



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



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA PERSONA ADOLESCENTE
CON AFRONTAMIENTO DEFENSIVO RELACIONADO CON PRESENCIA DE
ENFERMEDAD TERMINAL, MANIFESTADO POR DIFICULTAD PARA
ESTABLECER O MANTENER RELACIONES.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
PRESENTA:**

AUREA GLORIA VIOLETA LÓPEZ PANIAGUA

No. DE CUENTA: 40311248-3

**DIRECTORA DEL TRABAJO
MTRA. LETICIA SANDOVAL ALONSO**

OCTUBRE 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.

AGRADEZCO...

A la vida, por el don de vivir.

Por la gran oportunidad de compartir con seres tan extraordinarios, un pedacito de historia de vida.

Por las grandes enseñanzas de seres tan admirables que me han dado la oportunidad de seguirme formando como ser humano y como profesional.

Por la oportunidad de sentirme viva,
en la fortaleza de un amanecer;
en la melancolía de los colores ocre y ámbar de un crepúsculo;
en la esperanza y temor de un anochecer.

Por el don de comprender que cada instante y que cada ser vivo es una oportunidad de aprendizaje, que no se debe de ignorar y mucho menos desperdiciar.

Por vivir el ahora y el aquí.

Por lo que fue,

Por lo que es

Y

Por lo que será...

GRACIAS.

INDICE.

	PAG.
1. INTRODUCCIÒN. -----	1.
2. JUSTIFICACIÒN. -----	2.
3. OBJETIVOS. -----	3.
4. METODOLOGÍA. -----	4.
5. MARCO TÈORICO. -----	6.
5.1 PERSPECTIVA HISTÒRICA DE ENFERMERÍA. -----	6.
5.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON. -----	9.
5.3 PROCESO ATENCIÒN DE ENFERMERÍA. -----	13.
6. APLICACIÒN DEL PROCESO ATENCIÒN DE ENFERMERÍA.-----	16.
6.1 PRESENTACIÒN DEL CASO. -----	16.
6.2 JERARQUIZACIÒN DE NECESIDADES. -----	18.
6.3 DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÒN ENFERMERÍA. -----	19.
6.3.1 NECESIDAD DE COMUNICARSE. -----	19.
6.3.2 NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES. -----	32.
6.3.3 NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS. -----	34.
6.3.4 NECESIDAD DE OXIGENACIÒN. -----	38.
6.3.5 NECESIDAD DE NUTRICIÒN E HIDRATACIÒN. -----	40.
6.3.6 NECESIDAD DE ELIMINACIÒN. -----	43.
6.3.7 NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO. -----	47.

6.3.8	NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN. -----	50.
6.3.9	NECESIDAD DE MOVERSE Y TENER BUENA POSTURA. ----	54.
6.3.10	NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL. ----	57.
6.3.11	NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.	60.
6.3.12	NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS. -----	63.
6.3.13	NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE. -----	67.
6.3.14	NECESIDAD DE APRENDIZAJE. -----	69.
7.	CONCLUSIÓN. -----	73.
8.	SUGERENCIAS. -----	75.
9.	BIBLIOGRAFÍA. -----	76.
	ANEXOS. -----	78.

1. INTRODUCCIÓN.

Este trabajo está basado en la herramienta fundamental y esencial de la cual se apoya el profesional en enfermería, con el fin de lograr un hacer oportuno, efectivo y eficaz, con calidad y calidez; siendo éste, el Proceso Atención Enfermero y teniendo como base concreta y sustentada el modelo de Virginia Henderson.

El Proceso Atención de Enfermería se centra en la valoración de las 14 necesidades, proporcionando una respuesta individualizada en las alteraciones reales y/o potenciales, así como ayudar a la paciente para que recupere su independencia lo mejor posible y pueda satisfacer sus necesidades por medio del autocuidado.

El trabajo está conformado por un marco teórico conceptualizado en el Proceso Atención de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson.

Se realizó una valoración clínica, la cual se incluye en el anexo, se detectan las necesidades de la paciente, con el propósito de estructurar los Diagnósticos de Enfermería, basados en las etiquetas diagnósticas de North American Nursing Diagnostic Association (NANDA), se realizaron los objetivos y las intervenciones de enfermería con base a las necesidades detectadas y por medio de una evaluación, se valora si son alcanzados los objetivos; se presenta la conclusión a la que se llega con base a la realización del proceso, un anexo y la bibliografía consultada.

2. JUSTIFICACIÓN.

La eficacia en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería nos permite lograr una calidad oportuna en la atención a la persona con el fin de ayudarla en sus necesidades inmediatas y mediatas, por medio de jerarquización de necesidades basadas en el Modelo de Virginia Henderson.

Aplicando los conocimientos científicos; perfeccionando la práctica cotidiana, mediante la descripción, explicación y control de los fenómenos.

Por lo tanto a lo que nos llevan estos conocimientos, es a la ubicación de una autonomía de acción y a la realización de investigación; permitiendo el reforzamiento de la disciplina profesional de la enfermería.

3. OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a una persona adolescente con afrontamiento defensivo, brindando una atención efectiva y oportuna a sus necesidades detectadas.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Aplicar los conocimientos teóricos obtenidos durante la formación profesional.
- Realizar la valoración de las 14 necesidades según el Modelo de Virginia Henderson.
- Estructurar los Diagnósticos de Enfermería que se detectaron de la valoración de enfermería.
- Planear intervenciones de enfermería que coadyuven a lograr la independencia de la persona.
- Ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería, con el fin de lograr los objetivos planteados.
- Lograr la titulación universitaria.

4. METODOLOGIA.

La metodología empleada para realizar el Proceso Atención de Enfermería, esta basado en el modelo de VIRGINIA HENDERSON.

Se comenzó asistiendo a las asesorías grupales que se impartieron en una de las aulas de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, adquiriéndose los conocimientos teóricos y científicos, posteriormente, por medio de asesoria, siendo tres entrevistas personales con la asesora y entrevistas subsecuentes por medio de correo electrónico; con los cuales se llevó acabo este trabajo y sustentado por la investigación bibliográfica, que permitió tener una visión clara sobre éste dicho proceso.

Se recabó la información necesaria y suficiente para sustentar el marco teórico.

Se eligió a una paciente adolescente con alteración en la capacidad de comunicar su estado emocional y padecimiento oncológico, la cual se encontraba hospitalizada en el C.M.N. 20 de Noviembre, dependencia Institucional ISSSTE, con el propósito de recibir un protocolo paliativo de quimioterapia.

La obtención de datos se llevó acabo por la valoración, siendo ésta el pilar del Proceso Atención de Enfermería, iniciando con la identificación de necesidades, la capacidad de observación, el análisis y síntesis para la toma de decisiones en las intervenciones de enfermería y proporcionando una atención holística.

La información directa con la paciente es de suma importancia, debido a que se mantiene una relación empática, enfermera-paciente y familiar de la misma paciente.

La información indirecta fue adquirida por medio de la entrevista al familiar (madre de la paciente) brindándose una confianza mutua y respetable, otra de las fuentes de información importante fue el expediente clínico y con los médicos tratantes de la paciente.

Se estructura el Proceso de Atención Enfermería, basado en la taxonomía North American Nursing Diagnostic Association (NANDA), para lograr elaborar los diagnósticos de enfermería, correspondientes para lograr cubrir las necesidades de la paciente.

5. MARCO TEÓRICO.

5.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA DE ENFERMERÍA.

Desde los primeros tiempos se conoce la figura de la enfermera como la persona que proporciona ayuda al enfermo, a los niños y los recién nacidos. Antes de la Era Cristiana (año 1500 d.c.) eran las mujeres las encargadas de prestar atención al enfermo en el hogar. Más tarde, los órdenes monásticos se ocuparon de estas actividades integrándolas en sus actividades normales. La primera orden de Enfermería, fue conformada por las Hermanas Agustinas, fundada en la Edad Media, esta fue probablemente la primera organización puramente sanitaria que se creó para el servicio público. Antes de la Reforma Protestante del siglo XVI, los hospitales se organizaban bajo la dirección de la Iglesia Católica. A partir de la Reforma, a principios de 1517, el interés por la Iglesia y la religión disminuyó en gran medida, esta crisis provocó el nacimiento del llamado "Período Oscuro" de la Enfermería. Los hospitales eran lugares insalubres, oscuros y denigrantes, mujeres descritas como amigas de la bebida, crueles e inmorales se ocupaban de la atención de los enfermos, sus labores eran realizar las tareas domésticas del hospital, lavar la ropa y hacer la limpieza, y todo ello por un escaso salario. No se necesitaba ninguna formación especial para ejercer como "Enfermera" y su jornada laboral era de entre 12 y 40 horas consecutivas. Este "período oscuro" finalizó a mediados del siglo XIX. La reforma llegó de la mano de una enfermera británica, Florencia Nightingale, durante la Guerra de Crimea en 1854 – 1856. Los esfuerzos de Florencia lograron que la enfermería se convirtiera definitivamente en una profesión respetada. Nightingale abogó por la limpieza y la comodidad de los hospitales, trabajo a favor de la educación

del pueblo enseñándole a tomar medidas sanitarias y evitar en lo posible las enfermedades provocadas por las infames condiciones de las ciudades, creía en la prevención y en la necesidad de un ambiente siempre fresco, agua potable, medicación adecuada, paz, movilidad y el conocimiento para que el cliente cuidara de si mismo; siendo esta, hasta nuestros días la base de la atención hacia una recuperación a la salud de la persona. En Norteamérica, la creación de los servicios de enfermería y de salud fue algo anterior a la Revolución Americana en 1775 - 1783. Una organización importante fue la Nurse Society of Philadelphia, que ofrecía a las mujeres la instrucción mínima de Obstetricia, necesaria para capacitarlas para ayudar a las parturientas.¹

Durante la primera mitad del siglo XX hubo factores que impulsaron el progreso de la Enfermería, dos guerras mundiales, la autoorganización de las enfermeras, la legislación general y de la enfermería, los problemas de bienestar social, el apoyo a las disciplinas de la salud, por fundaciones nacionales y las complejidades de la medicina.² En la segunda mitad del siglo hubo otros movimientos que afectaron los cuidados de salud y la enfermería, como fueron; el progreso de la Salud Pública, el desarrollo de organizaciones voluntarias y gubernamentales, y la lucha por la igualdad de derechos de la mujer.

En lo años 20's había pocas Enfermeras, en este tiempo la enfermera realizaba funciones que no correspondían a la profesión como: fregar suelos, lavar bandejas, limpiar el equipo además del cuidado rutinario a la persona, por lo cual no se empleaba el cuidado con enfoque holístico.³ En los años 40's, ya con innovaciones en los cuidados de la salud, las funciones de las enfermeras incluían la determinación de la presión arterial,

¹ Kozier, Bárbara, Et al." Introducción a la Enfermería" en Enfermería Fundamental p.2-22

² Donahue, M. Patricia Historia de la Enfermería p.440

³ Ibidem. p.442

la ayuda a transfusiones, administración de oxígeno, la inyección de medicamentos, colaboración en los quirófanos y la sala de partos. En los años 60's se inicio un movimiento para acortar las distancias entre la enfermera profesional y la persona enferma, dicho movimiento comienza en 1963 con la ideología de Lidia Hall cuya finalidad era proporcionar cuidados de Enfermería continuos y de calidad con el fin de favorecer la curación, prevenir las complicaciones y promover la salud y evitar las caídas y las nuevas enfermedades, la enfermera paso a ser el factor primordial en el cuidado de la persona enferma coordinando a la familia, para resolver los problemas de salud y obtener la recuperación total. Fue hasta los años 70's cuando se hace realidad la meta combinando el cuidado de enfermería por enfermeras profesionales y el cuidado integral a la persona con la aparición de la enfermería primaria que es responsable del cuidado integral con el enfoque holístico del enfermo durante toda su estancia hospitalaria las 24 horas del día, de los siete días de la semana y todo el año. Los cuidados de la enfermería primaria asume la responsabilidad de toda gama de funciones incluyendo la educación, consultas, cuidados exhaustivos y continuos, planificación y valoración de los cuidados, documentación del progreso y la planificación de alta.

Sin embargo, con el paso de los años un número creciente de enfermeras considera que "pensar" y "hacer" no se excluyen entre sí. Durante los últimos tres decenios, muchas de estas profesionales que escriben y practican la enfermería publicaron esas ideas y desarrollaron modelos o estructuras conceptuales de enfermería en un intento por identificar los conceptos principales únicos para la profesión.⁴ Las enfermeras han mejorado su capacitación a través del conocimiento teórico, ya que los métodos aplicados de forma sistemática tienen mayores posibilidades de éxito. Además, las enfermeras sabrán en cada momento las razones de sus

⁴ ROPER, Logan, Tierney Modelo de Enfermería, p. 10

actos. La teoría facilita a los profesionales autonomía de acción, ya que sirve como guía en los aspectos prácticos, educativos y de investigación asociados a sus funciones profesionales. Además, el estudio de la teoría ayuda a desarrollar las habilidades analíticas, estimula el razonamiento, aclara los valores y suposiciones que aplican, y determinan los objetivos de la práctica, la educación y la investigación en enfermería.

5.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

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 le 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. Ya desde la época de estudiante experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionará una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas. A partir de la revisión bibliográfica, existiendo en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta que los libros 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 ellas no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

La cristalización de sus ideas recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*; en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a la recuperación o a una muerte serena, actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”⁵.

Virginia Henderson, no citó directamente cuáles eran los supuestos más señalados que incluía en su teoría. De sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos.

SALUD. Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia; citó diversas definiciones de salud de varias fuentes, entre ellas las del estatuto de la Organización Mundial de la Salud. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda, los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como declaró; “se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con, la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cotas”.

ENTORNO. Tampoco en este caso dio Henderson una definición propia de entorno. Acudió, en cambio al Webster’s New Colliate Dictionary de 1961, en el que se define entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.

PERSONA (paciente). Henderson, pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma, son separables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.

⁵ FERNÁNDEZ, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria.”El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería”, en El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos, p. 25

NECESIDADES. En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ellas las 14 necesidades básicas del paciente, que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería; estas necesidades son las siguientes.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.
12. Actuar de manera que se tenga la satisfacción con uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.⁶

Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona.⁷

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y

⁶ Ibidem. p.26

⁷ Ibidem p.28

por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como "falta de fuerza", "falta de conocimiento" o "falta de voluntad", en el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un sustituto de las carencias del paciente para ser completo, integro o independiente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento. Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmó que independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma. La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o por una muerte tranquila.

Por lo cual el enfoque de Henderson ha sido útil para promover nuevas ideas y para fomentar desarrollos conceptuales posteriores de otros autores teóricos. En los numerosos trabajos que publicó, explicó la importancia de la independencia de la enfermera y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro de la especialidad de atención sanitaria. Así mismo ha influido en el desarrollo de programas de estudio y ha contribuido enormemente a potenciar la importancia de la investigación en el ejercicio de la enfermería clínica. También ha aprovechado profusamente el trabajo de investigación de otros autores para completar su obra. Henderson sigue siendo frecuentemente citada en las publicaciones actuales sobre enfermería y en obras de todas las ramas, del ejercicio de esta profesión, desde su visión holística al proceso de la enfermera.

5.3 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.) este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhoson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron el proceso en tres etapas (valoración, planeación y ejecución), Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más establecieron las cinco etapas actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el Proceso Atención de Enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

VALORACIÓN: es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son las bases para las decisiones y actuaciones posteriores.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de una valoración de enfermería.

PLANIFICACIÓN: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como proporcionar la salud.

EJECUCIÓN: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

EVALUACIÓN: Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También: Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad, establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios, actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir y/o curar la enfermedad.

La profesión de enfermería utiliza el método científico a través del proceso de enfermería, herramienta que le permite desarrollar mejores conocimientos, habilidad y destreza en la atención integral del paciente en sus áreas biopsicosocio – espiritual en el marco del proceso de salud enfermedad; con el propósito de proporcionar al asiste una metodología que estimule el pensamiento crítico a través de las operaciones intelectuales de análisis y síntesis, y aplicar el proceso de enfermería como metodología en su práctica profesional, en el niño, adolescente, jóvenes, adulto, adulto mayor, sano o enfermo, así como a la familia y/o comunidad para tomar decisiones adecuadas en relación al usuario a tratar.

En el desarrollo del Proceso Atención de Enfermería, hace falta la interacción entre el personal de enfermería y el paciente, además de tener una serie de capacidades como son: la capacidad técnica (manejo de instrumental); capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico) y capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener mayor número de datos para valorar).

Las ventajas sobre la aplicación del Proceso de Atención Enfermería tienen repercusión sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya

que mediante éste proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional en enfermería se produce un aumento de satisfacción, así como de la profesionalidad.

El proceso Atención de Enfermería; tiene una base teórica, en el cual ha sido concebida a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.⁸

6. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

6.1 PRESENTACIÓN DEL CASO.

⁸ <http://virtual.cucs.udg.mx>

Nombre de la paciente: M.M.D., Edad: 14 a.
Sexo: femenina, Lugar de nacimiento: Morelia Michoacán,
Religión: Católica, Ocupación: Estudiante,
Escolaridad: 1º de secundaria,
Domicilio: Bahías de Jaltenco, Estado de México,
Registro: MORR 640727-8,
Unidad Médica: C.M.N. 20 de Noviembre, ISSSTE.

M.M.D. inicia su padecimiento en forma repentina con fiebre de 38⁵ a 39⁰ C. en Diciembre del 2005, lo cual lo adjudican a un proceso normal del desarrollo, indicándole la aplicación de antipiréticos y le dan de alta a su casa. En Enero del 2006 le asocian cuadros febriles e infecciones repetidas de vías respiratorias altas, administrándole antibióticos. En Mayo del 2006, descubren inflamación de ganglio cervical izquierdo, le indican estudios de laboratorio y gabinete, en la unidad hospitalaria de Morelia Michoacán, siendo estos alterados y marcando una neutropenia leve, a lo que deciden enviarla al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del Distrito Federal, al servicio de Oncología Pediátrica, en Junio del 2006, le realizan biopsia del ganglio cervical derecho, con resultado de Diagnóstico Médico de Enfermedad de Hodgkin, iniciando tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

En su estado anímico y emocional, se muestra en momentos indiferente, poco o nula cooperación a los procedimientos terapéuticos, su rostro muestra mueca de fastidio, enojo, presenta periodos largos de insomnio por las noches aun estando en su casa, menciona la mamá, que la a descubierto llorando en varias ocasiones, al momento de acercársele se muestra agresiva y contesta que no tiene nada, sólo dolor, no menciona donde, el tono muscular al contacto es rígido, menciona la mamá, que su

hija ya no quiere seguir asistiendo a la escuela, mencionando que es por su aspecto físico y solo conserva una amiga de la escuela, estando en su casa ve mucho tiempo televisión, le gusta jugar juegos electrónicos no le agrada ir a la calle, no utiliza sus cosméticos y menciona que no quiere cumplir sus 15 años y tampoco desea fiesta, mencionando que ese día solo quiere dormir.

Además del tratamiento quimioterapéutico, se le ha referido a paidopsiquiatría y atención tanatológica, teniendo pequeños avances positivos en su cooperación al tratamiento médico.

Se observan alteraciones en sus hábitos conductuales que afectan para cubrir sus necesidades vitales, como son el de oxigenación, nutrición, movimiento, eliminación, etc. El cual hace a M.M.D. un ser dependiente en diferentes circunstancias y momentos y en otros momentos es un ser totalmente independiente, según su estado anímico y emocional.

6.2 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES.

A continuación se presenta un cuadro, con la finalidad de mostrar un panorama general del desarrollo del proceso atención enfermería; permitiendo priorizar las necesidades encontradas en la persona.

INSTITUCIÓN: C.M.N. 20 DE NOVIEMBRE DEL ISSSTE.
 SERVICIO: ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA.
 PACIENTE: M.M.D. EDAD: 14 AÑOS,

SEXO: FEMENINA.

NECESIDAD		GRADO DE...		CAUSA DE DIFICULTAD.		
		Independencia	Dependencia	F.F.	F.C.	F.V.
1	Comunicación		T	X	X	X
2	Vivir según sus creencias y valores	P			X	
3	Evitar los peligros	P			X	
4	Oxigenación	P				X
5	Nutrición e hidratación	P			X	X
6	Eliminación	P			X	
7	Descanso y sueño		P		X	X
8	Termorregulación		P			X
9	Moverse y mantener buena postura	P		X		
10	Higiene y protección de la piel	P			X	
11	Usar prendas de vestir adecuadas	P			X	
12	Participar en actividades recreativas		P		X	
13	Trabajar y realizarse	P			X	
14	Aprendizaje	P			X	

T= TOTAL
 P= PARCIAL
 TM= TEMPORAL

F.F.= FALTA DE FUERZA
 F.C.= FALTA DE CONOCIMIENTO
 F.V. = FALTA DE VOLUNTAD

6.3 DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA.

6.3.1 NECESIDAD DE COMUNICARSE.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

M.M.D. no presenta alteraciones fisiológicas y/o anatómicas que le impidan poder comunicarse con las personas que le rodean.

DATOS DE DEPENDENCIA:

Dentro de este aspecto de comunicación M.M.D. presenta un conjunto complejo de alteraciones con motivo de su estado emocional y anímico, debido a toda la carga de experiencias emocionales que esta viviendo en base a su padecimiento y el cambio de etapa de desarrollo y crecimiento físico, psicológico y emocional; que dan margen a la adolescencia, por lo cual la comunicación que ella maneja es en forma cambiante y cortante en diversas ocasiones, en su expresión verbal es una persona que no pide ayuda, pero lo expresa en diferentes actitudes, su rostro por lo regular muestra muecas de desagrado, desesperación, angustia y desacuerdo en los procedimientos médicos que se le realizan.

Las posiciones corporales son de forma libre, pero ella siempre esta por lo regular con los brazos cruzados.

La relación con su madre es primordialmente de enojo, la contradice mucho, pero, si le obedece para realizar las actividades que debe efectuar, la mamá no le grita y procura no enojarse, pero si le habla de forma determinante y muy firme; las escasas veces que he tenido la oportunidad de observarlas dialogar, muestran una comunicación tranquila y principalmente hablan cuando M.M.D. no había presentado los signos y síntomas del padecimiento, principalmente M.M.D. trata de evadir hablar del presente que esta viviendo, ella mencionó que no quiere cumplir sus 15 años, que no valen la pena y quiere solo dormir.

En su relación social (escuela) menciona la mamá que ya no quiere asistir a la escuela del diario, cuando no esta en el hospital y solo va de vez en

cuando y su promedio escolar es regular, ella conserva una amiga de 14 años, de la escuela y la conoce desde el kinder y vive cerca de su casa, la relación que mantienen es de forma positiva, platican mucho y es una de las personas que hace que M.M.D. se sienta motivada y contenta.

La relación con sus tres hermanos (2 hombres y una mujer) los hermanos son mayores que ella y menciona la mamá, que la quieren mucho, ambos estudian en la universidad y sus actividades les deja poco tiempo para estar con ella, su hermana tiene 10 años y su relación es distante, debido, a que menciona la niña que M.M.D. siempre esta dormida o enojada o viendo la televisión y no quiere jugar con ella, como la hacia antes.

Con sus padres M.M.D. hablan principalmente del pasado de cuando era pequeña y no tenia signos del padecimiento, el papá trabaja en la S.E.P. es profesor y dobla turno, la mamá ya no trabaja y esta dedicada a su hogar, la mamá comenta que su esposo se ve más serio y cansado, no se enoja y es buen proveedor, pero platica muy poco sobre todo tratándose del caso de M.M.D. el papá se queda con M.M.D. cada tercera noche y los sábados todo el día, cuando esta hospitalizada, la mamá menciona que ella ha bajado de peso y se siente muy desconcertada, su estado anímico es de tristeza y enojo (el enojo no sabe por que o contra quien).

6.3.1.1 **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con barreras psicológicas, manifestado por dificultad para expresar los pensamientos.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

La comunicación incluye diversos y complejos comportamientos, difíciles de clasificar. Su propósito es establecer y mantener las relaciones humanas. Es muy fácil concluir que si no se comprendió el mensaje es por falta del

receptor y si el de la otra persona no se entiende es por alguna deficiencia del otro en la manera de expresarse. La interpretación individual de las circunstancias se basa en las creencias personales de la competencia para comunicarse (la propia y la del otro sujeto), tales creencias afectan al tipo de reacción de un individuo con los demás y de ellos con el individuo. Mucho depende de la opinión de sí mismo. Se dice que la auto percepción se inicia en el nacimiento, conforme el lactante empieza a desarrollar confianza. Con este sentimiento viene la capacidad de reconocer las fortalezas y debilidades personales, el desarrollo del respeto y la preocupación por los demás. Todo esto es esencial para el establecimiento y sostén de las relaciones humanas. ⁹

OBJETIVO:

Establecer empatía con la paciente para facilitar y mejorar la comunicación, enfermera-paciente y familiar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se tiene conocimiento sobre los factores psicológicos, que dificultan la expresión de pensamiento de la paciente.
- Se fomenta la relación empática enfermera-paciente, con la finalidad de estimular la confianza en la paciente, así como la autoestima, fortaleciendo la percepción positiva de la propia paciente y su entorno.
- Se escucha a la paciente, sin hacer juicios personales.
- Se respetan las expresiones corporales de la paciente (sin que ella se extralimite).

⁹ Op cit. p.102

- No se fuerza a la paciente a sostener un dialogo (principalmente sobre lo que no quiere hablar), permitiéndole que ella misma tome el tema sin llegar al hostigamiento.
- Se tratar de empatizar con el familiar sin exceder límites, permitiendo la comunicación y el acercamiento emocional; por medio del trato digno, con la finalidad de mejorar la atención brindada a la paciente.

EVOLUCIÓN:

La empatia que se logró entre enfermería, la persona y el familiar de la persona; fue óptima, debido a que se permitió abrir una comunicación, de confianza, respeto y seguridad.

Con esté logro, la persona se dio la oportunidad de poder expresarse emocionalmente y tener el acercamiento con el personal de salud que le atiende y por ende, dando paso a mejorar la atención brindada con calidad y calidez por parte del profesional de enfermería.

6.3.1.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Deterioro de la adaptación, relacionado con incapacidad o cambio en el estado de salud que requiere cambio en el estilo de vida, manifestado por negación del cambio en el estado de salud.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

En los primeros años de la adolescencia, entre los 12 y 15 años, la enfermedad se ve como una amenaza contra la imagen corporal, existe una preocupación narcisista acerca de la talla, el peso y el desarrollo corporal.¹⁰

¹⁰ DUMONT Thompson Eleanor, *Manual de Enfermería Pediátrica, interamericana 2*, p.397

A esta edad les angustia la manera como la enfermedad puede afectar su aspecto físico, su función y su movilidad, sin embargo, por lo general no se encuentran abrumados por la dependencia forzada (Hofmann y col. 1976) A la mitad de la adolescencia, o sea entre los 15 y los 18 les angustia su capacidad de poder llamar la atención del sexo opuesto y de cubrir las demandas de su sexo. Ya se ha completado el crecimiento físico. Las amistades tienen la principal importancia para determinar la aceptabilidad y el comportamiento.¹¹

La lucha por emanciparse de la familia, aunque errónea, esta a su máximo. Es molesto no sólo para el joven sino también para los padres, quienes deben ceder mucho del control que tenían y permitirles cierto grado de libertad para que puedan probar. También experimentan un sentimiento real de pérdida. Debido a la intensidad del proceso de emancipación que refleja la necesidad del adolescente por lograr control e independencia, la hospitalización a estas alturas puede ser muy dañina.¹²

OBJETIVO:

Lograr que la paciente mejore su actitud, permitiéndole una adaptación lo más óptima posible, mejorando la comunicación y la relación interpersonal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- La enfermera permite establecer una comunicación entre ella y la paciente en forma empática.
- Se brinda información, breve, precisa y concreta sobre cambios que presenta la paciente en su aspecto físico, debido a la aplicación de los quimioterapéuticos.

¹¹ Ibidem. P 397

¹² Ibidem. p.397

- Se tiene la disposición para escucharla y respetar sus periodos de silencio.
- Se brinda interés por parte de enfermería, sobre lo que la paciente dice.
- Se le permite a la paciente que exprese sus emociones, sin forzarla (enojo, ansiedad, depresión, sin que se extralimite)
- Se le brinda orientación e información sobre los procedimientos terapéuticos que se le van a realizar y sobre los efectos benéficos y adversos que estos ocasionan.
- Se trabaja con el equipo multidisciplinario, brindándole esperanzas y no falsas expectativas.
- Se le permite la compañía requerida (la familia y las amistades son esenciales para la paciente).

EVOLUCIÓN:

La información breve, precisa y concreta que se le brindo a la persona y familiar, por parte del personal médico, paidopsiquiatría psicología tanatología y de enfermería; permitió que mejorara la actitud de la persona con respecto al auto cuidado.

Por medio de la relación interpersonal que se ha ido logrando entre el equipo multidisciplinario que brinda la atención de salud a la persona y al familiar, se logró una disminución en la actitud negativa de la persona y se ha tenido más cooperación en los tratamientos terapéuticos que recibe la persona, teniendo un avance optimo en el estado de salud de la persona.

6.3.1.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Afrontamiento defensivo, relacionado con miedo, búsqueda de identidad, manifestado por negación del problema y dificultad para establecer o mantener las relaciones.

OBJETIVO:

Formar y mantener vínculos empáticos, con la persona y el familiar, con la finalidad de lograr que la persona acepte lo mejor posible el estado de salud en que se encuentra, otorgándole información explícita y sencilla sobre el auto cuidado y los beneficios que esta permite, disminuyendo dudas y temores que manifiesta la persona ante el padecimiento.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

Freud también describió algunos mecanismos de defensa, maneras inconscientes de distorsionar la realidad para proteger el ego contra la ansiedad. Los mecanismos de defensa son empleados por todas las personas y sólo son patológicos cuando interfieren el desarrollo de la salud emocional.¹³

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se tiene la capacidad para escuchar a la paciente, sin apresurarla en sus comentarios.
- Se ánima a la paciente para establecer una comunicación verbal óptima (hasta donde ella lo permita) e ir avanzando según la paciente lo permita y le parezca confiable y natural.
- Si la paciente lo permite establecer un contacto físico como tocarle la mano, el brazo o el hombro.
- Se fortalece la independencia de la paciente con la finalidad de favorecer la seguridad y confianza en ella misma.

¹³ E.PAPALIA y Rally Wendros Olds, *Desarrollo Humano*, pp.25

- Se motiva a la paciente a que realice actividades en beneficio a su salud, hasta donde le sea posible.
- Se trata de comprender la situación en la que se encuentra la paciente y los familiares. (sensibilización por parte del personal que atendemos a la paciente).
- Se establece una comunicación sincera y respetable.

EVOLUCIÓN:

La persona ha disminuido el estado defensivo en el que se encontraba, se expresa verbalmente y corporalmente en forma más segura y libre.

Las explicaciones e información que se la han dado, las ha escuchado con interés y cuestionado, sobre todo, las posibilidades de la evolución positiva y negativa del tratamiento y del como poder cooperar en su auto cuidado.

La persona ha permitido que se tenga un acercamiento físico, al cual se le toca las manos, los brazos y las mejillas; sin que ella muestre signos de rechazo corporal o verbal, a lo que da pie a seguir manteniendo y progresando sobre la relación empática.

6.3.1.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Baja autoestima situacional, relacionada con alteración de la imagen corporal, manifestado por verbalización auto negativa, expresiones de desesperanza y evaluación de sí mismo como incapacidad de afrontar la situación.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

Los psicólogos al estudiar el comportamiento humano, generalmente concluyen definiendo al comportamiento como el intento de satisfacer una necesidad. Una necesidad es un estado de satisfacción y equilibrio; por lo tanto, un sentimiento se considera "anormal" cuando no le sirve a la persona para satisfacer la necesidad que existe detrás del mismo.

Maslow identificó cinco necesidades fundamentales que jerarquizó.

1. Necesidades Fisiológicas.
2. Necesidades de Seguridad.
3. Necesidades de Aceptación y Afecto.
4. Necesidades de Respeto y Reconocimiento.
5. Necesidades de Autorrealización.¹⁴

OBJETIVO:

Brindar apoyo emocional y psicológico, con la finalidad de que la paciente mejore su estado anímico y su autoestima.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se motiva a la paciente a utilizar los medios que existen para mejorar su apariencia física (utensilios como diversas pelucas, maquillaje, ropa juvenil, aretes, collares, pulseras etc.).
- Se ánima a la paciente a sostener una comunicación verbal y/o corporal, sobre el cambio de su aspecto físico y psicológico al utilizar algún utensilio o accesorio, para mejorar su apariencia física.
- Se motiva a la paciente a emplear la terapia musical (según la preferencia de la paciente).

¹⁴ CASTRO, González María del Carmen, *Tanatología: La Inteligencia Emocional y el Proceso de Duelo*, pp.61

- Se enseña a la paciente técnicas de relajación (control de la respiración, imágenes mentales, etc.).
- Se involucra al familiar para que participe a motivar a su paciente y mejoré la comunicación y la relación de familia.
- La enfermera esta atenta para reconocer nuevos problemas reales y/o potenciales que presente la paciente.
- Se solicita el apoyo de paidopsiquiatria, psicología y tanatología.

EVOLUCIÓN:

Se logró, que la persona aceptará el apoyo psicológico brindado por los especialistas (psicólogo y tanatóloga); el cual le brindaron ayuda emocional, por medio de terapias y dinámicas (musico terapia y relajación), tanto a la persona como al familiar.

Por lo cual, el trabajar con la persona se facilitó enormemente para el personal de enfermería; la persona es más tolerable y comprensible sobre las técnicas y procedimientos que se le realizan, su auto cuidado y su imagen a mejorado en forma optima, las recomendaciones que se le dieron para utilizar los utensilios con que podía contar para mejorar su imagen, son empleadas por ella dándole seguridad y confianza al salir al pasillo del servicio y el familiar menciona que estando en su casa, sale a pasear con su amiga al centro comercial.

La persona menciona que se ve mucho mejor con las pelucas que le han comprado, que con su cabello y además tiene diferentes opciones para verse de diferentes formas y que cada vez es más creativa para arreglarse.

6.3.1.5 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Deterioro de la adaptación, relacionado con actitudes negativas hacia la conducta de salud, manifestado por fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

Cuando pensamos en un dolor el cuerpo reacciona, como ante una amenaza y se activa lo que se conoce como la respuesta de luchar o escapar. El cuerpo libera sustancias químicas cuyo propósito es prepararnos para responder ante el peligro luchando o escapando.

Se los conoce como sustancias químicas de estrés. Su función es hacernos sentir incómodos para que así reaccionemos alejándonos del peligro.

Estas sustancias atraen nuestra atención produciendo cambios físicos. Hacen acelerar el corazón y encoger los vasos sanguíneos, con lo cual aumenta la presión de la sangre. También afecta la digestión y produce tensión muscular. La respiración se vuelve menos profunda y los sentidos se alertan para afrontar el problema en cuestión. La digestión se y el flujo sanguíneo se desvía hacia el centro del cuerpo. Nos sentimos incómodos e inquietos.¹⁵

OBJETIVO:

Mejorar la comunicación de la paciente, con la finalidad de adecuar su estado anímico y emocional, para poderla ayudar a prevenir y mejorar su estado de salud.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- La enfermera esta alerta a identificar las necesidades psicosomáticas primordiales que presente la paciente.
- La enfermera identifica la o las reacciones somáticas, con la finalidad de brindar la atención oportuna, eficaz y eficiente, para cubrir las necesidades de la paciente.

¹⁵ LUSKIN, Fred, Ph.D. *Perdonar es sanar!*, pp.39,40

- Se cubren las necesidades prioritarias de la paciente en forma holística.
- Se procura establecer una comunicación empática con la paciente, para favorecer su cooperación y establecerla lo más prontamente en su bienestar físico y psicológico.
- Se procura comprender los cambios anímicos y emocionales que la paciente experimenta, con la finalidad de poder brindarle la atención de enfermería adecuada.
- Se fomenta y motiva a la persona para que realice el auto cuidado y prevención de riesgos a la salud.

EVOLUCIÓN:

La persona a mejorado su actitud sobre la prevención de riesgos y su interés por el auto cuidado a mejorado de forma favorable en bienestar de ella, la mamá, comenta que ha sido sorprendente el cambio de actitud; menciona que a podido disminuir su estado de depresión en el que antes estaba (los estados depresivos que presenta la persona son menos frecuentes, tanto de intensidad como de duración), los pensamientos negativos, al igual que los comentarios que ella expresaba han ido desapareciendo y se ha formado metas en las que incluye mejorar las relaciones sociales en su escuela, con sus vecinos y con su propia familia; a lo que la persona ha permitido que se le de una atención de enfermería de forma holística de calidad y oportuna cubriendo las necesidades que la persona requiere.

6.3.1.6 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Ansiedad, relacionada con necesidades no satisfechas, crisis de maduración, estrés y amenaza de cambio en el estado de salud, manifestado por inestabilidad, aumento de la respiración, trastorno del

sueño, tensión facial, anorexia, preocupación y conciencia de los síntomas fisiológicos.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

La ansiedad es la más común y universal de las emociones, reacción sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognoscitivas y conductuales.¹⁶

OBJETIVO:

Proporcionar apoyo a la paciente para que restablezca su estabilidad, lo mejor posible a su bienestar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se proporciona atención holística a la paciente.
- Cubrir necesidades prioritarias tanto somáticas como psicosomáticas.
- Se proporciona apoyo psicológico con terapias y técnicas adecuadas para disminuir la ansiedad.
- Se motiva a la paciente a entablar una conversación sobre cosas que a ella le interesen (sobre su amiga, algún programa televisivo o alguna canción).
- Se canaliza a la paciente a los servicios de psicología y/o psiquiatría y/o tanatología.

¹⁶ www.cop.es/colegiados/s-02633/ANSIEDAD.html

EVOLUCIÓN:

La atención brindada por psiquiatría ha sido de máximo beneficio a la persona; la ansiedad por la cual la persona cursaba anteriormente ha ido disminuyendo de forma considerable, en forma positiva.

La persona se muestra más cooperativa e interesada en su auto cuidado y prevención de riesgos, sobre su padecimiento, la comunicación que la persona mantiene con el personal médico y paramédico es de forma mas abierta, ya no es agresiva, su actitud es más libre y la expresión corporal y verbal, con que se expresa ya no son de forma cortante y limitante, como anteriormente lo manejaba.

6.3.2 NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

La religión que profesan es la católica, asisten a misa en celebraciones especiales y a veces los domingos, M.M.D. mantiene su religiosidad.

DATOS DE DEPENDENCIA:

En la cabecera de la cama tiene imágenes d la virgen de Guadalupe, del niño Doctor, un rosario y una pequeña Biblia en su burot, por las noches acostumbra a leer párrafos de su Biblia con alguno de sus papas, en alguna ocasión me preguntó, que, que pensaba de morir (a lo que le tuve que contestar con la misma pregunta), ¿Qué piensas tú de morir? A lo que ella respondió que era como dormir y que tal vez el sueño era otra vida (le pregunté, que sentimiento le producía eso), ella mencionó que sí así era morir estaba bien y no le daba miedo, pero le enojaba que su papá y su mamá estuvieran tristes y que ella quería ser una muchacha bonita y divertirse como su amiga.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Disposición para mejorar el bienestar espiritual, relacionado con deseo de reforzar la esperanza.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

Es la espiritualidad el ejercicio natural que todo ser con conciencia hace del vigor natural o fortaleza que alienta a obrar, manifestándolo en forma de ánimo, valor, aliento, esfuerzo, vivacidad y/o ingenio.

También es el conjunto de comportamientos que identifican la tendencia social de una especie. Este ejercicio trata de identificar la motivación real de un individuo y encasillarla dentro de su propia conciencia, para que el propio individuo entienda que es bueno y lo malo, para que de mutuo propio obedezca y se someta a las normas establecidas, dándole un grado de dignidad en su comunidad, permitiendo así, sostener una moral.¹⁷

OBJETIVO:

Permitir que la paciente, conserve y exprese sus ideas y creencias espirituales-religiosas, con el fin de fortalecer su esperanza de vida y disminuir su angustia y ansiedad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se fomenta y motiva a la paciente a practicar sus creencias espirituales-religiosas.
- No se imponen ideas o creencias religiosas propias, a la paciente.
- Se respetan sus ideas y creencias religiosas, así como sus ritos espirituales (sin que se extralimiten).
- Se fomenta los principios de la beneficencia y autonomía de la paciente y de los familiares.

¹⁷ <http://es.wikipedia.org/wiki/espiritualidad>.

- Se permite la visita del guía espiritual.
- Se le permiten objetos religiosos en su unidad, sin que estos se extralimiten o molesten a los demás pacientes.

EVOLUCIÓN:

La persona logra disminuir su ansiedad y angustia; por medio de la libre expresión de sus ideas religiosas y sus valores espirituales, enfermería fomenta las prácticas y ritos espirituales de la persona, lo cual les da a la persona y al familiar una seguridad emocional y un confort en una esperanza real, mencionan tanto la persona como el familiar que están agradecidas a Dios, sobre la gran oportunidad que les a otorgado por haberse conocido como madre e hija.

La persona comenta que su angustia a disminuido considerablemente desde que a podido hablar con gente que ella no conocía y que pensaba, que las demás personas no les importaba lo que ella siente y de lo que esta viviendo.

Y el poder creer nuevamente en Dios, le da la fortaleza para seguir adelante y que pase lo que pase sabe que su mamá, su amiga y demás familiares los va a cuidar Dios y ella va a estar siempre con ellos en forma espiritual y los va a querer mucho más por, todo el amor que le han dado.

La persona menciona que ya sabe a quien le va a dejar sus cosas cuando ya no las necesite y que ella va a estar muy contenta de que las usen y que la recuerden siempre como una niña buena y bien portada.

6.3.3 NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

El apoyo de los familiares y de M.M.D. para mantener un aislamiento protector, tanto intra-hospitalario como en su casa es optimo, debido a

que no tiene mascotas en su casa, a pesar que a ella le gustan los gatos y perros.

DATOS DE DEPENDENCIA:

La mamá de M.M.D. menciona que en ocasiones cuando M.M.D. esta en casa y tiene depresiones, les exige que quiere una mascota para platicarle y estar con ella y que no le importa si le transmiten infecciones, ya que de alguna manera ella tendrá que morir y sus otras mascotas están en Michoacán.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Protección inefectiva, relacionada con el cáncer, manifestado por respuestas desadaptadas al estrés.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

Un aspecto esencial de las actividades vitales es prevenir infecciones. Estas resultan de la invasión exitosa del cuerpo por los microorganismos patógenos; ya que éstos están en el medio, prevenir infecciones es un asunto fundamental en la prevención de enfermedades y promoción a la salud.¹⁸

La actividad es importante en lo que respecta a la seguridad y prevención; es conveniente que la gente desarrolle un concepto de seguridad y una conciencia de su responsabilidad personal en el mantenimiento de un medio seguro para sí mismo y los demás.¹⁹

La personalidad y el temperamento influyen en las actitudes de las personas ante el mantenimiento de un medio seguro y afectan su eficacia en la realización de actividades necesarias para las actividades vitales. También el humor es un factor importante. La gente enojada puede

¹⁸ Op. Cit. p. 72

¹⁹ Ibidem. p.72

volverse agresiva y violenta y es posible que se lesione a sí misma y a los demás.²⁰

Las personas deprimidas pueden arriesgar su propia seguridad por cansancio, letargo o pérdida de motivación y confianza en sí mismas, lo que disminuye su atención en su seguridad. También la gente preocupada es vulnerable a los accidentes.²¹

La persona con falta de confianza puede dudar un momento de prevenir accidentes y no reacciona ante él con la suficiente determinación.²²

La neutropenia se asocia con una alteración profunda en la respuesta inflamatoria, que origina una falta o disminución de los signos y síntomas habituales de infección como eritema, tumefacción, calor y dolor. La neutropenia es el factor individual predisponente a las infecciones más importantes en los enfermos de cáncer.²³

Los animales representan otra fuente de infecciones, como los humanos, pueden alojar y diseminar microorganismos patógenos.²⁴

La invasión tisular de los patógenos puede ser posterior a la mordedura de un animal o insecto.²⁵

OBJETIVO:

Brindar la información adecuada a la paciente y a los familiares sobre el tipo de animal de compañía que la paciente puede adquirir, sin que éste ponga en riesgo la salud de la paciente y el gran beneficio que éste le pueda proporcionar.

²⁰ Ibidem. p.82

²¹ Ibidem p.82

²² Ibidem. p.82

²³ E.OTTO, Shirley *Enfermería Oncológica*, p. 780

²⁴ Ibidem. p.73

²⁵ Ibidem. p.74

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se informa a la paciente sobre los riesgos que implican el no saber elegir un animal de compañía óptimo, para el tipo de padecimiento que ella tiene.
- Se le sugiere el tipo de animal de compañía que puede adquirir; como son los peces, ya que éstos transmiten tranquilidad al estarlos mirando y no son muy complicados para su cuidado.
- Se le motiva a mantener un aislamiento protector adecuado, principalmente en los momentos de presentar neutropenia, tanto en la casa como en el hospital.
- Se informa a los familiares sobre como animar y motivar a su paciente a mantener su protección a la salud.
- Se motiva a la paciente a mantener una calidad de vida lo más optima posible.
- Se canaliza a la paciente a paidopsiquiatría y/o tanatología.

EVOLUCIÓN:

la persona manifiesta que en su casa de Michoacán tiene 3 gatitos, un perro y canarios, pero como esta aquí viviendo por temporadas largas con su tía no los ha visto y ella los quiere mucho y extraña, dice que la idea de los peces le parece muy bien y que su mamá se comprometió a comprarle un par de peces, eso le ha motivado y entusiasmado con respecto a su estado anímico y emocional; menciona que en el cuarto donde se queda los tendrá muy bien cuidados y va a platicar mucho con ellos e incluso le va a poner el nombre de ella y de su amiga.

Por lo cual el riesgo de infecciones, disminuye al igual que la sensación de soledad y aislamiento que la persona expresaba y manifestaba.

6.3.4 NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

M.M.D. mantiene un sistema respiratorio funcional, su estructura física es adecuada a su edad y desarrollo, movimientos torácicos rítmicos en fuerza y profundidad, a la auscultación se percibe murmullo vesical adecuado, sin presencia de estertores, con una frecuencia respiratoria general de 22 ciclos por minuto, a la percepción de frecuencia cardíaca esta se mantiene entre 88 y 84 latidos por minuto, sin presencia de cardiomegalias aparentes a la auscultación.

DATOS DE DEPENDENCIA:

En ocasiones M.M.D. refiere falta de aire, sobre todo por las noches, a la valoración clínica se observa ansiedad y angustia y por lo regular se mantiene en vigilia en gran parte de la noche - madrugada; se le administra oxígeno con puntas nasales a 2 litros por minuto, mejorando el estado de ansiedad y angustia, sin presentar periodos de cianosis antes de la aplicación de oxígeno, sólo presentó suspiros y sollozos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con ansiedad, manifestado por disnea y frecuencia mayor de 25 respiraciones por minuto.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

Una dificultad respiratoria grave (disnea) es un síntoma angustiante que requiere atención inmediata. Aunque produce angustia, en realidad indica que un mecanismo compensatorio intenta llevar más oxígeno a las células,

por lo que es obvio que debe procurarse que el paciente evite toda actividad innecesaria²⁶

Los pacientes con cáncer que disminuyen su actividad como resultado de la enfermedad o de los síntomas relacionados con el tratamiento, pierden los recursos metabólicos que aportan energía como el oxígeno y los nutrientes.²⁷

OBJETIVO:

Proporcionar a la paciente la atención oportuna para cubrir la necesidad inmediata de oxigenación y dar el apoyo psicológico y emocional, con el fin de disminuir la angustia y la ansiedad que esto le produce.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se evalúa y diferencia el origen de la disnea.
- Se proporciona una posición adecuada (sedente), semifowler o fowler de ser posible.
- Se proporciona oxigenoterapia con los aditamentos convencionales necesarios, según lo requiera la paciente de acuerdo a su necesidad (puntas nasales, nebulizador, ventilador no invasivo, etc.).
- Se da atención a la higiene bronquial de ser necesario (se indica a la paciente la forma correcta de toser, con la finalidad de que pueda expectorar).
- Se le indica que realice ejercicios respiratorios, para que pueda disminuir su angustia.
- Se involucra al familiar a que realice los ejercicios respiratorios junto con su paciente e indicarle que le sujete la mano y de ser posible que le acaricie.

²⁶ Op. Cit. p.137

²⁷ Ibidem. p.137

- Se procura mantener una comunicación directa con la paciente y el familiar, sostener un dialogo agradable sobre los temas que a la paciente le interesen, con la finalidad de atraer su atención y distracción psicológica.
- Se proporciona acompañamiento, de modo que la persona perciba la presencia del personal y así evitar que la persona se sienta sola y desamparada en cuestión de atención oportuna y adecuada.
- Se informa al médico sobre los acontecimientos ocurridos y los procedimientos llevados a cabo, posteriormente realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería con la hora exacta, las intervenciones llevadas a cabo y la evolución que presentó la paciente.

EVOLUCIÓN:

La respuesta de la persona sobre la atención oportuna de enfermería que se le brindó fue óptima, por lo cual el patrón respiratorio mejoró, teniendo como resultado una frecuencia respiratoria entre 18 y 20 r.p.m. coloración de tegumentos adecuada (teniendo en cuenta la palidez característica del paciente con cáncer), disminuyó la crisis de ansiedad y la persona pudo descansar sin agredidos y alteraciones consecuentes.

6.3.5 NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

M.M.D. no presenta alteraciones aparentes en su sistema digestivo, a lo cual la paciente es capaz de cubrir su necesidad de poder alimentarse y nutrirse.

DATOS DE DEPENDENCIA:

Debido a los periodos de ansiedad y angustia que presenta M.M.D. presenta pérdida del apetito en forma transitoria y tiende a consumir y degustar alimentos chatarra.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Desequilibrio nutricional por defecto, relacionado con factores psicológicos, manifestado por falta de interés a los alimentos.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

La respuesta normal del organismo es aumentar el apetito y por consiguiente, el consumo, sin embargo, la persona con cáncer experimenta anorexia y va perdiendo la capacidad de satisfacer las demandas. Las respuestas psicológicas pueden agudizar el proceso: la ansiedad en relación con el cáncer, su posible evolución, la depresión, los fenómenos de anticipación y las aversiones aprendidas a los alimentos.

El organismo del enfermo con cáncer responde al aumento en la demanda de glucosa requerida por las células cancerosas y las normales con una alta tasa de glucogénesis. La glucogénesis es la síntesis de la glucosa por parte del hígado y la corteza renal a partir de fuentes diferentes a los carbohidratos como el lactato y los aminoácidos. Cuando las proteínas se rompen para suministrar aminoácidos para este proceso, se produce emanación muscular. A esta emanación progresiva se llama caquexia.²⁸

²⁸ Ibidem p.721

OBJETIVO:

Se debeRÁ trabajar con el equipo multidisciplinario (psicólogos, paidopsiquiatría, tanatólogos, nutriólogos, médicos y personal de enfermería) para mejorar el estado nutricional de la paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:

- Los médicos pediatras y/u oncólogos recomendaran al servicio de nutrición una dieta proporcional a los requerimientos calóricos adecuados de nutrición a la paciente.
- El servicio de nutrición proporcionara los alimentos con que cuenta para brindar una dieta balanceada y a complacencia a la paciente.
- Se supervisa que la dieta ofrecida a la paciente sea adecuada, sin irritantes gástricos, blanda de preferencia y con abundantes líquidos.
- Se proporciona alimentos en pequeñas cantidades.
- Se procura que consuma refrigerios altos en calorías.
- Se proporciona un ambiente lo más cómodo posible (escuche música, o ver televisión) y de ser posible que el familiar coma con ella.
- Se aconseja al familiar para que M.M.D. disminuya o sustituya los alimentos chatarra por golosinas caseras (pepinos, jícamas, jitomates con sal y limón etc. frutas en conserva, galletas o panes hechos en casa, etc.)

EVOLUCIÓN:

El haberle proporcionado alternativas sobre alimentos que podía preparar y traer de casa el familiar y complementándolos con algunos alimentos que se le brindaban del servicio de nutrición, ayudó a la persona a que

aceptará con agrado los alimentos ofrecidos y por consecuencia se permitió un contacto directo con la nutrióloga lo cual fue de gran beneficio a la persona, debido que se estableció una relación más humana y comprensible entre el personal de nutrición, la persona y el familiar de la persona y por ende mejoró la comunicación entre el personal del servicio de onco-hemato pediatría.

6.3.6 NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

A la valoración clínica no hay alteraciones en el sistema de eliminación de M.M.D. su funcionamiento es optimo hasta el momento.

DATOS DE DEPENDENCIA:

M.M.D. presenta periodos de estreñimiento o diarreas por efectos a la aplicación de quimioterapia y por los deficientes hábitos alimenticios que ella tiene, la excreción urinaria solo se altera al paso de Vp₁₆ , La excreción urinaria solo se altera al paso de Vp₁₆, carboplatino e ifosfamida, con lo cual la orina es acida y se produce sufrimiento renal.

6.3.6.1 DIGANÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la eliminación urinaria, relacionado con efectos colaterales de la quimioterapia (Ifosfamida), manifestado por cistitis.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

La cistitis es una inflamación de la vejiga y la tela submucosa. Puede ser ocasionada por infección bacteriana, sustancias químicas o lesión mecánica.²⁹

OBJETIVO:

Evitar lo más posible los efectos colaterales de los quimioterapéuticos, con medicamentos alternos prescritos médicamente en forma oportuna y profiláctica.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se lleva a cabo un control de líquidos estricto (ingresos y egresos) y realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de registros de control de líquidos.
- Se realiza anotaciones en la hoja de enfermería sobre las características de la orina y resultados de los labstix en cada micción, al igual que la medición del peso corporal diario y de preferencia por las mañanas antes del desayuno.
- Se revisa el protocolo de quimioterapia que se le está aplicando a la paciente, verificando tiempo y dosis que se van a aplicar y los que ya han sido aplicados, los horarios exactos y que estén debidamente anotados en la hoja de enfermería.
- Se corrobora en la hoja de enfermería, si la paciente presentó algún efecto adverso en el inter o pos aplicación de los medicamentos (quimioterapéuticos), en los turnos anteriores y los procedimientos que se le realizaron para corregirlos, al igual que los horarios de

²⁹ TORTORA, Gerrad, Nicolas Pete Anagnostakos, *Principios de Anatomía y Fisiología*, pp. 534

evolución y evaluación de la respuesta de la paciente a los procedimientos efectuados.

- Aplicación y anotación de medicamentos antitóxicos renales y los horarios exactos, con el fin de evitar una cistitis.
- Se avisa al médico indicado sobre los efectos de los quimioterapéuticos, como la cistitis hemorrágica que pueda presentar la paciente (verificando en el reactivo de labstix, recolección de orina de 12 o 24 hrs. o examen general de orina), presencia de proteínas, sangre, pH menor de 7 y una gravedad específica menor de 1.010, o por los resultados de laboratorio.
- Se explica e informar a la paciente y al familiar sobre la gran importancia, del por que, debe de misionar en el cómodo.
- Se hace participe a la paciente y a los familiares sobre su chequeo constante, al igual sobre el aviso oportuno de la detección de presencia de signos y síntomas que presenté la paciente, sobre las características de la orina; con la finalidad de dar la atención oportuna y eficaz.
- Se sugiere a la paciente la ingesta de líquidos a libre demanda, explicándole la importancia y el objetivo de cubrir esta necesidad ya que la función que tienen los líquidos sobre el riñón, vejiga y conductos urinarios, son la de evitar la toxicidad por la ifosfamida, al igual sobre la limpieza y la hidratación del tracto gastrointestinal.

EVOLUCIÓN:

La atención que se le brindo a la persona fue de forma oportuna, al igual que la información y orientación, tanto a la persona como al familiar sobre los probables riesgos que los quimioterapéuticos ocasionan a nivel renal, lo cual permitió la colaboración tanto del familiar como de la paciente sobre el auto cuidado de la paciente, de igual manera se llevó un registro

oportuno en la hoja de enfermería sobre la eliminación urinaria, en el cual se pudo evitar alteraciones indeseables a éste órgano.

6.3.6.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Diarrea, relacionado con efectos adversos de los medicamentos e irritación gastrointestinal, manifestado por evacuación líquida mayor a 3 deposiciones al día.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

La enteritis puede tener como consecuencia una fibrosis progresiva de la pared intestinal. La función del tejido parenquimatoso del intestino delgado es desplazar los alimentos al interior y descomponerlos para absorber los nutrientes capaces de desempeñar estas funciones y por ende el paciente sufre de mal nutrición, diarrea y constipación crónica.³⁰

OBJETIVO:

Detectar e identificar oportunamente las alteraciones anatómicas y/o fisiológicas, que desencadenan los periodos de diarrea o estreñimiento, con la finalidad de dar atención oportuna y corregir esas alteraciones.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Se realiza la valoración del consumo hídrico de la paciente, con la finalidad de detectar signos de deshidratación.
- Se realiza auscultación y palpación de las denominaciones abdominales, con la finalidad de detectar distensión abdominal, si existen movimientos peristálticos, dolor local, etc.
- Se valoran características de las evacuaciones como son, tiempo de intervalos de las evacuaciones, cantidad, realización de toma de

³⁰ Ibidem p. 75

labstix, frecuencia de evacuaciones (disminución de frecuencia, estreñimiento o aumento de frecuencia, diarrea).

- Se valora protocolo de quimioterapia que se esta aplicando, teniendo en cuenta los efectos colaterales que estos producen.
- Se motiva a la paciente a realizar ejercicios permisibles físicos, de acuerdo a su edad y estado anímico, con la finalidad de favorecer los movimientos peristálticos.
- Se brinda una dieta rica en fibra, hiperproteíca, agradable a la vista y de ser posible que sea a complacencia.

EVOLUCIÓN:

La persona mantiene un estado hídrico adecuado, sin presencia de alteraciones peristálticas, las evacuaciones son formadas y de coloración café claro, se continúa proporcionándosele dieta rica en fibra y balanceada, la cual acepta sin problema.

6.3.7 NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

Los periodos de sueño que M.M.D. tiene son profundos, los ojos los mantiene cerrados, con movimientos del globo ocular, su cuerpo permanece inmóvil por periodos largos y con intervalos de movimientos involuntarios, sin despertar, los músculos de la cara y cuello permanecen relajados, su respiración es profunda y lenta, el resto del cuerpo esta en postura libre y relajada.

DATOS DE DEPENDENCIA:

En la estancia hospitalaria M.M.D. presenta patrones alterados de sueño como la somnolencia, ella menciona que el hospital no le gusta, por que a veces escucha llorar a los demás niños, que nosotros como médicos y enfermeras les hacemos muchas cosas que les lastiman y provocamos el dolor; M.M.D. se mantiene en vigilia en algunas ocasiones, debido a efectos adversos del tratamiento con quimioterapia, como son las náuseas, vómito y/o diarrea, psicológicamente sus periodos de vigilia es por depresión leve, debido a diversos factores que tiene que enfrentar, como son los aspectos físicos, estados emocionales diversos debidos a la adolescencia, la pérdida de la salud y su bienestar general, al igual que el rechazo que siente en el ámbito social, en algunas ocasiones se le a descubierto con sollozos y su rostro muestra angustia, esto lo llega a presentar principalmente en la madrugada (de 3 a 4 a.m.).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Deterioro del patrón del sueño, relacionado con depresión, ansiedad y náuseas, manifestado por vómito e insomnio mantenido.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

Sostiene que las personas depresivas interpretan todas sus experiencias desde un punto de vista negativo, tendiendo a exagerar los problemas y las dificultades; considerándose a sí mismos como personas desvalidas, apreciando al futuro de una manera negativa y pesimista. En otras palabras, parece que las personas depresivas tienden a una deformación en su manera de pensar que les impide ver las cosas en una sana

perspectiva, las causas físicas son las enfermedades, como son desordenes hormonales, algunos tipos de cáncer e infecciones.³¹

Algunos casos de depresión parecen ser causados por los fármacos que se usan como medicamentos; estos incluyen algunos que sirven para reducir la presión sanguínea alta y algunos otros que se toman para tratar el cáncer.³²

El insomnio que se asocia con depresión puede ser grave y prolongarse durante varias semanas. La persona deprimida puede acostarse y permanecer despierta durante horas; se desplayará en temas tristes de desesperanza y, cuando llega el sueño, es interrumpido con facilidad, sólo para continuar con los pensamientos de rechazo, fracaso e incluso, suicidio. Sin embargo la principal característica del efecto de la depresión en el sueño es que la persona despierte temprano; en realidad, esa es una característica diagnostica importante.³³

OBJETIVO:

Proporcionar apoyo emocional y psicológico, con la finalidad de que la persona mantenga una estabilidad en su estado anímico lo mejor posible, al igual que la aplicación de medicamentos prescritos para disminuir los efectos indeseables de los quimioterapéuticos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se proporciona compañía a la persona (con familiares de la persona o con el personal de enfermería de ser posible).
- Se aplica antieméticos prescritos.
- Se motiva a la persona a realizar ejercicios de respiración y relajación.

³¹ LIZ, Maclaren; *Como Entender y Aliviar la depresión*, pp. 103

³² Ibidem. p.108

³³ Op. cit. p. 319.

- Se explica a la persona sobre el tiempo de efecto y beneficio que proporciona el medicamento administrado, con la finalidad de disminuir su ansiedad.
- Se involucra al familiar sobre el apoyo emocional a su paciente.
- Iniciar conversaciones que le interesen a la persona.
- Se fomenta un ambiente tranquilo y acogedor para inducir a la persona al sueño y/o descanso.

EVOLUCIÓN:

La respuesta de la persona sobre los efectos de los medicamentos fue optima debido a que disminuyo las nauseas y el vómito ya no se presento, por lo cual se le explicó a la persona sobre los efectos y el tiempo de efectividad del medicamento, lo cual permitió a la persona relajarse y estabilizar un descanso más optimo y reparador.

6.3.8 NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

M.M.D. no presenta alteraciones anatómicas y fisiológicas que comprometan su termorregulación.

DATOS DE DPENDENCIA:

A la aplicación del tratamiento con quimioterapéuticos, se presentan reacciones adversas como plaquetopenia y/o pancitopenia por lo cual M.M.D. presenta hipertermias de más de 38° C por tiempos prolongados.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, relacionado con reacciones adversas de la quimioterapia.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

En la vida adulta la médula activa se encuentra principalmente en el esqueleto axial, el esternón, las costillas, los cuerpos vertebrales, el cráneo y los extremos proximales de los huesos largos.³⁴

La médula ósea es un órgano esponjoso conformado por una red de tejido conectivo denominado estroma. Dentro de la cavidad medular el estroma se sostiene con espículas óseas que irradian hacia el centro de la médula ósea desde la cortical del hueso. La médula ósea es un órgano muy vascularizado con numerosas arterias nutricias y sinusoides venosos interconectores.³⁵

Todas las células sanguíneas se originan a partir de una célula progenitora común llamada célula precursora.³⁶

Los factores que causan destrucción de la reserva de células precursoras originan el desarrollo de aplasia medular. Las células precursoras pueden ser pluripotenciales (no dedicadas) o unipotenciales (dedicadas)³⁷

Las afecciones de la médula ósea se originan en un defecto de las células precursoras puede ser intrínseco como en las leucemias o extrínseco como en la exposición de estas células a toxinas.³⁸

El tratamiento de los trastornos malignos con quimioterapia o radioterapia pueden alterar la reserva de células precursoras y su ambiente de forma permanente.³⁹

³⁴ E.OTTO, Shirley *Enfermería Oncológica*, p. 779

³⁵ Ibidem. p. 779

³⁶ Ibidem. p. 779

³⁷ Ibidem. p. 779

³⁸ Ibidem. p. 780

³⁹ Ibidem. p. 780

Neutropenia: disminución absoluta en el número de neutrófilos circulantes, por lo general a menos de 1000/mm³.⁴⁰

La neutropenia es un factor individual predisponente a las infecciones más importantes de los enfermos con cáncer. Puede relacionarse con procesos patológicos básicos como la leucemia no linfocítica aguda o la anemia aplásica. También puede desarrollarse como resultado del tratamiento mielosupresor de enfermedades malignas (quimioterapia o radioterapia).⁴¹

Pancitopenia: término que se usa para denotar una deficiencia de todas las células sanguíneas (eritrocitos, plaquetas y todas las células blancas (neutrófilos, eosinófilos, basófilos, monocitos, macrófagos y linfocitos)).⁴²

Las complicaciones asociadas con la supresión de la médula ósea incluyen mayor susceptibilidad a las infecciones secundaria a la neutropenia, fatiga relacionada con la anemia y aumento en el riesgo de hemorragia ocasionado por la disminución en el resultado de plaquetas.⁴³

OBJETIVO:

Checar signos vitales cada 4 horas; verificando constantemente presencia de signos y síntomas, relacionados con aumento de temperatura manifestados en la persona.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Chequeo y registro de signos vitales cada cuatro horas.
- Se verifica y registra en hoja de enfermería algún probable aumento de temperatura corporal (mayor de 37.5° C.)
- Se mantiene a la persona en aislamiento estricto y protector.
- Se aplica antibiótico terapia prescrita.

⁴⁰ Ibidem. p. 780

⁴¹ Ibidem. p. 780,781

⁴² Ibidem. p. 781

⁴³ Ibidem. p. 781

- Se administran hemoderivados prescritos.
- Se toman muestras sanguíneas para laboratorio y se esta al pendiente de resultados, en busca de variaciones de estos; con la finalidad de permitirnos verificar resultados en el pre, inter y pos aplicación de protocolo de quimioterapia, descartando posibles infecciones.
- Se notifica al médico de guardia sobre posibles variaciones y/o alteraciones en la temperatura, cambios en la piel y mucosas de la persona.
- Aplicación de antipiréticos prescritos; en caso de temperatura mayor a 38.2° C.
- El médico explicará al familiar y a la persona sobre la presencia del aumento de la temperatura y los procedimientos a seguir.
- Se motiva a la persona que se mantenga tranquila y relajada.
- Se explica a la persona y al familiar que la alteración de los signos que presenta son de forma temporal y los procedimientos que se le efectúan son para poder revertirlos; con la finalidad de que la persona y el familiar no se angustien y que no se produzca ansiedad.

EVOLUCIÓN:

El chequeo constante y continuo que se dio cada cuatro horas, permitió llevar adecuadamente una monitorización sobre alguna alteración en la temperatura, al igual el aislamiento protector fue de gran eficacia y la preparación psicológica que se le brindo a la persona y al familiar fue de gran ayuda para poder mantener a la persona y al familiar tranquilos, brindándonos su cooperación en forma positiva en el tratamiento de la persona.

6.3.9 NECESIDAD DE MOVERSE Y TENER BUENA POSTURA.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

M.M.D. no muestra alteraciones anatómicas que comprometan su salud, de hecho ella realiza movimientos y postura a libre elección.

DATOS DE DEPENDENCIA:

M.M.D. en su estancia hospitalaria y a la aplicación del tratamiento, ella prefiere estar en la cama teniendo diversas posturas; como son decúbito lateral, ventral o supina, deambula muy poco y su marcha es adecuada, algunas ocasiones refiere mareos y debilidad, por lo cual se auxilia a caminar con el tripie o se le auxilia con una silla de ruedas, cuando permanece en el reposet su postura es la espalda a unos 45° y su cadera a mitad del asiento, su cabeza recargada a un lado del respaldo, su gesto facial es de aburrimiento y fastidio, los brazos los mantiene cruzados y las piernas estiradas y separadas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Deterioro de la movilidad física general, relacionado con aplicación de medicamentos, sedentarismo y estado de humor depresivo y ansioso, manifestado por movimientos descoordinados, limitación de la amplitud de los movimientos y centrar la atención en la actividad previa a la enfermedad.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

En un estado de ansiedad intenso, los enfermos pueden estar muy angustiados por que experimentan fuertes sentimientos de ansiedad; este trastorno ocasiona un gasto mayor de energía que manifiesta por inquietud

y a veces, temblores incontrolados. Algunos pacientes disminuyen su nivel de ansiedad mediante un mecanismo llamado reacción conversiva. El proceso siempre es inconsciente y causa alteración física de una parte del cuerpo que, en circunstancias normales, está bajo control voluntario. Los síntomas motores incluyen parálisis de miembros, torciones, tics y ataques; también puede haber síntomas sensoriales como entumecimiento y dolor. A menudo, la descripción de los síntomas es reflejo de la idea personal acerca de la estructura anatómica y el examen médico no hay evidencia de enfermedad orgánica. No obstante, esas personas padecen un problema emocional y físico y hasta que reciban tratamiento psiquiátrico eficaz, no terminará el trastorno físico de movilidad o inmovilidad.⁴⁴

En el sopor completo, los pacientes yacen a menudo en la cama en una postura poco usual, por completo rígidos. Es posible que permitan un cambio pasivo de posición o que se resistan y podrían mantener esa postura durante horas.⁴⁵

Como consecuencia, además del desequilibrio emocional que requiere ayuda psiquiátrica experta, se originan dificultades con casi todas las actividades diarias ya que la movilización es un elemento de la mayor parte de las actividades vitales.⁴⁶

También es posible que haya un cambio en su función social al interior de la familia, trabajo y actividades recreativas, lo cual llega a destruir la auto imagen del individuo. Todas estas alteraciones en la identidad de personal se manifiestan como comportamientos agresivos o apatía, frustración o regresión.⁴⁷

⁴⁴ Op. cit p. 251,253.

⁴⁵ Ibidem. p. 253.

⁴⁶ Ibidem. p. 253.

⁴⁷ Ibidem. p. 263

OBJETIVO:

Motivar a la persona para que exprese sus emociones; estimulándola al auto cuidado en su postura.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se individualiza a la persona respecto a su movilidad.
- Se tiene en cuenta el estado emocional y anímico en que se encuentra; al igual sobre la etapa de adolescencia por la que cursa la persona.
- Se procura mantener la interrelación entre la enfermera, familiar y la persona, con la finalidad de integrar actividades, procedimientos y actitudes.
- Se logra mantener un ambiente de respeto y con trato digno hacia la persona.
- Se explica y motiva a la persona sobre los beneficios que brinda la postura correcta y el mantener rutinas de ejercicio sencillos, para su salud, tanto físico como emocional.
- Se recomienda al familiar sobre técnicas para poder distraer a la persona y motivarla a ejercitarse.
- Se motiva al familiar para que logre una comunicación más efectiva con la persona.

EVOLUCIÓN:

La ayuda recibida por los profesionales en tanatología, psicología y paidopsiquiatría, fueron muy eficaces debido a que se vio reflejado en el cambio de conducta de la persona y el familiar, por lo que se mostraron más cooperadores e interesados sobre los procedimientos a seguir sobre su tratamiento, por lo cual la motivación para realizar movimientos y cambios

de postura fueron oportunos y acordes a su edad, permitiéndose la persona deambular por los pasillos del servicio y asistir al servicio de ludoterapia por las tardes para realizar actividades manuales, reflejándose en una satisfacción en la persona y el familiar.

Por lo tanto el trabajo del personal de enfermería en los tres turnos, sobre la motivación para que continúe realizando sus recorridos con las medidas debidas de protección, como utilización de cubre bocas fuera del cuarto han sido beneficiosos y de suma importancia ya que la ansiedad y la depresión en la persona y el familiar han disminuido considerablemente.

6.3.10 NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

M.M.D. mantiene una higiene adecuada por sí misma, se lava los dientes después de los alimentos (su dentadura es completa, sin caries, no presenta alteraciones en encías, ni en mucosas orales), el lavado de las manos es adecuada, después de ir al baño y antes de los alimentos, baño diario de regadera, con cambio de ropa completa.

DATOS DE DEPENDENCIA:

En los momentos que M.M.D. presenta periodos de depresión o tristeza profunda, ella se desanima para poder efectuar su higiene general por sí misma.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de auto cuidado: Baño/higiene, relacionado con disminución o falta de motivación, manifestado por momentos de depresión o tristeza profunda.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

Las chicas tienden a preocuparse más por la limpieza y su apariencia, mientras que los muchachos suelen requerir mayor presión para tales actividades. Los adolescentes de ambos sexos de manera intencional disminuyen sus niveles de limpieza como modo de protesta contra la autoridad de padres y maestros. Por otro lado, su deseo de ser atractivos sexualmente produce un interés un tanto obsesivo en cuanto a su apariencia, estilo del cabello y ropa.

A menudo, los últimos años los niveles de limpieza y arreglo se reflejan personalidad y emociones; un extrovertido gusta más de vestir colores brillantes y la última moda que una persona tímida; una persona que se halla deprimida con probabilidad perderá interés en su apariencia, en ocasiones hasta el grado de negarse a la higiene básica y esencial.

La atención adecuada de las actividades de aseo y arreglo personal requieren conocimiento, por ejemplo sobre la importancia de lavarse las manos y las medidas para prevenir el cuidado dental. Por tanto es posible que la falta del mismo resulte en una atención inadecuada para estas actividades que pueden causar, infecciones, infestaciones, enfermedades de la piel y caries dental.⁴⁸

La enfermedad suele interferir con la independencia de varias maneras. Algunas veces agota a los pacientes al grado de evitar que se atiendan a sí mismos.⁴⁹

Al establecer varios estados de identidad y correlacionarlos con otros aspectos de la personalidad, el psicólogo, James E. Marcia amplió y clarificó la teoría de Erikson. Para Marcia la identidad es "una organización interna, dinámica y auto construida de impulsos, habilidades, creencia e

⁴⁸ Op. cit. p. 205

⁴⁹ Ibidem p. 214

historia individual” (1980). Este psicólogo identificó cuatro estados de identidad determinados por la presencia o ausencia de crisis y compromiso, dos elementos fundamentales para formar la identidad, según Erikson, luego relacionó estos estados de identidad con varias características de la personalidad, incluida la ansiedad, la autoestima, el razonamiento moral y los patrones de comportamiento. Las categorías no son permanentes, cambian a medida que las personas se desarrollan (Marcia, 1979).⁵⁰

OBJETIVO:

Motivar a la persona a que realice actividades básicas de higiene personal (aseo bucal, lavado de manos, peinarse, etc.)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se anima a la persona a participar activamente en su aseo personal, involucrando al familiar.
- Se motiva a la persona a que exprese sus emociones, sin que se extra limite.
- Se ayuda a la persona a desarrollar actitudes positivas acerca de su imagen corporal.
- Se motiva a la persona al auto cuidado y autorrealización de su imagen corporal
- Se ofrece información científica sobre la importancia y beneficio de la higiene corporal.
- No se trata de forzar a la persona a realizar actividades que ella no desea sobre su higiene.
- Se trata a la persona con dignidad y ética profesional.

⁵⁰ E.PAPALIA y Rally Wendros Olds, *Desarrollo Humano*, p. 410

- Se permite el acceso de visitas, como amigos, compañeros de escuela y vecinos con la finalidad de que la persona se sienta que pertenece a un grupo social y que para los demás es importante.
- Se favorece la independencia del auto cuidado.
- Se brinda apoyo físico y/o emocional según lo requiera y permita la persona.
- Se trabaja con el equipo multidisciplinario en beneficio de la persona (tanatólogos, psicólogos y paidopsiquiatría).

EVOLUCIÓN:

La persona realizó las medidas higiénicas adecuadas como lavado de dientes tres veces por día en forma satisfactoria, al igual que los enjuagues bucales con agua bicarbonatada y nistatina como medidas profilácticas para evitar la mucositis, al igual que el lavado de manos como lo acostumbra (después de ir al baño y antes de comer) el baño general lo realizaba en diferentes horarios debido a su estado de ánimo, realizándolo todos los días

6.3.11 NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

M.M.D. no presenta dificultad para elegir su vestimenta de acuerdo al clima en que esta durante el día.

DATOS DE DEPENDENCIA:

Por lo regular M.M.D. gusta de prendas de moda, pero, menciona su mamá que al comprárselas y ella ponérselas, se las quita muy enojada y

prefiere ponerse un pants y playera, estando en el hospital menciona que la bata del hospital no le gusta pero que es lo mejor que le va.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de auto cuidado vestido/acicalamiento, relacionado con disminución o falta de motivación, manifestado por enojo.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

La adolescencia es el periodo en que se experimenta con modas fuera de lo común y nuevos estilos de peinado y, mientras no causen daño, da mejor resultado emplear con ellos la tolerancia y buen humor que continuas llamadas de atención y burlas. Lo anterior es parte de la necesidad de dependencia del joven y es un medio de comunicación, con observadores y otros grupos.⁵¹

Los adolescentes con enfermedades terminales encaran la muerte “en formas contradictorias y perplejas como adolescentes suelen encarar la vida” (Feifel, 1977, p.177). El misticismo y el enorme interés por la religión, comunes en la adolescencia, suelen ser más intensos. Al mismo tiempo, los jóvenes con enfermedades, mortales pueden negar la realidad de su condición y hablar como si fueran a recuperarse cuando, de hecho, saben que no será así. La negación, junto con la represión de emociones que la acompaña, es un mecanismo útil que ayuda a muchos jóvenes enfermos a afrontarse el golpe desastroso para las expectativas de su vida. Los enfermos terminales adolescentes tienen más posibilidad de mostrarse furiosos que deprimidos; es frecuente que su ira ante la injusticia de su destino surja contra sus padres, sus médicos, sus amigos o el mundo en general.⁵²

⁵¹ Op. cit. p. 203

⁵² E.PAPALIA y Rally Wendros Olds ,*Desarrollo Humano* pp. 634

OBJETIVO:

Motivar a la persona a reducir al mínimo los trastornos de imagen corporal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se anima a la persona a que exprese sus emociones.
- Se ayuda a la persona para que se adapte a su aspecto físico; motivándola a usar accesorios (aretes, pulseras, collares, etc.)
- Se le permite a la persona a que use algunas prendas de moda y de su agrado durante el internamiento hospitalario.
- Se le brinda atención honesta y respetuosa a la persona.
- Se permiten visitas de su misma edad y de su preferencia.
- Se le proporciona información real y alentadora a la persona y al familiar.

EVOLUCIÓN:

La persona recibió la visita de su amiga la cual le motivo considerablemente, permitiéndole que se animará para poder arreglarse como a ellas les gusta, se le permitió a la persona que usara algunas prendas de vestir, en su estancia en el hospital (blusa y accesorios, como pulseras y aretes) y ambas se estuvieron probando las dos pelucas que la mamá de la persona le compró, por lo cual ambas se divirtieron y pidieron permiso al médico residente para que permitan el paso de su amiga, de ser posible todos los días, el cual negociarían con la doctora adscrita.

6.3.12 NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

M.M.D. se relaciona positivamente con su amiga, debido a que las dos tienen la misma edad, los gustos e ideas son similares, el estado socioeconómico de su familia es óptimo, por lo cual no tienen problema para poder adquirir juegos de video, películas, discos de música etc. según el agrado de M.M.D.

DATOS DE DEPENDENCIA:

M.M.D. refleja vivencias de su amiga, como si fuera ella, a lo cual trata de vivir a través de su amiga, a lo cual le da cierto bienestar emocional.

Los juegos de video y el ver mucho tiempo televisión a M.M.D. la distraen mucho, pero, también la aíslan, casi no sale a la calle, no quiere ir con su mamá de compras y prefiere estar en su cuarto.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Negación ineficaz, relacionado con pendiente desarrollo, manifestado por muestra de emociones inapropiadas.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

La intensidad de las amistades es mayor en la etapa de la adolescencia que en cualquier otra (Berndt y Perry, 1990).

Existe continuidad entre la infancia intermedia y la adolescencia, ambos grupos de edad piensan que la base de la amistad reside en la ayuda, la interacción y los gustos mutuos. Y para ambos, las amistades duran más a medida que se mantienen y se involucran en los mismos conflictos.

No obstante, también existen diferencias. En la adolescencia temprana, la amistad es más estrecha y se brinda más apoyo que en las etapas anteriores, los jóvenes aprecian la lealtad en la amistad, compiten menos y comparten más que los niños jóvenes (Berndt y Perry, 1990), estas características de la amistad se mantienen hasta la edad adulta. Su apariencia señala una transición hacia relaciones semejantes de los adultos.

En parte, estos cambios se deben al desarrollo cognoscitivo, los adolescentes pueden expresar con mayor facilidad sus pensamientos y los sentimientos de los amigos.

El género también afecta la amistad. El apoyo emocional y las confidencias son parte esencial en las relaciones femeninas a lo largo de la vida (Blyth y Foster-Clark, 1987; Bukowski y Kramer, 1986). En general los hombres jóvenes y adultos, tienden a tener más amigos que las mujeres, pero las amistades masculinas no son tan estrechas como las de las mujeres.⁵³

Los jóvenes tienden a seleccionar amigos que se les parezcan bastante; por consiguiente, la influencia de éstos es recíproca, lo cual hacen que sean más parecidos (Bernardt, 1982; Bernardt y Perry, 1990). En los grupos numerosos, los amigos tienden a estar en el mismo estatus (Bernardt y Perry, 1990). Asimismo, la amistad es más importante en la adolescencia que en cualquier otra época de la vida, quizá por que los adolescentes luchan por diferenciarse de los padres y en consecuencia, necesitan el apoyo de las personas que se hallan en las mismas circunstancias (Weiss y Lowenthal, 1975).

Esta necesidad de apoyo también se manifiesta de la misma manera como los jóvenes imitan el comportamiento de sus compañeros y como se dejan influir por la presión del grupo. Debido a estas circunstancias, los

⁵³ Ibidem. p.424,425

adolescentes con frecuencia se hallan entre la influencia de los padres y de los compañeros.⁵⁴

Los propósitos principales del juego son prevenir el aburrimiento y lograr el placer, en vista de la mayor esperanza de vida. Así se acepta la necesidad de educar a la gente acerca de las medidas a tomar para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades⁵⁵

Ausentarse de estos grupos causa problemas emocionales debido a la falta diaria de retroalimentación, tan importante como fuente de sentimientos de aceptación y pertenencia. Ya que la membresía de los grupos de juego es opcional, es probable que la mayoría de la gente los elija para asegurar su autoestima y confianza en sí mismos.⁵⁶

Por tanto al paciente hospitalizado se le priva de las fuentes usuales de compañía y apoyo emocional y, en su lugar, depende del personal y del resto de los pacientes. Es importante que se les ayude a los nuevos internos a sentirse parte del grupo del pabellón, así disminuyen sus sentimientos de inseguridad y aislamiento y aumentan los de aceptación y apoyo.

OBJETIVO:

Motivar a la persona para que se interrelacione; realizando actividades recreativas que a ella le entusiasmen, le agraden y que pueda realizar en diferentes lugares y con diferentes personas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Se informa al familiar sobre la unidad de ludoterapia, con que cuenta la unidad hospitalaria para que la persona pueda asistir y elabore actividades manuales con material reciclable.

⁵⁴ Ibidem. p.425

⁵⁵ Op. cit. P.267

⁵⁶ Ibidem. p. 276

- Se motiva a la persona para que asista a la unidad de ludoterapia con la finalidad de que se interrelacione con otros pacientes, con otros familiares de pacientes y con personal de salud de otras áreas, para que pueda compartir sus ideas y desarrolle su habilidad y destreza.
- Se motiva a la persona a realizar actividades manuales que le llamen la atención, que pueda realizar y le entusiasmen y que comparta con su familiar o amigo o con el mismo personal de salud.
- Se estimula a la persona a realizar diferentes actividades, tanto en la unidad hospitalaria como en su casa, con la finalidad de que se sienta útil y productiva.
- Se le entusiasma a la persona para que sus manualidades las regale a sus seres queridos con la finalidad de que los halagos eleven su autoestima y ella se sienta productiva.
- Se le permite a la persona para que la visite su amiga en la unidad hospitalaria, con la finalidad de que le transmita motivación y le de sentido a su vida.
- Se le enseña a la persona y al familiar técnicas de relajación.
- Se le habla a la persona y al familiar sobre la finalidad de la espiritualidad y del sentido que ésta tiene en la historia de vida, de todo ser vivo.
- Se le sugieren fuentes bibliográficas, videos y discos que conlleven a la meditación y reflexión, tanto para la persona, como al familiar.

EVOLUCIÓN:

La asistencia de la persona al servicio de ludoterapia y la visita de su amiga, han sido muy beneficiosas, permitiéndole a la persona sentirse productiva por las manualidades que ha elaborado y que ha regalado a las personas que conoce y que le despertamos un sentimiento grato, al igual

que se siente estimada y apreciada por alguien a quien ama y admira; como lo es su amiga.

6.3.13 NECESIDAD DE TRABAJR Y REALIZARSE.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

M.M.D. esta cursando con el segundo semestre de secundaria, con un promedio regular.

DATOS DE DEPENDENCIA:

Debido a sus reacciones físicas y psicológicas, M.M.D. físicamente al salir del hospital y recibir sus tratamientos, se muestra débil, y nauseosa, se recupera poco a poco hasta el segundo día de estar en su casa aproximadamente, en este tiempo no asiste a la escuela, realiza tareas en su casa y realiza actividades de limpieza en su cuarto, cuando su estado de ánimo es optimo y no esta deprimida (esto lo comenta la mamá) o cuando la visita su amiga y le ayuda a arreglarlo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Fatiga, relacionada con estados de enfermedad, manifestado por falta de energía, aumento de las quejas físicas y desinterés por el entorno.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

No obstante, la elección y el establecimiento en un trabajo debe considerarse una labor central de la vida. En el trabajo, la falta de desarrollo y autodisciplina ocasionan dificultades.⁵⁷

Para los pacientes no sólo es difícil perder sus rutinas familiares de trabajo y juego, también lo es la ausencia de la gente con quien trabaja y juega. Además de la familia, los grupos laboral y recreativo forman parte de la red

⁵⁷ Ibidem. p. 268

de relaciones sociales del adulto. Ausentarse de estos grupos causa problemas emocionales debido a la falta diaria de retroalimentación, tan importante como fuente de sentimientos de aceptación y pertenencia.⁵⁸

OBJETIVO:

Proporcionar a la persona aporte vitamínico y antiemético, con la finalidad de que la persona se restablezca lo más pronto posible físicamente y que esto no le obligue a abandonar sus actividades cotidianas de autocuidado y escolares.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Se le sugiere al familiar y a la persona que se sigan administrando los medicamentos prescritos en las dosis e intervalos de tiempo indicados.
- Se le Informa al familiar y a la persona, sobre la importancia que tiene la administración de medicamentos prescritos por el médico, con la finalidad de contrarrestar los efectos secundarios de los quimioterapéuticos.
- Se le sugiere a la persona que realice sus tareas escolares en los lapsos que permanezca internada, con la finalidad de evitar los atrasos escolares y mantener distraída, activa y productiva a la persona.
- Se le sugiere y se le permite la visita de su amiga de la escuela a la unidad hospitalaria y en su casa.
- Se le sugiere al familiar que forme vínculos de confianza entre la persona y personas de la misma edad que tiene M.M.D., al igual con su familia extensa; con la finalidad de ayudar y motivar a la persona

⁵⁸ Ibidem. p. 276

para que no abandone sus proyectos de superación y disminuir los periodos de depresión que sufre la persona.

- Se le sugiere al familiar, que celebre los logros de la persona, por muy leves que estos sean, con la finalidad de que la persona se sienta productiva y levante su autoestima.

EVOLUCIÓN:

La administración de los medicamentos prescritos por el médico fueron aceptados por la persona, por lo cual le beneficiaron evitando las nauseas y el aporte vitamínico y complementos alimenticios le han ayudado a ganar aporte calórico de acuerdo a su edad, peso y superficie corporal, lo cual menciona que el rendimiento corporal a mejorado, teniendo periodos cortos de fatiga y manteniéndose más productiva e interesada por las actividades tanto escolares como las actividades que realiza en su casa.

6.3.14 NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

DATOS DE INDEPENDENCIA:

A M.M.D. no le cuesta trabajo realizar sus tareas escolares, sus calificaciones regulares han sido a partir de haber presentado su padecimiento actual, anteriormente era calificaciones excelentes.

DATOS DE DEPENDENCIA:

M.M.D. esta cursando el primer año de secundaria, debido a que fue sometida a protocolos de quimioterapia y radioterapia, año y medio, lo cual no le permitió, asistir a la escuela, ahora asiste poco a la escuela y realiza trabajos y tareas en su casa y a veces en el hospital y si no se siente deprimida.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Desesperanza relacionado con deterioro del estado fisiológico, manifestado por pasividad, disminución de la verbalización, disminución de las emociones y falta de iniciativa.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

La explicación dominante para los cambios en la forma de pensar de los adolescentes ha sido la de Jean Piaget, quien vio que entraba al más alto nivel de desarrollo cognoscitivo del que la gente es capaz. Piaget llamó a este nivel, caracterizado por la capacidad para el pensamiento abstracto, operaciones formales.⁵⁹

El logro de las operaciones formales le permite al adolescente contar con una nueva forma de manipular, o funcionar con, información. Ya no están limitados a pensar en el aquí y el ahora, como en la etapa cognoscitiva anterior de las operaciones concretas. Ahora pueden manejar abstracciones, probar hipótesis y ver posibilidades infinitas.

Este avance les abre muchas nuevas puertas pues les permite analizar doctrinas filosóficas y políticas y, en ocasiones, formular sus propias teorías, con la posibilidad de reformar la sociedad incluso les permite reconocer el echo de que las muchas situaciones no tienen repuestas definitivas. Buena parte de la infancia parece una batalla para abordar el mundo como es; ahora, los jóvenes se concientizan de cómo podría ser el mundo.

La capacidad para pensar en forma abstracta también tiene ramificaciones emocionales. "Mientras que antes el adolescente podía amar a su madre u odiar un compañero, ahora puede amar la libertad y

⁵⁹ E.PAPALIA y Rally Wendros Olds ,Desarrollo Humano,pp.387

odiar la explotación. El adolescente ha desarrollado un nuevo modo de vida: lo posible y lo ideal cautivan la mente y los sentimientos.⁶⁰

La interacción con los compañeros puede ayudar al avance de la madurez cognoscitiva.⁶¹

OBJETIVO:

Situar a la persona y al familiar en forma humanística, ética y empática a una realidad existente con esperanza de vida de calidad y calidez y no proporcionarle falsas expectativas que no se podrán cumplir.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Se forma empatía con la persona y con el familiar.
- La enfermera tiene la habilidad de saber escuchar a la persona.
- Se respeta la intimidad y el silencio de la persona.
- Se ofrecen explicaciones reales y científicas sobre los cambios y aspectos bio-psico-social y espirituales por el que está pasando la persona y el familiar.
- Se motiva a la persona y al familiar a participar en el tratamiento y auto cuidado de la salud.
- Se recomienda a la persona y al familiar a asistir y que se integren a grupos de auto apoyo, sugeridos por los especialistas (psicólogos y tanatólogos).
- Se favorece la independencia de la persona con información real y apropiada a su edad y padecimiento al igual que acorde a su estado cognoscitivo.

⁶⁰ Ibidem p. 387

⁶¹ Ibidem p. 388

- Se fomenta al familiar a que realice comentarios sobre la salud y aspecto de la persona, sin llegar a extralimitarse, con la finalidad de situar a la persona en una realidad, proporcionando posibilidad de esperanza y evitar falsas expectativas.
- Se recomienda al familiar que pida informes reales sobre el pronóstico de salud de la persona, con el objetivo de realizar proyectos de vida junto con la persona.

EVOLUCIÓN:

Lamentablemente el proceso de duelo que la persona vive es de forma lenta y regresiva, por lo cual la persona pasa de una etapa a otra impredeciblemente sin poder lograr una estabilidad en lo referente a la etapa de aceptación, en algunos momentos la persona menciona que desea repartir sus cosas para que las personas que ama las conserven y que ellos se puedan acordar en algún momento de ella; los familiares le mencionan que el estar con ella ha sido un milagro que Dios y que la vida les dio la oportunidad de vivir, por que sin ella la vida de esa familia no sería igual, a lo que la persona mencionó que se siente contenta y que pondrá todo su cariño para poder seguir saliendo adelante junto con ellos y su amiga que tanto ama.

7. CONCLUSIÓN.

Todo ser humano tendemos a vivir diferentes estados de ánimo, de acuerdo a la etapa de vida y circunstancia por la que estamos cursando; por lo cual no es imposible comprender la forma de expresión, en la que podemos comunicarnos con los demás y darnos a entender; no sólo existe la forma verbal, si, no con todas las formas de comunicación con las cuales podemos mandar mensajes. El poder desarrollar y practicar la empatía, en la relación enfermera – paciente - familiar, es de suma importancia, con el fin de poder brindar una atención oportuna, eficaz, eficiente y en forma holística e individualizada, llevada a cabo por medio de la herramienta con que contamos los enfermeros, como lo es el Proceso Atención de Enfermería, basada y sustentada, por un modelo de atención, efectuada por alguna teórica, en la disciplina de enfermería. Por lo cual fue de suma importancia y utilidad en éste trabajo, obteniendo una gran satisfacción, aprendizaje y ayuda para lograr los objetivos planteados.

M.M.D. ingreso al servicio de oncología – hematología pediátrica, en el C.M.N. 20 de Noviembre, en mayo del 2006, ella y su familia me dieron la oportunidad de poder compartir una imaginable experiencia de vida, siendo de gran crecimiento emocional y valor humano, al relacionarme con ella y su familia, me permitieron valorarme como ser humano con vida y con diferentes necesidades y que en verdad no estoy excluida de de vivir un deterioro en mi salud e independencia en el ámbito bio-psico-social y espiritual, como ella lo vivió y que en verdad desearía ser atendida por personal con madurez profesional, espiritual y calidad humana; con valores y principios cívicos, como se le otorgaron a ella.

M.M.D. fue dada de alta a principios de junio del 2007 a su domicilio con cuidados paliativos y en fase terminal, falleció a mediados de julio del 2007,

en su casa, cerca de sus seres queridos, sin restricción de visitas y sin normas que le prohibían determinadas cosas, falleció rodeada de su ambiente hogareño, con sus cosas y sus recuerdos, falleció con un trato digno y con una muerte digna.

M.M.D. unos días antes de su muerte dejó escrito lo siguiente...

Para los que ame y me amaron.

Cuando me vaya, déjenme ir, no se aten a mi con lágrimas. Por los hermosos años que vivimos juntos démosle gracias a Dios. Si tienen que llorar dejen que la fé en Dios conforte su pena, la vida sigue adelante, yo estaré cerca, sentirán el calor de mi amor en sus corazones. Y cuando ustedes tengan que viajar por este camino, junto con Dios los recibiré, y con una sonrisa les diré: ¡sean bienvenidos nunca más nos separaremos!.

8. SUGERENCIAS.

El dar una atención eficaz y eficiente a un individuo con alteraciones fisio-anatomo-patológicas, es sumamente complejo, debido al sin fin de manifestaciones que presenta y resulta a un más complejo agregar el estado psico-social y espiritual del individuo, esto con la finalidad de poder lograr una asistencia asertiva y oportuna. Por lo cual, es esencial no perder de vista, que las enfermeras debemos basarnos en el trato digno y holístico, en beneficio del individuo.

Por lo tanto me atrevo a sugerir que en el plan de estudios universitarios de la Licenciatura de Enfermería, se debe de incluir la asignatura de Tanatología, en los primeros semestres y en base al modelo de alguna teórica, y no solo impartir la materia como un seminario opcional; ya que éste se puede emplear de manera optima y así poder brindar la seguridad a los futuros profesionales de la disciplina, que se enfrentaran a un sin número de este tipo de casos y con el objetivo principal de proporcionar al individuo una atención en todos los aspectos, bio-psico-social, y espiritual y para el profesional en enfermería, poder proporcionarle el conocimiento y los recursos de poder cerrar sus círculos y duelos, sin tener que engancharse o ser indiferente ante estas circunstancias.

9. BIBLIOGRAFÍA.

- LEDDY, Susan. "Perspectivas Filosóficas en la Educación y Práctica de Enfermería" En Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. OPS. OMS. Washington D.C. 1995, pp230-246.
- Fernández, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria. "El modelo de Henderson y el proceso de Atención de Enfermería" en: El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Asno- Saluat, Barcelona España 1993, pp. 3-4
- Ilich I. Lla convivialite, Paris, Sevil, 1973, pp.27
- ROPER Nancy, Winifred W. Logan, AlisonJ. Tierney Modelo de Enfermería. ED. Interamericana.McGraw-Hill, 3ª edición.
- DUMONT Thompson Eleanor, Manual de Enfermería Pediátrica, interamericana 2, México D.F. 2004, p.397
- E.PAPALIA y Rally Wendros Olds, Desarrollo Humano, 6ª edición p.25
- CASTRO, González María del Carmen, Tanatología: La Inteligencia Emocional y el Proceso de Duelo, Vd. Trillas 2006, pp.61
- LUSKIN, Fred, Ph.D. ¡Perdonar es sanar!, Vd. Grupo Norma 2006, p.39,40

- E.OTTO, Shirley Enfermería Oncológica, Ed. Harcourt/OCEANO, vol.3, 3edición, pp. 780
- TORTORA, Gerrad, Nicolas Pete Anagnostakos, Principios de Anatomía y Fisiología, edición1999, Edt. Harla pp. 534
- LIZ, Maclaren; Como Entender y Aliviar la depresión, Ed.TomoS.A de C.V. 1ª edición 2000, p. 103
- www.cop.es/colegiados/s-02633/ANSIEDAD.html, Mayo 2007
- <http://es.wikipedia.org/wiki/espiritualidad>. Nov. 2007
- <http://perso.wanadoo.es/aniorte/progr-asiqrat-teor-metod5.htm>. Feb. 2008
- http://es.wikipedia.org/wiki/modelo_cient%C3ADfico mayo 2007
- <http://virtual.cucs.udg.mx> _enero 2008

ANEXOS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre de la paciente: M.M.D., Edad: 14 a.
Sexo: femenina, Lugar de nacimiento: Morelia Michoacán,
Religión: Católica, Ocupación: Estudiante,
Escolaridad: 1º de secundaria,
Domicilio: Bahías de Jaltenco, Estado de México,
Registro: MORR 640727-8,
Unidad Médica: C.M.N. 20 de Noviembre, ISSSTE.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Grupo sanguíneo: O+
Toxicomanías: negadas.
Alergias: negadas.
Vacunas: completas.
Peso: 45,200 Kg.
Talla: 1.56 mts.
Signos vitales: Temperatura: 36, Frecuencia Respiratoria 22 r.p.m.
Frecuencia Cardíaca 84 X´, Presión Arterial: 100/70 mmHg.

HÁBITOS HIGIENICOS.

Baño diario en regadera, cambio de ropa diario, aseo bucal después de cada comida con enjuagues bucales con bicarbonato y nistatina, lavado de manos antes de comer, después de ir al baño y al llegar de la calle.

HÁBITOS ALIMENTICIOS.

Tres veces al día y entremeses golosinas (dulces industrializados y bebidas gaseosas) de 1 a 2 veces al día.

TIPO DE ALIMENTO	No. DE VECES A LA SEMANA	OBSERVACIONES
CARNE	2 VECES	ROJA Y POLLO (PESCADO RAR VEZ)
VERDURAS	5 VECES	COCIDAS O SEMICRUDAS
FRUTAS	7 VECES	DE TEMPORADA
LEGUMINOSAS	3 VECES	GUSTA DE LA MAYORIA
CEREALES	3 VECES	EN EL DESAYUNO Y COMIDA
PASTAS	7 VECES	
LECHE	7 VECES	2 VECES AL DÍA
HUEVO	3 O 4 VECES	
PZAS. DE TORTILLAS	3 A 5 PZAS.	
PZAS. DE PAN	2 PZAS.	
AGUA	5 A 6 VASOS	EN TIEMPO DE CALOR TOMA DE 8 A 12 VASOS.

DATOS DEMOGRÁFICOS.

CASA: propia urbana.

TIPO DE CONSTRUCCIÓN: Techo y paredes de ladrillo y cemento, piso con loza, cuenta con sala, comedor, cocina, zotehuela, 1baño completo y tres recamaras, cuenta con drenaje, agua potable, luz, teléfono y gas estacionario.

VÍAS DE COMUNICACIÓN: Pavimentación de zona urbana, cuentan con transporte colectivo, taxis y carro particular.

RECURSOS PARA LA SALUD: Cuenta la colonia con un Centro de Salud comunitario.

COMPOSICIÓN FAMILIAR: Los integrantes son el padre, la madre, abuela materna, seis tíos, tres hermanos.

CONVIVENCIA CON ANIMALES: En Morelia Michoacán tienen tres gatitos, un perro y seis canarios; en el Estado de México viven con una tía y no conviven con animales.

ANTECEDENTES PERSONALES FAMILIARES.

MADRE: Morales Martínez Ana Maria, 39 años, escolaridad, primaria terminada, ocupación ama de casa, patologías negadas, toxicomanías negadas.

PADRE: Morales Benítez Pedro, 42 años, escolaridad secundaria terminada, ocupación empleado (no específica), patologías, sobre peso, toxicomanías, tabaquismo esporádico, resto negado.

ABUELA MATERNA: diabética de 72 años.

ABUELA PATERNA: finada por cáncer, desconoce los datos.

BUELA TÍA: finada por cáncer, datos desconocidos.

BISABUELA: finada por cáncer, desconocen datos.

DATOS DE LABORATORIO.

BIOMETRIA HEMÁTICA.

		DATOS DE REFERENCIA
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN DE ERITROCITOS	15.7	
BASÓFILOS	0	0 – 0.80
CONCENTRADO MEDIA, HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	34.3	
HAMATOCRITO	30	37 – 47
EOSINÓFILOS	0.3	0.0 – 10.0
ERITROCITOS	3.01	4.20 – 5.40
HEMOGLOBINA MEDIA CORPUSCULAR	34.2	
HEMOGLOBINA	10.3 g/dl	12 – 16
LEUCOCITOS	3.97	4.8 – 10
LINFOCITOS	2.39	.10 – 3.40
MONOCITOS	0.37	.10 - .60
NEUTROFILOS	30.2	42.2 – 75.20
PLAQUETAS	15	150.0 – 450.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	99.7	82 – 96
VOLUMEN PLAQUETAS	8.0	0.50 – 3.00
RETICULOCITOS	1.8	0.50 – 3.00

PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO.

		DATOS DE REFERENCIA
PROTEÍNAS TOTALES	7.4 g./dl	6.0_8.0
ALBUMINA	2.9 g/dl	3.8_5.50
GLOBULINA	3.20g/dl	1.5_300
RELACIÓN ALBUMINA/GLOBULINA	1.31	1.00_200
BILIRRUBINA TOTAL	1.21mg/dl	0.10_1.00
BILIRRUBINA DIRECTA	.2mg/dl	.10_.25
FOSFATASA ALCALINA	100U/L	96.00_279.00
COLESTEROL	160mg/dl	175.00

QUÍMICA SANGUÍNEA.

		DATOS DE REFERENCIA
GLUCOSA	60mg/dl	60-110
UREA	22.8mg/dl	10.00-50.00
CREATININA EN SUERO	.3mg/dl	.50-1.50

DEPURACIÓN DE CREATININA.

		DATOS DE REFERENCIA
CREATININA EN ORINA	33.41mg/dl	
DEPURACIÓN DE CREATININA.	34.71	80.00-120.00

PRUEBAS DE COAGULACIÓN.

		DATOS DE REFERENCIA
T.P.	10.6 seg.	13.4
TESTIGO T.P.	8.1seg.	12.6
FIBRINÓGENO	170mg/dl	250-400

EXAMEN GENERAL DE ORINA.

DENSIDAD	1010
Ph	6.5
LEUCOCITOS	50
NITRITOS	----
ALBUMINA	----

RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO:

NEUTROPENIA LEVE.

TRATAMIENTO.

TRATAMIENTO CON RADIOTERAPÍA. Se dieron 14 ciclos con intervalos de cada tercer día a partir del 28 de Febrero del 2007, del 26 al 30 de Abril, con un segundo ciclo.

TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPÍA. Del 1 de Marzo al 20 de Mayo.

1 ^{er} CICLO CON.	CICLOFOSFAMIDA Y VINCRISTINA
2 ^o CICLO CON.	CICLOFOSFAMIDA Y DACARBACINA
3 ^{er} CICLO CON.	BLEOMICINA Y VINBLASTINA
4 ^o CICLO CON.	BLEOMICINA Y VINBLASTINA
5 ^o CICLO CON	VINCRISTINA Y CICLOFOSFAMIDA
6 ^o ,7 ^o Y 8 ^o CICLO CON	VINCRISTINA Y CICLOFOSFAMIDA
9 ^o CICLO CON.	VINBLASTINA, BLEOMICINA, DACARBACINA Y DOXORRUBICINA
10 ^o CICLO CON.	DOXORRUBICINA, VINBLASTINA Y DACARBACINA
1 ^o AL 5 ^o CICLO CON.	Vp 16, CARBOPLATINO, IFOSFAMIDA Y MESNA