

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



***PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PACIENTE ADOLESCENTE CON
OSTEOSARCOMA EN TRATAMIENTO PRE-QUIMIOTERAPIA***



QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:

JOSEFINA MORENO ORTIZ

No. de Cta. 072507456

ASESORÍA ACADÉMICA:
LIC. MAGDALENA MATA CORTÉS

Agosto 2008



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por haberme permitido alcanzar uno de los más grandes anhelos de mi vida y haberme permitido salvar todos los obstáculos, vencer los miedos, ignorar las críticas, perdonar a todos los que no creyeron en mí incluyéndome a mi misma.

A mis Padres

Por haberme infundido el respeto a la vida y el espíritu de lucha para alcanzar lo que nace de lo más profundo del alma, en especial a mi Madre por su valentía para enfrentar la vida y por haber sido el pilar y cimiento principal para que pudiera llegar a la meta que me tracé, por tus oraciones, bendiciones y consejos, gracias mamita.

A mis Hijos:

En especial a Verónica por su gran paciencia y comprensión; a Fabiola, José Manuel, Eugenio, Guillermo, Rodrigo y Basilisa por su apoyo incondicional, por todo su amor y por ser el estímulo principal de mi vida para seguir adelante gracias.

A mis maestras:

Mi Tutora Clínica Lic. Sara Montiel Escobar Jefe de Enseñanza de La GINECO DE TLATELOLCO IMSS. Por su incondicional apoyo y valiosa ayuda gracias Sarita.

Maestra asesora de la licenciatura Lic. Azalia Rios Eguiluz porque sin su apoyo, humanismo y comprensión me hubiera sido poco menos que imposible llegar a la meta deseada gracias Azalea por todo sabe que te guardo un recuerdo muy especial en mi corazón.

Mi maestra asesora del presente trabajo: Lic. Magdalena Mata Cortez por sus enseñanzas, conocimientos, tiempo paciencia y profesionalismo, por su dirección incondicional, gracias por aceptar ser mi guía en estos momentos tan difíciles.

A la Lic. Gisela Hernández asesora del 8º semestre de la Licenciatura agradezco sus atenciones y con respeto le doy las gracias por entenderme y tolerar mis equivocaciones, gracias Gis.

A mis amigas:

Cecilia y Claudia: Por acompañarme en los momentos de angustia y dudas por darme el ánimo para volver a empezar muchas gracias por confiar y creer en mí.

A todas las compañeras del INER, y personal del IMSS, HOSPITAL GINECO DE TLATELOLCO y la UMAE HOSP. GRAL CM LA RAZA; Martita, Moni, Ruth, Maribel, Diana, Lola Lupita Alfaro, Paty García, Maribel Zamora... gracias a todas por su apoyo.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	2
OBJETIVOS.....	2
1.- MARCO TEÓRICO.....	3
1.1. Etapas del proceso del cuidado enfermero.....	5
1.2. Características de las etapas del proceso de enfermería.....	5
1.2.1.- Valoración.....	5
1.2.2.- Diagnostico.....	6
1.2.3.- Planeación.....	9
1.2.4.- Taxonomía del NOC.....	10
1.2.5.- Ejecución	11
1.2.6.- Taxonomía del NIC	11
1.2.7.- Evaluación.....	11
2.-¿QUE ES EL CUIDADO.....	13
2.1 ¿Qué significa cuidar?.....	13
3- GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	15
3.1 Las necesidades humanas básicas según Henderson.....	15
3.2. Aplicación del modelo de Virginia Henderson al proceso de cuidado de enfermería	17
3.3 Modelo de cuidados de Virginia Henderson	18
4- METODOLOGIA DEL TRABAJO.....	20
5- APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.....	22

5.1.- Presentación del caso clínico.....	22
5.2.- Valoración de enfermería	24
5.3.- Diagnósticos.....	29
5.4.- Planeación	30
5.5.- Ejecución (planes de cuidados)	31
6.- CONCLUSIONES	37
7.- SUGERENCIAS	38
8.- GLOSARIO DE TERMINOS	39
9.- BIBLIOGRAFIA	40
10.- ANEXOS	42

INTRODUCCIÓN

El osteosarcoma es la neoplasia maligna más frecuente en los niños y adolescentes, todavía a principios de los años 70 la posibilidad de curación del osteosarcoma no era superior al 20%, siendo la cirugía radical la única arma terapéutica, el progreso que se ha producido en los últimos años no solo ha incrementado la supervivencia de 5 años a más del 70% sino que el salvamento de extremidades afectadas es ya del 50% o más. Hasta el momento no podemos hablar de un factor causal con excepción de la radiación. Sin embargo, existen algunos factores pre disponente que más que todos, son factores asociados, entre ellos tenemos:

- Los factores virales. (Encontrados únicamente en animales)
- Aun no demostrado, en el ser humano se encuentran anticuerpos anti-osteosarcoma.
- También, fueron detectados los anticuerpos anti-osteosarcoma en familiares del personal médico y paramédico que están en contacto con estos pacientes.

En el campo de la enfermería para la atención de personas con cáncer no se cuenta con una preparación previa y adecuada para la atención de este tipo de pacientes ya que por la complejidad que amerita el manejo de los diferentes tipos de tratamientos neoplásicos el personal no profesional e inexperto se niega a trabajar con ellos de manera espontánea, no así el licenciado en enfermería que preocupado por dar una solución a estas situaciones analizó y creó, un método específico de trabajo que lo identifica de manera singular dentro del equipo de salud, este método es el llamado PAE o Proceso Atención Cuidado Enfermero.

El trabajo que aquí presento es una muestra del desarrollo planeado de los cuidados que el licenciado en Enfermería proporciona a su paciente, de tal forma que guía científicamente un plan pensado, escrito, ejecutado y monitoreado sin importar la patología del paciente. Ya que está basado en las 14 necesidades que todo ser humano tiene según La Teoría de Virginia Henderson esto, permite al paciente con esto recibir una atención holística humana y de calidad.

JUSTIFICACIÓN

Por lo anteriormente descrito creo que el desarrollo y aplicación del método científico o PAE, en la práctica asistencial permitirá a las enfermeras(os) prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática ya que este exige del profesional habilidades, destrezas afectivas cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, evaluar e interactuar con otros profesionales de salud brindando en esta forma un cuidado holístico al paciente pediátrico.

OBJETIVOS

Objetivo General

Aplicación del proceso atención de enfermería a un paciente con Osteosarcoma con base en el marco conceptual del modelo de Virginia Henderson dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral.

Objetivos Específicos

- Identificar por medio de la elaboración de un Proceso Enfermero las necesidades específicas reales y potenciales de un paciente pediátrico con osteosarcoma y contribuir a que se cubran.
- Actuar para tratar, resolver ó prevenir problemas del paciente, o tratar la enfermedad del niño o adolescente con osteosarcoma.

1.- MARCO TEÓRICO

Por lo que se sabe sobre los inicios del cuidado enfermero; este se centraba en las medidas de consuelo y el mantenimiento de un entorno higiénico para el paciente. Por lo que durante mucho tiempo se ha sobreentendido la actividad de la enfermera y por ende a sus conocimientos, técnicas y práctica como auxiliares de la actividad médica; sin embargo desde hace más de un siglo la enfermería profesional tuvo sus inicios siendo para ser más específicos a mediados del siglo XIX con la aparición de Florencia Nightingale quien se encargó de estudiar y comprobar que la enfermería se basaba en el conocimiento de la persona y de su entorno por lo que la función de enfermería era situar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él; otorgando así a la enfermería una base de conocimientos diferentes a la utilizada por el médico en el ejercicio de su profesión.

La necesidad de desarrollar, articular y analizar el actuar de la enfermería como disciplina científica trata de modificar el cuidado enfermero que se ha adquirido por tradiciones y principios a través del aprendizaje acumulado por los años de experiencia.

Asimismo en últimas fechas se habla ya de modelos y teorías de enfermería y de la importancia del Proceso enfermero, como el fundamento que guía la perspectiva del actuar profesional, como la metodología que permite a través del razonamiento y el actuar de modo sistemático al planificar las acciones de enfermería, lo que permite finalmente unificar los criterios en el momento de definir un problema de enfermería, atendido por enfermería, logrando ayudar a diferenciar nuestra función de cuidar bajo nuestro propio enfoque profesional.

En sí el Proceso enfermero tiene las siguientes características:

- **Tiene una finalidad:** Se dirige a un objetivo.
- **Es sistemático.** Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- **Es dinámico:** Responde a un cambio continuo.
- **Es interactivo:** Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- **Es flexible:** Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

- **Tiene una base teórica:** El Proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen Ciencias y Humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.
- **Resuelto.** Por que va dirigido a un objetivo (resolver problemas).

En el empleo del Proceso enfermero influyen las opiniones, conocimientos, y habilidades del profesional de enfermería formando con esto la base de interacción entre la enfermera y el paciente.

La aplicación del Proceso cuidado enfermero tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera; Profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Ventajas para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora de la calidad de la atención.

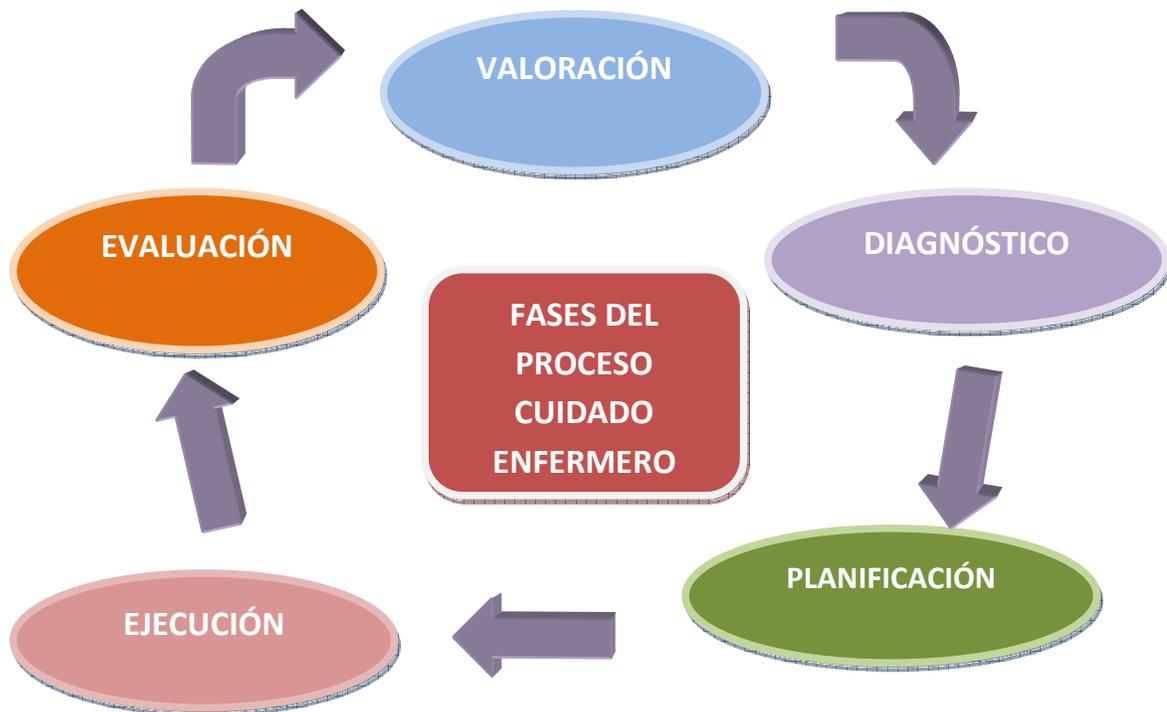
PARA LA ENFERMERA:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

1.1.-Etapas del Proceso Cuidado Enfermero.

EL Proceso Enfermero es cíclico, porque sus componentes siguen una secuencia lógica como todo método se configura en un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, en este caso se compone de cinco fases que son:

- ✓ La valoración
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Planeación
- ✓ Ejecución
- ✓ Evaluación.



1.2 Característica de las etapas del proceso de enfermería.

1.2.1 Valoración.

Consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud del paciente, la información de los aspectos físicos y emocionales, del desarrollo, social, intelectual y espiritual; se obtiene de varias fuentes, y es la base de la actuación y la toma de decisiones en las fases siguientes. Para realizar este primer paso del Proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y de entrevista.

1.2.2.-Diagnóstico.

Es el juicio clínico sobre las respuestas humanas de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es la responsable de su predicción, prevención y tratamiento; Los diagnósticos están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica valida y trata independientemente.

La importancia de los diagnósticos, consiste en que estos son la base para la selección de las intervenciones de enfermería.

Principios del Razonamiento Diagnóstico

- ❖ Se debe estar familiarizado con ellos.
- ❖ Se debe mantener la mente abierta.
- ❖ Apoyar el diagnóstico con evidencias.
- ❖ No hacer diagnósticos apoyados solo en la intuición.
- ❖ Si no se detecta un problema, lo etiqueta mal o identifica un diagnóstico inexistente, entonces, se está cometiendo un error diagnóstico.
- ❖ Ser consiente de nuestras capacidades y limitaciones.

Pasos para diagnosticar problemas de salud:

- ❖ Pedir al usuario que identifique su problema.
- ❖ Completar la valoración.
- ❖ Hacer una lista de problemas reales y potenciales.
- ❖ Buscar evidencias que sustenten los problemas.

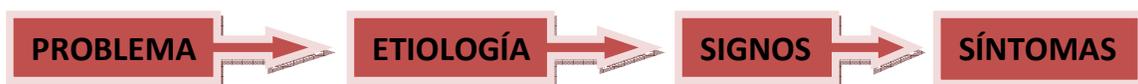
- ❖ Incluir y excluir problemas.
- ❖ Nombrar los problemas usando las etiquetas que más estrechamente reflejan los hallazgos de la valoración.
- ❖ Determine las causas del problema.
- ❖ En diagnósticos potenciales sin evidencias claras no registre sintomatologías.
- ❖ Dar a conocer los diagnósticos a los pacientes.
- ❖ Preguntar al paciente si se debe eliminar o incluir o eliminar algún diagnóstico.

Características de un Planteamiento Diagnóstico

- Es claro y conciso.
- Es específico y centrado en el paciente.
- Es exacto.
- Está basado en la valoración de los datos relevantes.
- Y la veracidad de los mismos.
- Implica análisis y síntesis.

Tipos de Diagnóstico

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales e identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen. El término “real” no forma parte del enunciado en un diagnóstico de enfermería “real”. Consiste de tres partes, formato PES: PROBLEMA,(P)+etiología, factores causales o contribuyentes(E)+signos y síntomas(S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.



Potencial: Juicio clínico donde se detecta un riesgo , para la familia individuo o comunidad estos son más propensos a desarrollar o sufrir un peligro para su salud o desarrollar un problema más que otros en situación similar.

Para respaldar un diagnóstico Potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona y va precedido por el término "ALTORIESGO". Consta de dos componentes, formato PE: Problema etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes PE: problema (P) +etiología factores de riesgo contribuyentes (E).

De salud: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos, el deseo de un nivel mayor de bienestar y el estado o función actual y eficaz. Son enunciados de una parte, conteniendo solo la denominación, no contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.

De síndrome: Comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Estos son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

Reglas para la elaboración de un Diagnóstico

- a) Debe hacerse de tal forma que la segunda parte dirijan las intervenciones de enfermería. Si esto no es posible, asegúrese de que el problema dirige las intervenciones.
- b) A la hora de escribir un Diagnóstico se deben de tomar en cuenta ciertas directrices como: Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando "relacionado con" .No significa esto, que haya una relación causa-efecto directa.
- c) La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona y no una actividad de enfermería.
- d) Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- e) Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos subjetivos y objetivos que se hayan recogido y validado con el usuario o familiar directo.

- f) Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, pues esto puede llevar a un enunciado confuso.
- g) No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- h) No indicar el Diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- i) No escribir un Diagnóstico de enfermería como si fuera una orden médica.
- j) No se debe rebautizar, un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de enfermería.
- k) No indicar dos problemas al mismo tiempo esto, dificulta la formulación de los objetivos.

1.2.3.-Planeación.

Implica una serie de etapas, en las cuales la enfermera establece las prioridades, anota los objetivos o las respuestas esperadas, y escribe las estrategias (acciones) de enfermería seleccionadas para solucionar los problemas identificados, desarrolla acciones específicas para cada diagnóstico de enfermería.

Una vez que hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de la Planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

La fase del proceso de la planeación de enfermería incluye cuatro etapas que son:

- I. **El establecimiento de prioridades**, esto se refiere a ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- II. **Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados.** Esto es determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos/o de la familia como por parte de los profesionales, esto es necesario porque proporciona una guía común para el equipo de enfermería de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta, igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados, estos deben de formularse en forma de conductas observables o cambios mensurables realistas y así mismo tener en cuenta los recursos disponibles. Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen

de acuerdo con la familia y la comunidad, que se establezca un compromiso de tal manera que se sientan implicadas ambas partes, profesional familia y comunidad.

III. **Elaboración de las actuaciones de enfermería.** Determinar los objetivos de enfermería

Fijar criterios del proceso estas acciones se consideran instrucciones u ordenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.

Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: que hay que hacer, cuando hay que hacerlo, como hay que hacerlo, donde hay que hacerlo y quien ha de hacerlo.

Para un Diagnostico de enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnostico, promover un mayor nivel de bienestar y monitoriza la situación. Para un Diagnostico de enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio. Para un Diagnostico de enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico.

IV. **Determinación de prioridades.** En este paso de la planeación se debe priorizar que problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados. Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente, es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holística humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, ésta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades y privarse de otras.

1.2.4 Taxonomía Noc

En el año 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Marion Johnson y Merodean Maas, e la University of Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de los pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la clasificación de los resultados de enfermería (NOC) una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que pueden utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones de las enfermeras, publicada por primera vez del año 1997.

Los resultados de los pacientes sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención de enfermería un resultado se define como “ un estado , conducta o

percepción individual ,familiar o comunitaria que se mide a lo largo de una intervención de enfermería.

La clasificación de los resultados de enfermería (NOC) se desarrollo para medir el cambio del estado del paciente con el propósito de evaluar los efectos re intervenciones de enfermería .aunque el NOC se desarrollo para la enfermería, otras profesionales de la salud han considerado que los resultados son útiles para evaluar efectos de sus intervenciones.

La medición no se limita a estados funcionales y filológicos, si no que incluyen medidas de estado psicosocial, de conocimiento y conductual. Una vez sean identificado las preocupaciones y/ o diagnósticos de salud, la enfermera esta preparada para considerar la elección de resultado del paciente. En la elección de un resultado que tiene en cuenta numerosos factores incluyendo (1) el tipo de preocupación de salud, (2) el diagnostico o problema de salud con las características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo, (3) características del paciente, (4) preferencias del paciente y, (5) opciones de tratamiento.

- Organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía de la NOC tienen cinco niveles dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.

1.2.5- Ejecución.

Es la cuarta etapa del Proceso Enfermero y consiste en llevarlo acabo, durante esta fase, la enfermera(o) continúa recogiendo datos y validando el plan realizado, en esta etapa es cuando realmente se pone en práctica el PAE elaborado. La Ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería; existen diferentes formas de hacerlo, como son:
 - a) *Anotar los cuidados de enfermería.*
 - b) *Dar los informes verbales.*
 - c) *Mantener el plan de cuidados actualizado.*
 - d) *Realizar las técnicas manuales y prácticas necesarias para la atención del paciente.*

El profesional de enfermería, tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se

realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y necesidades asistenciales de cada persona tratada.

1.2.6 Taxonomía Del Nic

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joane Mc Closkey.

El equipo desarrollo la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizaron las enfermeras, publicadas por primera vez en el año 1992.

Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos e indirectos dirigidas a los individuos, familias, y comunidad. Ya sea tratamiento iniciados por las enfermeras, por los médicos o por los profesionales. Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención y una breve lista de referencias. La etiqueta y la definición que esta estandarizado y que no debe cambiarse cuando se utiliza el NIC para documentar los cuidados. Las intervenciones del NIC se han relacionado con los diagnósticos de la NANDA los problemas del sistema Omaha.

La taxonomía del NIC se codifico por varias razones (1) para facilitar su uso informático (2) para facilitar la manipulación sencilla de los datos, (3) para aumentar la articulación con otros sistemas codificados y (4) para permitir sus usos en las retribuciones.

1.2.7 Evaluación.

Esta etapa se define como la emisión de un juicio, sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona comparándolo con uno o varios criterios de ahí podemos deducir que la evaluación, 5ª etapa del PAE es una comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente desde su inicio hasta el momento de los resultados esperados.

2.-GENERALIDADES DE LOS CUIDADOS

Según la escuela de interacción, el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado.¹

Los cuidados de enfermería forman parte del conjunto de las actividades de los cuidados, siendo estos una actividad cotidiana y permanente de la vida. Entender la naturaleza de los cuidados de enfermería exige, por tanto volverlos a situar dentro de único contexto que les da todos su sentido, su significado real: el contexto de la vida y la muerte al que los hombres y grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia.

2.1 Cuidar

Cuidar es, ante todo, un acto de VIDA, en el sentido de cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta se continúe y se reproduzca.

“Cuidar es un acto individual que uno se da a si mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiene a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.” Los cuidados de enfermería tienen que encontrar su individualidad con respecto a la red de pertenencias de los CUIDADOS.

“Los cuidados de costumbres y habituales “CARE” relacionados con las funciones de conservaciones de continuidad de la vida. Los cuidados de curación “CURE” relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.”²

Los cuidados de enfermería cuya unifica finalidad es permitir a los usuarios de cuidados desarrollar su capacidad y vivir o esforzarse en compensar la alteración de las fuerzas de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social que conlleva esta última.

“La relación entre los conceptos salud y cuidados indica las acciones o el proceso que se siguen para efectuar cambios positivos en el estado de salud. Y que afirma <<afirma que a

¹ Franco Orozco Magdalena, Antología: Teorías y Modelos de Enfermería, POST-GRADO UNAM pag. 185

² IBIDEM Colliere, Francois M pag. 35

la enfermería le concierne la totalidad de la salud de los seres humanos. Reconociendo que están en continua interacción con su entorno>>”

El concepto de cuidado representa a la disciplina o a la profesión y este no es concepto metaparadigmático apropiado porque crea una tautología.

Los cuidados de enfermería cuya única finalidad es permitir a los usuarios de cuidados a desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, efectiva y social que conlleva a este último.

3.-VIRGINIA HENDERSON



Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz .
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslo , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

3.1 Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1º.- Respirar con normalidad.

2º.- Comer y beber adecuadamente.

3º.- Eliminar los desechos del organismo.

4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.

- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.
- 9º.- Evitar los peligros del entorno.
- 10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- Variables: estados patológicos:
- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).

- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería.

Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

3.2 APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON AL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de enfermería.

1.- Etapas de Valoración y Diagnóstico. Sirve de guía en la recogida de datos y el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina.

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

2.- Etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a causas de la dificultad detectadas, en la elección de modo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado.

3.- Finalmente en la etapa Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha de plan de cuidados , la autora dice que es nuestra meta es ayudar al individuo o conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades.

3..3- Modelo de cuidados de Virginia Henderson:

FUNDAMENTO

- Se fundamenta en las Necesidades humanas, en una situación de salud concreta y en un entorno ajeno al habitual (hospital)

VALORES

- Derecho a la salud.
- Derecho a la atención sanitaria
- Capacidad humana de cuidarse
- Consideración integral del ser humano con su entorno
- Sistema público de prestación de cuidados
- Gestión eficiente de recursos públicos
- Ética profesional.
- Mejora continua

OBJETIVO

La recuperación, el mantenimiento o la mejora de la satisfacción de las necesidades de la persona donde aparecían problemas, la integración a su medio habitual en el menor tiempo posible o el acompañarle en el proceso de la muerte.

BENEFICIARIO DEL SERVICIO

La persona que requiere cuidados de enfermería en una situación de salud concreta y en interacción con el medio hospitalario, considerado en términos de cliente.

PAPEL DEL PROFESIONAL

Suplir y / o completar a la persona en la realización de las actividades que contribuyan a la salud, recuperación o a morir en paz.

FUENTES DE DIFICULTAD

Obstáculos o limitaciones personales o del entorno que modifican la capacidad de la persona para dar respuesta a los cambios producidos, tanto a nivel físico, como psíquico, espiritual y social

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

- **Persona:** Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia .Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos , conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana .

-**Entorno:** Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- **Salud:** La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de

los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia. Henderson no identificó las teorías.

4.- METODOLGIA DEL TRABAJO

El Plan de Cuidados de Enfermería que aquí defino: está enfocado para proporcionar cuidados a la paciente, Abeli Julieta Sánchez Ruiz de 15 años de edad con diagnóstico de Osteosarcoma, de tibia izquierda hospitalizado temporalmente en el Servicio de Onco-Gastro-Pediatría. 9ºC, siguiendo, las etapas que componen el Proceso Cuidado Enfermero como son la Valoración: Para llevar a cabo la realización de esta etapa me apoyé por medio de los datos obtenidos de el expediente clínico realicé técnicas de observación, entrevista e interrogatorio directo e indirecto, para la captura de los datos utilice la ficha de valoración de enfermería de Virginia Henderson que señala las catorce necesidades que todo ser humano tiene.

Para la elaboración y determinación de los diagnósticos enfermeros, a través del análisis de cada uno de los datos, recurrí a la consulta de los diagnósticos de enfermería elaborados por la NANDA Definiciones y Clasificaciones 2007-2008. Así mismo, para la Planificación de los cuidados llevé a cabo la consulta del Manual de cuidados de enfermería de Betty Ackley, msn Eds RN., la Clasificación de la Ampliación de Diagnósticos de Enfermería (CADE), Introducción a la Taxonomía de la NOC o resultados esperados Proyecto de resultados IOWA Clasificación de resultados de enfermería (CRE) DE Marion JOHNSON, PHD, RN posteriormente, pase a la etapa de la Ejecución llevando a la práctica todo lo planeado y tomando como base teórica la consulta del Manual para Elaboración y uso de la Clasificación de la Taxonomía NIC (intervenciones de enfermería) dando a cada intervención las acciones jerarquizadas de enfermería necesarias para un cuidado de calidad al paciente. Con la Evaluación del plan pude darme cuenta de las metas alcanzadas y los resultados obtenidos, también, identifiqué las necesidades del paciente que me sirvieron como indicadores hacia la elaboración de un nuevo proceso. De acuerdo a la numeración que logré adquirir en mi clasificación evalúe los avances o retrocesos de mis planes enfermeros así como la elaboración de un nuevo proceso.

NECESIDADES	MANIFESTACIONES
RESPIRAR , independiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin alteración
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ,parcialmente dependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación para alimentarse por si mismo. • Miedo a comer demasiado.
ELIMINACIÓN, parcialmente dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación para asistir al baño por miedo a • Caerse.
MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA, parcialmente dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación para moverse, levantarse y acostarse por si solo.
DESCANSO Y SUEÑO, parcialmente dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de padecer insomnio • Riesgo de padecer anemia debido a la quimioterapia.
USAR PRENDAS ADECUADAS, parcialmente dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación para vestirse. • Limitación para usar ropa cómoda.
TERMORREGULACIÓN, totalmente independiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin alteración
HIGIENE Y PROTECCIPÓN DE LA PIEL, parcialmente dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación de la Higiene. • Riesgo de sufrir escaras
SEGURIDAD, totalmente independiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin alteración
COMUNICACIÓN, parcialmente dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Diversidad de información sobre su padecimiento.
VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES, totalmente independiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene constantemente su fe en dios.
TRABAJAR Y REALIZARSE, totalmente dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción negativa de su imagen y de sus capacidades para poder desempeñar un trabajo o continuar sus estudios ante la pérdida de energía y dificultad para realizar sus Actividades.
JUEGO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS, parcialmente dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Aburrimiento visible
APRENDIZAJE, parcialmente independiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin alteración

VALORACIÓN ESTANDARIZADA DE LAS NECESIDADES AFECTADAS

5- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

5.1- Presentación del caso clínico

Datos clínicos de la paciente

Caso clínico	A J Sánchez Ruiz,
No de AF.	9207-51-00203F 92 OR
Edad	15 años
Sexo	Femenino
Domicilio	Av. Molino de las Flores edif. 13 Cuautitlán Izcalli Edo. de México.
Fecha de ingreso:	02-04-08

Osteosarcoma osteoblástico y condroblástico de tibia izquierda. Paciente femenina con los diagnósticos antes referidos, procedentes de admisión hospitalaria, con antecedentes maternos de 45 años, soltera, aparentemente sana, tiene un hermano de 5 años de edad sin antecedentes importantes para la patología actual. A.J fue producto de un parto eutócico V lloró y respiró al nacer el parto fue atendido por partera empírica, sin aparentes complicaciones, antecedentes alérgicos negados; antecedentes patológicos, EL Dx de Oncología refiere que la paciente el 8-08-07 inicia con abultamiento y aumento de volumen en tobillo izquierdo posterior a traumatismo sufrido en la escuela, consultando esto con médico del Hospital de Trauma de Lomas Verdes le inicia y aplica cuatro ciclos de quimioterapia CISCA II. El Dx Histopatológico refiere Osteosarcoma Osteoblástico del 80% +Condroblástico del 2%, con afección a tejidos blandos y necrosis del 90% sin adecuada evolución por lo que en noviembre del 2007 se decide la amputación de pierna izquierda continua con quimioterapia adyuvante con ICE sumando ya con este el 5º para lo que es enviada a este servicio

El día de hoy la paciente, ingresa post operada de amputación de pierna izquierda para continuar inicio de un nuevo ciclo de quimioterapia más específicamente el 6º ,a la exploración física se observa despierta activa reactiva con buena coloración de tegumentos, pupilas isocóricas normoreflexivas, con narinas permeables mucosas orales bien hidratadas, tórax simétrico, murmullo auricular normal, sin ruidos agregados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando depresible sin viseromegalias, peristaltismo presente

normal, m torácicos con presencia de hematomas varios en sitios de punción antebrazo izquierdo con miembro pélvico derecho sin alteraciones, y muñón de pierna izq. sin alteraciones.

Indicaciones Medicas	1.- Sol iv P/8 hs. Sol g5% 970 SS 485ml
Dieta normal 2500 cal.	KCL 14 mEq.
CGE YS vitales.	2.-Dexametazona ,8mgs iv c12hs.
Control de liq.l	3.-Ondasetron 8 mgs.iv30 mintos antes del inicio de Qt.
Labstix en orina	4.-VP16,140 mgs+sol gluc5% iv p/1 hora. chechar t/a inicial post c/15' MIN.,en caso de hipo e Hiper tensión suspender la infusión y avisar reiniciar una vez estabilizada.
Reportar cambios	5.- Carboplatino 140mgs+100de sol g5% p una Hora.
v	6.-Mesna 560 gs iv+30 mls de sf en bolo.aplicar con el sig horario 14, 15, 19, 23, 03,y7 hrs.
hematuria aplicar dosis de Mesna extra.	8.-Continuar con la hiperhidratación y en caso de 9.-
Ifosfamida 2.8mgs+200de Sf iv P/1 HORA.	

5.2 Valoración de enfermería basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson

Ficha de identificación

Nombre: S.R.A.J. **Edad:** 15 AÑOS **Peso:** 45 KILOS **Talla:** 1.65 CMS

Fecha de nacimiento: 2-JULIO-1993 **sexo:** FEMENINO **ocupación:** estudiante 2º de secundaria.

Fecha de admisión: 10 DE AGOSTO 2007 **Hora:** 16hrs **Procedencia:** Edo de Mex.

Fuente Madre.

1.-NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Subjetivo

Disnea debido a: NO **Tos productiva/ seca:** NO **Dolor asociado con la respiración:** NO
Fumador: NO **Desde cuando fuma/cuántos al día/varía la cantidad según su estado emocional:** NEGATIVO.

Registro de signos vitales y características: 24 de f.resp. 100 de f.c.110/60.temp.36.5

tos productiva/seca: no **estado de conciencia:** activa 15 de gloswo

coloración de piel/lechos ungueales / peribucal: buena oxigenación y coloración de tegumentos palidez leve. **Circulación del retorno venoso:** normal

2. - NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

- **Subjetivo**

Dieta habitual (tipo): blanda con 1800caloras con verduras verdes con líquidos a libre demanda

Número de comidas diarias: 3 **trastornos digestivos:** estreñimiento intolerancias

Alimentarias/alergias: no problemas de la masticación y deglución: no patrón de ejercicio: ninguno.

Objetivo turgencia de la piel: normal.

Membranas mucosas hidratadas/secas: con buena hidratación

3. - NECESIDADES DE ELIMINACIÓN

- **Subjetivo**

Habitos intestinales: 1 veces cada 3 día y orina de 3 a 6 veces al día. Características de las heces, orina y menstruación: duras las heces, orina con buena coloracion. Historia de hemorragias/enfermedades renales, otros: si apixtasis ocasional uso de laxantes: no hemorroides: no dolor al defecar menstruar / orinar: si algunas veces cuando defeca. Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: no influyen

- **Objetivo**

Abdomen características: duro ruidos intestinales: peristalsis lenta palpación de la vejiga urinaria: llena

4. - NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

- **Subjetivo**

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: si ejercicio/tipo y frecuencia: no temperatura ambiental que le es agradable: el invierno

- **Objetivo**

Característica de la piel: seca y palida transpiración: sudoración moderada entorno fisico: regular

5. - NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA.

- **Subjetivo**

Capacidad física cotidiana: limitada actividades en el tiempo libre: ninguno habitos de descanso: si habitos de trabajo: no

- **Objetivo**

Estado del sistema musculo esquelético. Fuerza: disminuida capacidad muscular. Tono/resistencia / flexibilidad: limitada postura: sentada en silla de ruedas necesidad de ayuda para la deambulación: si dolor con movimiento: si

presencia de temblores: no estado de conciencia: alerta estado emocional: en ocaciones deprimido otros: por ratos dependiendo del entorno social

6. - NECESIDADES DE DESCANSO Y SUEÑO

- **Subjetivo**

Hora de descanso: 2 hrs horario de sueño: 8 horas siesta: aveces ayudas: no
insomnio: no debido a: no descansado al levantarse: si

- **Objetivo**

Estado mental. Ansiedad/estrés/lenguaje: ansiedad ojeras: si atención: alerta
bostezos: no concentración: si apatía: ocasionalmente cefaleas: no respuesta a estímulos: si

7.-NECESIDADES DE USAR PRENDAS VESTIR ADECUADAS

- **Subjetivo**

Influye su estado de animo para la selección de sus prendas de vestir: si su autoestima es determinante en su modo de vestir: si sus creencias le impiden vestirse como a usted le gusta: no necesita ayuda para la selección de su vestuario: no

- **Objetivo**

Viste de acuerdo a su edad: si capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: no vestido incompleto: no sucio: no inadecuado: no otros: le gustaría usar vestido.

8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- **Subjetivo**

Frecuencia del baño: diario momento preferido para el baño: por la mañana cuantas veces se lava los dientes al día: 2 veces al día aseo de manos antes y después de comer: si después de eliminar: si tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no

- **Objetivo**

Aspecto general: apatía olor corporal: limpio halitosis: no estado del cuero cabelludo: escaso y quebradizo lesiones dérmicas/ tipo: ninguna

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- **Subjetivo**

Que miembros componen la familia de pertenencia: primera de tres hermanos como reacciona ante situación de urgencia: temor conoce las medidas de prevención de accidentes: si hogar: si trabajo: no realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: si familiares: ignoran

- **Objetivo**

Deformidades congénitas: no condiciones del ambiente en su hogar: armónico trabajo: no

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

- **Subjetivo**

Estado civil: soltera años de relación: no vive con: su familia preocupaciones/estrés: a veces familia: no otras personas que puedan ayudar: hermanos rol en estructura familiar: hija mayor comunica problemas debido a la enfermedad/estado: si

Cuanto tiempo pasa sola: aislamiento de 20 a 30 minutos frecuencias de los contactos sociales diferentes en el trabajo: escasa

- **Objetivo**

Habla claro: si confusa: no dificultad: no visión: no audición: no comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas: sin problemas de comunicativo.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- **Subjetivo**

Creencia religiosa: católico (virgen) su creencia religiosa le genera conflictos personales: no principales valores en la familia: amor, valentía, entusiasmo principales valores personales: lealtad, honradez sinceridad y la familia es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: si

- **Objetivo**

hábitos específicos de vestido. (grupo social religioso): a su edad si permite el contacto físico: si presencia de algún objeto indicativo de determinados valores y creencias: si usa su rosario

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- **Subjetivo**

Trabaja actualmente: no tipo de trabajo: ninguno riesgos: no cuanto tiempo le dedica al trabajo: ninguno esta satisfecho (a) con su trabajo: no su remuneración la permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: no esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega: no

- **Objetivo**

Estado emocional /calmado/ ansioso/ enfadado/ temeroso/ irritable/ inquieto/ eufórico: calmado

13.-NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR

- **Subjetivo**

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: leer sus libros de la escuela y de oraciones las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: no recursos en su comunidad para la recreación: ninguno ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: no

- **Objetivo**

Integridad del sistema neuromuscular: completo rechazo a las actividades recreativas: varia de acuerdo a su estado de ánimo. Apático/ aburrido/ participativo: aburrido otros: ocasionalmente hace collares de chaquiras.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- **Subjetivo**

Nivel de educación: segundo de secundaria problemas de aprendizaje: si limitaciones cognitivas: no preferencias Leer/ escribir: le gusta leer. Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: no sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: no interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: no

- **Objetivo**

Estado del sistema nervioso: bueno órganos de los sentidos: bueno estado emocional. Ansiedad, dolor: en tratamiento de q.t. memoria reciente: bueno memoria remota: si otras manifestaciones: ninguna.

5.3- Diagnósticos de enfermería

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO
Nutrición e hidratación	Nutrición alterada menor a los requerimientos corporales/C Los efectos secundarios de la quimioterapia M/P bajo peso. y disminución de la masa corporal.
Eliminación	Patrón de eliminación alterado R/c largos periodos en posición sedentaria M/P abdomen duro y peristaltismo disminuidos
Moverse y mantener buena postura	Deterioro de la movilidad física R/C limitación de la amplitud de movimientos M/P la perdida de la integridad de las estructuras óseas.
Descanso y sueño	Sin alteraciones
Usar prendas de vestir adecuadas	Sin alteración
Higiene y protección de la piel	Sin alteración
Comunicación	Deterioro de la comunicación verbal R/C la dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual M/P Alteración del auto estima.
Vivir sus creencias	Sin alteración
Trabajar y realizarse	DX: Enfermero baja autoestima situacional R/c la evaluación de si mismo como incapaz de afrontar la situación a los acontecimientos M/P verbalizaciones auto negativas
Juego y recreación	Déficit de actividades recreativas R/C con afirmaciones de la personas que se aburre M/P por el aislamiento de la paciente.
Aprendizaje	Sin alteración

5.4- Planeación

NECESIDADES ENCONTRADAS	NECESIDADES JERARQUIZADAS MAS RELEVANTES	ETIQUETA DIAGNOSTICA	RESULTADO ESPERADO NOC
1.-Nutrición e hidratación	Alimentación e hidratación	Nutrición alterada menor a los requerimientos corporales	CONTROL DE PESO Definición: acciones personales para conseguir y mantener un peso optimo para la salud
2.-Eliminación	Eliminación	Estreñimiento. Patrón de eliminación alterado r-c largos periodos en pos sedentaria m-p abdomen duro y peristaltismo disminuido.	Manejo del estreñimiento / impactación.def- prevención y alivio del estreñimiento / impactación. Manejo intestinal/def. Establecimiento y mantenimiento de una evac intestinal de esquema regular.
3.-Moverse y mantener buena postura.	Moverse y mantener buena postura libremente.	Deterioro de la ambulación R-c la falta de su pierna derecha M/P La propia paciente.	Ambular:movilizarse de un lugar a otro sin ayuda.
4.-Trabajar y realizarse.	Trabajar y realizarse.	Baja autoestima Situacional .Desarrollo de una perspectiva de la propia valía en respuesta a su actual padecimiento.	Conducta de búsqueda de la salud definición: Acciones para fomentar el bienestar y la recuperación y la rehabilitación óptimas.

5.5- Planes de cuidados de enfermería de las necesidades humanas afectadas.

NECESIDAD: NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN		
<p>DX ENFERMERO</p> <p>NUTRICION ALTERADA MENOR A LOS REQUERIMIENTOS CORPORALES R/C Los efectos secundarios de la quimioterapia M/P bajo peso. y disminución de la masa corporal.</p>	<p>Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas</p>	
<p>NOC (RESULTADOS esperados): Definición, indicadores, escala.</p>	<p>NIC (INTERVENCIONES): Actividades</p>	<p>EVALUACION</p>
<p>Definición:</p> <p>Control de peso.-Acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo para la salud.</p> <p>Indicadores :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se revisa el peso corporal <p>Escala de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 nunca manifestado , • 2 raramente manifestado, • 3 en ocasiones manifestado, • 4 con frecuencia manifestado • 5,constantemente manifestado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento nutricional: <p>Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se solicitó al servicio de dietología indique dieta con los nutrientes requeridos. • Evitar largos periodos de ayuno. • Mantenimiento de una dieta equilibrada,(frutas,verduras,minerales,grasas y proteínas)incluyendo cantidad suficiente de liquidos. <p style="padding-left: 40px;">Se vigila la constitución corporal.</p> <p style="padding-left: 40px;">Se recomienda tomar los alimentos dentro de un ambiente tranquilo .</p>	<p>La paciente mantiene un equilibrio adecuado a sus necesidades nutricionales y metabólicas requeridas, ha aumentado de peso 1kilo en ocho días. Escala 5</p> <p>Ha mejorado su imagen corporal y elevado su autoestima.</p> <p>Escala 5</p> <p>Escala alcanzada 5</p>

NECESIDAD: DE ELIMINACIÓN

DX ENFERMERO ESTREÑIMIENTO Patrón de eliminación alterado R/c largos periodos en posición sedentaria M/P abdomen duro y peristaltismo disminuidos		Definición: reducción de la frecuencia normal de la evacuación intestinal acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces ececibamente duras secas.	
NOC (RESULTADOS): Indicadores		NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Eliminación Intestinal.-Capacidad del tracto gastrointestinal para formar y evacuar heces de forma efectiva.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausencia de distención Control de movimientos intestinales Eliminación fecal sin ayuda Ingestión de líquidos adecuada <p align="center">ESCALA DE MEDICION:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-Extremadamente comprometida 2.-Sustancialmente comprometida 3.-Moderadamente comprometida 4.-Levemente comprometida 5.-No comprometida 	<p>Prevención y alivio de estreñimiento /impactación (DEFINICIÓN): Dar al paciente una dieta rica en fibra así. Comprobar movimientos intestinales, frecuencia, consistencia, forma, volumen y color si procede. Vigilar la existencia de peristaltismo Fomentar la ingesta de liq. A menos que este contra indicado</p> <p>Evaluar la medicación ,para ver si estos tienen efectos gastrointestinales</p> <p>Instruir al paciente y familia sobre el uso correcto de laxantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la actividad física si procede • Aplicación de enemas evacuantes, previa indicación médica si procede. 	<p>Escala alcanzada 2</p> <p>La paciente y la familia se muestran interesados en las enseñanzas higienicodieteticas sobre la prevención y el manejo de sus hábitos para mejorar y prevenir el posible riesgo de estreñimiento e impactación Han mejorado y refieren que la paciente hingere mayor cantidad de líquidos y cuida de comer la dieta rica en fibra y mas equilibrada</p> <p>Y asi mismo han mejorado sus evacuaciones en frecuencia y consistencia ellos se muestran agradecidos.</p> <p>Escala alcanzada Sustancialmente comprometi-da 4</p>	

NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

<p>DX ENFERMERO</p> <p>Deterioro de la movilidad física R/C limitación de la amplitud de movimientos M/P la perdida de la integridad de las estructuras óseas.</p>	<p>Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</p>	
<p align="center">NOC (RESULTADOS): Indicadores</p>	<p align="center">NIC (INTERVENCIONES): Actividades</p>	<p align="center">EVALUACION</p>
<p>Ambular: Ambular en silla de ruedas, Autocuidados: Actividades de la vida diaria, movilidad realización de transferencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> El usuario en un tiempo máximo de 8 días demostrará el uso de equipo de adaptación, automanejo de su silla de ruedas, para aumentar la movilidad. <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-nunca manifestado 2.-Raramente manifestado 3.-En ocasiones manifestado 4.-Con frecuencia manifestado 5.-Manifestado constantemente. 	<p>*Ayuda al auto cuidado Enseñar a la paciente la manera en como debe usar su mecánica corporal para llevar a cabo su rutina diaria de aseo personal, higiene de su entorno ,y medio ambiente en el que se encuentre</p> <p>*Cambio de posición Aconsejar realizar un programa de ejercicios diarios en la posición que le sea más cómoda respetando el horario</p> <p>*Silla de ruedas Entrenar al paciente y/o familiar, hasta que logre el manejo de su silla de ruedas con pericia. Vigilar que la silla de ruedas este en buen estado y que sea la adecuada para el paciente.</p> <p>* Actividad y ejercicio: Estimular al paciente para que realice sus sesiones de ejercicios según sus capacidades y con entusiasmo festejándole sus logros alcanzados.</p>	<p>La paciente se mueve en silla de ruedas sola o con ayuda de su familiar y comenta que poco a poco va perdiendo el miedo y que hasta coopera en lo que ella considera que puede para movilizarse para ayudar al tendido de su cama y espera muy pronto ya no depender de la ayuda de sus padres.</p> <p>Se observa más intenta e interesada en las nuevas enseñanzas para que ella logre bastarse así misma en cuanto a su auto cuidado.</p> <p>Refiere agradecimiento junto con su familia al personal de enfermería.</p> <p>Escala alcanzada 5</p>

Betty Ackley, Manual de Diagnósticos de enfermería pag 920,21

Intervenciones de la NIC EN LA TAXONOMIA DE LA PRÁCTICA ENFERMERA pag. 885.

NECESIDAD DE COMUNICACION

<p>DX ENFERMERO</p> <p>Deterioro de la comunicación verbal R/C la dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual M/P Alteración del auto estima.</p>	<p>Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos o dificultad para expresar los pensamientos de manera verbal.</p>	
<p align="center">NOC (RESULTADOS): Indicadores</p>	<p align="center">NIC (INTERVENCIONES): Actividades</p>	<p align="center">EVALUACION</p>
<p>COMUNICACIÓN Definición.-Comunicación expresiva –receptiva, del Transmisión de señales mediante un código común transmisor al receptor.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza el lenguaje hablado/escrito • Reconoce los mensajes recibidos/interpretaci {no exacta d los mensajes. Recibidos con los demás. <p>Escala:</p> <p>1.gravemente comprometido 2.-sustanciblemente comprometido 3.-moderadamente comprometido 4.-levemente comprometido 5.-no comprometido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escucha activa: Mejorar la comunicación. • Presentarse así mismo • Disponer una intimidad adecuada para el paciente /familia/seres queridos • Orientar al paciente y familia en las instalaciones del hospital • Disminución de la ansiedad: Minimisar la aprensión ,temor presagios relacionados con fuente no identificada de peligro por • adelantado 	<p>La paciente se observa tranquila plática e intercambia bromas con los familiares y el personal de la salud.</p> <p>Escala alcanzada 2</p>

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

<p>DX: Enfermero baja autoestima situacional R/c la evaluación de si mismo como incapaz de afrontar la situación a los acontecimientos M/P verbalizaciones auto negativas</p>	<p>Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual debido a su recién amputación de la pierna derecha y el avance de su patología informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal.</p>	
<p align="center">NOC (RESULTADOS): Indicadores</p>	<p align="center">NIC (INTERVENCIONES): Actividades</p>	<p align="center">EVALUACION</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima, toma de decisiones.Indicadores El usuario: • En un tiempo de15 días : Manifestará efecto de los eventos vitales sobre los sentimientos hacia sí mismo • Verbaliza aceptación de la situación Adaptación de los cambios en desarrollo • Utiliza el apoyo social disponible • Refiere disminución de los sentimientos negativos. <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <p>1.- nunca positivo 2.-Raramente positivo 3.-A veces positivo 4.-Frecuentemente positivo 5.-Siempre positivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su funcionamientoAyudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede. 	<p>Utilizar una guía provisora en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean posibles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenciación de la imagen corporal: Mejorar las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su propio cuerpo. <p>La paciente acepta el uso de sombreros y pañoletas para suplir la ausencia de cabello y menciona que le pedirá a sus padres le compren algún material para poder diseñar bolsas de mano para dama y prendas de vestir de fácil confección para poder costearse sus gustos personales. Prendas de vestir a su gusto para sentirse bien.</p>

NECESIDAD DE JUGAR Y RECREARSE

<p>DX ENFERMERO</p> <p>DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS R/C con afirmaciones de la personas que se aburre M/P por el aislamiento de la paciente.</p>	<p>Disminución de la estimulación (del interés o de la participación en actividades recreativas o de ocio.</p>	
<p align="center">NOC (RESULTADOS): Indicadores</p>	<p align="center">NIC (INTERVENCIONES): Actividades</p>	<p align="center">EVALUACION</p>
<p>Definición: uso de actividades relajantes, interesantes y de ocio para fomentar el bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación en actividades de ocio • Conducta de fomento a la salud • Adaptación a la discapacidad física • Participación en actividades de ocio <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <p>1.- nunca positivo 2.-Raramente positivo 3.-A veces positivo 4.-Frecuentemente positivo 5.-Siempre positivo</p>	<p>Terapia de entretenimiento, utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar sus capacidades sociales</p> <p>Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales</p> <p>Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa</p> <p>Proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades</p>	<p align="center">Frecuente mente positivo escala alcanzada 4</p>

6.-CONCLUSIONES:

En el tratamiento del paciente pediátrico ya sea , escolar o adolescente se debe de tener en cuenta su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, su estado físico, su punto de vista del proceso que padece el grado de dependencia de los demás para llevar acabo los cuidados que requiere, el nivel de autoestima y el conocimiento de las limitaciones que conlleva su enfermedad , el no conocerlas podría incluso poner en peligro su vida.

Teniendo en cuenta que la familia es el entorno natural en el que se desarrolla el niño y donde más se notará los cambios que en su vida va a experimentar, valoremos el nivel socioeconómico ,y cultural de esta, porque de esto dependerá la disposición hacia el entrenamiento por parte de los padres y las actitudes para la cooperación en el cuidado del niño y adolescente y el establecimiento de las relaciones que permitan por parte del personal de salud proporcionar apoyo y consejos a los padres en el cuidado de este.

La mayoría de las veces la enfermedad se acompaña de una percepción profunda y permanente por parte del niño de soledad, puede tener la sensación de ser una carga familiar y de ser diferente a otros niños, además de un profundo sentimiento de dependencia sobre todo cuando la enfermedad impone restricciones físicas, alimentarias y sociales .Es por esto que , el profesional de enfermería debe concientizarse del alto grado de responsabilidad que le compete en el cuidado de la salud, es aquí donde el Lic. en enfermería debe desarrollar y enriquecer su cultura con una amplia gama de conocimientos y es aquí donde este debe demostrar que con una buena valoración enfermera y con una buena planeación de los cuidados según los diagnósticos detectados podrá llevar acabo el desarrollo y aplicación del Proceso Atención Cuidado Enfermero y demuestra su valía como profesional de la salud que le permite dar un cuidado delicado pero inteligente ,idóneo holístico y de calidad ; adquiriendo con esto el aprecio de los padres el reconocimiento de la sociedad que le confía tan delicada misión y por que no decirlo la satisfacción personal , de alcanzar el derecho ha tener una remuneración económica digna como profesional ,logrando así el reconocimiento sincero del equipo de salud al desempeño de un trabajo realizado con calidad y humanismo, y principalmente si se trata de dar atención y cuidado a un ser en formación para la vida como es el niño y adolescente .y por que no decirlo lograr también la disminución de los ingresos o recaídas innecesarias de pacientes mal valorados complicados o mal informados lo que finalmente repercutirá en disminución de costos monetarios a los servicios médicos hospitalarios dinero que bien puede ser aprovechado en beneficios para la misma institución.

7.-SUGERENCIAS:

El Osteosarcoma ,condroblástico-fibroblástico es un padecimiento maligno del hueso que deriva del mesenquima primitivo y cuya características especial es la producción de tejido osteoide o hueso inmaduro, padecimiento poco o casi nada conocido para la mayor parte de la población ajena al sector de la salud ,por lo que me parece importante que se debe dar más a menudo educación cultural básica en las escuelas y lugares en donde asisten o tratan con regularidad a niños y adolescentes ,reafirmando con esto el conocimiento de de esta enfermedad para poder diagnosticar oportunamente así como referirlo de manera precoz a la unidad médica adecuada para permitirle un mejor control y alargar su sobrevida, así mismo me parece que el personal selecto para la atención del paciente con este padecimiento debe ser personal experto profesional consciente y humano en el manejo y aplicación de los medicamentos quimioterapéuticos ya que en mi concepto el niño con cáncer es un niño herido no solo física sino psicológica social espiritualmente. Por lo que por medio de este trabajo hago un llamado a las autoridades para que tomen en cuenta no solo por su patología sino por ser alguien que mantiene una lucha constante por superar sus múltiples duelos.

8.- GLOSARIO DE TÉRMINOS

Anemia: Disminución de la cantidad de hemoglobina en la sangre, por debajo de los valores considerados como normales según la edad y el sexo. Estos valores son de 12 a 16 gramos por litro en mujeres y de 13 a 18 en varones. Puede producirse por pérdidas o por defectos en la producción de la médula ósea.

Fístula: Comunicación anómala patológica o artificial que comunica dos órganos entre sí o con el exterior.

Hepatitis: Inflamación del hígado, caracterizada por la coloración amarilla de la piel y las mucosas (ictericia), dolor en la región superior derecha del abdomen, cansancio generalizado, aumento del tamaño del hígado, etc. Se reproduce por múltiples causas como infecciones virales, toxicidad por drogas, enfermedades inmunológicas, etc.

Hepatomegalia: Aumento anormal del tamaño del hígado.

Laparotomía: Incisión quirúrgica de la pared realizada bajo anestesia regional o general con fines respiratorios.

Prurito: Sensación, habitualmente en la piel, que incita a rascarse. Molesta sensación de picor en una zona de la piel que hace desear rascarse y que puede estar ocasionada por una dermatitis, una picadura de mosquito o una reacción alérgica. Estando pruriginosos de la piel causado por la infestación parasitaria del ácaro *Sarcoptes scabiei*.

Taxonomía: Arreglo y valor, ley. Parte de la historia natural que trata de la clasificación sistemática de los seres, basándose en las diferencias que existen entre ellos.

Taxonomía de las Intervenciones de Enfermería: Organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de la similitud de lo que puede considerarse como estructura conceptual.

NIC: Clasificación de intervenciones de enfermería global y estandarizada que realizaron las enfermeras, publicadas por primera vez en el año 1992. La estructura de la taxonomía de la NIC tiene tres niveles: Campo, clases e intervenciones.

NOC: Clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que pueden utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones de las enfermeras, publicada por primera vez del año 1997.

9.- BIBLIOGRAFIA.

ANTOLOGIA TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA UNAM POS-GRADO.Junio 2004.

Manual de Oncología básica para enfermería.

Mendoza Durán, David Armando, García Suarez, Tomás. Pierre Fabre, Oncologie, 2003.

Diagnóstico del niño con Cáncer. Rivera Luna Roberto. Mosby, Doyma libros, España, 1994.

Manual práctico Oncología. Corporativo Intermedica, S.A. de C.V. México,1999.

Diagnósticos Enfermeros NANDA: Definiciones y clasificación 2007-2008.

Diccionario de Medicina, Oceano Mosby, Edit. Océano, Edición en Español, Barcelona, España.

Manual de Enfermería, Edit. Lexus Editores, Barcelona- España 2003.Pags, 672-675

Remedios, Curaciones y tratamientos Médicos. Edit. Reader's Digest, México, 1991.

Patología, Edit. Lexus Editores, pag.716,717-898,899.

Medicina Interna, Ferreras Valentí, Pedro, Rozmar Borstnar Ciril, Edit: Lexus Editores, España,2000

Manual de infectología Clínica Kumate

Capitulo 32, Págs. 323-328

Manual Práctico Oncología,Dr.Ernesto Miranda López oncólogo médico Instituto Nacional de Cancerologia Servicio de Hematologia Transplante de células Progenitoras y Hematopoyeticas y Cools.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993

Moorhead Sue/Johnson Marion/Maas Meridian/Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)2005 Ed. Mosby 3^a Ed.

McCloskey Dochterman Joann/M. Bulechek Gloria/Clasificación de Intervenciones de Enfermería /Cuarta Edición 2005/Ed. Elsevier.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería(NIC)Cuarta edición.

Enfermería y cuidados de Salud

Hinchliff, Susan M.

Edit. DOYMA Enfermería

Paginas: 385-395

Modelos y Teorías de Enfermería

Marriner Tomey.

Edit. Harcourt Brace.

Paginas: 181-19

Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) 2a edición.

Manual de Diagnósticos de Enfermería Betty J. Ackley séptima edición.

Diccionario de la Real Academia Española pag de internet GOOGLE.

Gran Diccionario Enciclopédico ilustrado Readers's Digest México pag3670.

10.- ANEXOS

Prevención y Detección del Cáncer

La prevención, la detección en etapas tempranas, y la mejor terapéutica empleada, han producido una disminución en la mortandad debido al cáncer. Por lo tanto, es importante identificar a los sujetos con riesgo ya sea por estar en contacto con agentes cancerígenos ambientales o por tener factores de riesgo que las hagan susceptibles de padecerlo.

Al conjunto de medidas aplicadas a una comunidad o adoptadas por un individuo para evitar y preservar de enfermedades y accidentes se le denomina prevención y esta a su vez se puede dividir en:

- a) *Prevención Primaria*, el impedir que la enfermedad aparezca.
- b) *Prevención Secundaria*, el impedir el desarrollo de una enfermedad.
- c) *Prevención Terciaria*, el intentar la curación o el impedir las secuelas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye dos niveles de prevención, la prevención primaria que pretende evitar el desarrollo de la enfermedad suprimiendo o reduciendo la exposición de los individuos y poblaciones a los agentes carcinógenos conocidos o sospechados. La prevención secundaria o diagnósticos precoces, que intenta detectar la enfermedad en etapas pre canceroso o temprano, evitando así su desarrollo a una enfermedad sintomática o invasiva.

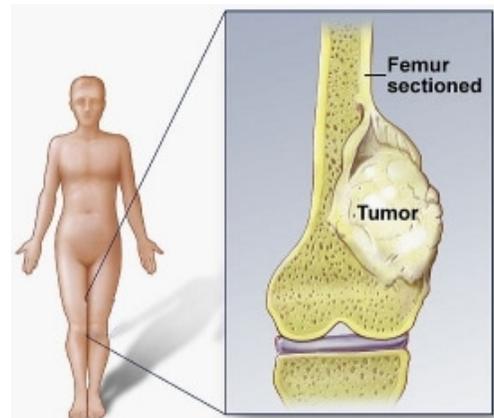
Actualmente, gracias al estudio epidemiológico que ha permitido establecer comparaciones entre individuos expuestos y no expuestos, se han podido establecer factores asociados a la aparición de diferentes neoplasias malignas. Doll y Peto en 1981 demostraron cómo en Estados Unidos de Norteamérica el 75% de los fallecimientos por cáncer estaban relacionados a factores tales como tabaco (30%), alimentación (35%), sexo (7%), profesión(4%), alcohol(3%).

DetECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER

El objetivo prioritario del screening o reconocimiento temprano es mejorar el pronóstico de los pacientes diagnosticados de ese modo; los pacientes que más se benefician son aquellos que habrían fallecido si su neoplasia no se hubiera diagnosticado mediante tamizado o reconocimiento.

Un segundo beneficio es la posibilidad de realizar tratamientos menos radicales para curar a pacientes con relación al tratamiento necesario para curar a pacientes con neoplasias más avanzadas; claro ejemplo es el carcinoma mamario. Otros posibles beneficios: reducción de costos sanitarios asociados al tratamiento.

Por otro lado como todos sabemos: El **OSTEOSARCOMA**, es el tipo más frecuente de cáncer en los huesos de los niños y adolescentes. El osteosarcoma procede de células madre mesenquimatosas, por lo que se puede tener diferenciación o componentes fibrosos, cartilagosos u óseos. Se distingue de las variantes del sarcoma osteogénico del fibro-sarcoma y del condro-sarcoma que no producen material osteoide. El osteosarcoma (OS) es una neoplasia maligna primaria del hueso, que deriva de mesénquima primitivo y que produce de forma característica tejido osteoide o hueso inmaduro.



Todavía a principios de los años 70 la posibilidad de curación del OS no era superior al 20%, siendo la cirugía radical la única arma terapéutica.

El progreso que se ha producido en los últimos años no solo ha incrementado la supervivencia a 5 años a más del 70%, sino que el salvamento de extremidades afectadas es ya una realidad en casi 50%.



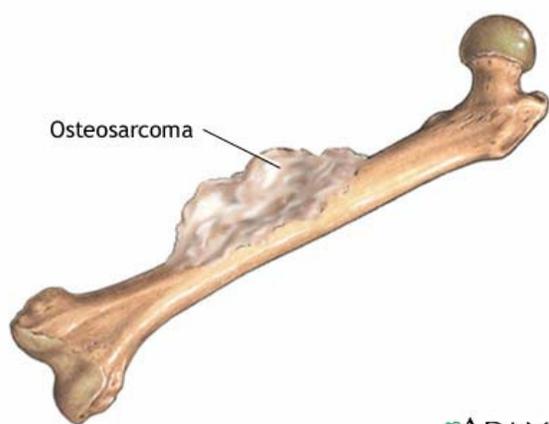
En cuanto a la frecuencia el OS es el tumor maligno primario del hueso más frecuente en la población pediátrica, su frecuencia máxima de presentación es en la segunda década de la vida, siendo el sexo masculino el más afectado.

La mayor frecuencia en la adolescencia y la afección predominante de la metáfisis sugiere una de las teorías de génesis del OS a nivel de áreas de rápido crecimiento óseo. Los huesos largos son los más afectados y de

éstos, el tercio distal del fémur, proximal de tibia, así como húmero; con respecto a este último, lo vemos en pacientes escolares, momento en el cual el crecimiento acelerado de las extremidades superiores rebasa el de las inferiores.

Hasta el momento actual no podemos hablar de un factor causal del OS, con excepción de la radiación. Sin embargo, se mencionan algunos factores predisponentes que más que todo son asociaciones: factor viral, encontrado únicamente en animales, habiéndose identificado el virus tipo C en hámsteres con OS, aunque en el ser humano no se ha demostrado; en pacientes con OS se detectaron anticuerpos antiosteosarcoma; se reportan similares hallazgos en familiares y personal médico y paramédico que está en contacto con estos pacientes; el antecedente de traumatismo se menciona en mas del 50% de los pacientes con OS, aunque hasta el momento no existe evidencia científica que apoye esta relación.

Existen algunos padecimientos neoplásticos que están íntimamente relacionados con una mayor predisposición para padecer osteosarcoma como segunda neoplasia, de estos, el mas representativo es el retinoblastoma; inicialmente se consideraba al OS como una segunda neoplasia en el retinoblastoma en tratamiento (RT), a pesar de ser la radioterapia un factor predisponente para esta neoplasia; existen datos que excluyen a la radioterapia como el principal factor predisponente en retinoblastoma; además se reportan casos de OS en pacientes con retinoblastoma que no fueron radiados. En estudios recientes se determinó que la misma alteración cromosómica del retinoblastoma (cromosoma 13) está presente en pacientes con osteosarcoma.



Aunque sin mencionar exactamente la probabilidad de OS, éste se encuentra con mayor frecuencia en pacientes de mayor talla comparados con el resto de familiares, situación similar a la reportada en perros de gran tamaño.

La enfermedad de Paget es un padecimiento asociado a la predisposición para padecer OS.



No existe prueba de laboratorio con valor diagnóstico. Sin duda el estudio paraclínico de mayor utilidad diagnóstica, después del reporte histológico, es la radiografía de la extremidad afectada; en ésta podemos encontrar varias imágenes que en un momento determinado nos pueden orientar hacia el diagnóstico prepatológico, evidenciando la

destrucción del patrón trabecular normal, con ausencia de los márgenes que marca el periostio y sin respuesta ósea endosteal.

Aparece hueso de neoformación que llega a involucrar a las partes blandas con elevación de la corteza, formando el llamado triángulo de Codman, que no es exclusivo de osteosarcoma. La imagen radiológica del OS de localización ósea puede ser osteoesclerótica en un 45%, osteolítica en un 30% y mixta en un 25% de los pacientes.

Además de la determinación del primario debemos conocer la extensión de este; para ello son de gran utilidad la gammagrafía ósea, la tomografía computada de toda la extremidad, así como la resonancia magnética; cualquiera de los tres estudios son de valor para este fin, aunque algunos reportes dan preferencia a la resonancia magnética sobre la tomografía computada; la gammagrafía ósea tiene la ventaja de que además de determinar el margen de extensión y la ausencia o presencia de metástasis intramedulares aisladas pone en evidencia la presencia de posibles lesiones en otros huesos, situación extremadamente rara, ya que el sitio primario de metástasis es el pulmón, refiriéndose incluso la presencia de varias lesiones óseas como presentación de osteosarcoma multicéntrico, más que enfermedad metastásica.

La radiografía poster o anterior y lateral siempre es de gran importancia en el momento del diagnóstico para descartar o corroborar la presencia de metástasis pulmonares; sin embargo, el error por falsos negativos es de hasta un 50%, comparado con la tomografía computada de pulmón simple y contrastada; aun en este último estudio la detección de micrometástasis es imposible, teniendo en cuenta que el 80% de los pacientes tienen metástasis pulmonares al diagnóstico y sólo la detectamos en el 30% de la población con OS.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FORMATO DE FICHA DE VALORACIÓN DE VIRGINIA HENDERSON.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

<p>SUBJETIVO:</p> <p>Disnea debido a: _____ Tos productiva /seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____ Desde cuando fuma, cuantos cigarrillos al día y si varía la cantidad de acuerdo a su estado de animo: _____</p> <p>_____</p> <p>OBJETIVO:</p> <p>Registro de S.V. y características: Pulso: _____ Respiración: _____ Temperatura: _____ Presión Arterial: _____ F.C.: _____ Estado de conciencia: _____ Coloración de piel /lecho ungueal/peribucal: _____ Circulación del retorno venoso: _____</p>
--

NECESIDAD DE NUTRICION / HIDRATACION

<p>SUBJETIVO:</p> <p>Dieta habitual: _____ Número de comidas diarias _____ Trastornos digestivos: _____ Intolerancia a alimentaría / Alergias: _____ Problemas de la masticación y deglución: _____</p> <p>_____</p> <p>OBJETIVO:</p> <p>Turgencia de la piel: _____ Mucosas hidratadas /secas: _____ Características de unas y cabello: _____ Aspecto de los dientes y encías: _____ Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____</p> <p>_____</p>

NECESIDAD DE ELIMINACION

SUBJETIVO:	
Hábitos intestinales: _____	Características de las evacuaciones: _____ Orina: _____
Menstruación: _____	Historia de hemorragias, enfermedad renal otros: _____
Uso de laxantes: _____	Hemorroides: _____
Dolor al defecar, orinar o menstruar: _____	Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____
OBJETIVO:	
Abdomen, características: _____	Ruidos intestinales: _____
Palpación de vejiga urinaria: _____	_____

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

SUBJETIVO:	
Capacidad física cotidiana: _____	Hábitos de trabajo: _____
cómodo: _____	Postura en la que se sienta mas cómodo: _____
OBJETIVO:	
Estado del sistema músculo esquelético: _____	_____
Valoración muscular: _____	_____
Posición _____	Adecuada: _____
Ayuda para la deambulación: _____	_____
Dolor al movimiento: _____	_____
Presencia de temblores: _____	_____
Estado de conciencia: _____	Estado emocional: _____
_____	_____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____ Horas de descanso: _____
Horas de sueño: _____ Toma siesta: _____ Requiere de
ayudas : _____ Padece insomnio y desde cuando:
_____ Se siente descansado al levantarse:

OBJETIVO:

Estado mental: ansiedad, estrés, lenguaje: _____ Ojeras:
_____ Bostezos: _____ Concentración: _____ Respuesta a estímulos:

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

SUBJETIVO:

Influye su estado de animo para la selección de sus prendas de vestir: _____ Su autoestima es
determinante en su modo de vestir: _____ Sus creencias le impiden vestirse
como a usted le gustaría: _____ Necesita ayuda para la selección de su vestuario:
_____ Cada cuando realiza el cambio de ropa personal:

OBJETIVO:

Viste de acuerdo a su edad y el sitio donde se encuentra: _____ Capacidad
psicomotora para vestirse y desvestirse:
_____ Vestido incompleto _____ Sucio: _____
Inadecuado _____

NECESIDAD DE TERMOREGULACION

SUBJETIVO:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____ Temperatura
ambiente que le es agradable: _____

OBJETIVO:

Características de la piel: _____ Transpiración: _____ Condiciones del
entorno físico: _____ Requiere de ropa de cama extra
durante la noche: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A LA PIEL

SUBJETIVO:

Frecuencia de baño: _____ Momento preferido para el baño: _____ Cuantas veces al día se lava los dientes: _____ Aseo de manos antes y después de comer: _____ después de eliminar: _____ Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: _____

_____ Tiene fragilidad capilar o de la piel: _____

OBJETIVO:

Aspecto general: _____ Olor corporal: _____ Halitosis: _____ Estado del cuero cabelludo: _____ Lesiones dérmicas de que tipo: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVO:

Como reacciona ante una situación de urgencia: _____ Conoce las medidas en caso de siniestro: _____ Realiza controles periódicos de salud: _____ Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

OBJETIVO:

Requiere de supervisión para realizar movilización: _____ Requiere asistencia para ir al sanitario o realizar baño: _____ Cuales son las condiciones del entorno que ameriten vigilancia estrecha: _____

NECESIDAD DE COMUNICACION

SUBJETIVO:

Con quien vive: _____ Preocupaciones / estrés: _____ Comunica sus problemas debido a la enfermedad: _____ Cuanto tiempo pasa sola: _____

OBJETIVO:

Habla claro: _____ Confuso: _____ Dialecto: _____ Idioma: _____ Dificultad en la visión: _____ Audición: _____ Comunicación verbal y no verbal con la familia o con otras personas: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

SUBJETIVO:

Creencia religiosa: _____ su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____ Principales valores en su familia: _____ Principales valores personales: _____ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: _____

OBJETIVO:

Permite el contacto físico: _____ Tiene algún objeto: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO:

Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____ Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____ Esta satisfecho con su trabajo: _____ su sueldo le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia _____ Esta satisfecho con el rol familiar que juega: _____

OBJETIVO:

Estado emocional en que se encuentra por estar internado: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO:

Que actividades realiza en su tiempo libre: _____ Que actividad le gustaría realizar durante su estancia : _____

OBJETIVO:

Se muestra apático, aburrido o participativo: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

SUBJETIVO:

Nivel de educación: _____ Problemas de aprendizaje : _____ Limitaciones cognitivas: _____ tipo: _____ Preferencias. Leer/escribir: _____
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: _____ Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: _____ interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: _____

OBJETIVO:

Se muestra apático, aburrido o participativo: _____

NECESIDAD: NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

<p>DX ENFERMERO</p> <p>NUTRICION ALTERADA MENOR A LOS REQUERIMIENTOS CORPORALES R/C Los efectos secundarios de la quimioterapia M/P bajo peso. y disminución de la masa corporal.</p>	<p>Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas</p>	
<p>NOC (RESULTADOS esperados): Definición, indicadores, escala.</p>	<p align="center">NIC (INTERVENCIONES): Actividades</p>	<p align="center">EVALUACION</p>
<p>Definición:</p> <p>Control de peso.-Acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo para la salud.</p> <p>Indicadores :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se revisa el peso corporal <p>Escala de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 nunca manifestado , • 2 raramente manifestado, • 3 en ocasiones manifestado, • 4 con frecuencia manifestado • 5,constantemente manifestado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento nutricional: <p>Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se solicitó al servicio de dietología indique dieta con los nutrientes requeridos. • Evitar largos periodos de ayuno. • Mantenimiento de una dieta equilibrada,(frutas,verduras,minerales,grasas y proteínas)incluyendo cantidad suficiente de líquidos. <p>Se vigila la constitución corporal.</p> <p>Se recomienda tomar los alimentos dentro de un ambiente tranquilo .</p> <p>Se solicitó al servicio de dietologia agregar</p>	<p>La paciente mantiene un equilibrio adecuado a sus necesidades nutricionales y metabólicas requeridas, ha aumentado de peso 1kilo en ocho días. Escala 5</p> <p>Ha mejorado su imagen corporal y elevado su autoestima.</p> <p>Escala 5</p> <p>Escala alcanzada 5</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Estado nutricional definición: Magnitud a la que están disponibles los nutrientes para cumplir con las necesidades y requerimientos corporales. <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ingestión alimentaria y de líquidos, <p>Escala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Extremadamente comprometido, • 2 sustancialmente comprometido, • 3 moderadamente comprometido, • 4 levemente comprometido. • 5 no comprometido <p>Estado nutricional energía definición.- Medida en que los nutrientes proporcionan energía celular. indicador mayor resistencia a la infección Escala :</p> <p>1 extremadamente comprometido</p> <p>2 sustancialmente comprometido,</p>	<p>ingredientes aromáticos a los alimentos dentro de lo posible.</p> <p>Se procura dar una vista agradable a los alimentos al servirlos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización nutricional. • Programa de citas regulares al servicio de dietología. <p>Se chequea por semana peso y talla. Se vigila coloración e hidratación de la piel, Se mide el perímetro del brazo, Se vigila estado de la dentadura, así como el funcionamiento del tubo digestivo, Se observa estado de ánimo, si come solo o acompañado.</p> <p>Se valoran signos vitales.</p> <p>Manejo de la nutrición</p> <p>Preguntar a la paciente o al familiar cuidador si se está llevando la dieta indicada, darle tips para que guise con hierbas aromáticas para hacer más apetitosos los alimentos</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio hidroelectrolítico control de ingesta de comida y líquidos</p> <p>Se recomienda que evite situaciones de stress y ansiedad a la hora de toma de alimentos.</p>	<p>Escala 5</p> <p>Escala alcanzada 3</p>
---	---	---

<p>3 moderadamente comprometido</p> <p>4 levemente comprometido</p> <p>5 no comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado nutricional ingestión alimenticia y de líquidos definición.- Cantidad alimentaria y líquidos durante un periodo de 24 horas. Indicadores: ingestión alimentaria oral, ingestión alimentaria y de líquidos, ingestión hídrica, ingestión por sonda ingestión NPT. <p>Escala nutricional:</p> <p>1.-no adecuada</p> <p>2.- ligeramente adecuada</p> <p>3.-moderadamente adecuada</p> <p>4.-sustancialmente adecuada</p> <p>5.- completamente adecuada.</p> <p> Escala alcanzada 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado nutricional masa corporal Definición :congruencia del peso musculo y grasa corporales indicadores:peso,grosor delpliegue 	<p>Respeto y puntualidad a sus citas con la nutrióloga.</p>	
---	---	--

<p>cutáneo del tríceps,tasa del perímetro de cintura y cadera en mujeres, tasa del perímetro cuello y cintura hombres,percentil de talla y peso en niños.Escala:</p> <p>1.desviación extrema para el rango esperado.</p> <p>2.-desviación sustancial para el rango esperado .</p> <p>3.- desviación moderada para el rango esperado</p> <p>4.- desviación leve para el rango esperado</p> <p>5.-sin desviación para el rango esperado.</p>		
--	--	--

Colaboradores(2002-2005) del CENTER FOR Nursyng Clasificación and clinical EFFECTIVENESS. Pags.589
Clasificación de Resultados de Enfermería(CRE) Segunda Edición.Pags 309,311,312,313.