p>-Los suplementos orales son altos en proteínas y sirven como un complemento valioso a los alimentos nutritivos. Los efectos colaterales enumerados provocan una alta osmolaridad de líquidos complementarios.</p>
---	--

EVALUACION

Luis se mostró cooperador aceptando la dieta con líquidos a través de la sonda nasogástrica, para posteriormente cambiársela a oral con adecuada tolerancia.

DX ENFERMERIA

- **Alteración en la movilidad relacionado con evento vascular manifestado por debilidad en miembros inferiores, hemiparesia izquierda y disminución en la agudeza visual.**

OBJETIVO

- El niño realizará movimientos con mayor fuerza en ambas extremidades

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado neurológico cada 4 hrs con la Escala de Morray (ver anexo 10.3), valorar el nivel de conciencia, orientación, fuerza en 	<p>-Cuando hay una disminución del flujo sanguíneo cerebral y hay poco oxígeno, aparece vasodilatación y edema como un intento corporal de compensar la</p>

<p>manos, piernas, respuesta pupilar y signos vitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar inmediatamente de cualquier anomalía o cambio a médico del servicio • Establecer comunicación verbal, visual, y táctil con el paciente y brindarle tranquilidad. • Proteger de lesiones al paciente, mediante el uso de dispositivos en extremidades. • Disminuir al mínimo las manipulaciones en el paciente • Realizar ejercicios pasivos en las 4 extremidades y cuello por lo menos cuatro veces al día. • Efectuar cambios de posición cada 2 horas • Colocar cojines suaves o rellenos de semillas pequeñas como lentejas o alpiste en las áreas de presión. 	<p>deficiencia</p> <ul style="list-style-type: none"> -El edema cerebral provoca un aumento de la presión intracraneal -La identificación de los problemas sensoriales después de un evento vascular son vitales para la rehabilitación del paciente. -En una hemiparesia el paciente puede no darse cuenta de una lesión real o inminente, aunada con déficit del campo visual puede hacer que el paciente no vea las advertencias para prevenir lesiones. -El uso de dispositivos de restricción de movimiento evitan el riesgo de lesiones en el paciente. -La manipulación cuidadosa del niño ayuda a prevenir un traumatismos y reduce el riesgo de nuevo evento vascular. -La estimulación al Sistema Nervioso se logra mediante la realización de algunos ejercicios a lo largo de toda la periferia del organismo del paciente. -Los ejercicios pasivos ayudan a mantener el tono muscular y a establecer nuevas vías de impulso y a la regeneración neuronal. -Los cambios posturales permiten aliviar la presión sobre las prominencias óseas y previenen la rigidez -La protección en zonas de presión evitan la aparición de úlceras por decúbito en los pacientes inmovilizados.
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar colchón de espuma 	<p>-Los cojines y los colchones especiales ayudan a distribuir la presión.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar masajes en extremidades para estimular una mejor circulación 	<p>-El masaje aumenta el flujo sanguíneo hacia los tejidos y previene la aparición de lesiones cutáneas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar estimulación temprana mediante ejercicios táctiles, auditivos y visuales 	<p>-La estimulación auditiva, táctil y visual continuada es esencial para ayudar al niño que ha sufrido un evento vascular a lograr un crecimiento y desarrollo psicomotor adecuados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar pañal y vigilar la cantidad y frecuencia de las micciones y evacuaciones cada 3 horas 	<p>-El limpiar el perineo ayuda a prevenir la irritación por heces y orina. -El secar suavemente los pliegues y zonas inguinales evita la irritación</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Educación y orientación a los padres sobre la necesidad de los ejercicios múltiples que requiere Luis para su rehabilitación 	<p>-Los padres deben reconocer y comprender los cambios de conductas de su hijo lo que les permitirá atender de forma adecuada e inmediata las necesidades y favorecer su crecimiento y desarrollo adecuado.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la familia que habitualmente se añade una cierta labilidad emocional a la lesión cerebral, pero que tal comportamiento generalmente disminuye con el tiempo 	<p>-Los ejercicios de movilización y las técnicas de juego permiten aumentar la estimulación del niño y los vínculos afectivos paternofiliales, lo que también favorecerá su crecimiento y desarrollo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la familia que habitualmente se añade una cierta labilidad emocional a la lesión cerebral, pero que tal comportamiento generalmente disminuye con el tiempo 	<p>-Los miembros de la familia pueden verse confusos y angustiados por estos inesperados arranques emocionales. La familia ayuda al paciente estableciendo respuestas adecuadas empleando el contacto físico suave y cariñosamente.</p>

EVALUACION

No se formaron zonas de presión. Se mostró más cooperador en la respuesta, debido a los ejercicios implementados tanto por la enfermera como por sus familiares mejorando los movimientos del Luis considerablemente, aún asiste a rehabilitación.

30-nov-05

DX ENFERMERIA

- **Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con extubación orotraqueal manifestado por, edema y secreciones espesas.**

OBJETIVO

- El niño se mantendrá libre de secreciones, con buena entrada y salida de aire

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la presencia de datos de cianosis, taquipnea, taquicardia, fatiga creciente u otros signos de deterioro de la oxigenación al momento de la extubación orotraqueal • Verificar los parámetros de gases arteriales • Administración de dexametasona al momento del retiro de la cánula orotraqueal. • Proporcionar mascarilla con nebulizador continuo FiO2 80 % 	<p>-El aumento del nivel de actividad aumenta las demandas de oxígeno, sobrecargando aún más el sistema ya comprometido.</p> <p>-Para realizar una adecuada extubación los gases arteriales deben estar dentro de los parámetros normales, así como bicarbonato y ph. Valores normales PCO2: 35-45 mmhg P02: 80-100 mmhg HCO3: 22-26 meq/L PH: 7.35-7.45</p> <p>-La dexametasona es un antiinflamatorio que se usa para descongestionar la zona donde provoco traumatismo la cánula en el organismo del paciente.</p> <p>-La humidificación mediante tienda facial ayuda a fluidificar las secreciones y reduce el edema bronquiolar.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Realizar drenaje postural y percusión con vibración cada 4 horas • Aspirar secreciones gentilmente en caso necesario • Proporcionar dieta líquida por SNG • Disminuir la actividad y ruido ambiental 	<p>-Hasta que se logre la permeabilidad de los alvéolos y vía aérea, es necesario oxígeno suplementario para reducir la necesidad sistémica de mantener altos volúmenes minuto.</p> <p>-Las medidas no invasivas de limpieza facilitan el desplazamiento de las secreciones hacia arriba, hacia las vías aéreas mayores, donde pueden ser expectoradas o aspiradas.</p> <p>-Eliminar secreciones ayuda a limpiar los bronquiolos y por tanto mejora el intercambio gaseoso.</p> <p>-El adecuado aporte de líquidos promueve unas secreciones menos espesas que pueden aspirarse con mayor facilidad.</p> <p>-La viscosidad del esputo está relacionada con el estado general de hidratación del paciente.</p> <p>-Los periodos de descanso absoluto ayudan a conservar la energía, ayudan al paciente a participar más activamente en los cuidados y el tratamiento.</p>
---	--

EVALUACION

Se mostró libre de secreciones y con adecuada oxigenación durante el tiempo que se mantuvo con mascarilla y nebulizador continuo, por lo que tolero adecuadamente la extubación.

DX ENFERMERIA

- **Afrontamiento ineficaz de la madre relacionado con desconocimiento de la enfermedad del niño, manifestado con miedo, ansiedad**

OBJETIVO

La madre comprenderá la enfermedad y así proporcionara mejores cuidados a su hijo

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la respuesta de la familia ante la enfermedad de Luis • Fomentar que la familia evalúe sus sentimientos y se apoyen mutuamente • Demostrar interés por el paciente y su familia • Explicar a la familia la enfermedad que padece su hijo, haciendo énfasis en los cuidados que se le proporcionarían durante su estancia hospitalaria, en cuanto al tratamiento y pronóstico el médico será el encargado de brindarle la información que requiere. • Apoyar el proceso de duelo en el paciente y la familia 	<p>-El considerar los factores socioculturales que giran en torno a la familia del paciente nos guía sobre la respuesta que tendrán ante la enfermedad y al tratamiento que requiere el paciente.</p> <p>-El dirigirse a la familia con una actitud amable y respetuosa sienta las bases para desarrollar una relación de confianza entre la familia y la enfermera</p> <p>-Los miembros de la familia deben estar bien informados para desarrollar una percepción exacta de la enfermedad del paciente a fin de reconocer las necesidades e identificar las soluciones apropiadas.</p> <p>-La ansiedad y los conceptos erróneos pueden minimizarse dando explicaciones en términos sencillos y reforzando o clarificando la información dada por el médico.</p> <p>-El proceso de duelo consta de cinco etapas, todas estas se experimentan ante una pérdida.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Negación y aislamiento -Enojo o rabia -Negociación -Depresión -Aceptación. <p>-Los pacientes con leucemia sufren pérdidas múltiples y tienen reducidas la capacidad para autocuidarse, el contacto social y el nivel de energía. Adicionalmente, los efectos colaterales de la quimioterapia pueden provocar cambios</p>

	<p>en la imagen corporal que son difíciles de aceptar. La debilidad, dependencia de los demás y un pronóstico no seguro, pueden crear ansiedad o contribuir a la depresión.</p> <p>En cuanto a la Negación: Se debe animar a aceptar la situación; no reforzar la negación dando falsas esperanzas. En el aislamiento: Fomentar una comunicación abierta y franca para que haya participación.</p> <p>Enojo: Explicar a la familia que el enojo sirve para tratar de controlar mejor el ambiente a causa de la incapacidad de controlar la aceptación de su enfermo.</p> <p>Negociación: Explicarles lo que está pasando favorecerá una respuesta positiva sin necesidad de buscar culpables.</p> <p>Depresión: Reforzar la autoestima del paciente y los padres, transmitir empatía y reconocer su dolor.</p> <p>Aceptación: Animar a los familiares a identificar las contribuciones, aspectos positivos de la relación.</p>
--	--

EVALUACION

La madre se mostró más tranquila con la explicación sobre la enfermedad del niño y como ella puede ayudarlo en su rehabilitación y tratamiento.

DX ENFERMERIA

- **Alto riesgo de infección relacionado por contacto con personas portadoras con el virus de la varicela**

OBJETIVO

El paciente durante su estancia hospitalaria no cursará con procesos infecciosos.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de precauciones estándar • Proporcionar aislamiento por contacto • Valoración, toma y registro de signos vitales, informar cualquier signo o síntoma de infección (temperatura < 38° ,taquicardia, taquipnea, escalofríos, etc) • Evitar, si es posible, procedimientos invasivos (inyecciones, venopunciones, etc) • Lavado de manos antes , después de tocar al paciente y al realizar procedimientos • Preparar soluciones y medicamentos cuidando de no contaminar los mismos • Llevar un control y registro de las soluciones indicadas • Cambio de equipos de soluciones según protocolo del hospital 	<p>-Los niños inmunosuprimidos corren el riesgo de desarrollar varicela diseminada si han estado expuestos a la enfermedad.</p> <p>-El paciente debe protegerse de las fuentes potenciales de infección. El evitar el contacto con otros ayuda a disminuir la contaminación por gérmenes patógenos.</p> <p>-El llevar un control de las constantes vitales es indicador de alguna variante en el estado de salud del paciente.</p> <p>-Una temperatura elevada no relacionada con los fármacos o productos sanguíneos indica infección en aproximadamente el 80 % de pacientes con leucemia.</p> <p>-Cualquier procedimiento invasivo es una fuente potencial de invasión bacteriana</p> <p>-El agua favorece el arrastre mecánico de las bacterias.</p> <p>-Una limpieza cuidadosa disminuye el crecimiento bacteriano.</p> <p>-El realizar con técnica aséptica la preparación de soluciones y fármacos garantizan la no entrada de microorganismos al paciente.</p>

EVALUACION

El paciente en el tiempo en el que se encontró hospitalizado no desarrollo ningún cultivo positivo

6.4. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: Luis Daniel Norberto Sánchez. Edad: 11 años Sexo: Masculino
Fecha de Ingreso: 10-11-05 Fecha de egreso: 18-03-06

1. Orientación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar (o el niño si es posible).

-Se le indica la manera de reducir al mínimo los riesgos de infección, como el limpiar inmediatamente cualquier abrasión o herida de las mucosas orales o la piel, vigilar la temperatura de Luis, así como protegerlo de fuentes de infección de parientes.

-Se le informa a la madre sobre las restricciones de la actividad, por ejemplo, doblarse, levantar peso, evitar multitudes, ya que evitar ciertas actividades disminuyen el riesgo de recaídas.

-Se le educa a la madre sobre la importancia de la higiene como es el baño diario, así como aseo dental, corte de uñas y aseo perineal, así como de enjuagues bucales en caso de úlceras. Así como el descanso que abarca un mínimo de 8 hrs.

-Se les subraya a los padres la importancia de asistir puntualmente a las citas de la Consulta Externa de Hematología, a las de Rehabilitación y Odontología, así como a las citas para administración de su Quimioterapia en la Terapia Ambulatoria, con este seguimiento se tendrán mejores resultados y evitara retrasos innecesarios en su tratamiento.

2. Orientación dietética:

-Se le explica la importancia de mantener una dieta equilibrada, ya que debido a la administración de quimioterapia y su estado de inmunosupresión requiere de una adecuada nutrición, hidratación así como de reposo. Así como la toma y registro de peso diario para llevar un registro sobre la evolución con respecto a ganancia o pérdida del mismo.

La dieta será rica en proteínas, calorías e hidratos de carbono, alimentos ricos en hierro, fruta y verdura fresca, las comidas deben ser pequeñas y frecuentes

3. Medicamentos indicados:

- Dar 1 tableta de paracetamol en caso de fiebre , 3 tabletas de Alin después de cada comida, 1 cucharada de Melox 15 min después que el alín .
- Quimioterapia según lo indicado al momento del alta por médico.

4. Registro de signos y síntomas de alarma:
(Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)

-Se le informa al familiar que en caso de presentar alguna de las siguientes manifestaciones , como son: dolor, fiebre, hemorragias a cualquier nivel, cefalea con cambios de respuesta ,mareo ,irritabilidad, convulsiones, vómitos, debilidad, hipotensión, taquicardia, dificultad para respirar, disminución en la visión o cualquier otra eventualidad acudan inmediatamente al servicio de Urgencias del INP en cualquier momento.

-Se le indica al familiar la importancia de vigilar de las características ya sea del sangrado, vómito, la cantidad y frecuencia, el tiempo con el que cursa con la irritabilidad, si presenta convulsiones cuanto duro, se perdió conocimiento, se relajaron esfínteres, si la fiebre disminuyo con medicamentos, con el baño ,etc.

5. Cuidados especiales en el hogar: (Heridas, Sondas, Estomas, Ejercicios, etc.).

-Seguir con los ejercicios para la estimulación de Luis como son los realizados en todas las extremidades elevarlas de arriba, abajo y de forma circular y los que proporcione el servicio de rehabilitación. Así mismo proporcionar los masajes después del baño y durante todo el día, a fin de que conserve fuerza y tono muscular adecuados.

- Seguir con la estimulación táctil, visual, auditiva para continuar con su desarrollo lo mejor posible.

6. Fecha de su próxima cita: El día 28 de marzo 2006

7. Observaciones (se incluirán folletos de educación para la salud o cerca de la enfermedad).

CRITERIOS PARA EL ALTA DE ENFERMERIA

En el momento del alta, la documentación demostrará:

- Signos vitales estables
- Ausencia de fiebre
- Ausencia de complicaciones cardiovasculares y pulmonares
- Niveles de hemoglobina, hematocrito, dentro de los parámetros normales
- Capacidad para realizar actividades de la vida diaria, independientemente o con un mínimo de ayuda
- Capacidad para trasladarse independientemente o con un mínimo de ayuda
- Capacidad para verbalizar las restricciones de la actividad
- Capacidad para tolerar la dieta

- Capacidad para verbalizar la comprensión del tiempo que debe permanecer en su casa para la convalecencia
- Ausencia de lesiones bucales o dolor a la deglución, no se observan petequias o hemorragias

Nombre de la enfermera: Imelda Yadira Salazar Hernández.

VII.CONCLUSIONES

La aplicación de un marco conceptual al proceso de enfermería, aunado a los conocimientos del especialista en enfermería infantil son la diferencia básica en el cuidado, así mismo nos permiten dar un cuidado integral de manera holística, en todo momento se contó con el apoyo de los familiares de Luis y del personal de Hematología para la realización de este estudio de caso.

Los objetivos planteados en un principio para el Estudio de Caso basado en la Filosofía de Virginia Henderson se cumplieron sobre la base de este se pudo desarrollar el Plan de Atención de Enfermería con cada una de sus etapas contenidas para el cuidado integral del paciente.

Se tubo seguimiento del paciente hasta mayo del 2006, comentando la madre en la última entrevista que su hijo sigue acudiendo a las citas con el servicio de Rehabilitación así como a las de Hematología y para aplicación de su quimioterapia.

Finalmente esta experiencia nos llena de múltiples gratificaciones el saber que en el cuidado que estamos realizando como enfermeras especialistas, estamos ayudando a una personita a seguir con su tratamiento, pero que no solo lo vemos como un paciente más sino como un amigo que en realidad nos ocupamos de su estado de salud por tener la satisfacción de que pronto recupere su estado de bienestar. Debido a que esta tarea marca la diferencia de lo que es ser un profesional a lo que es ser meramente un hacedor de cuidados, por lo que este estudio de caso se realizó de la mejor manera posible brindando desde luego además de los conocimientos y habilidades un sentido altamente humanístico para brindarle a nuestro paciente esa empatía y llegar a trascender en el de una manera más positiva y de aminorar de alguna manera su estancia hospitalaria de la mejor manera para ayudarlo a recobrar su independencia en el menor tiempo posible.

VIII. SUGERENCIAS

Es conveniente que el profesional de enfermería aplique el Proceso de Enfermería en la práctica clínica para favorecer la continuidad del cuidado enfermero y así evitar la duplicidad de funciones; que repercuten en la evolución del paciente y en los costes de la atención institucional.

Es recomendable la implementación del Proceso Enfermero en las instituciones de salud como sistema de trabajo porque de esta forma enfermería sustenta su desempeño laboral bajo la perspectiva del método científico.

Se sugiere que el desempeño de enfermería en las instituciones de salud se sustente en la filosofía de Virginia Henderson pues nos proporciona un modelo enfocado hacia la satisfacción de las 14 necesidades básicas de toda persona, para conservar, mejorar o restaurar su salud y a su vez proporcionar una mejor calidad de atención al usuario y evitar complicaciones y por ende costes institucionales al disminuir los días de estancia hospitalaria y de reingresos.

Así mismo siguiendo con dicha filosofía, nos dice que la enfermera tiene el papel del ayudante, la compañera para proporcionar precisamente esos cuidados enfocados para la satisfacción de dichas necesidades, puesto que debe existir la relación de ayuda dirigida a alcanzar la plenitud o la serenidad de la persona, y sus principios fundamentales en la confianza en el que la persona y en la posibilidad de encontrar por él mismo los recursos necesarios para la solución de sus problemas y establecer un clima de confianza, de aceptación, de respeto y de comprensión, esta relación suscita en el cliente la capacidad de cuidar de sí mismo.

En base a lo anterior estos conceptos fueron de vital importancia para la realización de este estudio de caso, pues se busco en todo momento ser esa compañera, sustituta y auxiliar para Luis en algún momento de su padecimiento ya fuera en la fase inicial y después del evento del paro cardiorrespiratorio, en su rehabilitación; por lo que se sugiere seguir con esta filosofía que nos llevará sin lugar a dudas a ser mejores en nuestro trabajo profesional y sobre todo el ser una mejor persona cada día, puesto que debemos seguir con una filosofía de vida que nos invita a reflexionar sobre nuestra estancia terrenal. Nosotros estamos para ayudar, a servir al prójimo y no para ser servidos.

IX. BIBLIOGRAFÍA

-ALFARO, ROSALINDA. Aplicación del proceso de Enfermería Guía Práctica. Madrid, Doyma,1999.

-BEHRMAN, E.R. NELSON. Tratado de Pediatría .México.Interamericana McGraw-Hill ,1999.

-BUENO,M. Crecimiento y desarrollo y sus trastornos. 2ª. De Madrid España. Edición Ergón,1999.

-CARPENITO, LYNDA. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. México Interamericana. Mc Graw Hill,1999.

- COMPENDIO DE MORTALIDAD 2000, DGEI, SSA

-CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD. Código de ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, 2000.

-FAGHOTHEY, AGUSTIN. Ética. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 1999

-FERNÁNDEZ FERRIN, CARMEN. El proceso de atención de enfermería.Estudio de Casos. Marco conceptual: Virginia Henderson. Taxonomía Diagnóstica: NANDA. Ediciones Científicas y Técnicas. S.A. .México,1999. pág.115.

-HUGHES INSTITUTE DE ST. PAUL ."Proceedings of the National Academy of Sciences". Barcelona, 1999.

-MARRINER,TOMEY. Modelos y teorías de enfermería.Madrid.España.Mosby-Doyma,2000.

-MANUAL MERCK. Ed. Harcourt. México, 1999

- NIETO VAZQUEZ, LUCIA. Atención integral de enfermería al niño con leucemia. Congreso de Enfermería Pediátrica. INP. 9 noviembre 2001.
- PARKIN DM Y COL. IARC, LYONS, Neoplasias malignas, 1999, Pub No. 87
- PHANEUF MARGOT, Las nociones fundamentales que sirven de base a la competencia de la enfermera. México. Ed. Interamericana. Mc Graw-Hill. 1999.
- REGISTRO HISTOPATOLÓGICO DE NEOPLASIAS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA DE LA S.S. 2001.
- REEDER, S.J. Enfermería Materno Infantil. México. Interamericana. Mc Graw-Hill, 2000.
- Revista Pediátrica. Leucemia Linfoblástica Aguda, Chile 18 mayo 2000
- REYES GOMEZ, EVA. Fundamentos de Enfermería. Manual Moderno, 3ª edición. México. 2001
- RIOPELLE. Cuidados de Enfermería. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 1999.
- ROMERO SANDOVAL, ADRIANA. Nuevas alternativas para el cuidado del niño con padecimientos oncológicos. Congreso de Enfermería Pediátrica. INP. 16 noviembre 2000.
- RUIZ MARTINEZ ADELA. Padecimientos linfohematopoyéticos malignos. Congreso de Enfermería Pediátrica. INP. 2000.
- SPEER, KATHLEEN. Cuidados de Enfermería Pediátrica. Ediciones Doyma. España. 1999. pp 303
- SUDDARTH, LILIAN. El manual de la enfermera. Tomo V. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 1999.
- TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA. Antología. Base teórica para las especializaciones. División de Estudios de Posgrado. ENEO-UNAM, 2004.

X. ANEXOS.

10.1. Instrumento de valoración de las necesidades básicas en los adolescentes de 6-12 años.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

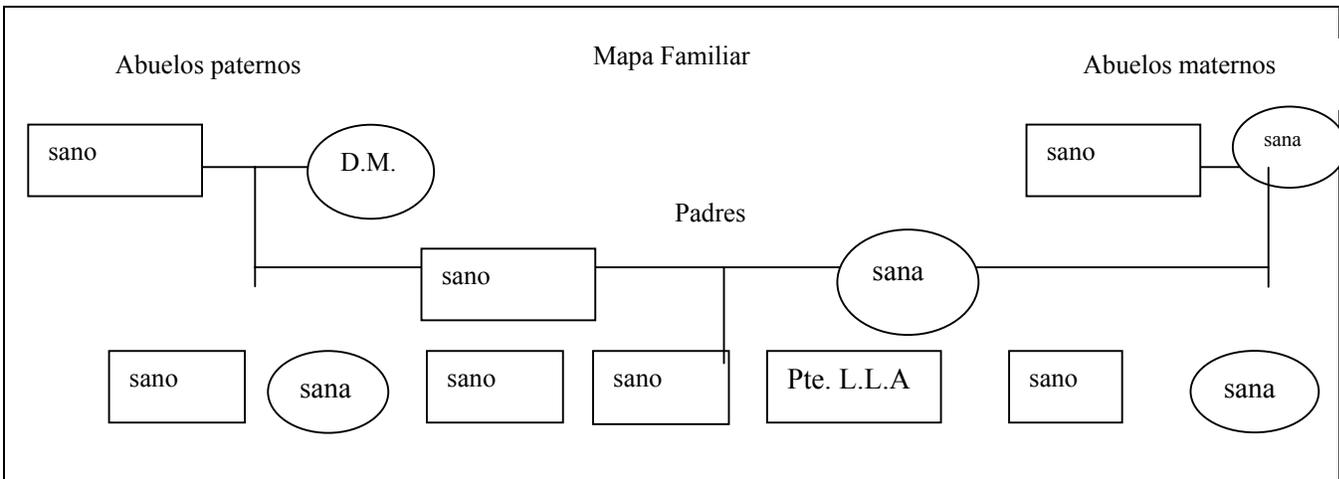
ENFERMERÍA INFANTIL

Valoración de las necesidades básicas en los adolescentes de 6 -12 años

Nombre del alumno: Salazar Hernández Imelda Yadira Fecha de entrega: 24-11-05

Servicio: Hematología

I D A T O S D E M O G R A F I C O S	Nombre: <u>Luis Daniel Norberto Sánchez</u> Edad: <u>11 años</u> Sexo: <u>Masculino</u> Nombre del padre o tutor: <u>Rosa Acevedo García.</u> Edad del padre: <u>40 años</u> Nombre de la madre: <u>Rosa Acevedo García</u> Edad de la madre: <u>36 años</u> Fecha de revisión: <u>12-12-05</u> Hora: <u>8 hrs</u> Escolaridad: Padre <u>Bachillerato</u> de la Madre: <u>Secretaria</u> del Niño: <u>5to de</u> <u>Primaria</u> Religión: <u>Católica</u> La información es proporcionada por: <u>La madre</u> Domicilio: <u>Pueblo Conocido Puentecillas Zitacuaro.</u> Procedencia: <u>Michoacán</u> Teléfono: <u>59 35 34 34</u> Recados con la Sra. Lidia Norberto Serrano. Registro: <u>442768</u> Diagnostico médico: <u>Leucemia Linfoblástica Aguda</u>
II F A M I L I A	Antecedentes familiares: Problemas de salud de padres, hermanos, tíos y Abuelos: <u>Abuela paterna Diabetes Mellitus. Prima paterna L.L.A</u> Características de la vivienda: Propia: <u>X</u> Rentada: <u> </u> Tipo de construcción: <u>adobe y cemento</u> Servicios intradomiciliarios: <u>Agua entubada y luz cuenta con 2 cuartos.</u> Disposición de excretas: <u>Fosa séptica.</u> Descripción de la vivienda: <u>Construida de adobe, techo de lámina, 2</u> <u>cuartos donde viven 9 personas en hacinamiento.</u> Ingresos económicos de la familia: <u>El padre quién gana \$ 1.900 al mes como jornalero</u> Medios de transporte de la localidad: <u>Microbuses, taxis</u>



Descripción de la familia incluyendo los antecedentes de salud y edad de cada uno de los parientes y las relaciones efectivas de la Familia y extendida:

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectiva	Enfermedades
1.Tenorio Norberto (PADRE)	44 a	Masc	3ro Prim	Buenas	Ninguna
2.Estela Sánchez Alvarado (MADRE)	42 a	Fem	2do Prim	Buenas	Ninguna
3.Rigoberto N.S. (HNO)	23 a	Masc	4to Prim	Buenas	Ninguna
4.Ana Edith N.S.(HNA)	18 a	Fem	3ro Sec	Buenas	Ninguna
5.Lazaro N.S.(HNO)	16 a	Masc	4to Prim	Buenas	Ninguna
6.Francisco Javier N.S.(HNO)	14 a	Masc	6to Prim	Buenas	Ninguna
7.Luis Daniel N.S. (PTE)	11 a	Masc	5to Prim	Buenas	L.L.A
8.Marco Antonio N.S. (HNO)	10 a	Masc	2do Prim	Buenas	Ninguna
9.Odalís Yaneli N.S. (HNA)	5 a	Fem	Kinder	Buenas	Ninguna

Símbolos

Hombre
 Mujer
 Paciente Problema

Fallecimiento
 Relaciones Fuertes
 Relaciones Débiles

Relaciones con Estrés

IV	
A	Valoración de las necesidades básicas del niño: complete la información incluyendo las palabras del familiar:
N	Peso al nacer: <u>3.800</u> Talla al nacer: <u>No se acuerda</u> Lloró al nacer: <u>si</u> Respiro: <u>si</u>
T	
C	Se realizaron maniobras de resucitación: <u>no</u>
E	

D E N T E S	<p>Motivo de consulta/hospitalización: <u>Refieren de un centro de salud de Michoacán para el INP por DX de L.L.A.</u></p> <p>Algún miembro de la familia padece o padeció el problema de salud que tiene el niño: <u>si</u></p> <p>¿Quién?: <u>prima paterna</u> ¿Cuándo? <u>desde la infancia</u></p> <p>El niño es alérgico: Sí: <u>x</u> No: <u>___</u>, Si la respuesta es sí, a qué es alérgico: <u>penicilina</u>.</p> <p>Qué dificultad presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: <u>Dificultad para la alimentación, por presentar mucositis, anorexia, así como dificultad para la termorregulación por hipertermias y recreación debido a la debilidad, tristeza y por internamiento hospitalario.</u></p>												
1	<p style="text-align: center;">Alimentación</p> <p>Peso: <u>27. 500 gs</u> Talla: <u>1.31</u> Perímetro abdominal: <u>54 cms</u> Torácico: <u>67 cms</u></p> <p>Del brazo: <u>17 cms</u></p> <p>El niño fue alimentado con: Leche materna: <u>___x___</u> Biberón <u>x</u> Vaso: <u>___</u></p> <p>¿Considera usted que el niño tiene poco <u>x</u> buen o mucho <u>___</u> apetito?</p> <p>¿Cuáles son los alimentos y bebidas preferidas del niño?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">En el desayuno</td> <td style="width: 33%;">En la comida</td> <td style="width: 33%;">En la merienda</td> </tr> <tr> <td><u>yogurth</u></td> <td><u>fruta, sopas</u></td> <td><u>cereal</u></td> </tr> <tr> <td><u>verdura</u></td> <td><u>pescado, carne puerco</u></td> <td><u>leche con chocolate</u></td> </tr> <tr> <td><u>gelatina</u></td> <td></td> <td><u>pan</u></td> </tr> </table> <p>Los alimentos y bebidas que le disgustan son: <u>huevo y la coliflor</u></p> <p>Tiene dieta especial: <u>Ayuno .Inicia dieta con líquidos el día 24-nov-05</u> Tiene alergias alimentarias: <u>no</u></p> <p>Con quién acostumbras comer: <u>con la familia</u> Cuáles son sus hábitos en las comidas: <u>ver t.v.</u> Tiene problemas en mucosa oral: <u>si, mucositis</u></p> <p>Cuáles es el estado y cantidad de las piezas dentarias: <u>27 pzas, sin tratamiento dental, pues nunca ha acudido con el odontólogo, se encuentra con 2 caries en el 2do y 3er molar inferior izquierdo.</u></p>	En el desayuno	En la comida	En la merienda	<u>yogurth</u>	<u>fruta, sopas</u>	<u>cereal</u>	<u>verdura</u>	<u>pescado, carne puerco</u>	<u>leche con chocolate</u>	<u>gelatina</u>		<u>pan</u>
En el desayuno	En la comida	En la merienda											
<u>yogurth</u>	<u>fruta, sopas</u>	<u>cereal</u>											
<u>verdura</u>	<u>pescado, carne puerco</u>	<u>leche con chocolate</u>											
<u>gelatina</u>		<u>pan</u>											
2	<p style="text-align: center;">Eliminación</p> <p>Orina: Clara <u>x</u> Con sangre: <u>___</u> Turbia: <u>___</u> Cantidad: <u>1.440ml</u> Cuántas veces orina al día: <u>6-7 veces</u></p> <p>Presenta molestias para orinar: <u>no</u> ¿Cuáles: <u>___</u> Se orina en la cama por la noche: <u>no</u></p> <p>Sabe usted la causa por la que el niño se orina en la cama: <u>no se orina</u></p> <p>Consistencia de las heces: Formada: <u>si</u> Pastosa: <u>no</u> Blanda: <u>no</u> Líquida: <u>no</u> Semilíquida: <u>no</u></p> <p>Espumosa: <u>no</u> Con sangre: <u>no</u></p>												

	<p>Con Parásitos: <u>no</u> Grumosa: <u>no</u> Color: Amarilla: <u>no</u> Verde: <u>si</u> Café: <u>no</u> Negra: <u>no</u> Blanca: <u>no</u> Olor: ácida: <u>no</u> Fétida: <u>no</u> Otros: <u>no</u> Moco: <u>no</u> Sangre: <u>no</u> Restos de alimentos: <u>no</u> Dolor al evacuar: <u>no</u> Hábitos para evacuar: <u>después de comer</u></p>															
3	<p style="text-align: center;">Oxigenación</p> <p>Signos vitales: Tensión arterial <u>110/70</u> Frecuencia cardiaca: <u>88 x</u> Pulso: <u>ritmico</u> Regular: <u>x</u> Irregular: <u> </u> Respiración: <u>20x'</u> Regular: <u>x</u> Irregular: <u> </u> Aleteo nasal: <u>no</u> Retracción xifoidea: <u>no</u> Disociación torácico-abdominal: <u>no</u> Ruidos respiratorios: <u>no</u> Lado izquierdo: <u>ventilado</u> Lado derecho: <u>ventilado</u> Ventilación: <u>adecuada</u> Respiración asistida: <u>no</u> Controlada: <u>sin problema</u> Secreciones bronquiales</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 15%;">Cantidad</th> <th style="width: 15%;">Consistencia</th> <th style="width: 15%;">Color</th> <th style="width: 15%;">Olor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por tubo Traqueal/Nasal:</td> <td style="text-align: center;"><u> </u></td> <td style="text-align: center;"><u> </u></td> <td style="text-align: center;"><u> </u></td> <td style="text-align: center;"><u> </u></td> </tr> <tr> <td>Por cavidad Oral/Nasal:</td> <td style="text-align: center;"><u>moderada</u></td> <td style="text-align: center;"><u>semilíquida</u></td> <td style="text-align: center;"><u>transparente</u></td> <td style="text-align: center;"><u>ninguno</u></td> </tr> </tbody> </table> <p>Humidificación y oxigenación: <u>Enjuagues bucales con sol especial a base de melox 10ml, lidocaina 2ml, difenhidramina 10 ml, nistatina 5 ml</u></p> <p>Tiene dificultad para respirar: <u>no</u> Cuando camina: <u>no</u> Otros: <u>Sialorrea abundante</u> Coloración de la piel: Color: <u>pálida</u> Integridad: <u>reseca</u> Diaforesis: <u>no</u> Petequias: <u>si</u> Rash: <u>no</u> Escoriaciones: <u>no</u></p>		Cantidad	Consistencia	Color	Olor	Por tubo Traqueal/Nasal:	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	Por cavidad Oral/Nasal:	<u>moderada</u>	<u>semilíquida</u>	<u>transparente</u>	<u>ninguno</u>
	Cantidad	Consistencia	Color	Olor												
Por tubo Traqueal/Nasal:	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>												
Por cavidad Oral/Nasal:	<u>moderada</u>	<u>semilíquida</u>	<u>transparente</u>	<u>ninguno</u>												
4	<p style="text-align: center;">Reposo-Sueño</p> <p>Horas de sueño: <u>12 hrs</u> Qué costumbres tiene antes de dormir: Con juguetes <u>no</u> A qué hora se duerme: <u>20 hrs</u> A qué hora se levanta: <u>8 a.m</u> duerme con Luz: <u>no</u> Con música: <u>no</u> Otras costumbres: <u>tiene que estar la luz apagada y sin ruido</u> ¿Con quién duerme?: <u>con su hermano</u> Tiene cuartos separados: <u>no</u> Despierta de noche: <u>no</u> Es sonámbulo: sí: <u> </u> no: <u>x</u> Tiene pesadillas: <u>no</u> Duerme siesta: <u>no</u> Valoración Neurológica: Actividades motora, Activo: <u> </u> Letárgico: <u> </u> Tranquilo: <u>x</u> Dormido: <u> </u> Respuesta a estímulos: Dolorosos: <u>si</u> Calor: <u>si</u> Frió: <u>si</u> Reflejos: <u>normales y presentes</u> Respuesta pupilar: <u>normorreflexicas e integras, reactivas a la luz</u></p>															
5	<p style="text-align: center;">Vestido</p> <p>Características de la ropa del niño: <u>pantalón de mezclilla, camisas</u> Higiene: <u>diaria</u> Costumbre en el uso del vestido: <u>diario se cambia</u></p>															

	<p>Otros enseres: <u>ninguno</u> Significado del vestido: <u>Estar cómodo y que se vea bien</u> ¿Cómo quién te gustaría vestir? <u>Como los artistas como Luis Miguel, Marco Antonio Solís, El Buki</u> ¿Tienes suficiente ropa en el hospital? <u>si</u> ¿Te vistes sólo? Si: <u>x</u> No: <u> </u> Con ayuda: <u>no necesita</u></p>
6	<p style="text-align: center;">Temperatura</p> <p>Considera usted que la temperatura de las habitaciones donde duerme el niño es: Templada: <u>x</u> Fría: <u>no</u> Caliente: <u>no</u> ¿Su niño es friolento? <u>no</u> Esta acostumbrado a que le tomen Temperatura: Si <u>x</u> No <u> </u> Si la respuesta es sí, ¿Cómo se la toman? <u>con termómetro en la axila</u></p>
7	<p style="text-align: center;">Movimiento y postura</p> <p>A qué edad fijó la mirada: <u>No se acuerda</u> Siguió los objetos con los ojos: <u>si</u> a los <u>3 meses</u> Se sentó con ayuda: <u>5 meses</u> Se sentó sólo: <u>7 meses</u> Se paró: <u>9 meses</u> Caminó: <u>al año</u> Saltó: <u>2 años</u> Subió escaleras: <u>3 años</u> Camina con ayuda de algún aparato ortopédico: <u>no</u> Qué postura adopta al sentarse: <u>informal</u> Al caminar: <u>con adecuada marcha</u> Al dormirse: <u>fetal</u> Al pararse: <u>correcta</u> Cuando está enfermo adopta una postura especial: <u>no</u> ¿Cuál?: <u>No, pero si disminuye su marcha, se cansa rápidamente</u></p>
8	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> <p>¿Cuánto tiempo tiene en el domicilio actual? <u>11 años</u> Cuántos hermanos son: <u>4</u> Hermanas: <u>2</u> Hay otras personas que viven en casa: <u>no</u> El niño vive con sus padres: <u>si</u> Papá: <u>si</u> Mamá: <u>si</u> Hermanos: <u>si</u> Pariente: <u>no</u> El niño usa anteojos: <u>no</u> Aparato auditivo: <u>no</u> Algún otro aparato: <u>no</u> Describa el carácter de su hijo: <u>muy alegre y bondadoso</u> ¿Con quién acude el niño cuando le falta algo? <u>Con mamá</u> ¿Con quién hace la tarea? <u>Con su hermana mayor</u> Otros comentarios del niño o familiar: <u>Se lleva bien con todos sus hermanos.</u></p>
9	<p style="text-align: center;">Higiene</p> <p>A qué hora acostumbra el baño: <u>8 a.m</u> Se baña sólo: <u>por el momento debido a la hospitalización y su padecimiento se le realiza baño de esponja</u> Con ayuda: <u>si</u> Cuántas veces se cepilla los dientes: <u>2 veces</u> Cuando se cepilla los dientes: <u>al levantarse y en la tarde.</u> Tiene prótesis dental: <u>no</u> Cuando fue la última visita al dentista: <u>nunca ha asistido</u> Se peina solo (a): <u>si</u> Con ayuda: <u>no</u></p>

10	
----	--

	<p style="text-align: center;">Recreación</p> <p>¿Qué preferencia tiene el niño con los juegos? <u>Futbol, escondidillas, reata, canicas</u></p> <p>Los objetos: <u>pelota, cuadernos para iluminar, nintendo</u> .Con mascotas: <u>perros y gatos</u></p> <p>Las personas: <u>amigos y hermanos</u></p> <p>Mencione los programas de televisión, películas y paseos preferidos por el niño: <u>El chavo del 8, 100 mexicanos dijeron, Chabelo, Película : Santa Claus, Pulgarcito y el Lobo feroz.. Paseos por Zitacuaro a comer fruta.</u></p>												
11	<p style="text-align: center;">Creencia y religión</p> <p>¿Cuál es la práctica religiosa de la familia? <u>ir a la iglesia</u></p> <p>Cómo participa el niño en esa práctica: <u>acude con la familia</u> Para usted (familiar) cuál cree que fue la causa de la enfermedad: <u>No sabe, quizás por no querer comer</u></p> <p>Cuando alguien de la familia se enferma, que hace usted para mejorar el problema: <u>en casa da remedios caseros, si no los lleva a la clínica</u></p> <p>Para el niño: ¿Por qué te enfermaste?: <u>Por andar en la calle y no comía y eso me hizo daño</u></p>												
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> <p>Ha consultado a otras personas u organismos sobre la salud de su hijo: <u>primero acudió la madre a la clínica en Zitacuaro , luego la trasladaron al INP</u> Como ha programado las visitas al hospital: <u>El único familiar de Luis que esta en el D.F. es la madre y lo visitan algunos tios</u></p> <p>Describe los medios que tiene para resolver la enfermedad de su hijo: <u>son de bajos recursos, el dinero a veces piden prestado con familiares</u></p> <p>Puede usted participar en los cuidados del niño: Si <u>x</u> No <u> </u> Si la respuesta es sí</p> <p>¿Cómo? <u>visitándolo diario, decirle que todos lo extrañan en casa, hablarle y platicarle, así como ponerle crema para su piel</u></p> <p>Diga los temores que tiene sobre la enfermedad del niño: <u>que se ponga grave</u></p> <p>Describe los cambios más recientes que hubo en la familia, tales como cambios de domicilio, despido del padre en el trabajo: <u>ninguno</u></p> <p>Separación de los padres: <u>no</u> Enfermedad crónica de algún familiar: <u>no</u> Cómo ha reaccionado el niño ante los cambios: <u>extraña a la familia</u></p> <p>Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padezcan alguna enfermedad contagiosa en casa: <u>no</u> Escuela: <u>no</u> Con vecinos y amigos de la familia: Si <u> </u> No <u>x</u> Toma medicamentos en el hogar, si los toma indique nombres, dosis y vía así como fecha de última toma:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nombre del medicamento</th> <th style="text-align: left;">Dosis</th> <th style="text-align: left;">Vía</th> <th style="text-align: left;">Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Alin</u></td> <td><u>0.5 mg</u></td> <td><u>oral</u></td> <td><u>24-11-05</u></td> </tr> <tr> <td><u>Melox</u></td> <td><u>1 cucharada</u></td> <td><u>oral</u></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>¿Hay alguna forma especial para darle los medicamentos al niño? <u>El alin 3 tabletas después del desayuno.</u></p>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha	<u>Alin</u>	<u>0.5 mg</u>	<u>oral</u>	<u>24-11-05</u>	<u>Melox</u>	<u>1 cucharada</u>	<u>oral</u>	
Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha										
<u>Alin</u>	<u>0.5 mg</u>	<u>oral</u>	<u>24-11-05</u>										
<u>Melox</u>	<u>1 cucharada</u>	<u>oral</u>											

comida y cena. Y el Melox 15 min después del alin.

Aprendizaje

¿Su niño está acostumbrado a ir a la primaria? Si: x No: _____

Le gusta estar en casa: Si x No _____ En la escuela: Si x No: _____

Qué grado escolar cursa: 5to primaria Cómo considera usted el aprovechamiento del niño: aplicado ,
saco diploma

El niño estuvo hospitalizado antes: Si No x A que edad : _____

¿Qué información tiene el niño sobre la hospitalización? Es necesaria para su salud

13 ¿Qué dice el niño sobre la hospitalización? Que esta a gusto

¿Qué costumbres nuevas tiene su niño? pasa más tiempo solo

De qué tema le gustaría tratar con el personal de enfermería: sobre su enfermedad

Tratamiento del niño: Inicia tolerancia a la via oral, enjuagues bucales, proximo inicio de
quimioterapia Procedimientos: Realizar, cuidados generales de enfermeria(baño, alimentación,aseo,
higiene, protección, fármacos, soluciones,etc) Convalecencia: no Otros: _____

Realización

¿Qué espera usted de su hijo? Que esta en manos de Dios

¿Qué esperas de tus padres? que me quieran mucho

¿A quién de la familia su hijo imita? a nadie

Las precauciones del niño y las de usted (familiar) responden a sus necesidades de salud: si

El niño forma parte de algún grupo social distinto al de la escuela: Si x No _____

14 ¿Cuál o cuáles? futbol Otros datos:

Como padre o tutor, qué sugiere para que el niño se adapte más fácilmente al hospital: que me dejen quedado
más tiempo con él

Opiniones: Se recibe buena atención en el hospital para el tratamiento de Luis Daniel

Nombre de la enfermera: Salazar Hernández Imelda Yadira

Fecha: 5-12-05

X. ANEXOS.

10.1. Instrumento de valoración de las necesidades básicas en los adolescentes de 6-12 años.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

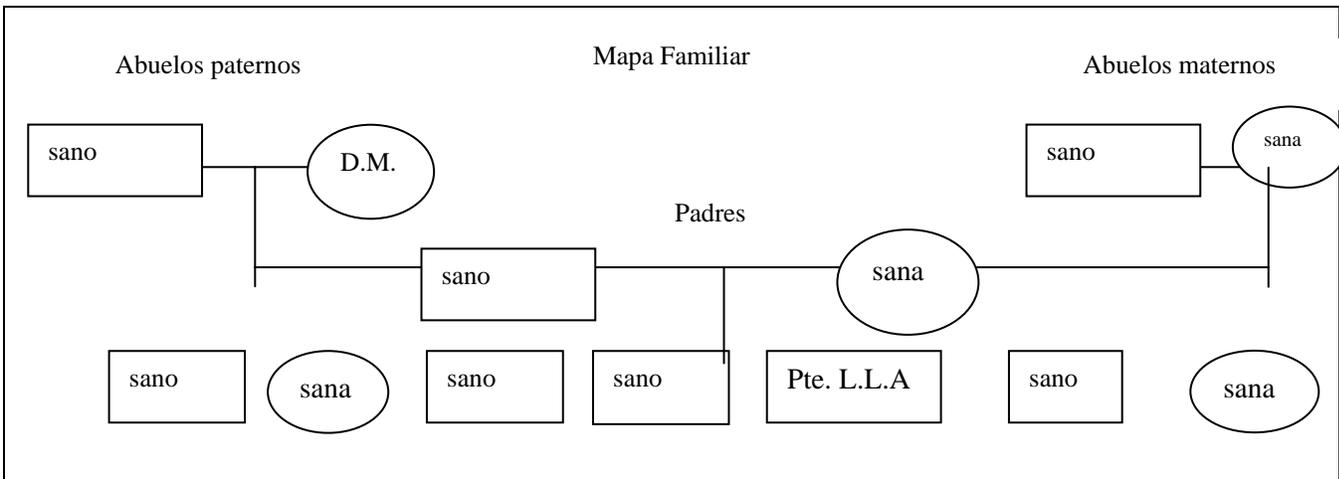
ENFERMERÍA INFANTIL

Valoración de las necesidades básicas en los adolescentes de 6 -12 años

Nombre del alumno: Salazar Hernández Imelda Yadira Fecha de entrega: 24-11-05

Servicio: Hematología

I D A T O S D E M O G R A F I C O S	Nombre: <u>Luis Daniel Norberto Sánchez</u> Edad: <u>11 años</u> Sexo: <u>Masculino</u> Nombre del padre o tutor: <u>Rosa Acevedo García.</u> Edad del padre: <u>40 años</u> Nombre de la madre: <u>Rosa Acevedo García</u> Edad de la madre: <u>36 años</u> Fecha de revisión: <u>12-12-05</u> Hora: <u>8 hrs</u> Escolaridad: Padre <u>Bachillerato</u> de la Madre: <u>Secretaria</u> del Niño: <u>5to de</u> <u>Primaria</u> Religión: <u>Católica</u> La información es proporcionada por: <u>La madre</u> Domicilio: <u>Pueblo Conocido Puentecillas Zitacuaro.</u> Procedencia: <u>Michoacán</u> Teléfono: <u>59 35 34 34</u> Recados con la Sra. Lidia Norberto Serrano. Registro: <u>442768</u> Diagnostico médico: <u>Leucemia Linfoblástica Aguda</u>
II F A M I L I A	Antecedentes familiares: Problemas de salud de padres, hermanos, tíos y Abuelos: <u>Abuela paterna Diabetes Mellitus. Prima paterna L.L.A</u> Características de la vivienda: Propia: <u>X</u> Rentada: <u> </u> Tipo de construcción: <u>adobe y cemento</u> Servicios intradomiciliarios: <u>Agua entubada y luz cuenta con 2 cuartos.</u> Disposición de excretas: <u>Fosa séptica.</u> Descripción de la vivienda: <u>Construida de adobe, techo de lámina, 2</u> <u>cuartos donde viven 9 personas en hacinamiento.</u> Ingresos económicos de la familia: <u>El padre quién gana \$ 1.900 al mes como jornalero</u> Medios de transporte de la localidad: <u>Microbuses, taxis</u>



Descripción de la familia incluyendo los antecedentes de salud y edad de cada uno de los parientes y las relaciones efectivas de la Familia y extendida:

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectiva	Enfermedades
1.Tenorio Norberto (PADRE)	44 a	Masc	3ro Prim	Buenas	Ninguna
2.Estela Sánchez Alvarado (MADRE)	42 a	Fem	2do Prim	Buenas	Ninguna
3.Rigoberto N.S. (HNO)	23 a	Masc	4to Prim	Buenas	Ninguna
4.Ana Edith N.S.(HNA)	18 a	Fem	3ro Sec	Buenas	Ninguna
5.Lazaro N.S.(HNO)	16 a	Masc	4to Prim	Buenas	Ninguna
6.Francisco Javier N.S.(HNO)	14 a	Masc	6to Prim	Buenas	Ninguna
7.Luis Daniel N.S. (PTE)	11 a	Masc	5to Prim	Buenas	L.L.A
8.Marco Antonio N.S. (HNO)	10 a	Masc	2do Prim	Buenas	Ninguna
9.Odalis Yaneli N.S. (HNA)	5 a	Fem	Kinder	Buenas	Ninguna

Símbolos

Hombre
 Mujer
 Paciente Problema

Fallecimiento
 Relaciones Fuertes
 Relaciones Débiles

Relaciones con Estrés

IV	
A	Valoración de las necesidades básicas del niño: complete la información incluyendo las palabras del familiar:
N	Peso al nacer: <u>3.800</u> Talla al nacer: <u>No se acuerda</u> Lloró al nacer: <u>si</u> Respiro: <u>si</u>
T	
C	Se realizaron maniobras de resucitación: <u>no</u>
E	

<p style="text-align: center;">D E N T E S</p>	<p>Motivo de consulta/hospitalización: <u>Refieren de un centro de salud de Michoacán para el INP por DX de L.L.A.</u></p> <p>Algún miembro de la familia padece o padeció el problema de salud que tiene el niño: <u>si</u></p> <p>¿Quién?: <u>prima paterna</u> ¿Cuándo? <u>desde la infancia</u></p> <p>El niño es alérgico: Sí: <u>x</u> No: <u>___</u>, Si la respuesta es sí, a qué es alérgico: <u>penicilina.</u></p> <p>Qué dificultad presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: <u>Dificultad para la alimentación, por presentar mucositis, anorexia, así como dificultad para la termorregulación por hipertermias y recreación debido a la debilidad, tristeza y por internamiento hospitalario.</u></p>												
<p style="text-align: center;">1</p>	<p style="text-align: center;">Alimentación</p> <p>Peso: <u>27. 500 gs</u> Talla: <u>1.31</u> Perímetro abdominal: <u>54 cms</u> Torácico: <u>67 cms</u></p> <p>Del brazo: <u>17 cms</u></p> <p>El niño fue alimentado con: Leche materna: <u>___ x ___</u> Biberón <u>x</u> Vaso: <u>___</u></p> <p>¿Considera usted que el niño tiene poco <u>x</u> buen o mucho <u>___</u> apetito?</p> <p>¿Cuáles son los alimentos y bebidas preferidas del niño?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">En el desayuno</td> <td style="width: 33%;">En la comida</td> <td style="width: 33%;">En la merienda</td> </tr> <tr> <td><u>yogurth</u></td> <td><u>fruta, sopas</u></td> <td><u>cereal</u></td> </tr> <tr> <td><u>verdura</u></td> <td><u>pescado,carne puerco</u></td> <td><u>leche con chocolate</u></td> </tr> <tr> <td><u>gelatina</u></td> <td></td> <td><u>pan</u></td> </tr> </table> <p>Los alimentos y bebidas que le disgustan son: <u>huevo y la coliflor</u></p> <p>Tiene dieta especial: <u>Ayuno .Inicia dieta con líquidos el día 24-nov-05</u> Tiene alergias alimentarias: <u>no</u></p> <p>Con quién acostumbras comer: <u>con la familia</u> Cuáles son sus hábitos en las comidas: <u>ver t.v.</u> Tiene problemas en mucosa oral: <u>si, mucositis</u></p> <p>Cuáles es el estado y cantidad de las piezas dentarias: <u>27 pzas, sin tratamiento dental, pues nunca ha acudido con el odontólogo, se encuentra con 2 caries en el 2do y 3er molar inferior izquierdo.</u></p>	En el desayuno	En la comida	En la merienda	<u>yogurth</u>	<u>fruta, sopas</u>	<u>cereal</u>	<u>verdura</u>	<u>pescado,carne puerco</u>	<u>leche con chocolate</u>	<u>gelatina</u>		<u>pan</u>
En el desayuno	En la comida	En la merienda											
<u>yogurth</u>	<u>fruta, sopas</u>	<u>cereal</u>											
<u>verdura</u>	<u>pescado,carne puerco</u>	<u>leche con chocolate</u>											
<u>gelatina</u>		<u>pan</u>											
<p style="text-align: center;">2</p>	<p style="text-align: center;">Eliminación</p> <p>Orina: Clara <u>x</u> Con sangre: <u>___</u> Turbia: <u>___</u> Cantidad: <u>1.440ml</u> Cuántas veces orina al día: <u>6-7 veces</u></p> <p>Presenta molestias para orinar: <u>no</u> ¿Cuáles: <u>___</u> Se orina en la cama por la noche: <u>no</u></p> <p>Sabe usted la causa por la que el niño se orina en la cama: <u>no se orina</u></p> <p>Consistencia de las heces: Formada: <u>si</u> Pastosa: <u>no</u> Blanda: <u>no</u> Líquida: <u>no</u> Semilíquida: <u>no</u></p> <p>Espumosa: <u>no</u> Con sangre: <u>no</u></p>												

	<p>Con Parásitos: <u>no</u> Grumosa: <u>no</u> Color: Amarilla: <u>no</u> Verde: <u>si</u> Café: <u>no</u> Negra: <u>no</u> Blanca: <u>no</u> Olor: ácida: <u>no</u> Fétida: <u>no</u> Otros: <u>no</u> Moco: <u>no</u> Sangre: <u>no</u> Restos de alimentos: <u>no</u> Dolor al evacuar: <u>no</u> Hábitos para evacuar: <u>después de comer</u></p>															
3	<p style="text-align: center;">Oxigenación</p> <p>Signos vitales: Tensión arterial <u>110/70</u> Frecuencia cardiaca: <u>88 x</u> Pulso: <u>ritmico</u> Regular: <u>x</u> Irregular: <u>no</u> Respiración: <u>20x'</u> Regular: <u>x</u> Irregular: <u>no</u> Aleteo nasal: <u>no</u> Retracción xifoidea: <u>no</u> Disociación torácico-abdominal: <u>no</u> Ruidos respiratorios: <u>no</u> Lado izquierdo: <u>ventilado</u> Lado derecho: <u>ventilado</u> Ventilación: <u>adecuada</u> Respiración asistida: <u>no</u> Controlada: <u>sin problema</u> Secreciones bronquiales</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 15%;">Cantidad</th> <th style="width: 15%;">Consistencia</th> <th style="width: 15%;">Color</th> <th style="width: 15%;">Olor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por tubo Traqueal/Nasal:</td> <td style="text-align: center;"><u> </u></td> <td style="text-align: center;"><u> </u></td> <td style="text-align: center;"><u> </u></td> <td style="text-align: center;"><u> </u></td> </tr> <tr> <td>Por cavidad Oral/Nasal:</td> <td style="text-align: center;"><u>moderada</u></td> <td style="text-align: center;"><u>semilíquida</u></td> <td style="text-align: center;"><u>transparente</u></td> <td style="text-align: center;"><u>ninguno</u></td> </tr> </tbody> </table> <p>Humidificación y oxigenación: <u>Enjuagues bucales con sol especial a base de melox 10ml, lidocaina 2ml, difenhidramina 10 ml, nistatina 5 ml</u> Tiene dificultad para respirar: <u>no</u> Cuando camina: <u>no</u> Otros: <u>Sialorrea abundante</u> Coloración de la piel: Color: <u>pálida</u> Integridad: <u>reseca</u> Diaforesis: <u>no</u> Petequias: <u>si</u> Rash: <u>no</u> Escoriaciones: <u>no</u></p>		Cantidad	Consistencia	Color	Olor	Por tubo Traqueal/Nasal:	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	Por cavidad Oral/Nasal:	<u>moderada</u>	<u>semilíquida</u>	<u>transparente</u>	<u>ninguno</u>
	Cantidad	Consistencia	Color	Olor												
Por tubo Traqueal/Nasal:	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>												
Por cavidad Oral/Nasal:	<u>moderada</u>	<u>semilíquida</u>	<u>transparente</u>	<u>ninguno</u>												
4	<p style="text-align: center;">Reposo-Sueño</p> <p>Horas de sueño: <u>12 hrs</u> Qué costumbres tiene antes de dormir: Con juguetes <u>no</u> A qué hora se duerme: <u>20 hrs</u> A qué hora se levanta: <u>8 a.m</u> duerme con Luz: <u>no</u> Con música: <u>no</u> Otras costumbres: <u>tiene que estar la luz apagada y sin ruido</u> ¿Con quién duerme?: <u>con su hermano</u> Tiene cuartos separados: <u>no</u> Despierta de noche: <u>no</u> Es sonámbulo: sí: <u>no</u> no: <u>x</u> Tiene pesadillas: <u>no</u> Duerme siesta: <u>no</u> Valoración Neurológica: Actividades motora, Activo: <u> </u> Letárgico: <u> </u> Tranquilo: <u>x</u> Dormido: <u> </u> Respuesta a estímulos: Dolorosos: <u>si</u> Calor: <u>si</u> Frió: <u>si</u> Reflejos: <u>normales y presentes</u> Respuesta pupilar: <u>normorreflexicas e integras, reactivas a la luz</u></p>															
5	<p style="text-align: center;">Vestido</p> <p>Características de la ropa del niño: <u>pantalón de mezclilla, camisas</u> Higiene: <u>diaria</u> Costumbre en el uso del vestido: <u>diario se cambia</u></p>															

	<p>Otros enseres: <u>ninguno</u> Significado del vestido: <u>Estar cómodo y que se vea bien</u></p> <p>¿Cómo quién te gustaría vestir? <u>Como los artistas como Luis Miguel, Marco Antonio Solís, El Buki</u></p> <p>¿Tienes suficiente ropa en el hospital? <u>si</u></p> <p>¿Te vistes sólo? Si: <u>x</u> No: <u> </u> Con ayuda: <u>no necesita</u></p>
6	<p style="text-align: center;">Temperatura</p> <p>Considera usted que la temperatura de las habitaciones donde duerme el niño es:</p> <p>Templada: <u>x</u> Fría: <u>no</u> Caliente: <u>no</u> ¿Su niño es friolento? <u>no</u></p> <p>Esta acostumbrado a que le tomen Temperatura: Si <u>x</u> No <u> </u> Si la respuesta es sí, ¿Cómo se la toman? <u>con termómetro en la axila</u></p>

7	<p style="text-align: center;">Movimiento y postura</p> <p>A qué edad fijó la mirada: <u>No se acuerda</u> Siguió los objetos con los ojos: <u>si a los 3 meses</u></p> <p>Se sentó con ayuda: <u>5 meses</u> Se sentó sólo: <u>7 meses</u> Se paró: <u>9 meses</u></p> <p>Caminó: <u>al año</u> Saltó: <u>2 años</u> Subió escaleras: <u>3 años</u> Camina con ayuda de algún aparato ortopédico: <u>no</u> Qué postura adopta al sentarse: <u>informal</u> Al caminar: <u>con adecuada marcha</u></p> <p>Al dormirse: <u>fetal</u> Al pararse: <u>correcta</u></p> <p>Cuando está enfermo adopta una postura especial: <u>no</u> ¿Cuál?: <u>No, pero si disminuye su marcha, se cansa rápidamente</u></p>
8	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> <p>¿Cuánto tiempo tiene en el domicilio actual? <u>11 años</u> Cuántos hermanos son: <u>4</u> Hermanas: <u>2</u></p> <p>Hay otras personas que viven en casa: <u>no</u> El niño vive con sus padres: <u>si</u> Papá: <u>si</u> Mamá: <u>si</u> Hermanos: <u>si</u> Pariente: <u>no</u> El niño usa anteojos: <u>no</u> Aparato auditivo: <u>no</u> Algún otro aparato: <u>no</u> Describa el carácter de su hijo: <u>muy alegre y bondadoso</u> ¿Con quién acude el niño cuando le falta algo? <u>Con mamá</u></p> <p>¿Con quién hace la tarea? <u>Con su hermana mayor</u></p> <p>Otros comentarios del niño o familiar: <u>Se lleva bien con todos sus hermanos.</u></p>
9	<p style="text-align: center;">Higiene</p> <p>A qué hora acostumbra el baño: <u>8 a.m</u> Se baña sólo: <u>por el momento debido a la hospitalización y su padecimiento se le realiza baño de esponja</u></p> <p>Con ayuda: <u>si</u> Cuántas veces se cepilla los dientes: <u>2 veces</u> Cuando se cepilla los dientes: <u>al levantarse y en la tarde.</u> Tiene prótesis dental: <u>no</u> Cuando fue la última visita al dentista: <u>nunca ha asistido</u></p> <p>Se peina solo (a): <u>si</u> Con ayuda: <u>no</u></p>

10	
----	--

	<p style="text-align: center;">Recreación</p> <p>¿Qué preferencia tiene el niño con los juegos? <u>Futbol, escondidillas, reata, canicas</u></p> <p>Los objetos: <u>pelota, cuadernos para iluminar, nintendo</u> .Con mascotas: <u>perros y gatos</u></p> <p>Las personas: <u>amigos y hermanos</u></p> <p>Mencione los programas de televisión, películas y paseos preferidos por el niño: <u>El chavo del 8, 100 mexicanos dijeron, Chabelo, Película : Santa Claus, Pulgarcito y el Lobo feroz.. Paseos por Zitacuaro a comer fruta.</u></p>												
11	<p style="text-align: center;">Creencia y religión</p> <p>¿Cuál es la práctica religiosa de la familia? <u>ir a la iglesia</u></p> <p>Cómo participa el niño en esa práctica: <u>acude con la familia</u> Para usted (familiar) cuál cree que fue la causa de la enfermedad: <u>No sabe, quizás por no querer comer</u></p> <p>Cuando alguien de la familia se enferma, que hace usted para mejorar el problema: <u>en casa da remedios caseros, si no los lleva a la clínica</u></p> <p>Para el niño: ¿Por qué te enfermaste?: <u>Por andar en la calle y no comía y eso me hizo daño</u></p>												
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> <p>Ha consultado a otras personas u organismos sobre la salud de su hijo: <u>primero acudió la madre a la clínica en Zitacuaro , luego la trasladaron al INP</u> Como ha programado las visitas al hospital: <u>El único familiar de Luis que esta en el D.F. es la madre y lo visitan algunos tios</u></p> <p>Describe los medios que tiene para resolver la enfermedad de su hijo: <u>son de bajos recursos, el dinero a veces piden prestado con familiares</u></p> <p>Puede usted participar en los cuidados del niño: Si <u>x</u> No _____ Si la respuesta es sí</p> <p>¿Cómo? <u>visitándolo diario, decirle que todos lo extrañan en casa, hablarle y platicarle, así como ponerle crema para su piel</u></p> <p>Diga los temores que tiene sobre la enfermedad del niño: <u>que se ponga grave</u></p> <p>Describe los cambios más recientes que hubo en la familia, tales como cambios de domicilio, despido del padre en el trabajo: <u>ninguno</u></p> <p>Separación de los padres: <u>no</u> Enfermedad crónica de algún familiar: <u>no</u> Cómo ha reaccionado el niño ante los cambios: <u>extraña a la familia</u></p> <p>Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padezcan alguna enfermedad contagiosa en casa: <u>no</u> Escuela: <u>no</u> Con vecinos y amigos de la familia: Si _____ No <u>x</u> Toma medicamentos en el hogar, si los toma indique nombres, dosis y vía así como fecha de última toma:</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nombre del medicamento</th> <th style="text-align: left;">Dosis</th> <th style="text-align: left;">Vía</th> <th style="text-align: left;">Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Alin</u></td> <td><u>0.5 mg</u></td> <td><u>oral</u></td> <td><u>24-11-05</u></td> </tr> <tr> <td><u>Melox</u></td> <td><u>1 cucharada</u></td> <td><u>oral</u></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>¿Hay alguna forma especial para darle los medicamentos al niño? <u>El alin 3 tabletas después del desayuno.</u></p>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha	<u>Alin</u>	<u>0.5 mg</u>	<u>oral</u>	<u>24-11-05</u>	<u>Melox</u>	<u>1 cucharada</u>	<u>oral</u>	
Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha										
<u>Alin</u>	<u>0.5 mg</u>	<u>oral</u>	<u>24-11-05</u>										
<u>Melox</u>	<u>1 cucharada</u>	<u>oral</u>											

comida y cena. Y el Melox 15 min después del alin.

Aprendizaje

¿Su niño está acostumbrado a ir a la primaria? Si: x No: _____

Le gusta estar en casa: Si x No _____ En la escuela: Si x No: _____

Qué grado escolar cursa: 5to primaria Cómo considera usted el aprovechamiento del niño: aplicado ,
saco diploma

El niño estuvo hospitalizado antes: Si No x A que edad : _____

¿Qué información tiene el niño sobre la hospitalización? Es necesaria para su salud

13 ¿Qué dice el niño sobre la hospitalización? Que esta a gusto

¿Qué costumbres nuevas tiene su niño? pasa más tiempo solo

De qué tema le gustaría tratar con el personal de enfermería: sobre su enfermedad

Tratamiento del niño: Inicia tolerancia a la via oral, enjuagues bucales, proximo inicio de
quimioterapia Procedimientos: Realizar, cuidados generales de enfermeria(baño, alimentación,aseo,
higiene, protección, fármacos, soluciones,,etc) Convalecencia: no Otros: _____

Realización

¿Qué espera usted de su hijo? Que esta en manos de Dios

¿Qué esperas de tus padres? que me quieran mucho

¿A quién de la familia su hijo imita? a nadie

Las precauciones del niño y las de usted (familiar) responden a sus necesidades de salud: si

El niño forma parte de algún grupo social distinto al de la escuela: Si x No _____

14 ¿Cuál o cuáles? futbol Otros datos:

Como padre o tutor, qué sugiere para que el niño se adapte más fácilmente al hospital: que me dejen quedat
más tiempo con él

Opiniones: Se recibe buena atención en el hospital para el tratamiento de Luis Daniel

Nombre de la enfermera: Salazar Hernández Imelda Yadira

Fecha: 5-12-05