



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL



ESTUDIO DE CASO

**“ESTUDIO DE CASO DESDE LA PERSPECTIVA DE VIRGINIA HENDERSON
APLICADO A UN ESCOLAR CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE
SEGURIDAD Y PROTECCIÓN”**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL**

PRESENTA

L.E.O. MAGDALENA MAYA LUCAS

ASESOR

E.E.I. VERÓNICA ESPINOZA MENESES

FEBRERO 2009

Con especial agradecimiento:

A mi Esposo, por su invaluable confianza, amor y paciencia; pero sobre todo por caminar conmigo y darme la fortaleza necesaria para alcanzar mis sueños.

A mi hija, que es el motor más grande de mi vida.

A mi suegra, por ser un ángel de amor que Dios ha puesto en mi camino.

A Carolina Cruz, por su amor y apoyo incondicional.

Índice

Introducción	I
Objetivos	
Generales.....	1
Específicos.....	1
1. Fundamentación del estudio	
1.1. Estudios relacionados con Virginia Henderson y el Proceso atención de Enfermería.....	2
1.2. El proceso del Cuidado.....	13
1.3. Propuesta Filosófica de Virginia Henderson.....	41
1.4. Leucemia linfocítica aguda como factor dependiente de las necesidades..	58
1.5. Aspectos éticos que rigen la atención de Enfermería	63
2. Metodología	
2.1 Presentación del caso clínico.....	70
2.2 Instrumentos y métodos en la elaboración del Estudio de caso.....	80
2.3 Proceso de Construcción del diagnóstico de Enfermería.....	82
2.4 Planeación del cuidado especializado de las necesidades.....	88
3. Resultados	
3.1 Evaluación del PAE y análisis de las variables.....	186
4. Conclusiones.....	189
5. Sugerencias.....	190
6. Referencias bibliográficas.....	191
7. Anexos	
Historia Clínica de Enfermería	
Hoja de reporte diario	
Consentimiento Informado	

INTRODUCCIÓN

La influencia de los cambios que se están viviendo en los escenarios político, social y económico de nuestro país, comprometen a la Enfermería, como todas las profesiones a estar preparada para enfrentar a corto y mediano plazo los retos de una nación en cambio, este marco plantea el requerimiento de una Enfermería comprometida con el cuidado de la salud, la prevención de daños y riesgos de enfermedad, teniendo como objetivo principal la adopción de una nueva cultura de salud que haga posible la adquisición de nuevos modelos de atención en nuestro país.

La profesión de Enfermería como toda disciplina requiere de un método de trabajo que describa su quehacer, saber y ser específicos, así como fundamentos Teórico – Metodológicos y filosóficos que lo sustenten. El Proceso Atención de Enfermería, es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la Enfermera, comprende una serie de pasos sistematizados que permiten la administración del cuidado de una forma lógica, crítica, reflexiva oportuna y sistemática, a partir de las respuestas humanas; su objetivo principal es mejorar la capacidad de la Enfermera en la solución de problemas con base en un modelo de atención.

Dentro de este contexto se realiza la presentación de un caso clínico, con la finalidad de dar a conocer la metodología aplicada a un estudio de caso, de un escolar femenino con alteración de la necesidad de *Seguridad y Protección*, de acuerdo a la propuesta filosófica de Virginia Henderson, orientada con el Proceso de Enfermería como método científico de resolución de problemas, detectando además el nivel de dependencia-independencia según la propuesta hecha por Phaneuf.

El presente estudio de caso, se realizó bajo el sistema de enseñanza tutorial, durante el curso de Especialización en Enfermería Infantil, con sede en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”; para esto se realizaron 15 seguimientos que abarcaron desde octubre del 2006 hasta mayo del 2007.

Este caso clínico busca establecer cuidados especializados de Enfermería, a un escolar con alteración en la necesidad de seguridad y protección, que permitan llevarlo a un estado de salud o independencia como lo plantea Virginia Henderson. El mismo está conformado por seis partes: En la primera parte se describe el marco teórico, que incluye fundamentación teórica de estudios de investigación publicados previamente, relacionados con la propuesta teórica de Virginia Henderson, la teoría como tal, el PAE como método científico, aspectos éticos y la Leucemia linfocítica aguda como factor de dependencia. En la segunda parte se presenta la metodología; que incluye la descripción del caso en estudio, la valoración del mismo, y la recolección de datos, la cual se hizo a través de dos instrumentos: El formato de Historia clínica para niños de 6 a 12 años y un instrumento de valoración focalizada, que hace énfasis en la exploración física a través del método clínico, llegando así a un análisis cualitativo de las variables, que dio por resultado la identificación de las fuentes de la dificultad, para dar paso a la formulación de los diagnósticos de Enfermería, estableciéndose el grado de Independencia y/o Dependencia según la tabla *Continuum*; para posteriormente estructurar y ejecutar planes de atención de Enfermería de las 14 necesidades fundamentales, con problemas reales, de riesgo y/o para mantener la independencia, ya sea con prioridad alta o intermedia, estos planes fueron evaluados conforme a proceso, estructura y resultado. Dentro de este proceso de evaluación se realiza un análisis comparativo de las variables antes y después de las intervenciones, para establecer el grado de independencia alcanzada por la niña. En la tercera parte se describen los resultados del estudio de caso; en la cuarta parte se abordan las conclusiones y sugerencias y en la quinta y sexta parte la referencia bibliográfica y los anexos respectivamente.

Objetivos

Generales

- Elaborar un proceso atención Enfermería, a un escolar con alteración en la necesidad de seguridad y protección, bajo la perspectiva de Virginia Henderson; estableciendo un cuidado individualizado, integral y sistemático dentro de una filosofía humanística.
- Identificar, mediante el proceso de atención de Enfermería, sustentado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson, la dependencia y/o la independencia de las necesidades básicas en un escolar femenino, con alteración en la necesidad de seguridad y protección.
- Lograr la independencia de un escolar, con alteración en la necesidad de seguridad y protección, a través del proceso cuidado Enfermero, orientado con la propuesta filosófica de las necesidades.

Específicos

- Valorar las necesidades de un escolar con Leucemia Linfocítica aguda para jerarquizarlas y formular diagnósticos de Enfermería.
- Realizar valoración focalizada de cada necesidad básica del escolar, para determinar el grado de independencia-dependencia según la etapa de crecimiento y desarrollo, determinando las fuentes de la dificultad.
- Planear y ejecutar intervenciones de Enfermería con base en las necesidades detectadas, orientando el plan al logro de la independencia del escolar.
- Proporcionar intervenciones de Enfermería especializadas, oportunas, eficaces e individualizadas, al escolar con alteración en la necesidad de seguridad y protección, dentro de un marco holístico.

I. FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO

1.1. Estudios relacionados con Virginia Henderson y el Proceso atención de Enfermería.

Para dar sustento teórico y orientar este caso que se desarrolla entorno a un escolar femenino con alteración en la necesidad de seguridad y protección, es necesaria la recopilación de investigaciones previas que han sido publicados en revistas científicas y que han utilizado los conceptos propuestos por Virginia Henderson así como el Proceso Atención de Enfermería (PAE).

Se encontraron un total de trece artículos publicados de los cuales, cuatro presentan investigaciones cuantitativas y cualitativas usando como referencia la propuesta de Henderson y el PAE, cinco muestran la aplicación del PAE desde la perspectiva de Virginia H. a personas adultas y los cuatro restantes lo realizan en el área infantil.

Los estudios descritos a continuación se ordenaron cronológicamente puesto que su relevancia e influencia de todos y cada uno de ellos en el desarrollo de esta investigación es trascendental.

El primer caso desarrolla la aplicación del PAE utilizando los conceptos de Henderson, fue publicado en la revista clínica de Enfermería en 1998 y desarrollado en Barcelona España, se aplica a un **Recién Nacido Pretérmino**; las autoras nos mencionan:

“...Los cuidados y tratamientos que las enfermeras aplican en las unidades de neonatos, han alcanzado un alto grado de complejidad, por lo tanto el riesgo de que los cuidados de Enfermería, lleguen a ser en exceso Técnicos y por consiguiente poco humanos, existe de manera latente.”¹

¹ Guallart M, Roca N. Cuidados de Enfermería a un Recién Nacido Pretérmino, Enfermería Clínica 1998 8(2): 44-48.

Partiendo de esta reflexión la autora retoma el concepto de Henderson donde establece el rol de la enfermera, en este caso la suplencia fue de sustitución durante los primeros días, y a medida que los padres participaban progresivamente en el cuidado se pasó al modo de suplencia de completar, el Recién Nacido tuvo una evolución favorable hacia la independencia, permitiendo a la enfermera ejecutar el rol de ayuda hacia los padres.

Este estudio nos lleva a la conclusión de que a pesar de que en las unidades Neonatales los cuidados de enfermería generalmente son encaminados a mantener las constantes vitales se debe evitar caer en tecnicismos pues no debemos olvidar que dichos cuidados son autónomos, siendo las enfermeras quien los deciden planean y ejecutan, por lo tanto deben considerarse las 14 necesidades al brindar la atención.

Otro de los casos fue publicado en 1999 en la revista de Enfermería Cardiológica, se desarrolla en México en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” y establece **la Importancia de la Enfermería Moderna en la atención integral del paciente Quirúrgico** mediante la realización de una guía de atención que favorezca el cuidado completo, con base en los conceptos de las necesidades Humanas de Virginia Henderson, a este respecto la autora nos cita:

“La intervención de la Enfermera radica en proporcionar cuidados específicos de la respuesta humana ante la presencia de un problema o una enfermedad; actualmente los procedimientos quirúrgicos, ocupan gran parte del quehacer cotidiano de la enfermera , por lo tanto la profesionalización de Enfermería es indispensable para proporcionar un cuidado específico y eficaz con bases científicas y humanísticas”²...

² Jiménez M.C. La Importancia de la Enfermería Moderna en la Atención Integral del Paciente Quirúrgico, Enfermería Cardiológica 1999 7(4): 28-35

Al término de la investigación se concluyó que si se aplican los conceptos de Henderson se visualiza a la persona como un todo y ha medida que seamos capaces de satisfacer sus necesidades partiendo del conocimiento científico y vocación humanística la persona saldrá más tranquila, en mejores condiciones y en menor tiempo de las instituciones Hospitalarias.

En el año 2000 la revista de Enfermería Clínica publicó una investigación realizada en Madrid España , este estudio establece una **Guía para la valoración del paciente Neurológico** esta guía metodológica permite a la enfermera valorar de forma esquemática, los puntos fundamentales de la entrevista y la exploración física focalizada en los pacientes con disfunción neurológica, utilizando como instrumentos la escala de Barthel, el índice de Lawton, el formato para la valoración de pares craneales, la escala de Glasgow y a valoración de los reflejos tendinosos profundos, al respecto el autor nos dice:

“La atención de enfermería a pacientes con disfunción neurológica se basa en identificar los problemas del paciente, proporcionar cuidados encaminados a resolverlos, valorar su repercusión en el futuro y buscar los recursos de apoyo disponibles para conseguir el nivel de funcionalidad mas alto posible y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia”.³

Esta investigación resalta la importancia de que la Enfermera disponga de información amplia sobre el estado físico del enfermo, para detectar los problemas que conllevan la enfermedad y planificar intervenciones de acuerdo a criterios de resultados relistas.

El siguiente caso fue publicado en el 2001, por la revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, se realizó en el instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, en la unidad de terapia intensiva adultos valorando al **Paciente Post-operado de Cirugía Cardiovascular con el enfoque Conceptual de Virginia Henderson,**

³Martínez. M.L. Guía para la valoración del paciente Neurológico, Enfermería Clínica 2000 10 (5): 51-57.

partiendo de que el individuo tiene catorce necesidades básicas y con el único objetivo de ayudar al paciente a recuperar su independencia. Con respecto a esto el autor señala:

“El individuo sometido a cirugía cardiovascular, se puede ubicar en diversas dimensiones desde la perspectiva de Virginia Henderson, esto dependerá de la etapa en la cual se encuentre durante el pos-operatorio y de su respuesta al acto quirúrgico.....El método de trabajo de Enfermería con orientación al modelo de Henderson, enfoca las acciones, individualizando los cuidados hacia el paciente, partiendo de que el individuo tiene catorce necesidades básicas las cuales deben estar satisfechas para estar sano”⁴

Para lograr el objetivo señalado se diseñó un instrumento de valoración exhaustiva y focalizada del paciente en el período pos-operatorio mediano e inmediato de cirugía cardiovascular, aplicando conceptos metodológicos del PAE, se adecuaron los diagnósticos de la NANDA evaluándose la independencia y/o dependencia, identificándose las fuentes de la dificultad para realizar la planeación de intervenciones estableciéndose resultados esperados. Todo lo anterior nos conlleva a pensar que la Valoración de Enfermería con este enfoque permite priorizar la atención en el marco del PAE de forma sistemática y rápida, dentro de una relación donde son directamente proporcional la atención de Enfermería y la calidad de los cuidados otorgados.

En el mismo año la revista Enfermería Fundamental publicó una investigación que pretende **Protocolizar las Actividades de Enfermería** con el objetivo de Normalizar los cuidados de Enfermería, mediante la creación de instrumentos que orienten en la actividad clínica, la gestión y la calidad originando la mejora de la calidad de los servicios prestados, al definir los cuidados ofertados y establecer los criterios para evaluar la práctica, a este respecto el autor menciona:

⁴ Ortega C, Valoración de Enfermería al Paciente post-Operado de Cirugía Cardiovascular con el Enfoque de Virginia Henderson, Enfermería Cardiológica 2001, 9(1-4): 18- 23.

“EL sistema de protocolizar contempla las actividades autónomas o delegadas que realiza la enfermera en: promoción a la salud, tratamiento, rehabilitación y readaptación del paciente hospitalizado, en todas las etapas del Proceso de atención”⁵

El protocolo se realizó en el Hospital de Santa Creu en Barcelona, en el diseño de este se describieron las bases para la elaboración del sistema de protocolización, la definición de los protocolos a realizar con base en las catorce necesidades de Henderson, el guión de contenido y la estrategia de difusión e implantación de cada uno de los protocolos.

Si entendemos por Actividades de Enfermería al:

“Conjunto de actos físicos y/o verbales, y/o mentales, planificados por la Enfermera y ejecutados por uno o varios miembros del equipo de salud, en respuesta a una necesidad específica de salud.”⁶

Nos daremos cuenta de la trascendencia, que la elaboración de un diseño de protocolización de las actividades enfermeras autónomas o delegadas, tiene para la elaboración de un plan de cuidados individualizados a cada paciente, ya que promueven la utilización de criterios objetivos de evaluación de la práctica, además de que permiten la profundización en la utilización de los diagnósticos enfermeros, dentro de un modelo conceptual de cuidados, que sirven de referencia en la toma de decisiones en cualquier etapa del PAE.

La revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicada en el año 2001, describe los **Cuidados Básicos de un Paciente Con necesidad de moverse y mantener buena postura**, el estudio se realizó bajo el sistema de enseñanza tutorial durante el curso de la especialización de Enfermería Infantil, explica la metodología aplicada en un estudio de caso de un adolescente de 13

⁵ Sánchez A, Protocolizar las Actividades de Enfermería, Enfermería Fundamental 2001, 1(24): 67-74.

⁶ Ídem. p. 67

años con tracción de ambos miembros pélvicos, para esto fue necesario la utilización de los aspectos éticos y legales que sustentan la práctica de Enfermería, la recolección de datos se hizo a través de un instrumento de valoración global y focalizada con la utilización del método clínico, llegando así a un análisis cualitativo donde se derivan los diagnósticos jerarquizados de enfermería con la consiguiente elaboración de planes de cuidado especializado; para establecer el grado de dependencia se utilizó la tabla de niveles continuum independencia-dependencia según criterios de Phaneuf.

Con el análisis de cada necesidad se concluyó que el sobrepeso fue el factor desencadenante en la alteración de la necesidad de moverse y mantener una buena postura, el paciente evolucionó a un grado de dependencia decreciente según la intensidad y en relación con la duración que lleva, a un año se le consideró como crónica, obteniendo como resultado independencia para la atención.

La autora nos deja esta valiosa conclusión que sin lugar a dudas nos acompaña en la difícil tarea de la profesionalización de Enfermería:

“La metodología aplicada, basada en la detección de las 14 necesidades fundamentales enunciadas por Virginia Henderson a través del Proceso Atención de Enfermería y conjuntamente con el análisis, la interpretación, la planeación, y la evaluación de estas necesidades; es sin duda un aspecto que cambia la práctica tradicional de Enfermería”.⁷

El caso clínico descrito a continuación se publicó en la revista Enfermería Clínica en el año 2003. Expresa las **Dificultades en la valoración Enfermera**, se realiza en el Hospital Mollet España entre 1995 y 1999, analiza los problemas que se presentan para la aplicación práctica de la propuesta de Henderson, utilizando 98 enfermeras formadas en el modelo de Virginia, con el objetivo de conocer las

⁷ Sánchez V, Cuidados Básicos a un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura, Revista de Enfermería del IMSS 2001; 9(2):91-96.

dificultades de las Enfermeras al realizar la valoración de las necesidades del paciente y familia; los autores citan:

“La valoración es la primera etapa del Proceso de Atención, tiene como propósito recoger y organizar información, cuando la recogida de datos se organiza en forma exhaustiva, se facilita la evaluación de la salud y el diagnóstico enfermero”⁸

En el desarrollo de esta investigación y al contrario de lo que se pensaba, se encontró que las necesidades más difíciles de valorar son las de ocuparse, creencias y valores y la de comunicación, esto nos muestra que a pesar de que existen conocimientos suficientes acerca de los conceptos de Henderson y el PAE faltan estrategias de trabajo para profundizar en algunos aspectos de la valoración enfermera así como la forma de combatir las limitantes de tiempo; se considera que una formación profesional dirigida a interiorizar la filosofía en el quehacer profesional disminuiría la dificultad en la valoración al mismo tiempo que brindaría identidad profesional al gremio de Enfermería.

Otro de los artículos publicados por la revista Enfermería Clínica fue el de **Atención de Enfermería a una niña con Pancreatitis y relación de ayuda a la madre**, para comprender mejor el caso las autoras nos mencionan:

“Durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, una niña pos-operada de un quiste de colédoco, desarrolló una pancreatitis y múltiples complicaciones, todo ello generó temor en la niña, afrontamiento familia inefectivo y dependencia hacia el equipo asistencial”.⁹

La gravedad del proceso patológico afecto emocionalmente a la escolar y a la madre; para solucionar el problema se realizó la aplicación del PAE desarrollado

⁸ Martínez C, Cañadas A, Rodríguez E, Torel S, Dificultades en la valoración Enfermera; Enfermería Clínica 2003 13(4): 13-19

⁹ Partera C, Molina F, Atención de Enfermería a una niña con Pancreatitis y relación de ayuda a la madre, Enfermería Clínica 2003; 13(5): 313-320.

por necesidades según Virginia Henderson, con la consiguiente elaboración de diagnósticos de Enfermería reales y potenciales, concluyéndose que el nivel de dependencia del menor, estaba íntimamente relacionado con la afección emocional del cuidador primario; por lo que se elaboró un plan de atención de Enfermería individualizado hacia la niña y sus padres, poniendo especial interés por fomentar la autonomía y participación de la madre en el cuidado de la pequeña, lográndose que la madre recuperara la confianza para desempeñar efectivamente el rol de cuidador y por consiguiente la independencia/desvinculación de la madre hacia el equipo asistencial.

El siguiente estudio de caso fue publicado en el 2003 por la revista Enfermería Cardiológica, se realizó en México en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” considerando a un **paciente adulto con estenosis aórtica** en el posoperatorio mediato del 19 de septiembre al 6 de octubre del 2002; diseñándose un instrumento de valoración exhaustiva, y adecuándose los diagnósticos de la NANDA respetando la jerarquización que maneja Virginia Henderson, con el objetivo de proporcionar cuidados de Enfermería mediante la aplicación del PAE basándose en la propuesta filosófica de Henderson, al respecto el autor cita:

“La participación de la enfermera representa un punto crucial en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con estenosis aórtica debido a la numerosa variedad de necesidades que se ven alteradas por la propia patología”.¹⁰

Partiendo de este punto se determinó el nivel de relación enfermera – paciente ya sea de suplencia o ayuda, se ejecutaron los cuidados de manera integral, así como la elaboración de un plan de alta para el logro de una rehabilitación exitosa concluyéndose que los estudios de caso en los que se aplican el PAE con la utilización de los conceptos de Henderson han resultado ser la forma más efectiva de priorizar las necesidades y aplicar cuidados específicos a cada paciente.

¹⁰ Parra A, Proceso Atención de Enfermería a un paciente Con Estenosis aórtica Crítica Enfermería Cardiológica 2003, 11(2): 66-71.

Otro caso publicado en el mismo año en la revista Desarrollo Científico de Enfermería fue el titulado: **Cuidados de Enfermería a un lactante con Neumonía**, teniendo como principal objetivo, la aplicación de los conceptos propuestos por Henderson a través del PAE, a un lactante mayor de un año cuatro meses, que ingresa al Hospital, al presentar deterioro de la función respiratoria, determinándose el diagnóstico Médico de Neumonía con derrame pleural, considerándose esta como factor dependiente de la necesidad de oxigenación, se tomaron en cuenta los aspectos éticos para realizar el estudio así como también los principios de beneficencia y justicia, para la recolección de datos se utilizó el formato utilizado en la Especialidad de Enfermería Infantil de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), dependiente de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con sede en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, dicho formato se basa en las necesidades básicas del niño de 0-5 años; con base a estos datos se llevó a cabo la valoración de las necesidades fundamentales, determinándose los problemas independientes e interdependientes, las fuentes de la dificultad y los grados de dependencia. Se identificaron 17 diagnósticos de Enfermería, para determinar el grado de dependencia se consideró la propuesta hecha por Phaneuf a través del Continuum Independencia – Dependencia, todo lo anterior originó la elaboración de un plan de atención de Enfermería especializado que resalta las intervenciones independientes de la Enfermera. Esta investigación demuestra sin lugar a dudas que es factible la aplicación de los conceptos de Henderson en la práctica diaria de la Enfermería Infantil, lo que le brinda sustento Teórico – Metodológico a la profesión.¹¹

A continuación se hace referencia a un caso dentro del área infantil, fue publicado en el año 2004, por la revista de Enfermería universitaria de la ENEO-UNAM; se realizó durante el año 2001-2002, en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, tiene como propósito aplicar los conceptos básicos de la filosofía de

¹¹ Espinoza V, Franco M. Cuidados de Enfermería a las necesidades básicas de un lactante con neumonía, Desarrollo Científico de Enfermería 2003;1(11):24-29

Virginia Henderson a través del proceso del cuidado a un niño con problemas de salud, identificando las necesidades básicas que permitan establecer diagnósticos enfermeros que reflejen el grado de dependencia o independencia. Para reforzar lo anterior las autoras nos señalan:

“Para proveer al PAE de sustento y dirección es importante determinar que fenómenos valorar y sus interacciones, para hacer mas operativos los conceptos centrales de la enfermería y centrar la atención en los fenómenos particulares de la disciplina”.¹²

Con base en lo anterior el **proceso del cuidado a un preescolar con VIH positivo** procedente de una Institución de huérfanos que ingresa por presentar otitis se determina como prioritaria la alteración en la Necesidad de seguridad y protección, se realizan ocho valoraciones focalizadas estableciéndose el nivel de dependencia- dependencia en el que se encontraba, lo que dio origen a los diagnósticos de Enfermería diseñados con el formato PES utilizando la taxonomía de la NANDA, estableciéndose intervenciones independientes e interdependientes de acuerdo a las fuentes de dificultad encontradas, así como un plan de alta que incluye actividades a realizar por parte de sus cuidadores secundarios.

El PAE desde la perspectiva de Henderson permitió una valoración continuada y específica de las necesidades básicas de un niño, acordes con su nivel de crecimiento y desarrollo, las fuentes de la dificultad con respecto a la necesidad de seguridad y protección fueron de orden psicosocial, por último las necesidades con dependencia en el niño se mantuvieron en forma temporal permanente, las prioridades de las intervenciones fueron clasificadas en media y alta.

¹² Benítez A, Franco M, Proceso del cuidado a un preescolar con VIH. Enfermería Universitaria 2004; 1(3): 13-23.

Con el análisis de estos estudios, nos damos cuenta que el Proceso Atención de Enfermería bajo la perspectiva de las necesidades, permite determinar la prioridad de atención respecto a la necesidad afectada, al mismo tiempo que define las fuentes de la dificultad, cuya resolución conlleva a la independencia del paciente, este tipo de ejercicio profesional ubica la atención de Enfermería de una forma sistemática y rápida dentro de una relación donde son directamente proporcional la atención de Enfermería y la calidad de los cuidados otorgados. De igual manera se pudo detectar que cuando la Enfermera realiza la valoración de las 14 necesidades básicas se enfrenta a obstáculos de conocimiento, tiempo e identidad profesional, lo que nos lleva a concluir que la utilización del PAE como metodología de la práctica diaria es de suma importancia, ya que fundamenta científicamente el cuidado especializado, mediante marcos conceptuales teórico-metodológicos específicos, fomentando así el pensamiento crítico- reflexivo que da como consecuencia identidad profesional a las Enfermeras y por ende mejoras en los esquemas del cuidado.

En el siguiente capítulo analizaremos con más detalle el PAE, así como la propuesta filosófica de Virginia Henderson.

1.2 El proceso del Cuidado

Las dimensiones de la práctica de la Enfermería han evolucionado en respuesta a los cambios científicos, tecnológicos, educativos, económicos y políticos experimentados por la sociedad. En la práctica profesional actual, el profesional de Enfermería toma decisiones intencionadas y dirigidas a un objetivo, lo que requiere la utilización del razonamiento crítico, el cual consiste en la puesta en duda de suposiciones, la determinación de conclusiones y la identificación de fundamentos que las apoyen, todo esto con el único fin de prestar atención de Enfermería segura, competente y altamente calificada. Por ello el Proceso del Cuidado (PAE) se convierte en el sistema dentro del cual, el profesional puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico, con un enfoque basado en el método científico, reduciendo así las limitaciones impuestas cuando sus opiniones, valores o sentimientos influyen en su proceso de razonamiento.

Por lo tanto podemos decir que el PAE es el sistema que guía la práctica enfermera, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el cual el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta humana, a los problemas reales o potenciales de salud.

A lo largo del tiempo, diferentes autores han reestructurado el marco conceptual del proceso de Enfermería, de acuerdo con la naturaleza evolutiva de la profesión; Iniciando con tres fases hasta establecer las cinco etapas que conocemos hoy en día.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

Quien por primera vez propuso un proceso lógico y ordenado de planificación de cuidados fue L.E. May, en una publicación de 1955, "Quality of Nursing Care" en Public Health News, y lo describió como un proceso distinto, que tenía como objetivo guiar la actuación diaria de las enfermeras profesionales; desde entonces diversos autores han modificado la estructura y contenido del PAE; Jonson en 1959, Orlando en 1961 y Windenbach en 1963; hasta este momento histórico el proceso enfermero constaba de tres fases, no fue sino hasta 1967, cuando Yura y Walsh fueron los primeros autores en describir un proceso de cuatro fases: Valoración, planificación, ejecución y evaluación.

Yura y Walsh (1988) afirman que:

"El proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la Enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y si este cambia proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de Enfermería, que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el proceso de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible".¹³

A mediados de los años 70s Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Sapinilla (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento el proceso de atención ha sido legitimizado como el sistema de la práctica de Enfermería, la American Nursing Association (ANA), utilizó el proceso como guía para el desarrollo de la práctica enfermera, incorporándose al sistema conceptual de los planes de estudios, como instrumento para la aplicación

¹³ Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D, Proceso y Diagnóstico de Enfermería, 3ª ED McGraw-Hill Interamericana 1997: 11.

de la base teórica de la Enfermería. También ha sido incluido en la definición de Enfermería en al mayor parte de las leyes sobre la practica enfermera.

A partir de los años 70s en México el PAE se incorpora a la enseñanza de Enfermería, la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería A.C. señala que dicho proceso favorece e impulsa el pensamiento ordenado, reflexivo y analista que requiere la enfermera para la resolución de problemas y cambiar la dimensión de los cuidados de enfermería.

CONCEPTO

Para fines didácticos de este estudio, se utilizará el concepto descrito por Rosalinda Alfaro, la cual nos cita:

”Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizado, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de la salud reales o potenciales, consta de cinco etapas: **Valoración, Diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.**”¹⁴

Partiendo de este concepto, podemos señalar que:

- ❖ Es un **Método** por que es una serie de pasos mentales a seguir por la Enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de cuidados.
- ❖ Es **Sistemático** por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.
- ❖ Es **Humanista** por considerar al hombre como un ser holístico que es más que la suma de sus partes y no se debe fraccionar.

¹⁴ Alfaro R, Aplicación del Proceso Atención de Enfermería, Madrid España, Mosby-Doyma 1992: 6.

- ❖ Es **Intencionado** por que se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y de la propia Enfermera.
- ❖ Es **Dinámico** por estar sometido a constantes cambios que obedecen la naturaleza propia del hombre.
- ❖ Es **Flexible** por que puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de Enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de Enfermería.
- ❖ Es **Interactivo** por requerir de la interrelación humano – humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.¹⁵

OBJETIVO:

De acuerdo con Iyer, el principal objetivo del Proceso de Enfermería es:

Proporcionar un sistema estructurado de atención de cuidados individualizados de Enfermería, reconociendo el estado de salud de un cliente y los problemas o necesidades reales o potenciales del mismo, dentro del cual se puedan Cubrir dichas necesidades del cliente, de la familia y la comunidad, permitiendo definir la intervención de la Enfermera, garantizando una práctica consciente, cuidadosa y eficiente que mejore el desempeño de su profesión

En otras palabras, el PAE consiste en una relación de interacción positiva entre el paciente, el profesional de Enfermería y la familia; lógicamente teniendo al paciente como objetivo principal de los cuidados. Esta interacción basada en el proceso de atención, trae consecuencias favorables tanto para la profesión de Enfermería, como para el paciente, familia, comunidad y por supuesto cada profesional de Enfermería en particular.

¹⁵ Rodríguez S, Bertha, Proceso Enfermero Aplicación Actual, 2ª Ed., México Ediciones Cuellar 1999:29.

CONSECUENCIAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

EN LA PROFESIÓN:

- ♣ Demuestra concretamente el alcance de la práctica de Enfermería.
- ♣ Define su rol ante los demás profesionales de la salud.
- ♣ Se define la asistencia que se debe prestar a la persona que solicita los servicios de Enfermería.
- ♣ Se considera responsable de realizar una práctica independiente.

EN LA PERSONA:

- ♣ Lo involucra en forma activa en la atención de su salud.
- ♣ Mejora la calidad de cuidados que la persona recibe.
- ♣ La atención individualizada favorece las prioridades en el cuidado de la persona.

EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:

- ♣ Aumenta la satisfacción profesional, al ser recompensado y reconocido por la sociedad, esto deriva de una práctica capaz de ayudar a la persona a cubrir sus necesidades identificadas.
- ♣ El ahorro de tiempo y energía disminuye la frustración, cansancio y errores en la práctica.
- ♣ Favorece el desarrollo de capacidades cognitivas, técnicas e interpersonales.
- ♣ Incrementa la eficacia del profesional, por que permite un acumulo de conocimientos y un interacción con la persona, familia y compañeros, creando un refinamiento en sus capacidades desarrolladas.

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Estas fases integran las funciones intelectuales del cuidado enfermero, en un intento por definir las acciones de Enfermería, dando un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales siendo dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. Es importante mencionar que si bien el proceso de Enfermería es sistemático y organizado también es cíclico, es decir sus elementos integrantes siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir más de uno de ellos.

VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso, la Enfermera necesitará reunir y examinar la información, con el fin de obtener todos los hechos necesarios para determinar el estado de salud de la persona y describir sus capacidades y problemas.

Existen tres tipos de valoración:

- *VALORACION EXAUSTIVA*: llamada también inicial, se realiza durante la entrevista, se reúne información sobre los aspectos de salud de la persona, esta información es llamada base de datos de referencia, expresa como está la persona antes de realizar la intervención y cuales serán las bases para la identificación de capacidades y problemas, nos permite conocer datos generales de la persona, así como datos específicos en cuanto a estado de salud y condiciones de la persona.¹⁶
- *VALORACION FOCALIZADA*: Conocida también como continua o posterior, se utiliza para reunir información específica a fin determinar un problema real o potencial identificado durante toda la atención, proporciona datos a medida que se producen cambios y contribuye a realizar revisiones y actualizar el plan de intervenciones.-¹⁷

¹⁶ Romero M. El Proceso Enfermero: Desarrollo Científico de Enfermería 2000;8(6): 172-173

¹⁷ Alfaro R:Op Cit:32

- **VALORACION URGENTE:** Se considera como parte de una valoración focalizada a un problema que pone en riesgo la vida de una persona y antes de profundizar en aspectos generales requieren de una atención inmediata del personal de Enfermería.¹⁸

La etapa de valoración comprende los siguientes aspectos:

RECOLECCION DE DATOS

La recolección sistemática y minuciosa de los datos es el primer objetivo de la Enfermera cuando inicia el proceso de Enfermería: Debe incluir el estado biofísico, psicosocial y para niños mayores, espiritual del paciente. La información se recoge de todas las fuentes posibles: el niño, la familia, los exámenes (físico, nutricional y del desarrollo), los registros y otro personal de salud. La obtención de datos requiere de la capacidad de observación y comunicación.¹⁹

METODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- A. OBSERVACION:** Se define como la utilización de los sentidos para la obtención de la información de la persona, del entorno o de otra fuente, los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente descartados o confirmados; la diferencia entre observación e inspección es que esta última fija su atención en aspectos concretos.
- B. ENTREVISTA:** Es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la Enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud, por esto es importante que el entrevistador tenga cualidades como empatía, calidez, concreción y respeto, además que debe saber escoger el momento oportuno para el cliente es decir, respetar la hora de sus comidas, sus momentos de fatiga, de reposo e igualmente los períodos en que más sufre. El éxito de una entrevista además depende de

¹⁸ Romero M: Op Cit: 174.

¹⁹Marlon Doroty, Aplicación del Proceso de Enfermería en la asistencia del niño

la habilidad que tenga la Enfermera para establecer una comunicación clara y eficaz que le permita conseguir los objetivos que se ha fijado, esto quiere decir que ha de manifestar actitudes de aceptación, de escucha y de respeto, que han de reflejarse en su comportamiento. La demuestra por medio del contacto visual, la expresión facial abierta y sonriente (según sea el caso) y a través de un lenguaje y postura que testimonien al cliente su deseo de escucha y de facilitarle que siga su conversación. La entrevista puede dividirse en: **Preparación de material** (lugar, momento, intimidad y confort) y la preparación organizativa, la **Introducción** es el momento en que se pone en marcha la entrevista, la Enfermera se presenta explica sus funciones y lo que pretende del encuentro, es el momento en que la Enfermera y el cliente entran en conocimiento uno del otro, el **Desarrollo o cuerpo** de la Entrevista consta de una sucesión de preguntas y respuestas entre la Enfermera y el cliente, es el momento en que la Enfermera escucha y observa atentamente a la persona a la que se dirige, la **Conclusión o cierre** es el resumen de temas significativos en este momento se pueden dar las gracias al cliente por su colaboración, charlar informalmente con él y en caso de no concluir, se emplazara a la persona a otra entrevista.²⁰

C. EXPLORACIÓN FÍSICA: Su objetivo se centra en mayor definición de la respuesta del cliente al proceso de enfermedad (especialmente a aquellas respuestas susceptibles a las intervenciones de Enfermería), establecimiento de los datos básicos para la evaluación de la eficacia de las intervenciones de Enfermería y para comprobar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. Durante la exploración, se utilizan cuatro técnicas concretas inspección, palpación. Percusión y auscultación.

- Inspección: Se refiere a la exploración visual del cliente para determinar estados o respuestas normales, no habituales o

²⁰ Phaneuf Margot, Cuidados de Enfermería El Proceso de Atención de Enfermería, España. Interamericana McGraw-Hill 1993:67-69.

anormales, es también más sistemática y detallada que la observación, ya que define características de tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

- **Palpación:** Es el uso del tacto para determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad).
- **Percusión:** Puede ser directa o indirecta, consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o los dedos para provocar sonidos. Esto permite determinar tamaño, densidad, límites de un órgano o localización.
- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo, se puede usar la auscultación directa(solo con el oído) o indirecta (estetoscopio). ²¹

FUENTES DE INFORMACION: Se pueden acudir a diversas fuentes para complementar la información requerida para la valoración.

- ✓ **Primaria o directa:** Será únicamente el paciente.
- ✓ **Secundaria o indirecta:** Historia clínica, expediente clínico, familia, intercambio de información con otros miembros del equipo de salud, bibliografía referente al tema.

²¹ Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D, Op Cit 60-62.

TIPOS DE DATOS:

Subjetivos: Se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos, es decir es Información que el paciente siente o percibe y no son medibles.

Objetivos: Consiste en información medible y mensurable, se pueden medir con escala o instrumentos, por ejemplo: Signos vitales, datos de laboratorio y gabinete.

VALIDACION DE LOS DATOS

Después de reunir los datos objetivos y subjetivos, debe confirmarse la información obtenida para asegurar su exactitud, esto se refiere a corroborar que los datos obtenidos en forma verbal, son congruentes con lo que observamos y exploramos, o que se ha recibido el mensaje correcto emitido por el paciente o familiar. La confirmación de cada fuente de datos de valoración se obtiene comparando los datos con otra fuente. La validación de los datos nos permite evitar información innecesaria, obtener datos precisos que permitan llevar a cabo un diagnóstico de Enfermería correcta.²²

CLASIFICACION DE LOS DATOS

Después de recoger y confirmar los datos objetivos y subjetivos, es necesario organizar la información en grupos lógicos y prácticos, teniendo en cuenta la respuesta del paciente a la enfermedad. La clasificación de datos proporciona una documentación lógica y centra la atención del profesional de Enfermería sobre las funciones que necesitan soporte y asistencia para su recuperación.²³

²² Potter; Fundamentos de Enfermería Teoría y Práctica Madrid España, Mosby-Doyma 1996:129

²³ Ídem:129

ORGANIZACIÓN Y REGISTRO DE LOS DATOS

La forma de organizar los datos dependerá de los conocimientos, habilidades y preferencias, lo verdaderamente importante es organizarlos de tal forma que nos ayude a la identificación del problema y a la elaboración de diagnósticos de Enfermería, en esta investigación se organizarán de acuerdo a las catorce necesidades que propone Virginia Henderson, identificando la prioridad en sus necesidades.

El registro de datos constituye la última parte de una valoración completa y ha de realizarse con las debidas minuciosidad y exactitud, teniendo en cuenta lo siguiente:

- ✓ Escritos en forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, anotando entre comillas la información subjetiva obtenida.
- ✓ Los datos objetivos se deben de apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- ✓ Se deben de evitar generalizaciones y términos como mal o regular.
- ✓ Los hallazgos deben describirse meticulosamente.
- ✓ La anotación debe ser clara y concisa.
- ✓ Se debe escribir con letra legible y tinta indeleble.
- ✓ Se escribirán las anotaciones ortográficamente bien y evitar abreviaciones.

Como nos pudimos dar cuenta la fase de valoración ofrece una base sólida que favorece la prestación de una atención individualizada de calidad; así mismo constituye la base, para la identificación de la dependencia o independencia de las necesidades básicas del paciente, lo cual nos va a permitir concluir en el diagnóstico de Enfermería.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

La expresión Diagnóstico de Enfermería surgió en la década de 1960, con el uso creciente del proceso atención de Enfermería. En EE.UU. la American Nurses Association Incluyo el diagnóstico de Enfermería Como parte integral del PAE al publicar en 1973 los cánones o normas genéricas para la práctica de la misma; Sin embargo ¿Que es un Diagnóstico de Enfermería? Para fines de este estudio, utilizaremos la definición de Christensen la cual define:

“Un Diagnóstico de Enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de la Enfermera. Deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión u opinión. ”²⁴

Para Gordon el diagnóstico de Enfermería describe una combinación de signos y síntomas que indican problemas de salud reales o potenciales, los cuales competen a las Enfermeras quienes en virtud de su educación y experiencia tienen la autoridad, capacidad y responsabilidad de resolverlos. Por medio de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) se han obtenido muchos progresos en la definición, clasificación y descripción de los diagnósticos de Enfermería.

Los diagnósticos de Enfermería permiten el uso de un lenguaje común dentro de la profesión, este lenguaje común intensifica la comunicación entre los profesionales del cuidado, mejora la continuidad de los servicios y representa un cuerpo organizado de ciencia clínica de Enfermería.

El diagnóstico de Enfermería no es una confirmación de el diagnóstico médico o de la prueba de diagnóstico, el tratamiento médico o del equipo. El Diagnóstico de Enfermería refleja los efectos específicos del diagnóstico médico, la prueba

²⁴ Griffith J, Christensen P; Proceso Atención de Enfermería, México Manual Moderno 1986:141.

diagnóstica, el tratamiento médico o el equipo sobre el individuo y su vida diaria. Incluye la respuesta del paciente a todas estas cosas.²⁵

De acuerdo con Henderson, el proceso para determinar un diagnóstico de Enfermería debe incluir los elementos siguientes: Una situación con una o más pacientes, la obtención cuidadosa de datos subjetivos y objetivos; un esquema conceptual de Enfermería; un interés o problema de salud existente o potencial; una causa condición o situación apropiada y un requerimiento de intervención “dentro del dominio profesional de Enfermería”. El proceso para determinar el diagnóstico de Enfermería incluye la valoración y la fase de análisis / síntesis.²⁶

El primer paso para realizar lo anterior es identificar el estado de salud del paciente y su problema. En algunas ocasiones hay confusión para diferenciar la necesidad del problema, las necesidades deben ser recompensadas por el funcionamiento normal del individuo.²⁷

ANALISIS DE LOS DATOS Y DETERMINACION DEL PROBLEMA

La primera situación que hay que establecer es la identificación del problema, utilizando la información obtenida, analizar y conjuntar los datos, signos y síntomas, antecedentes, que nos permitan concluir en la determinación del diagnóstico posible, con esto se logra descubrir el grado de dependencia de la persona, así como las fuentes de la dificultad que lo originan.

IDENTIFICACION DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

El diagnosticar debe entenderse como una función establecida independiente propia del personal de Enfermería, lo cual requiere de conocimiento y capacidad, un buen establecimiento de un diagnóstico de Enfermería es la clave para un práctica eficaz de la intervención de Enfermería.

²⁵ Idem: 145.

²⁶ Idem: 147

²⁷ Griffith J, Christensen P; Op Cit: 147.

A continuación se describen los conceptos de los diversos tipos de diagnósticos de Enfermería y su formato específico:

ψ **DIAGNÓSTICO REAL:** Juicio Clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad, ante problemas reales de salud o ante procesos de la vida; se utiliza el formato PES , el cual aplica el concepto básico de identificar el **Problema y su etiología** , mediante los **signos y síntomas** que lo definen.

ψ **FORMATO:** Problema + **Relacionado con** (Etiología) + **Manifestado por** (signos y síntomas).

ψ **DIAGNÓSTICO POTENCIAL O DE RIESGO:** Evidenciado por factores de riesgo, existe la posibilidad y vulnerabilidad de desarrollar un problema.

ψ **FORMATO:** Riesgo o problema potencial + **Relacionado con** + Factor de riesgo.

ψ **DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR:** Trata sobre la transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel superior.

ψ **FORMATO:** Conducta generadora de salud o Potencial de Mejora + Especificación del patrón funcional.

ψ **DIAGNÓSTICO DE SINDROME:** Juicio clínico sobre un estado físico y psicológico complejo de la persona cuyo enunciado comprende varios diagnósticos reales o potenciales.

ψ **FORMATO:** Síndrome de + Problema complejo (sin causa ni factores de riesgo).

ψ **PROBLEMA INTERDEPENDIENTE:** Problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiológica del cuerpo a un traumatismo, enfermedad o modalidad terapéutica y que las Enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con otro profesional de salud.

FORMATO: Problema o complicación potencial + Relacionado con + causa.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ha realizado y perfeccionado la lista ordenada alfabéticamente de diagnósticos desde 1978, se reunieron y propusieron que los nueve patrones de respuestas humanas de personas unitarias formara el sistema para la organización de los diagnósticos, que clasificados bajo cada patrón describen la forma en que los individuos responden a determinados estados de salud o enfermedad. Para fines de esta investigación se utilizarán estos diagnósticos NANDA 2006.

PLANEACION

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas de un paciente enfermo identificadas en los diagnósticos de Enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico de Enfermería y concluye con la documentación real del plan de cuidados; en esta etapa se elaboran, los objetivos y las intervenciones de Enfermería.

Entonces tenemos que planificar cuidados significa:

“Establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar.”²⁸

Partiendo de esta definición podemos decir que un plan bien redactado proporciona dirección, guía y significado al cuidado de Enfermería. Es una fuente central de información para todos los que intervienen en la atención de un paciente dado. Es el medio primario de comunicación, sincronización y organización de las acciones de todo el personal de Enfermería.

²⁸ Phaneuf Margot, Op Cit: 101.

La planificación del proceso de Enfermería consta de cuatro etapas:

1). ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES: Jerarquizar por orden de importancia las necesidades que ponen en peligro la integridad holística del individuo, se requiere de habilidad para valorar el conjunto de problemas y como afectan a la persona, por lo tanto se deben tomar en cuenta los siguientes principios:

- La percepción de prioridades de la persona.
- El plan general de tratamiento.
- El estado general de salud de la persona.
- La presencia de problemas potenciales.

Las prioridades se diferencian en:

- ALTAS: Aparecen en las dimensiones psicológica y fisiológica y son aquellos diagnósticos de Enfermería que si no se tratan pueden afectar vitalmente a la persona.
- INTERMEDIA: Se refieren a necesidades del paciente no urgentes y que no amenazan su vida.
- BAJA: Son las necesidades del paciente que pueden no estar directamente relacionadas con una enfermedad o pronóstico específicos, pero que pueden afectar su futuro bienestar.²⁹

Para priorizar las necesidades, se puede recurrir a diferentes criterios según la base teórica que se este utilizando, en este caso se considera la escala propuesta por Henderson, conforme a la necesidad afectada y considerando el grado y la duración de la dependencia.

²⁹ Potter; Op Cit: 146-147.

2). ELABORACION DE LOS OBJETIVOS:

El éxito del plan se medirá basándose en determinar si se han o no conseguido los objetivos fijados, los cuales dirigen la acción y son factores de motivación, son indicadores para la selección de intervenciones de Enfermería y criterios en la Evaluación de las intervenciones de Enfermería, por lo tanto los objetivos también sirven de anteproyecto para la evaluación del proceso, ya que objetivos adecuados hacen posible determinar la eficacia de las intervenciones de Enfermería.

- **OBJETIVOS A CORTO PLAZO:** Es aquel que se espera conseguir en un corto periodo de tiempo, habitualmente menos de una semana, se requiere formular varios objetivos de corto plazo que sirvan de peldaños para conseguir un objetivo de largo plazo.³⁰

- **OBJETIVOS A LARGO PLAZO:** Es aquel que se espera conseguir en un período más largo de tiempo, habitualmente semanas o meses, estos objetivos son más adecuados para pacientes ingresados a centros de asistencia prolongada o centros de rehabilitación.³¹

- **FORMULACION DE OBJETIVOS**

El objetivo describe lo que se espera observar en el cliente que demostrará que se ha beneficiado con los cuidados Enfermeros, aunque el término objetivos e indicadores se emplean como sinónimos, los indicadores son datos medibles que indicarán el logro de un objetivo. Ahora bien en la formulación de objetivos, por lo menos uno debe dar resolución directa al problema contemplado en la primera parte del diagnóstico, la formulación de resultados debe ser específica y formularse de acuerdo a los componentes de **sujeto, verbo, condición, criterio y momento.**

³⁰Ídem Op. Cit: 147.

³¹ Potter; Op Cit: 147

- RESULTADOS ESPERADOS

Es un juicio que emite la Enfermera sobre el desenlace previsto de una situación, sobre la consecución de un objetivo; en otras palabras un resultado esperado es el objetivo específico que paso a paso, lleva la consecución del objetivo y a la resolución de la etiología del diagnóstico de Enfermería.

Cabe mencionar que existen siete normas para escribir los objetivos y los resultados esperados, estas son: *factores centrados en el paciente, singulares, observables, mensurables, limitados en el tiempo, de mutuo acuerdo y realistas.*³²

3). DETERMINACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Una vez establecidos los diagnósticos de Enfermería se identificarán los objetivos y se tomaran las decisiones acerca de la forma de conseguirlos para favorecer, reestablecer o mantener la salud del paciente. La identificación de objetivos realizables y de intervenciones de Enfermería acertadas depende de la capacidad del profesional para utilizar el pensamiento crítico; este incorpora el planteamiento de la hipótesis y la aportación de ideas, es útil en el desarrollo de los objetivos y en la identificación de posibles intervenciones.³³

Las intervenciones representan toda acción que realiza la Enfermera, toda actitud o comportamiento que adopta o que trata de desarrollar en la persona, en el marco de sus funciones profesionales, buscando el mayor bienestar de la persona cuidada.³⁴

- CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

La clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) es una clasificación normada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de Enfermería; partiendo de que una intervención de Enfermería es “Cualquier tratamiento, basado en el criterio y conocimiento clínicos, que realiza el personal de Enfermería para aumentar los resultados del paciente”. Tiene sus orígenes

³² Ídem: 140.

³³ Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D, Op Cit: 194

³⁴ Phaneuf M, La Planificación de los Cuidados Enfermeros, México, McGraw-Hill Interamericana 1996:197.

en 1987, en el centro para la clasificación de Enfermería de la Universidad de Iowa donde se introdujo la NIC (Nursing Interventions Classification), en conjunto con la NOC (Nursing Outcomes Classification), estas fueron desarrolladas para su uso con la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), y otros sistemas diagnósticos de Enfermería; la Traducción de la sigla NIC es CIE (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería), estas incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento y prevención de la enfermedad, así como para la promoción de la salud, además de que no sólo están diseñadas para los individuos, sino que contemplan a la familia y comunidad. El lenguaje utilizado en la clasificación, está redactado de manera lógica y refleja el lenguaje utilizado en la práctica, incluyéndose las relaciones con los diagnósticos de la NANDA, para facilitar el apoyo a las decisiones con este lenguaje diagnóstico, y la estructura taxonómica para ayudar al usuario a encontrar la intervención elegida.³⁵

Analizando lo anterior, es posible señalar que el profesional de Enfermería utiliza los datos de valoración, el establecimiento de prioridades, sus conocimientos y su experiencia para seleccionar las actuaciones que cubrirán con éxito los objetivos y resultados establecidos. Además la actuación la Enfermera debe ser competente en tres áreas:

- ✓ Tener conocimiento de la explicación científica de la actuación.
- ✓ Poseer las capacidades psicomotoras e interpersonales necesarias.
- ✓ Ser capaz de funcionar en un marco determinado para utilizar de forma eficaz los recursos de asistencia sanitaria.

Para ser adecuadas las intervenciones deben presentar determinadas características:

- Basarse e principios científicos de cuidados Enfermeros.

³⁵ Closkey JC, Bulechek GM, Proyecto de Intervenciones Iowa .Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª ED. España, Mosby 1999:3-5.

- Individualizarse (Realizar valoraciones focalizadas de la persona) .
- Formularse de manera concisa, simple y concreta.
- Armonizarse con el diagnóstico Enfermero y con el objetivo.
- Actuar sobre la etiología del diagnóstico Enfermero.
- Responder a las preguntas ¿que?, ¿cuando?, ¿como?, ¿donde?, ¿en que medida?, ¿quien?
- Identificar las fortalezas y debilidades de la familia y el paciente.
- Ser realistas buscando la progresión hacia la autonomía o el mayor bienestar de la persona.
- Considerarse el equivalente a la prescripción médica y ser firmadas.
- Ser creativas.
- Favorecer la participación de la persona, la relación de ayuda y la enseñanza.³⁶

Como hemos señalado hasta el momento, el método para la selección de la actuación siempre es el mismo, pero los tipos de intervención se individualizan según las necesidades del paciente. Existen tres categorías de intervenciones de Enfermería: ***Independientes, Interdependientes y Dependientes.***

- I. ACTUACIONES INDEPENDIENTES: En estas intervienen aspectos de la práctica de Enfermería profesional abarcados por autorizaciones y leyes aplicables y no requieren de la supervisión ni orientación por parte de otros. Están definidas por los diagnósticos de Enfermería y son las respuestas que la Enfermera esta autorizada a tratar en virtud de sus conocimientos y experiencias.
- II. ACTUACIONES INTERDEPENDIENTES: Las realiza la Enfermera en colaboración con otro profesional sanitario; estas actuaciones ofrecen solución a un problema interdependiente mediante el razonamiento y las recomendaciones del equipo interdisciplinario.

³⁶ Phaneuf M, Op Cit: 199.

III. ACTUACIONES DEPENDIENTES: Se basan en las instrucciones u órdenes escritas de otro profesional de salud. Cada intervención de Enfermería dependiente exige responsabilidades de Enfermería Específicas y conocimientos técnicos de Enfermería.³⁷

A la hora de seleccionar las actuaciones se debe reflexionar sobre todas las intervenciones posibles para conseguir los resultados esperados, durante esta reflexión la Enfermera revisa las necesidades, prioridades y experiencias previas utilizando su pensamiento crítico.

4). DOCUMENTACION DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

El plan de cuidados proporciona un mecanismo, para la prestación de una atención constante y coordinada, se utiliza además como método de comunicación entre los profesionales de Enfermería; mediante la identificación oportuna de la información importante sobre el paciente. El formato del plan ayuda a procesar la información obtenida durante las fases de valoración y de diagnóstico, proporcionando un mecanismo de evaluación a los cuidados prestados. También sirve como anteproyecto para dirigir las actividades de Enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del paciente.³⁸

Independientemente del marco en que estén escritos, los planes de cuidados tienen ciertas características deseables como son:

- Estar escritos por enfermeros Universitarios.
- Ser iniciado después de la primera interacción con el paciente.
- Fácilmente accesible y actual.
- Que sea breve y conciso, evitando el uso de abreviaturas y palabras clave.
- Que contenga objetivos (corto y largo plazo), diagnósticos de Enfermería, resultados esperados, órdenes de Enfermería y evaluación.

³⁷ Potter; Op Cit: 151.

³⁸ Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D, Op Cit: 199.

TIPOS DE PLANES DE INTERVENCION:

- **INDIVIDUALIZADOS:** permiten la documentación más adecuada para una determinada persona, exige mucho tiempo en su elaboración.
- **ESTANDARIZADOS:** Se pueden organizar según el diagnóstico de Enfermería (potencial, de riesgo, etc.) pueden individualizarse al añadir información en elementos específicos, son concretos y cómodos, aunque pueden ser limitantes.
- **COMPUTARIZADOS:** Se pueden construir planes individualizados o estandarizados a través de la información que se introduzca en el menú, acorde a las características definitorias encontradas, sin embargo son costosos.³⁹

EJECUCION

La ejecución es la fase del proceso de Enfermería que consiste en la puesta en marcha del plan de cuidados de Enfermería. El objetivo de la ejecución es conseguir los objetivos. El personal de Enfermería utiliza el razonamiento crítico para ejecutar los cuidados, por ende se está constantemente anticipando a dificultades que pudieran surgir, revisando el enfoque de cuidados, según las respuestas del paciente y resolviendo problemas para liberar obstáculos.

La fase de ejecución se lleva acabo en tres etapas:

A) PREPARACION: Incluye la revisión de acciones de Enfermería anticipadas, el análisis de los conocimientos de Enfermería y habilidades necesarias para el reconocimientote las complicaciones potenciales asociadas a indicaciones de Enfermería Especificas. La preparación consiste también en la determinación y prestación de los recursos necesarios y en la

³⁹ Idem: 208-216.

preparación de un entorno que conduzca a los tipos de intervenciones necesarias. Además la preparación exige una serie de actividades de razonamiento crítico como son:

- Revisar las intervenciones y determinar si son compatibles con el plan establecido, valorar si son suficientes y aclarar intervenciones dudosas.
- Realizar análisis del conocimiento de Enfermería y sus habilidades exigidas para determinar funciones y competencias.
- Reconocer las posibles complicaciones potenciales de los procedimientos, esto permitirá la realización de enfoques preventivos para reducir el riesgo.
- Proporcionar recursos necesarios y suficientes, en cuanto a tiempo, número de profesionales y material.
- Preparación de un entorno adecuado y seguro en que tanto el paciente como el profesional de Enfermería puedan trabajar en la resolución problemas o necesidades identificadas.⁴⁰

B) INTERVENCION: El enfoque en la fase de ejecución es el inicio de las intervenciones de Enfermería diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del paciente. Su abordaje puede incluir el uso de acciones independientes e interdependientes. Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales de la persona dependen de los problemas individuales específicos. Generalmente, la ejecución de la atención de Enfermería se ajusta a una de seis categorías:

- Refuerzo de las cualidades del paciente, para que se deriven conductas generadoras de salud del mismo.
- Ayudar en las actividades de la vida diaria, puesto que durante al realización de estas actividades se tiene la oportunidad de valorar nuevos problemas, recoger datos sobre las dificultades existentes, valorar las

⁴⁰ Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D, Op Cit: 224-230.

cualidades del paciente, entablar una comunicación y retroalimentar el plan mediante la evaluación de la eficacia de las intervenciones.

- Supervisión del trabajo con otros miembros del equipo de Enfermería incluye definir responsabilidades del profesional y la determinación del campo de la práctica de Enfermería, delegando la atención a la persona adecuada.
- Comunicación con otros miembros del equipo de salud según sea necesario, se pueden compartir datos, impresiones, objetivos e incluso estrategias para lograr una atención integral.
- Educación. El proceso de enseñanza – aprendizaje en el paciente, incluye la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades y cambios de conducta relacionados con la satisfacción de sus necesidades básicas.⁴¹

C) DOCUMENTACION: La ejecución de las intervenciones de Enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos. Se debe usar tinta y letra legible, realizar las notas lo antes posible en forma exacta y firmarlas, no se recomienda dejar espacios en blanco. Hay cinco tipos principales de sistemas de conservación de registros utilizados en la documentación de atención al paciente:

- Graficas Narrativas: Es la gráfica tradicional se registra cronológicamente y en forma narrativa el estado de la persona.
- Graficas orientadas hacia el Problema: Esta orientada hacia el problema de la persona y consta de dos partes, una lista de problemas y por otra parte su evolución la cual incluye datos subjetivos, objetivos, valoración y plan de intervención.
- Graficas Focus: Es un método para organizar la información, se coloca una columna de enfoque con los datos objetivos y subjetivos obtenidos de la persona, se anota la intervención de Enfermería ejecutada y por último se evalúa la respuesta obtenida.

⁴¹ Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D, Op Cit:231-246

- Graficas por Excepción: Es un sistema de documentación creado por profesionales de Enfermería, indican con una flecha que hallazgos significativos no han experimentado variación desde la valoración anterior.
- Registros Computarizados: Las notas de evaluación pueden estar estructuradas o abiertas. Otro método crea las notas de evaluación mediante la selección de datos en representaciones de la pantalla, esto permite la documentación de los datos actuales al tiempo que se añaden nuevos hallazgos.⁴²

EVALUACION

La fase de evaluación del Proceso de Enfermería es una comparación sistemática y planeada del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidos, es una actividad deliberada, progresiva que comprende al paciente, la Enfermera y otros miembros del equipo de salud.⁴³

Un proceso de evaluación sistemático exige que se utilice el razonamiento critico al comparar los resultados esperados con los resultados reales de la asistencia; ya que el proceso de realización de juicios se basa en la capacidad de analizar de forma critica la información presentada, por lo tanto cuando se ordenan los datos y se determinan que otros hechos se necesitan para evaluar el progreso del paciente, se utiliza el razonamiento critico y la habilidad analítica.⁴⁴

La evaluación es útil a varios propósitos:

- ✓ Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas establecidas.
- ✓ Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de Enfermería.

⁴² Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D, Op Cit: 248-261.

⁴³ Griffith J, Christensen P; Op Cit: 193.

⁴⁴ Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D, Op Cit: 302.

Existen varios modelos de evaluación del cuidado de la salud, sin embargo para fines de esta investigación se utilizará el propuesto por Rosalinda Alfaro⁴⁵, el cual consiste en:

1.-ESTABLECER CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LOS OBJETIVOS

Los criterios de resultados serán los mismos que se establecen como objetivos del plan de intervención, los cuales tienen la característica de ser observables y medibles. Los objetivos que se planearon de acuerdo con los diagnósticos encontrados, son los que se esperan sean alcanzados por el paciente o familia mediante la Intervención de Enfermería.

2.-DETERMINAR EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS

Se debe utilizar el pensamiento crítico y analítico para determinar si se han alcanzado totalmente, parcialmente o no se han alcanzado los objetivos, por lo tanto es necesario evaluar el estado de salud actual y comparar lo que la persona es capaz de hacer en relación a las metas establecidas.

3.- IDENTIFICACIÓN DE LA VARIABLES QUE AFECTAN LOS RESULTADOS

Cuando los objetivos son alcanzados de manera satisfactoria es necesario identificar las variables que afectaron el logro de los objetivos, para esto se requiere analizar la valoración del paciente y sus registros; tratando de dar respuesta a las siguientes cuestiones:

- ✓ ¿Los objetivos e intervenciones eran realistas para el paciente?
- ✓ ¿Las intervenciones se llevaron a cabo como estaban prescritas?
- ✓ ¿Se detectaron oportunamente los nuevos problemas y se realizaron los cambios apropiados en el plan de cuidados?
- ✓ ¿Qué factores impidieron o potenciaron el progreso?

⁴⁵ Alfaro R, Op Cit:190-194.

- ✓ ¿Qué opina el paciente y la familia con respecto al logro de, los objetivos?

4.- MODIFICACION DEL PLAN DE INTERVENCIONES Y/O FINALIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Como el Proceso de Enfermería es dinámico, al concluir la evaluación la Enfermera decidirá de acuerdo al logro de los objetivos o identificación de nuevas necesidades, que rumbo tomará el proceso de Enfermería, ya sea que se tenga que retroalimentar el plan de cuidados o si por el contrario las intervenciones de Enfermería guiaron al paciente y familia hacia su independencia se dará por concluido el Proceso de Enfermería.

FORMAS DE EVALUACIÓN

De acuerdo con Griffith y Christensen⁴⁶ la evaluación también puede conceptualizarse en tres formas: Estructura, Proceso y Resultado, a continuación se describen brevemente |en que consiste cada una de estas.

- 🚦 ESTRUCTURA: Se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización del centro de salud
- 🚦 PROCESO: Examina el rendimiento de la Enfermera en el momento en que tiene lugar, puede realizarse por medio de la observación directa (supervisión), preguntando a los pacientes o revisando las notas de Enfermería en las hojas de evolución. También puede realizarse *evaluación retrospectiva* del Proceso la cual es implementada después de que el paciente ha sido dado de alta, las acciones de Enfermería son evaluadas después de este hecho.

⁴⁶ Griffith J, Christensen P; Op Cit: 195-197.

- RESULTADO: Se centra en los cambios de conducta y el estado de salud del paciente, la Enfermera busca la evidencia de la mejoría en el estado de salud que resulta de su intervención. La *evaluación concurrente del resultado* juzga la capacidad del paciente para demostrar progresos de conducta medibles en su estado de salud, sus destrezas o su conocimiento.

CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA

La traducción de la NOC es CRE (Clasificación de los resultados de Enfermería), la NOC es una sigla definida como “Estado del cliente después de una intervención de Enfermería”, los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir efectos de las intervenciones de cuidados, se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente, por lo que se puede medir el estado de la persona con varios acontecimientos de la salud ante los períodos de cuidados, hay siete dominios del NOC que describen la respuesta deseada de la persona: la salud funcional, la salud psicológica, el conocimiento de la salud, la salud psicosocial y el comportamiento y percepción de la salud de la persona, familia y comunidad.⁴⁷

Hasta ahora sólo hemos comentado el concepto de evaluación desde la perspectiva del profesional de Enfermería, la cual evalúa la consecución de los objetivos por parte del paciente; sin embargo gran parte de la responsabilidad profesional se basa en la filosofía de que la calidad de los cuidados siempre se puede mejorar, para esto existen tres directrices de la ANA, que se ocupan de determinar y garantizar la calidad de la asistencia de Enfermería. La garantía de calidad supone el control sistemático de la calidad y tomar las medidas necesarias para mejorar la asistencia. La mejoría de la calidad, que se desarrolla a partir de la garantía de calidad, se centra más en la mejora del sistema en que se centra la asistencia.⁴⁸

⁴⁷ CRE; Clasificación de los Resultados de Enfermería (en línea), (Consulta 26-nov-06) disponible en: <http://www.aibarra.org./archivos/Cre.htm>.

⁴⁸ Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D, Op Cit:303.

1.3 Propuesta Filosófica de Virginia Henderson

Un Modelo es una analogía que ayuda a comprender algo que no se puede ver directamente o de lo que se sabe poco; no es la realidad, sino una abstracción de ésta. Un modelo conceptual como sinónimo de marco conceptual, se describe como un conjunto de imágenes mentales de una disciplina que se expresan en conceptos, los cuales son términos descriptivos que caracterizan objetos, personas o acontecimientos, que al derivar de la experiencia forman asunciones básicas del modelo.⁴⁹

Con base en lo anterior podemos decir que un modelo conceptual Enfermero es:

*“Un conjunto de conceptos y de proposiciones generales y abstractas que están integradas entre sí de forma sistemática y que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan”.*⁵⁰

En Enfermería existen muchos paradigmas o modelos conceptuales que reflejan una postura filosófica, orientación de investigación y tradición de práctica. La importancia de un modelo conceptual se basa en que este proporciona los parámetros de nuestro marco de trabajo, resume las misiones sociales de una disciplina, limita el campo de acción de una profesión y crea un cuerpo de conocimientos propios. La mayoría de las disciplinas cuentan con más de un modelo conceptual, la enfermería por ejemplo tiene entre los principales el de las **14 necesidades de virginia Henderson**; este modelo está influido por la corriente de pensamiento de la integración y se incluye dentro de la escuela de las necesidades y desarrollo humano.

A continuación se describen los componentes de la propuesta filosófica de esta teórica, desde la perspectiva de diferentes autoras, conjuntando información de los conceptos clave que faciliten su comprensión y aplicación, como guía indispensable para orientar la práctica Enfermera a través del proceso atención de Enfermería.

⁴⁹ Luís M, Fernández C, Navarro M. De la Teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona, Masson, 1998: 27.

⁵⁰ Ídem, p28.

ANTECEDENTES

Virginia Henderson nació en 1897, desarrolló su interés por la Enfermería durante la primera Guerra Mundial, ingresó en 1918 a la Army School of Nursing de Washington D.C., iniciando su actividad de profesora de Enfermería en 1922, en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia, a lo largo de los años realiza funciones como supervisora de Enfermería, en 1929 en el Hospital Rochester y en 1930 en el Teachers Collage impartiendo cursos de proceso analítico y ejercicio profesional hasta 1948.⁵¹

Lo que a Henderson le llevó a realizar su trabajo fue la interrogante ¿ Que era lo que hacían las enfermeras, que ningún otro profesional mas podía realizar?; le causaba gran preocupación constatar la ausencia de identidad profesional, la práctica medicalizada de la Enfermería de aquella época le creaba insatisfacción, precisamente por la ausencia de un modelo propio que guiara la práctica Enfermera, se dio cuenta de que los libros básicos para la formación de enfermeras no definían de forma clara las funciones de esta y por consecuencia no se podía establecer los principios básicos para la práctica de la profesión.⁵²

Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de Enfermería afirmando que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico, se observa una correlación entre jerarquía de Necesidades de Abraham Maslow, contemplando las necesidades físicas hasta los componentes psicosociales.⁵³

Su ideología se vio plasmada en las líneas de su libro *The Nature of Nursing*, publicado en 1956, en donde define la función de Enfermería de la siguiente manera:

⁵¹ Mariner T, *Teorías y Modelos de Enfermería*; Madrid España Mosby-Doyma.1994:102-103

⁵² Ídem: 104.

⁵³ Mariner T. Op Cit: 3

*“La única función de la Enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación (o a una muerte serena) actividades que el realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia lo más rápido posible”.*⁵⁴

COMPONENTES DE LA PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON

ASUNCIONES CIENTÍFICAS O POSTULADOS.

Representan el **cómo** del modelo y aportan el soporte teórico y científico y se refieren únicamente a la persona, debido al especial interés de Henderson de destacar una visión integral del ser humano, en contra de la idea dominante en aquel momento: la dicotomía cartesiana entre el cuerpo y la mente.⁵⁵

- ⇒ La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- ⇒ La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla .
- ⇒ Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo, no es independiente.⁵⁶

ASUNCIONES FILOSÓFICAS O VALORES

Constituyen el **por que** del modelo refiriéndose a las creencias sobre la naturaleza del ser humano y las metas profesionales. Las tres asunciones hacen referencia exclusivamente al rol profesional, debido a que Henderson fue la primera teórica que intentó marcar los límites que separan las áreas de competencia médica y enfermera.⁵⁷

⁵⁴ Henderson V, The Nature of Nursing;1956.

⁵⁵ Riopell L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de Enfermería: Un proceso centrado en las necesidades de la persona, Madrid – España, McGraw-Hill-Interamericana ,1997:3

⁵⁶ Ídem p 33

⁵⁷ Luis M, Fernández C, Navarro M. Op Cit:33

- La enfermera tiene una función propia aunque comparte actividades con otros profesionales.
- Cuando la enfermera asume el papel del médico delega su función propia en personal no calificado.
- La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle.

SUPUESTOS PRINCIPALES

Virginia Henderson en sus escritos no cita directamente sus supuestos fundamentales, estos han sido adaptados a partir de sus publicaciones.⁵⁸

ENFERMERÍA

- ψ Tiene la función de ayudar a los individuos sanos y enfermos.
- ψ Actúa como miembro del equipo sanitario.
- ψ Actúa independiente del médico, pero apoya su plan.
- ψ Está formada en ciencias biológicas y sociales.
- ψ Puede apreciar las necesidades humanas básicas.
- ψ Los catorce componentes de la asistencia de Enfermería abarca todas sus funciones posibles.

PERSONA

- ψ Debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- ψ La mente y el cuerpo son inseparables.
- ψ Como paciente, requiere ayuda para ser independiente.
- ψ El y su familia forman una unidad.
- ψ Sus necesidades están cubiertas por catorce componentes básicos.

⁵⁸Mariner T. Op Cit: 105-106

SALUD

- ψ Representa calidad de vida.
- ψ Es necesaria para el funcionamiento humano.
- ψ Requiere independencia e interdependencia.
- ψ Su promoción es más importante que la atención del enfermo.
- ψ Los individuos recuperan su salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

ENTORNO

- ψ Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.
- ψ La Enfermera debe tener formación en materia de seguridad.
- ψ Las Enfermeras deben proteger a las personas de lesiones mecánicas.
- ψ Las Enfermeras deben de conocer hábitos sociales y prácticas religiosas para valorar sus riesgos.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES

Conforman el **que** del modelo y en cada uno de ellos se hacen afirmaciones específicas que orientan su adopción en la práctica incluye la conceptualización del objetivo de los cuidados, del usuario del servicio, del rol profesional, de la fuente de la dificultad, de la intervención de la enfermera y las consecuencias de la intervención.⁵⁹

A continuación se describen los conceptos mencionados, los cuales forman el Metaparadigma de Enfermería de acuerdo a las tesis de varias autoras.

A partir de la definición que hace Henderson de la Enfermería, se extraen conceptos y subconceptos, con los que diferentes autores han construido un modelo de atención.

⁵⁹ Luis M, Fernández C, Navarro M. Op Cit:34

ENFERMERÍA

Es miembro del equipo de salud, tiene como función ayudar a los individuos sanos o enfermos a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o a morir de forma digna; a través de sustitución, apoyo, o compañía del paciente.

ROL PROFESIONAL

Los cuidados básicos son conceptualizados como “Acciones que lleva acabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia, ayuda o apoyo, según el nivel de dependencia identificado en la persona”,⁶⁰

Por lo tanto podemos decir que el rol profesional, es un servicio de ayuda al usuario del servicio enfermero y se orienta específicamente a suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o a completar lo que le falta (fuerza, conocimientos o voluntad) para que logre su independencia (hacer con ella) y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial mediante la utilización de sus recursos internos y externos.⁶¹

De acuerdo con lo anterior, el rol de la enfermera puede ser de:

✚ **SUPLENCIA:** El objetivo de los cuidados es conservar o reestablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades, supliéndolo en todas y cada una de las acciones que el no pueda realizar.⁶²

✚ **AYUDA:** El objetivo de los cuidados es ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, mediante la enseñanza de su propio cuidado.

✚ **COMPAÑERA:** En este caso el paciente es independiente y la enfermera solo refuerza o amplía el conocimiento de este, acerca de aspectos que permitan mejorar su salud y prevenir la aparición de alguna alteración en la satisfacción de sus necesidades.

⁶⁰ Fernández C, Novel G, El modelo de Henderson y el proceso atención de Enfermería, España; Masson-Salvat:211

⁶¹ Luis M, Fernández C, Navarro M. Op Cit:34

⁶² Phaneuf M, El proceso atención de enfermería, España, McGraw-Hill-Interamericana,1993:17.

PERSONA:

De acuerdo con la definición propia de la enfermera y a partir de ella Henderson conceptualiza al individuo o persona como el objeto de los cuidados; así cada persona se configura como:

“Un ser humano único, integral e irrepetible, es decir con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tiende al máximo desarrollo de su potencial.⁶³

De esta manera Henderson configura a la persona como un ser humano complejo, que tiene catorce necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad (física o psicológica) y así promover su desarrollo y crecimiento.

Aunque no está claramente identificado en los escritos de Henderson, se deduce que para ella el concepto de necesidad no se traduce en carencia o problema, sino en requisito. Cada una de las catorce necesidades constituye el elemento integrador de los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, y aunque sólo algunas podrían considerarse esenciales en el sentido de la supervivencia, todas son requisitos fundamentales para mantener la integridad.

Cada necesidad es un todo compuesto por aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, las catorce necesidades se interrelacionan entre sí de tal manera que configuran una unidad, por lo que considerar cualquiera de ellas haciendo abstracción de las otras constituye la negación de la persona.

Debido a lo anterior es necesario el análisis de cada una de las necesidades que componen el modelo de Virginia Henderson, por lo que a continuación se exponen los conceptos de las necesidades básicas del ser humano. (Ver cuadro No. 1).⁶⁴

⁶³. Rodrigo M, Fernández C; Navarro M. Op cit:33

⁶⁴ Riopell L, Grondin L, Phaneuf M. Op. cit: 7-74.

NECESIDADES BÁSICAS DEL SER HUMANO, SEGUN HENDERSON

NECESIDAD	ASPECTOS QUE CONTEMPLA
OXIGENACIÓN	Aporte y difusión de oxígeno indispensable para la vida celular, expulsión del gas carbónico producido por la combustión celular.
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	Ingestión, digestión y absorción de agua y nutrientes suficientes para asegurar un adecuado crecimiento, mantenimiento, funcionamiento..
ELIMINACIÓN	Expulsión de sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo; se produce principalmente por la orina, heces, transpiración, espiración pulmonar, lagrimas y menstruación.
MOVILIZACIÓN Y BUENA POSTURA	Mantener una adecuada alineación de los segmentos corporales y movilizar todas las partes del cuerpo con movimientos coordinados, permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo.
DESCANSO Y SUEÑO	El sueño libera al individuo de tensiones físicas y psicológicas , ya que durante este las actividades fisiológicas decrecen favoreciendo así el crecimiento y rendimiento orgánico.
VESTIDO Y DESVESTIDO	La utilización de ropa, accesorios y calzado en función del clima y actividades; responde a creencias, grupo social, pudor e ideología.
TERMORREGULACIÓN	Equilibrio entre la producción de calor resultante del metabolismo y su pérdida en la superficie corporal.
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.	Aplicación de los cuidados de higiene para conseguir un cuerpo aseado, apariencia cuidada y mantener una piel sana.
SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.	Protección contra amenazas, agresiones, negligencias e iatrogenias, a fin de mantener las integridad física y mental.
COMUNICACIÓN	Proceso dinámico, verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas con otras y compartir sentimientos, opiniones, experiencias, conocimientos e información.
CREENCIAS Y VALORES	La práctica de valores, principios religiosos o de una filosofía de vida favorecen la realización del ser humano y el desarrollo de la personalidad.
TRABAJAR Y REALIZARSE	La realización de actividades que el individuo lleva acabo para sentirse útil a los de más, le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.
JUGAR Y RECREACIÓN	La práctica de actividades de recreación y esparcimiento le permiten al ser humano obtener un descanso físico y psicológico.
APRENDIZAJE	Adquirir conocimientos actitudes y habilidades para la modificación de comportamientos, con el objetivo de mantener o recobrar la salud.

ENTORNO

Henderson no define claramente el entorno, pero reconoce su influencia positiva o negativa en la persona, de tal forma que promueve su salud mediante su modificación, habla de naturaleza dinámica del entorno y de su impacto en el usuario y la enfermera; el entorno se contempla como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y el desarrollo, los individuos pueden controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.

Diversas autoras han criticado a Henderson el hecho de no incluir el concepto de entorno de una manera específica dentro de su modelo; sin embargo si se analiza el contenido del modelo de Henderson, nos daremos cuenta de que la autora menciona unas veces de forma implícita y otras explícitamente, la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico(familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados: así pues aunque no dedique un capítulo al análisis de estos aspectos, podemos afirmar que estos están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 Necesidades básicas y de los factores que las influncian.⁶⁵

SALUD

Henderson compara la salud con la independencia, considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de Enfermería “La calidad de la salud mas que la vida en si misma, es reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida ”⁶⁶

⁶⁵ Fernández C, Novel G, Op cit:211

⁶⁶ Wertman D, Lauer T, Neal E, S Modelos y Teorías de Enfermería 3ª España; Mosby-Doyma, 1994. p102

Los niveles de independencia en la satisfacción de cada una de las necesidades son específicos para cada individuo, conceptualizándose de la siguiente manera:

- ✚ INDEPENDENCIA: Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo a edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida y salud; por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo sin la ayuda de otra persona.⁶⁷

- ✚ INDEPENDENCIA EN EL NIÑO: Alcanzar un nivel aceptable de la satisfacción de sus necesidades; por medio de acciones apropiadas que otros hacen por el de forma normal de acuerdo con la etapa de crecimiento y desarrollo en la que se encuentra.⁶⁸ Es importante hacer hincapié en esto último ya que a medida que el niño crece va modificando sus necesidades y cubriendo otras tantas.

FUENTES DE DIFICULTAD

Cuando el ser humano busca la satisfacción de sus necesidades fundamentales encuentra a menudo obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que hacen que alguna de estas necesidades queden sin satisfacer. Estas *fuentes de dificultad* pueden tener su origen en los diferentes componentes del ser humano y también en el conjunto de experiencias vividas en el pasado o en el presente; por consiguiente estas fuentes de la dificultad pueden relacionarse con problemas de orden físico, psicológico, socioeconómico o de conocimiento.⁶⁹

⁶⁷ Rodrigo M, Fernández C; Navarro M, De la Teoría a la Práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, Masson 1998, p36

⁶⁸ Phaneuf M, Op cit:30

⁶⁹ Riopell L, Grondin L, Phaneuf M. Op. cit:76-77.

Según Virginia Henderson las fuentes de la dificultad están relacionadas con la fuerza, los conocimientos y la voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas:

- ☉ *FALTA DE CONOCIMIENTO*: se identifica como área de dependencia cuando la persona teniendo la capacidad intelectual para comprender y recordar, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o desconoce los recursos y las limitaciones personales, familiares o comunitarios con los que cuenta.⁷⁰

- ☉ *FALTA DE FUERZA*: Puede ser física e intelectual. En el primer caso se trata de los aspectos relacionados con el “Poder hacer” que incluyen la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz y la fuerza peristáltica. La fuerza psíquica, por otra parte se refiere a saber”por que”hacerlo y se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, a la capacidad para percibir o procesar la información interrelacionarla y tomar decisiones.⁷¹

- ☉ *FALTA DE VOLUNTAD*: Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer sus necesidades básicas; asegurándose que la persona sabe que hacer, como y por que hacerlo. En ningún caso la falta de voluntad se refiere a las situaciones en que la persona, en el ejercicio de su derecho a elegir sus propios cuidados de salud, toma la decisión informada de no seguir las prescripciones terapéuticas; en tal caso no existe falta de motivación, sino que su opción de salud no coincide con la que los profesionales consideran que es mejor para ella.⁷²

⁷⁰ Rodrigo M, Fernández C; Navarro M. Op cit:34

⁷¹ Rodrigo M, Fernández C; Navarro M. Op cit:34

⁷² Idem:35

NIVELES DE DEPENDENCIA

Los niveles de dependencia son identificados a partir del razonamiento siguiente: “Una necesidad es una carencia que el individuo debe satisfacer a través de unas acciones determinadas, cuando el no puede satisfacer esta necesidad aparece un problema de dependencia”.⁷³

Bajo este principio podemos definir:

- ✚ DEPENDENCIA: Desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas , ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad sexo, su etapa de crecimiento y desarrollo y su situación de vida y salud. Está causada por una falta de conocimiento, fuerza o voluntad.⁷⁴

- ✚ DEPENDENCIA EN EL NIÑO: Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.⁷⁵

CONTINUUM INDEPENDENCIA – DEPENDENCIA

Existen grados en la satisfacción de las necesidades de una persona y en la dependencia que desencadena, puede darse cierto grado de insatisfacción sin que se suponga necesariamente la dependencia del sujeto, esta se instala cuando una persona debe recurrir a otra para que lo asistan, le enseñen lo que debe hacer o le suplan en lo que no puede hacer por sí mismo; por lo tanto es necesario evaluar la capacidad que la persona posee para satisfacer por si misma sus necesidades, con el fin de evitar lo antes posible la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.⁷⁶

⁷³ Riopell L, Grondin L, Phaneuf M. Op. cit:131

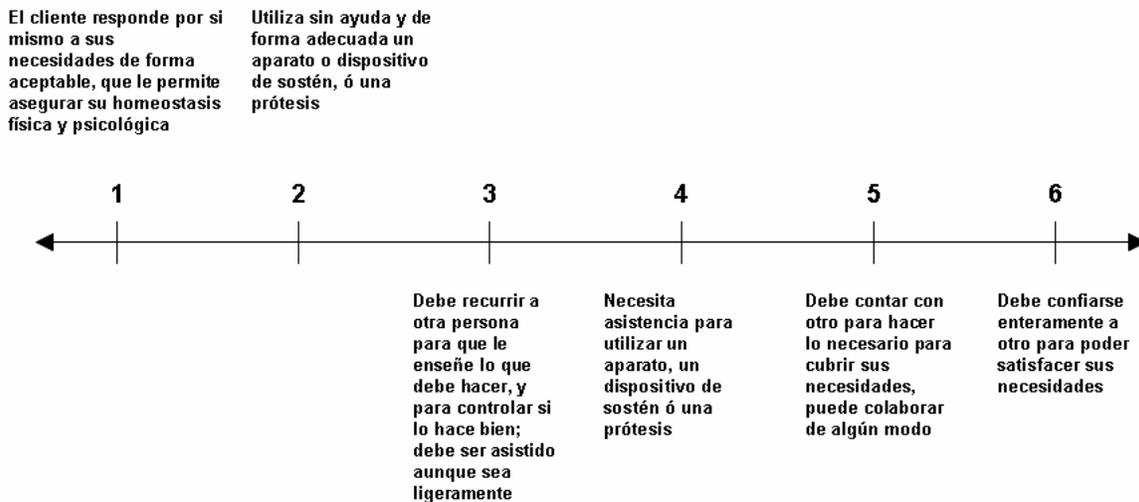
⁷⁴ Rodrigo M., Fernández C; Navarro M. Op cit:37

⁷⁵ Phaneuf M,Op cit:30

⁷⁶ Phaneuf M,Op cit:32

Para facilitar la valoración de este grado de independencia – dependencia Margot Phaneuf creo una tabla que llamada Continuum independencia – dependencia, la cual ilustra los diversos niveles en los que se puede encontrar el paciente.

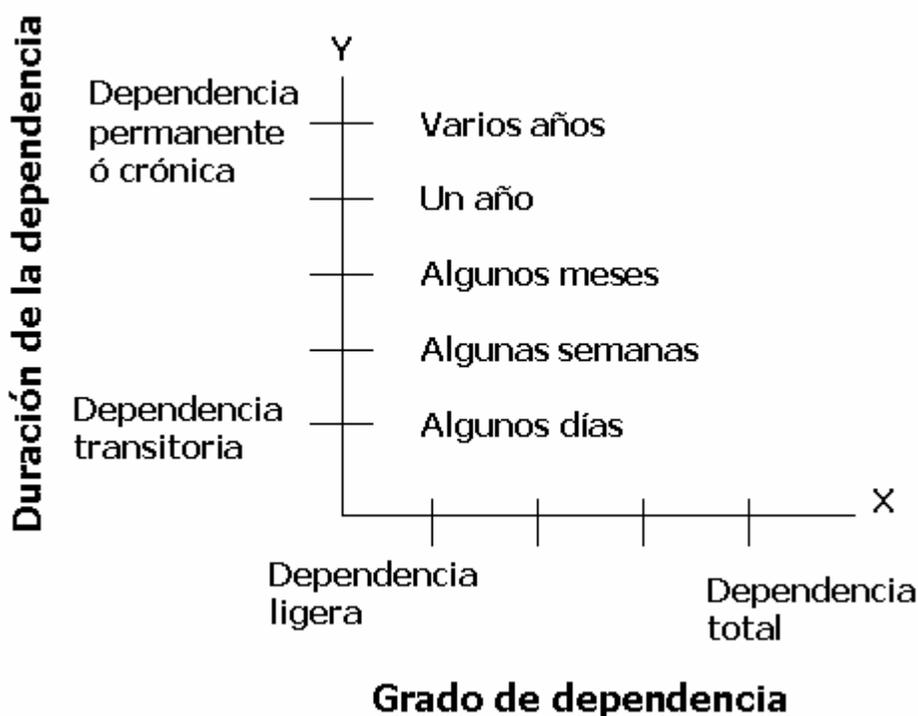
Esta tabla se expresa en grados y de acuerdo con esta, cuando el individuo se encuentra en el grado 1 y 2 se considera independiente, el nivel 3 y 4 sugiere dependencia parcial y por lo tanto el rol profesional será de apoyo para la satisfacción de sus necesidades, y hacia el nivel 5 y 6 se considera dependencia total y aquí el actuar de la enfermera será de suplencia. (Ver Grafica No.1)⁷⁷



⁷⁷ Idem:32.

RELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN Y EL GRADO DE DEPENDENCIA:

No basta con descubrir la dependencia de la persona cuidada, es necesario también determinar su nivel para planificar las intervenciones necesarias; por ende la dependencia de una persona debe ser considerada no sólo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración, ya que puede tratarse de dependencia ligera o total, transitoria o permanente. Debido a esto Phaneuf diseñó una grafica que expresa la relación entre el grado de dependencia y duración de la misma; dicha gráfica coloca en la línea de las X el grado de dependencia, partiendo del 3 (que es donde empieza la dependencia) hasta el 6 (dependencia total) dividiendo este espacio en dependencia ligera y total; en la línea de las Y establece la duración de la dependencia, la cual puede ser transitoria o permanente por un espacio de tiempo determinado. La representación grafica de estos datos nos permite observar que cuanto mayor es la intensidad y la duración de la dependencia más importante es el impacto sobre la persona y los cuidados de Enfermería. (Ver Grafica No.2).⁷⁸



⁷⁸ Idem:32

TIPOS DE DEPENDENCIA Y NIVELES DE PREVENCIÓN:

La dependencia se manifiesta en el paciente por medio de cambios observables en la satisfacción de una necesidad fundamental; este problema debe ser considerado bajo el punto de vista de los tres niveles de intervención es decir, prevención primaria, secundaria y terciaria.⁷⁹

De acuerdo con esto podemos clasificar a la dependencia en:

- ✚ POTENCIAL: Si debido a la presencia de determinadas predisposiciones o de ciertos factores ajenos al sujeto, puede presentarse un problema, la planificación de acciones se hará orientada a evitar su instalación inminente.
- ✚ ACTUAL: Se refiere cuando el problema ya está instalado y se han de emprender acciones correctoras para intentar reducir o limitar consecuencias.
- ✚ DECRECIENTE: Es cuando el paciente se recupera y el rol de la enfermera en este momento, consiste en mantener esta progresión descendente y ayudar al paciente a recuperar su grado óptimo de autonomía.
- ✚ PERMANENTE O CRÓNICA : Sucede cuando a pesar de los cuidados apropiados de enfermería el problema no pudo ser corregido, en este caso el rol enfermero será de suplencia en todo lo que no pueda hacer por sí mismo, ayudándole a adaptarse a sus limitaciones.

⁷⁹ Phaneuf M, Op cit:33

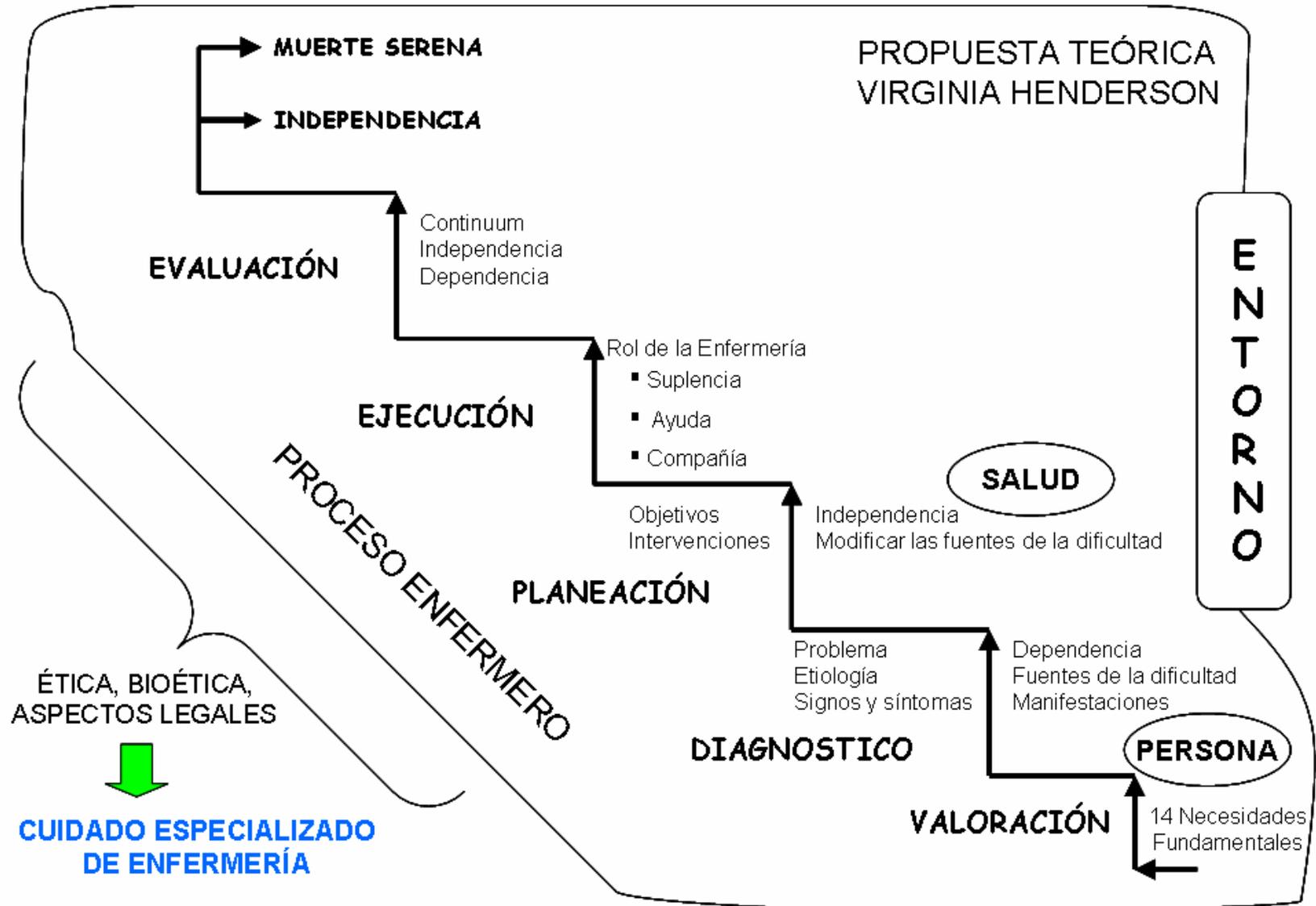
INTEGRACIÓN DEL MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

Después de analizar la propuesta Teórica de Virginia Henderson, nos podemos dar cuenta de su perfecta aplicación en el marco metodológico del proceso Atención de Enfermería, ambos son orientados por aspectos Ético – legales que rigen la Práctica de Enfermería.

- En la primera parte del Proceso de Atención, se realiza una **valoración** de la **persona**, a la cual se le concibe como un todo compuesto por **14 necesidades** que se interrelacionan entre sí; a su vez la persona está inmersa en un **Entorno** en el cual existen factores tanto humanos como ambientales que favorecen o afectan la satisfacción de las necesidades.
- En la etapa de **diagnóstico** se determina el grado de **independencia** o **dependencia**, formulándose los diagnósticos de Enfermería, los cuales identifican las **fuentes de la dificultad o etiología** mediante los signos y síntomas que no son otra cosa que manifestaciones de dependencia.
- La tercera etapa corresponde a la **Planeación**, en esta se formulan objetivos dirigidos a modificar las fuentes de la dificultad, para así lograr la independencia o salud, o en su defecto reducir la dependencia en la satisfacción de las necesidades de la persona.
- En la etapa de ejecución se determina el tipo de intervención **Enfermería** ya sea independiente, interdependiente o dependiente, adoptando un rol de **suplencia, ayuda o compañía** que permitan a la persona recuperar su independencia o bien lograr una muerte serena.
- En la última etapa del proceso se realiza la **evaluación** identificando el grado de independencia alcanzado, para esto utilizaremos el **Continuum Independencia-Dependencia** propuesto por Phaneuf.

Como hemos mencionado anteriormente este proceso Teórico – Metodológico se rige por aspectos Éticos, bioéticos y legales que resguardan la integridad de la persona originando una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado.

MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO



1.4 Leucemia linfocítica aguda como factor dependiente de las necesidades

EPIDEMIOLOGÍA

Con el desarrollo de la investigación epidemiológica en el campo de las neoplasias, se ha podido detectar en las últimas décadas, los padecimientos más frecuentes, su mayor incidencia y los grupos de población más afectados, además de aquellos que por su condiciones económico sociales o con preexistencia de ciertas enfermedades están en peligro de desarrollar determinadas neoplasias, llamado también grupo de riesgo. Dentro de estas neoplasias se encuentra la Leucemia linfocítica aguda que en nuestro país al igual que en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez" representa la tercera causa de mortalidad infantil con porcentaje del 13.3%,⁸⁰ y es que en México cada día se diagnostican alrededor de 3.000 casos de leucemia linfocítica, es el tipo de leucemia más común en niños menores de 15 años.

CONCEPTO: Padecimiento caracterizado por la formación maligna de una o más líneas de células hematopoyéticas, donde la célula transformada y sus descendientes poseen un potencial proliferativo mayor que el necesario para conservar la línea afectada, junto con una relativa deficiencia de respuesta a los mecanismos reguladores de la homeostasis hematológica normal⁸¹

La leucemia linfocítica aguda (LLA) se produce por daños genéticos adquiridos (no heredados) en el ADN de las células en desarrollo dentro de la médula ósea. Sus efectos son:

- 1) El crecimiento incontrolado y exagerado y la acumulación de células llamadas "blastos leucémicos", que no funcionan como las células sanguíneas normales.

⁸⁰ Secretaria de Salud, Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, Diez Principales causas de mortalidad Infantil, julio 2006.

⁸¹ Martínez, R. Novoa J, La Salud del niño y del adolescente, México, Salvat. 1990 :690.

2) El bloqueo de la producción de células normales en la médula, lo que resulta en una deficiencia de glóbulos rojos (anemia) y plaquetas (trombocitopenia) y de glóbulos blancos normales (especialmente neutrófilos, es decir, neutropenia) en la sangre.

CAMBIOS TISULARES. La proliferación y diseminación de las células inmaduras de la médula ósea o blastos, reemplazan a los elementos normales (series roja granulocítica y megacariocítica) de la médula y tienden a infiltrarse en otros tejidos como hígado, bazo, riñones, ganglios linfáticos, cerebro, meninges, huesos, testículos, ovarios y ocasionalmente en pulmones y piel.

Puesto que la célula leucémica es diferente al leucocito normal, existen diferencias metabólicas y cinéticas entre ellas como: la actividad bactericida y fagocítica de las células leucémicas es menor cuando el paciente se encuentra en recaída; las células leucémicas proliferan más rápidamente que las normales, por lo que parecen coexistir como dos poblaciones separadas de células.

SIGNOS Y SÍNTOMAS INESPECIFICOS: Astenia, Palidez, Cefalea, Fiebre, Encías sangrantes, Epistaxis, Presencia de infecciones bacterianas difíciles de erradicar, Pérdida de peso y Adinamia

SIGNOS Y SÍNTOMAS ESPECIFICOS: Petequias, equimosis faciales, sangrado de mucosas y órganos, manifestaciones de infección, crecimientos ganglionares y viscerales, dolores óseos y artralgias. Lo anterior puede caracterizarse por:

- ✓ Síndrome anémico, ocasionado por la depresión eritrocitaria e intensificado por los sangrados.
- ✓ Síndrome hemorrágico debido a la plaquetopenia, alteraciones en la síntesis de los factores en el hígado, consumo anormal de los mismos o manifestaciones por sangrado activo, petequias, equimosis o melena.
- ✓ Síndrome de infiltración, manifestado por el crecimiento de algunos ganglios, hepatomegalia y esplenomegalia, dolores osteoarticulares.

DIAGNÓSTICO PRECÓZ

Historia clínica completa

Examen físico, observando las características relevantes como presencia de sangrado, palidez, astenia, equimosis, crecimientos ganglionares.

Exámenes de laboratorio:

- Biometría Hemática que revela los siguientes datos:
 - Eritrocitos y hemoglobina generalmente bajos, por lo general hay anemia normocítica y normocrómica. Ocasionalmente normoblastos.
 - Leucocitos que pueden estar en cifras normales, elevados o reducidos, en algunos casos se observan grandes cantidades de células patológicas, en otros especialmente con granulocitopenia, la cuenta leucocitaria es normal.
 - Plaquetas que generalmente se encuentran disminuidas y sólo en el 5 y 10% de los casos puede estar en cifras normales.

- Estudio de médula ósea: en la mayoría de los niños, el 50 a 98% de las células nucleadas son formas blásticas, con reducción marcada de los precursores normales eritroide, mieloide y plaquetario; en los niños se realiza de acuerdo a la edad a través de:
 - Valores séricos de ácido úrico que por lo general están elevados.
 - Punción lumbar: En el L.C.R. puede haber pleocitos (consistente en formas blásticas), elevación de las proteínas y disminución de la glucosa.
 - El reconocimiento de formas inmaduras (blastos) que es elemental para el diagnóstico y para confirmar es necesario identificar la morfología de las diferentes variedades de los mismos.
 - Estudio radiológico: De huesos largos y mielograma, zonas osteolíticas de pequeño tamaño en diferentes huesos, elevaciones periólicas bandas de radiotransparencia en las metafisis de los huesos largos, ocasionalmente en los ilíacos.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la Leucemia Aguda Linfoblástica incluye varias fases que se consideran actualmente clásicas y que son:

- La inducción: Es llevar a la remisión al paciente, esto es, una vuelta a la normalidad a nivel de la médula ósea y biometría hemática y en los sistemas que presenta al paciente.

Esta fase del tratamiento consiste en la combinación de dos fármacos, habitualmente Vincristina-Prednisona, aunque también puede ser tres fármacos: Vincristina-Prednisona-Asparaginasa o Daunorubicina, lográndose tasas de remisión muy favorables en un periodo de 4 semanas.

- Intensificación: Una vez que la enfermedad está en remisión, se pasa a la intensificación con el fin de una mayor reducción en la masa de células leucémicas y consiste en la combinación de drogas que incluyen la Adriamicina, Citocín, Arabinócido, Oncovín, etc. Administradas en un curso corto e intensivo, puesto que la quimioterapia sistemática proporciona concentraciones muy pequeñas de fármacos en el L.C.R.
- Profilaxis al S.N.C.: Hoy en día se administra irradiación craneal con quimioterapia intratecal de manera profiláctica a S.N.C. ya que es bien conocido que el sitio inicial de la recaída en el transcurso de la remisión es el cerebro. Irradiación craneal administrada en dosis de 2,400 Rads. y el Methotrexate intratecal, en dosis de 12 MGS dos veces por semana.
- Mantenimiento: Actualmente la terapia de mantenimiento en el paciente pediátrico se prolonga a tres años e incluye la combinación de dos fármacos: Methotrexate y la G-Mercaptodurina
- Otro aspecto que incluye el tratamiento y limitación del daño en el paciente con Leucemia Aguda Linfoblástica es el encaminado a corrección de la anemia, control de la hemorragia, prevención de la nefropatía por hiperuricemia y tratamiento de las infecciones. El grado de anemia está en relación con el tiempo de evolución y la magnitud de las hemorragias; se deben tratar con transfusión de paquete globular, el cual se utiliza como medida correctora de

hipoxia tisular que es la responsable de toda la sintomatología del síndrome anémico.

Los concentrados de leucocitos se utilizan en aquellos pacientes con leucopenia ya sea por anemia aplásica, efectos indeseables de la quimioterapia del cáncer y procesos infecciosos con neutropenias severas.

La hemorragia es ocasionada principalmente por la trombocitopenia, pero además puede estar condicionada por la infiltración leucémica al hígado, lo que ocasiona deficiencia en la síntesis de los factores plasmáticos de la coagulación; según el caso el control de ésta se puede lograr con la aplicación de sangre fresca, concentrado plaquetario o plasma fresco.

PRONOSTICO

Los avances científicos en el área médica brindan actualmente una opción terapéutica más en la corrección de las leucemias: el trasplante de médula ósea que durante los últimos 15 años se han convertido en un recurso de gran valor en el tratamiento de ésta patología.

El trasplante de médula ósea en pacientes leucémicos posee como dificultad principal la reaparición de la Leucemia, lo que puede ocurrir hasta en el 30% de los enfermos transplantados.

De acuerdo con los últimos estudios, es recomendable efectuar el T.M.O. durable la segunda remisión de Leucemia Linfoblástica Aguda, pues se sabe que en ésta fase las células leucémicas no son resistentes y el injerto se aplica en un momento en que su número es escaso, el paciente se haya en buenas condiciones clínicas y puede tolerar mejor el régimen de preparación, la cual puede disminuir la frecuencia de recaídas.

1.5 Aspectos éticos que rigen la atención de Enfermería

“Todo arte y toda investigación y del mismo modo toda acción y elección parecen tender a algún bien, por eso se ha dicho con razón que el bien es aquello a lo que tienden todas las cosas” *Aristóteles*.

La ética, como toda ciencia, posee un objeto material de estudio, en este caso corresponde a los actos humanos, de los que se preocupa no para describirlos sino principalmente para orientarlos, por lo que se le considera una ciencia esencialmente práctica.

Nadie puede negar que experimente cotidianamente una existencia ética o moral, como un conjunto de ideas y criterios de acuerdo a los cuales conduce su vida, sus decisiones y comportamientos, lo que es posible denominar como ética natural. Sin embargo, para el propósito de este estudio, interesa la ética filosófica, que es definida como:

" Una ciencia cuyo objetivo es esclarecer la esencia de la vida moral y las relaciones fundamentales en ella implicadas, con el propósito de formular normas y criterios de juicio que puedan constituir una válida orientación para el ejercicio responsable de la libertad personal"⁸²

Partiendo de este supuesto, la profesión de Enfermería como cualquier otra disciplina, requiere de criterios éticos, que definan y reglamenten su ejercicio profesional, por lo tanto es necesario mencionar en este estudio, los elementos que sustentan y orientan la realización del presente caso clínico.

La eticidad de una investigación no sólo depende del cumplimiento de algunas normas o principios éticos, como respetar la autonomía de la persona o de la rigurosidad deontológica en la metodología empleada, sino además de otros elementos igualmente importantes que deben estar situados en un contexto más amplio, como responder verdaderamente a necesidades reales de la humanidad,

⁸² Rodríguez L, *Ética y bioética de las Ciencias de la Salud*, México Interamericana 1993: 35.

que los beneficios obtenidos alcancen el máximo de personas, que exista relación entre el costo-beneficio, entre otros aspectos.⁸³

La observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionalista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionalistas le otorgue.

La ética exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber en cada momento y circunstancia concreta, esta responsabilidad es intransferible, ya que cada uno es responsable de sus actos, de sus aciertos y errores morales. Por tanto la ética es parte fundamental sobre la cual la Enfermería se sustenta y por ende lo más importante no es saber ética, sino practicarla correctamente.

El ejercicio profesional de Enfermería es una constante interacción con la persona, concepto clave de la definición y práctica de de la Enfermería. Por persona se entiende a un ser humano único y complejo que posee una especial dignidad que la hace fin en si misma, y no debe ser utilizada como medio, ni reducida a instrumento, por consiguiente tiene libertad de decidir y autodeterminarse.

Es precisamente esta dignidad ontológica o constitutiva la que debe fundamentar todo lo planteamiento ético en la practica de Enfermería. A la Enfermera lo que la ética le solicita y aún más le exige es que de un testimonio unánime a través de sus acciones, de lo que son sus convicciones acerca de la dignidad humana.⁸⁴

El objetivo principal de la Enfermería es el cuidado de la salud del ser humano, considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona esta enfrentando en el momento en que ha perdido la salud, la Enfermera le ayuda a entender y a tener

⁸³ Parra J, Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el Proceso de Atención de Enfermería, Revista Cubana de Enfermería 2001;17(2) :13

⁸⁴ Polaina-Lorente, La persona humana y su dignidad como valor prioritario en las ciencias de la salud México 1998:59

un conocimiento de la situación, que le permita incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas. Es ella a diferencia de otros profesionales de la salud quien tiene la maravillosa oportunidad de establecer comunicación personal con los pacientes en el contexto de su mundo único, por ello a través de proporcionar los cuidados la Enfermera debe buscar esa comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud ética, a diferencia de sólo mostrar su destreza técnica, que únicamente transforma lo externo en superficial.

La Enfermera a través del cuidado pone en marcha todo aquello que mueve las energías del ser humano, su potencial, su deseo de vivir. El cuidado es una actitud que trasciende de las dimensiones de la realidad humana. Tiene una tesitura de extraordinaria dimensión antropológica y moral, ya que conlleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, por que la primera esta en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios.

En consecuencia a todo lo anterior la formación de la enfermera adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la profesión, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional. Aunado a estos el profesional de Enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento, las cuales se sustentan en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y lugar.

Así cualquier intervención de Enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo la Secretaria de Salud a través de la Comisión Interinstitucional de Enfermería, definen los principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto de todas las intervenciones de Enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basados en el conocimiento

mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

- ♣ *Beneficencia y no maleficencia.* Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.
- ♣ *Justicia.* No se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traduce en un trato humano.
- ♣ *Autonomía.* Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de Enfermería.
- ♣ *Valor fundamental de la vida humana.* Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.
- ♣ *Privacidad.* El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Otro aspecto legal de la práctica de Enfermería es el consentimiento informado, que es un acuerdo con el paciente por el cual este acepta un tratamiento o una intervención, tras haber recibido información completa, incluyendo las ventajas y los riesgos del tratamiento ofrecido por el médico. Generalmente el paciente firma un formulario que proporciona la Institución. El formulario es un registro del consentimiento informado, no el consentimiento informado en si mismo.

Existen dos tipos de conocimiento: explícito e implícito. El primero puede consistir en un acuerdo verbal o escrito. En general, cuando más invasivo es un procedimiento y/o cuando mayor es el riesgo para el paciente, mayor es la necesidad de un acuerdo escrito. El segundo se produce cuando el comportamiento no verbal del individuo implica un acuerdo.

Existen tres elementos principales del consentimiento informado:

- 1) El consentimiento debe otorgarse voluntariamente, 2) El consentimiento lo debe dar un paciente o una persona con la competencia y la capacidad para comprender los hechos y 3) El paciente o la persona deben recibir la información suficiente para poder tomar la decisión definitiva.

Por todo lo anterior se llega a la conclusión de que todos los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad. Para lograr tal objetivo se creó el DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA (para las Enfermeras y Enfermeros de México) que compromete a las Enfermeras profesionales a tener una estimación y respeto a si mismas y a los demás, a amar la vida en cualquiera de sus formas y a manifestar sus valores a través de la paciencia e inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su practica con un alto sentido ético y de satisfacción propia.

Para el desarrollo de esta investigación es necesario reflexionar, que un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista, para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad.

DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA

Para las Enfermeras y Enfermeros de México

La observancia del Código de Ética, para el personal de Enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de Enfermería libres de riesgo.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas a quienes atiende, sin distinción de raza, clase social, creencias religiosas y políticas.
4. Asumir su responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando sus cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgos y daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas sujeto de la atención de Enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con sus colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de Enfermería.
8. Asumir la responsabilidad de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

II. METODOLOGÍA

2.1 Presentación del caso clínico.

M.M.A. Escolar femenina de 6 años 8 meses de edad, quién es la 4ª hija de seis hermanos, perteneciente a una familia integrada, funcional con relaciones afectivas fuertes entre sus integrantes; de medio socioeconómico y educativo bajo. Su padre de 32 años de edad, con escolaridad de primaria incompleta se dedica a la agricultura y a la venta y recolección de leña con ingresos económicos de 300 pesos semanales aproximadamente; madre con la misma escolaridad dedicada al hogar y hermanos de 14, 12, 9, 4. y 3 años respectivamente de los cuales sólo el mayor asiste a la escuela.

Originarios y residentes de el estado de Oaxaca habitan casa prestada por abuela paterna construida a base de lámina, adobe y plástico, de una planta la cual consta de un cuarto y una cocina pequeña, cuentan con servicio público de luz, agua acarreada del pozo y la disposición de excretas se realiza en letrina; los medios de transporte de la localidad se conforman de caballos, burros y un camión colectivo. Desde Febrero del 2006 y por fines terapéuticos ha sido necesario que la madre y la paciente se trasladen al DF, para residir en casa de tía Materna en donde cuentan con los servicios básicos de urbanización y apoyo económico de familiares.

Fue producto de la gesta IV, embarazo no planeado, deseado sin control prenatal, aparentemente normoevolutivo, llegando a término por vía vaginal en medio fortuito (casa) atendido por partera empírica, la madre recuerda que lloró y respiró al nacer . Se brindó seno materno exclusivo hasta los cuatro meses de edad, iniciando con ablactación y atoles a base de maíz y arroz, integrada a dieta familiar al año de edad, cuenta con esquema de vacunación incompleto para la edad.

Inicia con sostén cefálico entre el primer y segundo mes de vida extrauterina, sonrisa social al mes, fijación de la mirada a los dos meses, sedestación a los seis meses, bipedestación a los ocho meses, deambulación a los 22 meses, control de esfínteres a los 28 meses, empieza a reconocer familiares a los 8 meses y a pronunciar bisílabos a los 15 meses de edad.

Inicia padecimiento cardíaco desde el nacimiento, con fatiga de pequeños esfuerzos, disnea, cianosis y deformidad torácica, por lo que la madre la lleva a centro de salud rural donde es trasladada al Hospital Estatal de Oaxaca para diagnóstico y tratamiento, sin embargo en esta Institución se detecta precordio hiperdinámico con soplo de eyección en tercer espacio intercostal izquierdo grado III, dada esta situación es remitida al Hospital Infantil de México "Federico Gómez" para su manejo especializado; Una vez valorada por el servicio de cardiología de dicho Nosocomio se establece el diagnóstico médico de Persistencia del Conducto Arterioso e Hipertensión Pulmonar, decidiéndose su manejo por la consulta externa para programación de cirugía, sin embargo la madre interrumpe su tratamiento de la pequeña y decide volver a su lugar de origen sin avisar ni consultar a ningún personal médico del Hospital Infantil o de alguna otra Institución de salud.

No es hasta el 16-02-06 cuando es remitida nuevamente al Hospital Infantil de México "Federico Gómez" por el Hospital Estatal de Oaxaca, esta vez por fiebre y dificultad respiratoria de tres días de evolución caracterizada por tiros intercostales, disnea, polipnea y campos pulmonares con rudeza respiratoria; además de sialorrea, ruidos cardíacos rítmicos con galope, faringe y amígdalas hiperémicas con placas blanquecinas. Debido a este cuadro clínico se realiza el mismo día placa de Rx. de Tórax, revelando aumento de la trama broncopulmonar y cefalización de flujo, con índice torácico de 0.54, por lo que se decide su hospitalización en el servicio de Urgencias. El 21-02-06 se realiza raspado de lesión faríngea, el cual muestra células de epitelio plano sin alteraciones pero con numerosas colonias bacterianas (cocos y bacilos). Como el cuadro clínico no

remitía en lo más mínimo con el manejo terapéutico establecido, se decide realizar un aspirado de médula ósea el 22-02-06 revelando células PRE B con expresión mieloide, confirmándose el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica aguda grado 2, desde este momento es manejada por el servicio de Oncología del Hospital Infantil de México, el cual solicita endoscopia por sospechar de una probable candidiasis esofágica la cual es confirmada por dicho estudio, implementándose manejo terapéutico.

M.M.A. evoluciona favorablemente al tratamiento antimicótico y a la terapia transfusional y es dada de alta el 03-03.06 al completar esquema de ventana esteriodea, con última BH reportando: Hb 11. Hct. 32, Leucocitos 1600, Nt 24, blastos 3%. Se cita a Consulta Externa de Oncología para establecer protocolo de tratamiento. Sin embargo el 13-03-06 ingresa nuevamente al servicio de urgencias con datos clínicos de colitis neutropenica, por lo que es ingresada a la Unidad de terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) permaneciendo en este servicio aproximadamente 15 días, posteriormente es trasladada al servicio de Oncología donde continúa su estancia y se decide protocolo de quimioterapia, para después ser programada para cirugía cardiovascular.

Es en este momento cuando es captada para estudio de caso, por la estudiante de Enfermería Infantil, contando con los siguientes datos de importancia:

Signos vitales	
Temperatura	36.8°C
Respiración	48x'
Presión arterial	90/60mmhg
Frecuencia cardiaca	106x'

Somatometría	
Peso	15.600 gr.
Talla	1.11 cm.
Perímetro abdominal	48 cm.
Perímetro torácico	80 cm.
Perímetro braquial	26 cm.

Laboratorio clínico	
Hemoglobina	9.7
Hematocrito	28.5
Leucocitos	8300
Segmentados	28%
Monocitos	12%
Plaquetas	10.000
Densidad urinaria	1010
PH urinario	6

Patrón de eyección ventricular	90%
--------------------------------	-----

Habitus Externo: Escolar femenino, consciente, orientada en espacio y tiempo, con edad aparente menor a la cronológica, con facies características de paciente oncológico con sonrisa tímida, en sedestación con actitud libremente escogida, aparentemente bien conformado, con movimientos espontáneos, palidez generalizada de tegumentos, facies de, cooperadora, vistiendo pijama hospitalaria en cuarto de hospitalización, realizando iluminación de dibujos.

Descripción de las Necesidades

La necesidad de **SEGURIDAD Y PROTECCIÓN** se valora el 4 octubre 2006, encontrándose en dependencia transitoria grado 5. Ya que el escolar presenta perfil sanguíneo anormal (Trombocitopenia 63,000mm³) En la exploración física focalizada se encontró: escolar en posición libremente escogida., facies de tristeza, petequias en tórax anterior y posterior. Al mismo tiempo el cuidador primario refiere temor por probables complicaciones por la enfermedad de base.

Otro factor que altera esta necesidad es que la pequeña se encuentra especialmente susceptible a infecciones recurrentes, debido a que la leucemia linfocítica aguda produce crecimiento incontrolado y exagerado de células llamadas "*blastos leucémicos*", que bloquean la producción de células normales en la médula, lo que resulta en una deficiencia de glóbulos rojos (*anemia*) y plaquetas (*trombocitopenia*) así como glóbulos blancos normales (especialmente neutrófilos, es decir, *neutropenia*) en la sangre.

La pequeña Cuenta con esquema de vacunación incompleto para la edad, está pendiente la revisión de la cartilla de vacunación.

Se realiza seguimiento de esta necesidad el 22 de febrero 2007 cuando Arisbeth, acude a su semana 35 de quimioterapia de mantenimiento con Oncovín y Ara C; la madre refiere que Arisbeth presentó fiebre de 38°C, hace 3 días, por lo que le proporcionó paracetamol dosis única, remitiendo el cuadro febril. a la exploración física sin foco infeccioso evidente con Leucopenia de 2500 ul/mm³, neutrófilos 1900mmul/mm³, temperatura de 36.7°C, frecuencia cardiaca de 90xmin, frecuencia respiratoria de 22xmin. Se establece Nivel de Dependencia Transitoria, grado 5.

Así mismo la necesidad de **OXIGENACIÓN** es valorada el 5-October-2006, estableciéndose dependencia transitoria grado 5, ya que la niña padece de anomalías anatómicas de la circulación pulmonar desde el nacimiento. A la exploración física se observa Escolar femenino, consciente, orientada en espacio, lugar y tiempo, con edad aparente menor a la cronológica, en sedestación, con actitud forzada a expensas de catéter periférico en miembro superior derecho, palidez generalizada de tegumentos (++), facies de sonrisa tímida, cooperadora, vistiendo pijama hospitalaria y realizando iluminación de dibujos. Nariz recta ligeramente aplanada de color uniforme, respiración nasal sin alteraciones, mucosa nasal rosada sin embargo cornetes hipótroficos, labios pálidos simétricos palpación y percusión sin molestias. Orofaringe de color rosa pálido, cuello cilíndrico traquea ligeramente orientada a la derecha, movilidad no comprometida,

no se palpan masas, pulsos carotídeos galopantes simétricos entre sí y homocratos con el radial, braquial e inguinal con buena intensidad percibiéndose en toda el área cardiaca, tórax elíptico con protuberancia de los huesos costales de hemitórax anterior izquierdo de coloración más clara que el resto del cuerpo anterior, tetillas en la línea media clavicular, sensibilidad y temperatura uniforme ,a la percusión se obtiene sonido mate desde el tercer espacio intercostal hasta el sexto, tórax posterior de coloración uniforme con pequeños lunares redondos oscuros obteniéndose a la percusión sonido claropulmonar, llenado capilar de 2". Cuenta con Patrón de eyección ventricular del 90%, Respiración 48x' Presión arterial de 90/60mmhg, Frecuencia cardiaca de 106x', Perímetro torácico de 80 cm. Hemoglobina 9.7 Hematocrito 28.5

De igual manera la necesidad de **NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**, Es valorada 13-marzo-07 cuando la niña acude a su semana 35 de quimioterapia (con Oncovín y Ara C). El cuidador primario informa que hace 24 horas, la pequeña presentó fiebre de inicio súbito cuantificada en 38° C, que dura una hora, cediendo con medios Físicos; sin embargo reaparece cuadro febril durante la madrugada, razón por la que acude al servicio de urgencias del H.I.M.

A la exploración física se aprecia cavidad oral bien hidratada, con lesiones blanquecinas que se desprenden con facilidad, faringe hiperémica; la paciente refiere dificultad para la ingesta de alimento. Temperatura de 37.4°C. Biometría Hemática: Hb. 9.4, Leucocitos 2500 ul/mm³, (segmentados 4%, linfos 85%) plaquetas 4600 ul/mm³. Por todo lo anterior se establece dependencia transitoria grado 5.

Por otro lado La necesidad de **DESCANSO Y SUEÑO** se determina en dependencia ligera transitoria grado 3 el día 5-October-2006 cuando se detecta que duerme 11 horas en total, habitualmente se duerme a las 10pm y se despierta a las 9 a.m., no necesita enseres para conciliar el sueño, no acostumbra siesta, no tiene hábitos para dormir, duerme con luz o sin ella, no usa pijama, tan solo cuando se siente cansada se acuesta en su cama y se queda dormida.

Durante su estancia hospitalaria refiere que no ha tenido problemas para el descanso y sueño, al contrario refiere que duerme mejor en el Hospital por que esta limpia, tiene ropa cómoda y la cama está más confortable Aunque durante la hospitalización tiene interrupciones del sueño por las actividades del personal de salud y los constantes cambios en el ambiente hospitalario (luces atoda hora, ruidos, etc.). A la exploración física focalizada se encontró: Ojos: parpado con piel íntegra, conjuntiva rojiza, irritada. Durante la exploración se observa bostezos constantes así como verbalización de despertarse antes de lo deseado.

La necesidad de **VESTIRSE ADECUADAMENTE**, es valorada el día 7-October-2006 , determinándose Nivel Dependencia Transitoria, grado 3. Debido a que el cuidador primario, refiere que cuando la niña se encuentra en casa, ella escoge su ropa que se va a poner, siendo su ropa preferida los pantalones de mezclilla y las playeras de princesas, sin embargo como no cuentan con recursos económicos, la niña utiliza la ropa que le regalan. También refiere cambio de ropa cada tercer día y que procura que el tipo de ropa sea de acuerdo al clima. Sin embargo a pesar de que Arisbeth es capaz de vestirse sola, durante su estancia hospitalaria es vestida por su mamá, ya que Arisbeth dice “No tengo ganas”. Usa pijama proporcionada por el Nosocomio, la cual es de franela de dos piezas(camisón y pantalón) con estampado de dibujos infantiles, de color rosa, Arisbeth dice “Me gusta la ropa del hospital, por que me hace verme bonita”, cambio de ropa diario; así mismo se encuentra peinada con una coleta sujeta con ligas adornadas con fresas de plástico, la pequeña también refiere que :“le gustan mucho” los accesorios para el cabello, no utiliza calcetas y sus zapatos son sandalias de plástico.

La necesidad de **HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**, Es valorada el 5-October-2006, encontrándose un Nivel y Grado de Dependencia, Transitoria, grado 3. El cuidador primario informa que el escolar, Acostumbra su baño en casa cada 5 o 6 días aproximadamente, debido a la escasez de agua. Cuando se encuentra hospitalizada se baña cada tercer día, le gusta que su mamá la bañe con agua muy caliente y que la peine para sentirse “bonita”. De igual manear la madre refiere que en su familia no tienen el Hábito de lavarse los dientes en forma

regular ni de asistir al dentista, por lo que Arisbeth se cepilla los dientes una vez al día (sin tener horario definido) y su primera visita al dentista la tuvo durante su hospitalización en el HIM. Por lo que la pequeña no está consciente de la importancia de una adecuada higiene dental. A la exploración física se observan dientes amarillos, placa dentobacteriana y caries en primeros molares inferiores.

El 26-Noviembre-2006, se realiza la valoración de la necesidad de **COMUNICACIÓN**, la cual se establece en nivel de dependencia grado 3, ya que, a pesar de que su familia es nuclear y funcional, entre ellos no se acostumbra la comunicación verbal, debido al tipo de educación que recibieron sus padres, por lo que a pesar de que la niña no tiene ninguna alteración aparente en los órganos de los sentidos es incapaz de expresar abiertamente sus sentimientos y deseos, ya que no le han enseñado a utilizar una comunicación asertiva con los integrantes de su familia. Durante los seguimientos se muestra tímida, temerosa y reservada.

El 25-Noviembre-2006 es valorada la necesidad de **CREENCIAS Y VALORES**, la cual se encuentra en dependencia transitoria grado 3, puesto que a pesar de que, los padres de la niña profesan la religión católica, no participan en las actividades de esta religión, la madre refiere que acuden a misa aproximadamente cada mes y que la pequeña los acompaña. La mamá piensa que es mala suerte la enfermedad de su hija y le aplica los remedios caseros que sus familiares y amigos le aconsejan. La niña refiere que “Quiero aprender a leer y escribir porque quiero hacer mi primera comunión”. Se observa imagen de la virgen de Guadalupe en la cabecera de la cama y la mamá guarda en el buró la oración de los enfermos, la cual dice rezar, cuando la pequeña está muy delicada.

El 10 de Septiembre del 2006, se realiza la valoración de la necesidad de **APRENDIZAJE**, esta se encuentra en nivel de dependencia transitoria grado 3; ya que a pesar de que el escolar no presenta ninguna alteración en los órganos de los sentidos, el proceso de enseñanza – aprendizaje debería ser normal en ella, sin embargo como nunca ha asistido a la escuela, sus habilidades cognitivas no corresponden a su etapa de crecimiento y desarrollo. Durante su estancia

hospitalaria ha sido beneficiada con el programa “Escuela en el Hospital” por lo que ha tenido la oportunidad de asistir a clases de preescolar, lo que le causa gran satisfacción y emoción, la pequeña refiere que le gustaría mucho asistir a la escuela siempre, más la madre señala que por el momento ella no puede darle ese privilegio debido a la situación económica y de salud, así que la pequeña solo asistirá mientras se encuentre hospitalizada. Por otro lado la mamá de Arisbeth refiere que la pequeña fue hospitalizada para su semana 7 de quimioterapia, con Oncovín y Ara C, la cual transcurrió sin ningún contratiempo, sin embargo la van a dar de alta en dos días, y la mamá señala que ha recibido información por el médico, acerca de que es posible que se infecte o sangre, posterior a cada ciclo de quimioterapia. Debido a esta situación el cuidador primario refiere tener “muchas dudas” y preocupación acerca de los efectos secundarios de la quimioterapia, menciona “No se que voy a hacer si se me pone mal en la casa”

La necesidad de **REALIZACIÓN** es valorada el 30 de enero del 2007, determinándose un nivel de dependencia Transitoria, grado 3, puesto que la niña antes de estar hospitalizada no asistía a la escuela, tampoco realizaba actividades recreativas y educativas propias de su edad, al contrario ejecutaba roles que no le corresponden, por ejemplo: ocuparse de sus hermanos menores y realizar actividades domésticas; cuando se le pregunta qué actividades le gustaría realizar la pequeña menciona “las que realizan otros niños. Aunado a esta situación desde que inició el tratamiento con quimioterapia la pequeña y su mamá se mudaron a casa de tía abuela materna, han visitado a su familia en el estado de Oaxaca 3 veces en 9 meses, la mamá refiere que últimamente la pequeña se muestra más callada, triste y con llanto fácil. Actualmente Arisbeth se encuentra adaptada al medio hospitalario, sin embargo se muestra triste y deprimida por la caída de su cabello y el malestar que le provoca la quimioterapia. Cursa su semana 34 de 112 de quimioterapia

En relación a la necesidad de **RECREACIÓN**, es valorada el 6-October-2006, determinándose un nivel de dependencia Transitoria, grado 3; debido a que la

mamá refiere que la pequeña se aburre durante el día, que a veces está enojada y seria, y como no le puede comprar juguetes y no sabe qué hacer para distraerla. A la inspección el escolar presenta facies de aburrimiento, el cual expresa verbalmente, dice extrañar las actividades que realizaba con sus hermanos, antes de ser trasladada a la ciudad de México para su tratamiento “Aquí no tengo con quien jugar, ni nada que hacer”.

La necesidad de **ELIMINACIÓN** se valora el 26-Mayo-2007 encontrándola en un nivel de dependencia Transitoria, grado 6, ya que el cuidador primario refiere que la pequeña, ingreso el 21 de mayo al servicio de Oncología, para su semana 36 de quimioterapia con Oncovín y Ara C, la cual transcurrió sin ningún contratiempo y fue dada de alta el 24 del mismo mes. Sin embargo al día siguiente, la paciente inicia con dolor abdominal vespertino, intensificándose por la noche, al cual se le agrega la presencia de fiebre cuantificada por el cuidador primario en 39°C, y deposiciones líquidas fétidas con frecuencia de 7 en dos horas; motivo por el cual la trae al servicio de urgencias del H.I.M.

A la exploración física se aprecia palidez generalizada de tegumentos (++), facies de dolor y cansancio, petequias generalizadas acentuadas en tórax anterior y extremidades, acompañadas de lesiones equimóticas, abdomen globoso, duro, doloroso a la palpación superficial (acentuado en fosa iliaca y flanco derecho). Evacuaciones líquidas fétidas en 10 ocasiones en 24 horas (1200ml.). Temperatura de 38.8°C, Frecuencia cardiaca de 140 x', Presión arterial de 80/63 mmHg.

Exámenes de laboratorio: Leucocitos totales de 200/mm³; amilasa sérica normal (29 u/L). Radiografía abdominal: Escaso aire distal; nivel hidroaéreo en la fosa ilíaca derecha; aumento del espacio interasa.

La necesidad **MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:** Se valora el 5- Octubre-2006, encontrándose en independencia, con los siguientes datos: Se refiere sedestación a los 6 meses, bipedestación a los 8 meses y deambulación a los 22 meses. El escolar se encuentra en posición libremente

escogida (sentada), se realiza valoración neurológica con escala de Glasgow de 15/15, valoración de pares craneales sin alteraciones, se realizan movimientos de cabeza y cuello sin dificultad, las extremidades superiores e inferiores se encuentran simétricas y alineadas con reflejos bicipital, radial y tricipital normales (++)), movimientos amplios con tono y fuerza muscular normal con 100% según escala de Lovett. La marcha dirigida al movimiento activo hacia adelante se inicia y se detiene con facilidad.

La necesidad de **TERMORREGULACIÓN**, es valorada el 08 de febrero del 2007 determinándose un nivel de dependencia Transitoria, grado 5, puesto que la madre refiere que la niña recibió su quimioterapia con Oncovín y Ara C (semana 34) el 30 de enero 07. De igual manera informa que inicia el día de hoy con fiebre cuantificada de 39°C que no cede a medios físicos ni a paracetamol, razón por la que acude al servicio de urgencias del H.I.M. con escalofrío y molestias.

A la exploración física se corrobora temperatura corporal de 38.5°C, frecuencia respiratoria de 36 y cardíaca de 180 latidos por minuto, se aprecia piloerección, diaforesis y se obtiene BH con leucocitos de 7.900 ul/mm³, mielocitos 2, bandas 41, segmentados 15, linfocitos 26.

2.2 Instrumentos y métodos en la elaboración del Estudio de Caso

Se utilizó como método el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) ya que mediante este el profesional es capaz de aplicar su capacidad de razonamiento crítico, con un enfoque basado en el método científico; de igual manera se toma como base Teórica el modelo de Virginia Henderson ya que sus postulados tienen perfecta aplicación en el marco metodológico del PAE. Siguiendo los pasos que comprende la primera etapa, se valoraron las 14 necesidades fundamentales, estas valoraciones fueron exhaustivas y focalizadas, para lo cual se requirió del formato de reporte diario, utilizándose la observación, la entrevista tanto a la madre como a la pequeña y la exploración física de la nena a través del método clínico.

Los datos fueron obtenidos de fuentes primarias (paciente), y fuentes secundarias (expediente clínico, madre, personal de salud y bibliografía).

La validación de los datos objetivos y subjetivos que se obtuvieron, se llevó a cabo a través de la consulta de bibliografía, Médico especialista, estudios especiales como aspirado de medula ósea, fracción de eyección ventricular y análisis químico de sangre.

Así mismo para el desarrollo de este caso, se tomó en cuenta la valoración continua del estado de independencia o dependencia, del paciente escolar femenino, con leucemia Linfoblástica aguda, solicitándose la autorización por escrito del cuidador primario (Madre) en una carta de consentimiento informado.(Anexo No 1)

El registro y organización de los datos se llevó a cabo en formatos especiales proporcionados por las tutoras de la especialidad:

- Para la valoración exhaustiva que se realizó el 9 octubre del 2006, se utilizó el formato *“Valoración de las Necesidades Básicas en los menores de 6 – 12 años”* el cual nos permite organizar la información de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson los que nos facilita su jerarquización, la elaboración de Diagnósticos de Enfermería y el plan de intervención, además de que nos proporciona datos demográficos, familiares y comunitarios. (Anexo N° 2)
- Para la valoración focalizada que se llevó a cabo en cada seguimiento se utilizó la hoja de reporte diario, la cual hace énfasis en la exploración física focalizada, además permite describir los datos subjetivos, objetivos, fuentes de la dificultad, diagnósticos de Enfermería y establecimiento del grado de dependencia(a través de la tabla continuum independencia - dependencia) y rol de la Enfermera.(Anexo N° 3))

Las variables del presente estudio fueron las catorce necesidades fundamentales propuestas por Henderson V. El análisis de cada necesidad se realizó de acuerdo a los indicadores de Independencia – Dependencia, y se realizaron seguimientos de cada una de las necesidades para detectar el grado en el que se encontraban. Para establecer el grado de Dependencia se utilizó la grafica elaborada por Phaneuf llamada *Cuntinuum independencia – dependencia*, la cual consta de seis niveles, el grado 1 y 2 pertenecen a la independencia, y los niveles 3,4, 5 y 6 enuncian el grado de dependencia.

El control de la evolución de los cuidados se oriento a través del asesoramiento continuo del tutor clínico

2.3 Proceso de Construcción del Diagnóstico de Enfermería.

Gracias a la realización de valoraciones focalizadas fue posible la identificación de las fuentes de la dificultad que establecen el grado de independencia y/o dependencia de las necesidades básicas, lo que permitió la elaboración de diagnósticos reales, para los cuales se utilizó el formato PES, que integra problema, etiología y signos y síntomas.

Para los diagnósticos de Riesgo Se utilizó la etiqueta relacionada con el factor predisponerte.

De igual manera la valoración integral de las necesidades permitió identificar situaciones de riesgo y por ende nos permitieron elaborar diagnósticos de riesgo, también se formularon diagnósticos de bienestar en aquellas necesidades que se encontraban en independencia.

Los Diagnósticos se elaboraron con base a la propuesta taxonómica de la NANDA 2006, sin embargo fue necesaria la integración de conceptos de Henderson.

Debido al tratamiento citotóxico la paciente tuvo modificaciones del estado Independencia – Dependencia, y por lo tanto de los diagnósticos de Enfermería, los cuales se establecieron durante los 15 seguimientos realizados en un periodo comprendido de octubre del 2006 hasta mayo del 2007.

En total se identificaron:

- ✚ 6 Diagnósticos potenciales
- ✚ 6 Diagnósticos de riesgo
- ✚ 3 Diagnósticos de bienestar

A continuación se presenta un cuadro que expone los Diagnósticos de Enfermería, tanto potenciales, como de riesgo y de bienestar; sin embargo cabe mencionar que se ordenaron jerárquicamente, para fines de presentación del estudio.

Jerarquización de Diagnósticos

Necesidad	Diagnóstico	Tipo de Diagnóstico	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Nivel y Grado De dependencia	Tipo de prioridad
Eliminación	Descompensación hemodinámica, relacionada con pérdidas activas del volumen de líquidos (diarrea, fiebre) manifestado por Aumento de la frecuencia cardiaca, disminución de la presión arterial, aumento de la temperatura corporal y disminución de la diuresis.	Real	26 mayo 07	Física	Transitoria Grado 6	Alta
Seguridad y Protección	Alto riesgo de sangrado, relacionado con perfil sanguíneo anormal (Trombocitopenia 63,000mm ³) Alto riesgo de infección sistémica, relacionado con alteración de las barreras secundarias (leucopenia de ul/mm ³ y neutropenia de1900mmul/mm ³).	Riesgo	4 Octubre 06	Física y de Conocimiento	Transitoria grado 5	Alta
		Riesgo	22 febrero 07	Física y de Conocimiento	Transitoria, grado 5	Alta

Termorregulación	Alteración del bienestar físico relacionado con elevación de la temperatura corporal manifestado por frecuencia respiratoria de 36 y cardiaca de 180 lx', diaforesis, escalofrío, piloerección, piel caliente al tacto y verbalización de malestar	Real	8 febrero 07	Física y de Conocimiento	Transitoria, grado 5	Alta
Nutrición E Hidratación	Deterioro de la mucosa oral relacionado con efectos secundarios de citotóxicos (Oncovín y Ara C) manifestado por lesiones blanquecinas en lengua y ambos carrillos, faringe hiperémica y malestar oral.	Real	13 marzo 07	Física y de Conocimiento	Transitoria, Grado 5	Alta
Oxigenación	Alto riesgo de alteración Hemodinámica relacionado con anomalías anatómicas de la circulación pulmonar.	Riesgo	5 octubre 06	Física	Transitoria, Grado 5	Alta

Higiene y protección de la piel	Deterioro de la dentición relacionado con desconocimiento de la importancia de la higiene dental, manifestado por dientes amarillos, placa dentobacteriana y caries en primeros molares inferiores.	Real	5 Octubre 06	Conocimiento	Transitoria, grado 3	Media
Recreación	Déficit de las actividades recreativas relacionado con entorno hospitalario desprovisto de actividades recreativas propias de su etapa de crecimiento y desarrollo, manifestado por, facies de aburrimiento y expresión verbal del mismo.	Real	6 octubre 06	Física y de Conocimiento	Transitoria, grado 3	Media
Vestido y desvestido	Déficit del vestido relacionado con falta de motivación, manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse o quitarse las prendas de ropa necesarias.	Real	7 octubre 06	Voluntad y conocimiento del cuidador primario	Transitoria, grado 3	Media
Aprendizaje	Riesgo de lesión física a cualquier nivel relacionado con falta de conocimientos del cuidador primario acerca de los cuidados en casa de la paciente.	Riesgo	10 Sep. 06	Conocimiento del cuidador primario	Transitoria, grado 3	Media

Realización	Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con cambios de la imagen corporal.	Riesgo	30 enero 07	Física y de Conocimiento	Transitoria, grado 3	Media
Creencias y valores	Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con falta de conocimiento y voluntad del cuidador primario, para integrar al paciente a actividades religiosas, propias de su edad.	Riesgo	25 Nov. 06	Voluntad y conocimiento del cuidador primario	Transitoria, grado 3	Media
Comunicación	Disposición para mejorar la comunicación, manifestado por deseos de mejorar la comunicación verbal y expresar pensamientos y sentimientos.	Bienestar	26 Nov. 06	Conocimiento del cuidador primario	Ninguna	Media
Descanso y Sueño	Potencial de mejora del Descanso y sueño	Bienestar	5 octubre 06	ninguno	ninguno	Media
Moveirse y mantener buena postura.	Potencial de Mejora de la Necesidad de Movimiento y Postura	Bienestar	5 Octubre 06	Ninguna	Ninguna	Media

2.4 Planeación del cuidado especializado de las necesidades

Para la planeación de las intervenciones de Enfermería se realizó la jerarquización de estas últimas, utilizando los siguientes criterios de priorización: Protección a la vida, Alivio y prevención del sufrimiento, Corrección y prevención de disfunciones y Búsqueda de bienestar. Con el objetivo principal de solucionar la necesidad alterada; es importante mencionar que tanto el paciente como el cuidador primario se integraron en el diseño de la planeación.

Las directrices que se utilizaron para planear las intervenciones fueron: Establecer prioridades, establecer objetivos del paciente, seleccionar las estrategias de Enfermería y finalmente desarrollar el plan de Enfermería.

Las intervenciones se clasificaron en independientes es decir, aquellas que la enfermera realiza con autonomía; intervenciones dependientes aquellas que derivan de una indicación médica o del personal de salud, y por último intervenciones interdependientes que se realizan en conjunto con otras especialidades del área de la salud.

El formato de planeación de intervenciones de Enfermería está compuesto a saber de: ficha de razón social, ficha de identificación, datos subjetivos y objetivos, diagnóstico de Enfermería, objetivo del diagnóstico de Enfermería, nivel de dependencia, grado de dependencia, prioridad, tipo de asistencia, posteriormente se incluye un cuadro de dos columnas; una para las intervenciones y acciones de Enfermería y por otra parte la fundamentación de dicha intervención, finalmente la evaluación. Elaborándose un total de 15 planes de cuidado.



Universidad Nacional Autónoma De México
Escuela Nacional De Enfermería Y Obstetricia
División De Estudios De Posgrado
Especialidad En Enfermería Infantil I
Sede: Hospital Infantil De México “Federico Gómez”



PLANEACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Nombre del paciente: M.M.A. Servicio: Oncología Edad: 6 8/12 Registro: 774159 Procedencia:
Oaxaca

Plan de Intervención de la Necesidad de Eliminación

Manifestaciones de Dependencia

Datos Subjetivos: El cuidador primario refiere que la pequeña, ingreso el 21 de mayo al servicio de Oncología, para su semana 36 de quimioterapia con Oncovín y Ara C, la cual transcurrió sin ningún contratiempo y fue dada de alta el 24 del mismo mes. Sin embargo al día siguiente, la paciente inicia con dolor abdominal vespertino, intensificándose por la noche, al cual se le agrega la presencia de fiebre cuantificada por el cuidador primario en 39°C, y deposiciones líquidas fétidas con frecuencia de 7 en dos horas; motivo por el cual la trae al servicio de urgencias del H.I.M.

Datos Objetivos: A la exploración física se aprecia palidez generalizada de tegumentos (++), facies de dolor y cansancio, petequias generalizadas acentuadas en tórax anterior y extremidades, acompañadas de lesiones equimóticas, abdomen globoso, duro, doloroso a la palpación superficial (acentuado en fosa iliaca y flanco derecho). Evacuaciones líquidas fétidas en 10 ocasiones en 24 horas (1200ml.). Temperatura de 38.8°C, Frecuencia cardiaca de 140 x', Presión arterial de 80/63 mmHg. Laboratorios: Con leucocitos totales de 200/mm³; amilasa sérica normal (29 u/L). Radiografía abdominal: Escaso aire distal; nivel hidroaéreo en la fosa ilíaca derecha; aumento del espacio interasa.

Diagnóstico de Enfermería: Descompensación hemodinámica, relacionado con pérdidas activas del volumen de líquidos (diarrea, fiebre) manifestado por Aumento de la frecuencia cardiaca, disminución de la presión arterial, aumento de la temperatura corporal y disminución de la diuresis.

Fecha de Identificación: 26-Mayo-2007 **Nivel y Grado de Dependencia:** Transitoria grado 6

Fuente de la Dificultad: Física **Prioridad:** Alta **Rol de la Enfermera:** Suplencia

Objetivo: En un período máximo de 8 horas, el escolar recuperará su estabilidad hemodinámica, a través de la actuación multidisciplinaria del equipo de salud; con acciones dirigidas a salvaguardar la vida y la función, así como reducir al mínimo las complicaciones.

Intervenciones y Acciones de Enfermería	Fundamentación
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>1.-Realizar una valoración inicial para establecer el tipo y grado de dependencia, a través de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia, consistencia, olor y calidad de las deposiciones. • Aparición de la diarrea en relación con cualquiera de los siguiente factores <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor ✓ Comida ✓ Actividad ✓ Estrés 	<p>La colitis neutropénica es una complicación que se presenta fundamentalmente en pacientes con leucemia en la fase de neutropenia postquimioterapia. Es secundaria a la necrosis de la mucosa colónica por el efecto tóxico de la quimioterapia y a isquemia por hipoperfusión, evento más acentuado en el colon. La dilatación del colon incrementa la presión intraluminal, lo cual acentúa la hipoperfusión y necrosis, que puede afectar todo el grosor de la pared y evolucionar a perforación. (Quigley MM, Bethel K,. 2001: 66)</p> <p>En la colitis neutropenica el colon es incapaz de reabsorber agua y electrolitos, el recto pierde su capacidad de conservar una cantidad de líquido y el intestino delgado puede ser incapaz de absorber agua, bilis, sales y lactosa.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Urgencia de las deposiciones • Flato • Esteatorrea • Sangre, moco o pus en las heces • Nivel de albúmina sérica. • Imágenes radiológicas (Rx, TAC, Ultrasonografía) <p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>2.- Monitorización Hemodinámica no invasiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización Neurológica <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar exámenes seriados del nivel de conciencia, el tono muscular y la respuesta a estímulos externos (Escala de Glasgow) ✓ Evaluarse constantemente el tamaño y la reactividad pupilar. • Monitorización Respiratoria <ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar y anotar cada hora la frecuencia respiratoria ✓ Anotar la cantidad, el carácter y el color de las secreciones oro y nasofaríngeas. ✓ Medir la saturación de hemoglobina arterial con un oxímetro de pulso: 	<p>Todos estos factores contribuyen a la diarrea, la cual esta directamente relacionada con la cantidad de colon afectado. (Carpenito 1994: 179)</p> <p>La esteatorrea aparece como consecuencia de un elevado contenido de grasa no absorbida.</p> <p>La existencia de sangre, pus o moco en heces puede ser indicativo de hemorragia o absceso. (Carpenito 1994: 179)</p> <p>La hipoalbuminemia, puede ir asociada a una diarrea aguda.</p> <p>En los estudios de imagen ya sea radiografía simple de abdomen, ultrasonografía o tomografía computada se describe la presencia de dilatación colónica, edema de la pared, cambios pseudopolipoideos, neumatosis intestinal, líquido libre y en caso de que exista una perforación, la presencia de aire extraintestinal. (González L, 1995: 295).</p> <p>El monitoreo hemodinámico no invasivo (medida y registro de signos vitales, estado neurológico, hematológico y metabólico) suele ser la única forma de detectar los cambios graves en potencia, antes de que aparezcan problemas irreversibles. (Jeffrey L, Blumer 1993:12)</p> <p>Los parámetros controlados en cada paciente deben de compararse con los valores normales para su edad y sexo, así como para el tipo de enfermedad. (Jeffrey L, Blumer 1993:12)</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> a) Lavarse las manos b) Seleccionar un oxímetro de pulso apropiado para el área del mejor lecho vascular pulsátil c) Seleccionar el mejor sitio para el pulsor elegido. Si se utilizan ,los dedos evaluar temperatura y llenado capilar. d) Conectar el oxímetro a un toma corriente de la pared si la unidad no es portátil. Si es portátil asegurarse de que tiene suficiente batería para su uso. e) Colocar el sensor de forma tal que permita que : f) La fuente de luz se oriente en forma directamente opuesta al detector de luz (fotodetector). g) La fuente de luz este protegida del exceso de luz ambiental h) Toda luz emitida por los sensores esté en contacto con el lecho tisular profundido y no se observe el otro lado del sensor sin que entre en contacto con el área de lectura. i) El sensor no provoque restricción al flujo arterial o el retorno venoso j) Conectar el sensor al cable del oxímetro del paciente k) Encender el instrumento con el botón de encendido l) Determinar la confiabilidad de la curva detectada, comparando el valor numérico de la frecuencia cardiaca con la frecuencia cardiaca monitoreada. m) Programar límites de alarma apropiados n) Lavarse las manos • Monitorización Cardiaca ✓ Controlar y mostrar la frecuencia cardiaca de forma continua, usando un monitor con alarmas programables. 	<p>La respiración externa es la responsable del intercambio gaseoso de oxígeno y de anhídrido carbónico, entre los alvéolos pulmonares y la sangre. La respiración interna tiene lugar en todo el cuerpo y supone el intercambio de los mismos gases entre la sangre circulante y los tejidos del cuerpo. (Kozier B, 2004: 560)</p> <p>La oximetría de pulso es una técnica de monitoreo no invasiva que se utiliza para estimar la saturación arterial de oxígeno y por lo tanto la permeabilidad de la vía aérea artificial. Utiliza un sensor de luz que contiene dos fuentes lumínicas (luces roja e infrarroja) que son absorbidas por la hemoglobina y transmitidas a los tejidos a través de un fotodetector. La cantidad de luz transmitida a través del tejido es, entonces convertida a un valor digital que representa el porcentaje de hemoglobina saturada de oxígeno. (Lynn-McHale 92)</p>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener la monitorización electrocardiográfica continua, usando un monitor que sea capaz de imprimir un trazo de ritmo, cuando sea necesario. ✓ Medir la presión arterial sistémica. Registrar la sistólica, la diastólica y la media ✓ Medir y registrar el gasto cardiaco, mediante la ecuación de Fick. • Control metabólico – Renal ✓ Medir la temperatura corporal en forma horaria ✓ Pesar diariamente al paciente ✓ Llevar un estricto balance hídrico ✓ Medir la densidad de la orina ✓ Usar labstix para comprobar sangre, proteínas y glucosa en la orina ✓ Tomar diariamente muestras sanguíneas, para la medición del Na, K, Cl, BUN, Cr, Ca y glucosa. ✓ Glicemia capilar diaria a través del dextrostix. • Control Gastrointestinal ✓ Medir el perímetro abdominal, justo por encima del ombligo. ✓ Comprobar la presencia de sangre en heces a través de labstix. ✓ Frecuencia, consistencia, olor y calidad de las deposiciones • Control hematológico ✓ Evaluar el hematocrito diariamente ✓ Evaluar el recuento plaquetario y los parámetros de coagulación 	<p>La frecuencia y volumen del pulso son reflejo de volumen de eyección, de la adaptabilidad de las arterias del paciente y de la suficiencia de flujo sanguíneo.</p> <p>La presión arterial es una constante que depende del gasto cardiaco, de la resistencia vascular periférica, del volumen de sangre y de la viscosidad sanguínea. (Kozier B, 2004: 577)</p> <p>En la diarrea osmótica, el deterioro de la absorción de líquidos por el intestino se debe a una menor absorción intestinal. El paso del agua y electrolitos al intestino es mayor del que puede absorberse, por lo tanto el líquido diarreico es rico en potasio. (Carpenito 1994: 180)</p> <p>En la colitis neutropenica existe diarrea secretora cuando hay inflamación o engrosamiento de la pared intestinal, o cuando esta estimulada por sales biliares: las deposiciones diarreicas resultantes son ticas en sodio. (Carpenito 1994: 180)</p>
---	--

<p>Tipo de Intervención: Interdependiente</p> <p>3.- Mantener en ayuno a la paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar estado de hidratación ✓ Membranas mucosas húmedas ✓ Pulso adecuado ✓ Turgencia de la piel ✓ Presión sanguínea ortostática • Reponer pérdidas por deposiciones al 100%, vía intravenosa. 	<p>En la colitis neutropénica, el tratamiento es inicialmente médico con supresión de la vía oral, este tiene por objetivo el descanso gastrointestinal, ya que en la lesión intestinal aguda se produce una alteración del epitelio intestinal que incluye disminución de las mitosis en las criptas, necrosis de células epiteliales, así como disminución de la altura de criptas y vellosidades que se aplanan. Evolucionando hacia la vasculitis progresiva y esta origina hipoxia tisular que puede progresar a necrosis, ulceración y perforación. (Morris JC,1997:67)</p>
<p>Tipo de Intervención: Interdependiente</p> <p>4.- Administrar soluciones parenterales que impidan la descompensación nutricional e hidroelectrolítica, en el tiempo que dura el ayuno, a una concentración de: Sol. Glucosa al 50% 56ml. Sol. Fisiológica al 0.9% 145ml, KCL 4.4 mEq, Gluconato de calcio 5.3ml, Sulfato de Mg 3.6ml, Agua 250ml.</p>	<p>Es una terapia adjunta importante que aporta glucosa y electrolitos esenciales a los pacientes que no pueden alimentarse en forma adecuada a través del tracto gastrointestinal, evitando así el desequilibrio nutricional e hidroelectrolítico. (Lynn-McHale 979)</p>
<p>Tipo de Intervención: Interdependiente</p> <p>5.-En cuanto se cuente con una vía de acceso venoso central, Suspende soluciones de base e iniciar Nutrición Parenteral Total.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Quitar la cubierta de la tubuladura IV con filtro incorporado para exponer la espiga. ✓ Quitar la aleta o tapa de la bolsa / frasco con NTP ✓ Insertar la espiga de la tubuladura 	<p>La nutrición parenteral total es la forma intravenosa de aportar un soporte alimenticio a todos los pacientes que por distintas circunstancias poseen un balance nitrogenado negativo (en el que el aporte proteico es menor al consumo). El objetivo así será mejorar el estado nutricional del enfermo, para acelerar su curación. Su uso se restringe por sus complicaciones añadidas a la existencia de un estado catabólico o cuando su aparato digestivo no funciona</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alistar la cámara de goteo ✓ Abrir el regulador del goteo ✓ Purgar el aire de la tubuladura ✓ Cerrar el regulador de goteo ✓ Colocar la tubuladura al costado de la cama ✓ Colocar una cinta cronológica en el frasco o bolsa (cada dos horas cuando la infusión es pequeña). ✓ Alistar la cámara de goteo y purgar el aire de la tubuladura. ✓ Fijar la tubuladura de la NPT a la entrada de la vía centra ✓ Programar la bomba para el envío de volúmenes apropiados por hora ✓ Calcular y controlar la frecuencia del goteo y monitorear la infusión cada 1 a 2 horas. <p>Tipo de Intervención: Interdependiente</p> <p>6.-Antibióticoterapia</p> <p>Administrar triple esquema antimicrobiano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar Amikacina 427mg IV cada 24 horas • Administrar Vancomicina 200mg IV cada 6 horas 	<p>La nutrición parenteral total (NPT) debe aportar todos los nutrientes necesarios para mantener la homeostasis del organismo, energía, proteínas, minerales, vitaminas y oligoelementos. Las soluciones intravenosas destinadas a este fin son soluciones estériles de compuestos químicos como azúcares, aminoácidos y electrolitos. (Lynn-McHale 978)</p> <p>Desde el punto de vista histológico, en la colitis neutropénica la lesión comienza con ulceración de la mucosa que puede ir seguida de necrosis de la pared intestinal, edema, hemorragia, pero sobre todo de sobreinfección con bacterias y hongos. (Quigley MM, Bethel K,. 2001: 67)</p> <p>La denudación de la mucosa, asociada a isquemia y necrosis, favorece la proliferación y translocación bacteriana que en un paciente neutropénico e inmunosuprimido lleva a la sepsis y al choque séptico. (González L, 1995: 295).</p>
--	---

<p>Tipo de Intervención: Interdependiente</p> <p>7.- Administrar profilaxis Antimicótica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar Anfotericina B 	<p>La amikacina es un antibiótico aminoglucósido de primera elección para el tratamiento inicial de infecciones causadas por Gram. negativos, es un bactericida que destruye las bacterias evitando que estas construyan paredes celulares normales.(PLM 2001)</p> <p>La vancomicina es un antibiótico derivado de un hongo llamado <i>strptomycetes</i>, se utiliza en el tratamiento de infecciones graves del tracto gastrointestinal. Este medicamento inhibe la síntesis de la pared celular de las bacterias, uniéndose a los precursores de esta estructura, lo que produce la destrucción de microorganismos que están causando la enfermedad. .(PLM 2001)</p> <p>Los factores de riesgo para candidiasis sistémica son el uso de antibióticos de amplio espectro, de corticoesteroides, y neutropenia prolongada. La profilaxis antimicótica está indicada en pacientes con fiebre y neutropenia. Sin embargo, el uso profiláctico de antimicóticos no impide el desarrollo de candidiasis, debido a que se presenta resistencia al hongo. (González L, 1995: 295).</p> <p>La anfotericina B es un fármaco antimicótico muy eficaz, está indicado en infecciones mitóticas sistémicas potencialmente peligrosas, actúa alterando la permeabilidad de las paredes celulares de los hongos, de esta manera las sustancias esenciales para la vida de la célula se escurren y la célula muere. (PLM 2001)</p>
---	---

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>8.-Favorecer el reposo absoluto de la paciente, durante los episodios diarreicos agudos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar movilización fuera de la cama del paciente • Movilización pasiva y en bloque • Uso de cómodos • Baño de esponja (en caso de ser necesario) 	<p>La reducción de la actividad física disminuye el peristaltismo intestinal. (Carpenito 1994: 179)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>9.- Realizar un estricto cuidado del área perianal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la zona seca • Lavar con agua y jabón el área perianal, después de cada deposición. • Vigilar constantemente la integridad del área perianal. 	<p>Cuando existen deposiciones líquidas frecuentes, se produce irritación perianal. (Carpenito 1994: 179)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>10- Mantener un ambiente libre de olores alrededor del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaciar inmediatamente el cómodo u orinal • Cambiar las sábanas sucias • Ventilar la habitación 	<p>El olor fecal puede producir turbación y timidez, aumentando la tensión y el estrés. (Carpenito 1994: 179)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>11.-Al final del turno revalorar la necesidad de acuerdo a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del número de deposiciones • Aumento de la consistencia de las deposiciones • Menor urgencia por defecar. 	<p>La revaloración de las deposiciones ayuda a evaluar la eficacia de las intervenciones y previene complicaciones. (Carpenito 1994: 179)</p>

Evaluación: Desafortunadamente y a pesar de que se realizaron todas las intervenciones planeadas, no se logró disminuir el número de deposiciones líquidas; la cuenta de leucocitos ascendió a 14000/mm³, lo que indica que no se pudo controlar la infección. Por otro lado la trombocitopenia descendió a 3000/mm³; causando sangrado de tubo digestivo, motivo por el cual es ingresada a la UTIP, 36 horas después de ingresar al servicio de urgencias.

Plan de Intervención de la Necesidad de Seguridad y Protección

Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de sangrado, relacionado con perfil sanguíneo anormal (Trombocitopenia 63,000mm³)

Objetivo: Arisbeth no presentará signos y/o síntomas de sangrado, secundarios a procedimientos y actividades realizados durante su estancia hospitalaria, lo que se manifestará por la ausencia de hematomas, petequias o hemorragias a cualquier nivel.

Fecha de Identificación: 4-October-2006

Nivel y Grado de Dependencia: Transitoria, grado 5

Fuente de la Dificultad: Física y de Conocimiento

Prioridad: Alta

Rol de la Enfermera: Ayuda

Intervenciones y Acciones de Enfermería	Fundamentación
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>1.-Realizar una valoración inicial, buscando signos de sangrado a cualquier nivel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspección de la piel en busca de petequias o hematomas • Inspección de los ojos en busca de hemorragias conjuntivales • Inspección de la mucosa oral en busca de gingivorragias • Observar características de las secreciones, orina y deposiciones, buscando la presencia de sangre. • Identificar Hematuria y/o sangre en heces, con tira reactiva (labstix) • Llevar un registro estricto y exacto de la intensidad y modificación de estos signos. 	<p>En la Leucemia linfoblástica aguda, existe un proliferación incontrolada de leucocitos inmaduros, que deprimen la formación de las plaquetas en la medula ósea, originando Trombocitopenia (Waley & wong 816).</p> <p>La valoración de los pacientes con trombocitopenia debe efectuarse antes del desarrollo de hemorragias en sitios específicos, existen manifestaciones de acuerdo a la cifra plaquetaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50.000 - 100.000 equimosis y petequias • 20.000 – 50.000 equimosis, petequias y sangrado de mucosas • < 5000 equimosis, petequias, sangrado de mucosas y hemorragia intracraneal (Martínez A. 865)

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>2.-Controlar las constantes vitales, vigilando especialmente la aparición de hipotensión y taquicardia</p> <p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>3.- Llevar acabo los procedimientos de Enfermería con sumo cuidado procurando la mínima invasión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar las inyecciones intramusculares y subcutáneas, las punciones arteriales, la colocación de catéteres urinarios, así como los enemas y supositorios. • Evitar el registro de temperatura rectal. • Proporcionar torundas para la higiene bucal o realizarla solo con enjuagues (Valorar el uso de cepillo dental posterior al recuento plaquetario), evitar el uso de palillos e hilo dental. • Coordinar las extracciones intentando realizar al mismo tiempo todos los estudios de laboratorio, para efectuar el menor número posible de punciones venosas. • Aplicar presión en zonas de punción venosa, como mínimo durante 5-10 minutos, para prevenir la hemorragia subcutánea. • No aplicar torniquetes para punciones, solo presión manual. • Vigilar en los sitios de punción la presencia posterior de sangrado. • Evitar situaciones de estrés y llanto excesivo. 	<p>En la Leucemia linfoblástica, se produce hipotensión y taquicardia con la pérdida abundante de volumen sanguíneo.(Carpenito 380)</p> <p>Los procedimientos invasivos pueden ocasionar lesión tisular(Carpenito 1991 381)</p> <p>Ayuda a evitar lesiones de la mucosa bucal, susceptible al sangrado. (Carpenito 1991: 381)</p> <p>La aplicación de presión directa, en el sitio de lesión interrumpe el flujo sanguíneo de la zona, permitiendo la formación del coagulo al mismo tiempo que se evita lesión en las estructuras adyacentes.(Morgan 1993: 179)</p> <p>Cuando un pequeño vaso sanguíneo es dañado, la lesión inicia la formación del coagulo (homeostasia), esto conduce al sellado de los vasos sanguíneos y por ende a la prevención de la pérdida sanguínea, el fenómeno iniciado es la constricción del vaso y la formación del tapón temporal de plaquetas, cuando baja la cuenta plaquetaria la retracción del coagulo es deficiente y disminuye la constricción de los vasos rotos, el síndrome clínico se caracteriza por una gran fragilidad capilar vascular aumentada con múltiples hemorragias subcutáneas que se hace evidente aún con lesiones mínimas. (Breton M,1990:152)</p>
---	--

Tipo de Intervención: Independiente

4.- Tomar medidas para impedir el estreñimiento

- Establecer el hábito de defecar de forma regular
- Establecer un horario de eliminación intestinal (Preferentemente 30 minutos después de el primer alimento para utilizar el reflejo gastrocólico)
- Realizar Masaje Isoperistaltico después de 30 minutos de la ingesta del primer alimento del día
 - ✓ Lavarse las manos
 - ✓ Frotarse las manos para producir calor por fricción
 - ✓ Colocar las falanges de las manos del Explorador sobre el abdomen del paciente
 - ✓ Haciendo ligera presión realizar movimientos circulares en sentido de las manecillas del reloj, por un espacio de 5 – 10 minutos aproximadamente.
- Favorecer la ingesta de líquidos y fibra

Tipo de Intervención: Independiente

5.- Enseñar a la mamá así como a la paciente, la importancia de realizar actividades de la vida diaria con precaución.

- Restringir el uso de objetos punzocortantes: tijeras, tenedor, cortaúñas y palillos.
- Evitar actividades extenuantes como brincar o correr.
- Fomentar los periodos de descanso durante el día, acompañado de actividades manuales.
- Evitar la automedicación (En especial de los medicamentos que interfieren con la actividad plaquetaria como el ácido acetisalisílico)

El estreñimiento puede producir tensión en la porción inferior del aparato digestivo, y posible hemorragia hemorroidal. (Carpenito 1991: 361)

La comprensión del propósito de los cuidados permiten disminuir la ansiedad y aumentan la colaboración del niño, así como el apoyo e integración de los padres en su seguimiento.(Morgan, 1993: 93)

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>6.- Orientar a la mamá y a la paciente acerca de los signos y síntomas de alarma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistar a la mamá en el primer contacto, para conocer su grado de información al respecto. • Reforzar los conocimientos diariamente haciendo énfasis en la descripción de los datos de alarma: sangrado de encías, manchas de color púrpura, moretones, dolor de cabeza, visión borrosa y sangrado de la nariz y mucosas (oral, anal). • Al egreso de la paciente revalorar la información de la madre, pidiéndole que explique con sus propias palabras los datos de alarma, para realizar una retroalimentación según sea necesario. 	<p>El conocimiento y cumplimiento de las medidas de seguridad disminuyen el riesgo de traumatismos y hemorragias secundarias a golpes, caídas, laceraciones y accidentes.(Morgan 1993: 178)</p> <p>La detección temprana de los signos y síntomas de alarma, permiten un manejo terapéutico oportuno.</p>
<p>Tipo de Intervención: Dependiente</p> <p>7.- Considerar la transfusión de concentrados plaquetarios, según consideración médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el recuento plaquetario más reciente. • Mantener una vía de acceso venoso en óptimas condiciones 	<p>Las transfusiones de plaquetas ayudan a mantener el recuento plaquetario y a reducir el riesgo de sangrado.(Carpenito 1991: 381)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>8.- Revalorar la necesidad (Riesgo de sangrado) conforme al recuento plaquetario y de leucocitos</p>	<p>Conforme disminuye el recuento plaquetario, aumenta el riesgo de hemorragia de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ > 100.000: No hay riesgo ✓ 100.000 – 50.000: Riesgo mínimo ✓ 50.000 – 20.000 Riesgo moderado ✓ <20.000 Riesgo grave <p>(Carpenito 1991: 380)</p>

Evaluación: El escolar estuvo en hospitalización durante 14 días, durante los cuales no presento datos de sangrado, gracias a que se contó con los recursos materiales para la realización de las actividades planeadas. Fue necesaria la transfusión de concentrados plaquetarios en 2 ocasiones con lo cual aumentó la cuenta plaquetaria hasta 87.000mm³ (18 octubre 2006), por lo que se decide su egreso para manejo de quimioterapia ambulatoria. Con respecto a los conocimientos de la madre y la pequeña, estos fueron retroalimentados asertivamente, por lo que la paciente egresa en un grado 3 de dependencia transitoria.

Plan de Intervención de la Necesidad de Seguridad y Protección

Manifestaciones de Dependencia

Datos Subjetivos: Acude a su semana 35 de quimioterapia de mantenimiento con Oncovín y Ara C; la madre refiere que Arisbeth presentó fiebre de 38°C, hace 3 días, por lo que le proporcionó paracetamol dosis única, remitiendo el cuadro febril.

Datos Objetivos: Leucopenia de 2500 ul/mm³, neutrófilos 1900mmul/mm³, temperatura de 36.7°C, frecuencia cardiaca de 90xmin, frecuencia respiratoria de 22xmin, a la exploración física sin foco infeccioso evidente.

Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de infección sistémica, relacionado con alteración de las barreras secundarias (leucopenia de ul/mm³ y neutropenia de 1900mmul/mm³).

Fecha de Identificación: 22-febrero -2007

Nivel y Grado de Dependencia: Transitoria, grado 5

Fuente de la Dificultad: Física y de Conocimiento

Prioridad: Alta

Rol de la Enfermera: Ayuda

Objetivo: El escolar permanecerá sin signos y/o síntomas que indiquen eventos infecciosos, mediante los cuidados que se le proporcionen durante su estancia hospitalaria: así como la enseñanza de estos al cuidador primario para darles seguimiento en casa.

Intervenciones y Acciones de Enfermería	Fundamentación
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>1.-Realizar una valoración exhaustiva, buscando signos de infección a cualquier nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales cada 4 horas con vigilancia estrecha de la curva térmica y de la frecuencia cardíaca. • Exploración física cefalocaudal por turno, con énfasis en: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Las zonas de punción, biopsia o cateterización. ✓ Presencia de secreción ótica y características de la mucosa oral. ✓ Inspeccionar la piel en busca de rubicundez, piloerección o lesiones dérmicas. ✓ Auscultación de campos pulmonares. Evaluar presencia y características de tos y esputo. ✓ Presencia de vómitos, diarreas y lesiones en el área perianal. ✓ Características de la orina así como de las deposiciones. <p>Llevar un registro de los signos y/o síntomas antes mencionados y reportar inmediatamente cualquier cambio o presencia de.</p>	<p>La fiebre es signo patognómico de la infección en un paciente con leucemia. El aumento de la frecuencia cardíaca, la disminución de la tensión arterial y la alteración de la temperatura pueden ser signos indicativos de infección.(Gómez M,2006:695)</p> <p>El paciente neutropénico tiene disminuida la capacidad para desarrollar una reacción inflamatoria, por lo tanto es necesario realizar una exploración física exhaustiva, ya que las señales habituales de infección (inflamación y pus) no suelen estar presentes debido a la disfunción leucocitaria. (Carpenito 1991:379)</p>

Tipo de Intervención: Independiente

2.- Protección contra las infecciones NIC (6650)

- Limitar el Número de visitas que recibe la pequeña.
- Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles.
- Mantener normas de estricta asepsia, en todo en material e instrumental que sea utilizado con la paciente.
- Enseñar la técnica correcta de lavado de manos, al familiar, paciente y personal que este en contacto directo con la pequeña.
 - ✓ Use agua y jabón antimicrobiano líquido. (clorhexidina 7%)
 - ✓ Mojar las manos con agua, tome de 3 a 5 ml de jabón líquido
 - ✓ Cubra todas las superficies de manos, dedos y uñas, llegando hasta 10 cm. por debajo del pliegue de las muñecas.
 - ✓ La fricción inicia entre el dorso y palma de la mano
 - ✓ Se friccionan espacios interdigitales
 - ✓ Enjuagar con abundante agua
 - ✓ Las manos se secan con toallas de papel desechables.
 - ✓ Para el cierre de la llave use la misma toalla, para evitar la recontaminación.
 - ✓ Deseche toalla en bote de basura municipal
 - ✓ El tiempo total para el procedimiento es de aproximadamente 30" segundos

Los pacientes con leucemia linfoblástica aguda, corren un gran riesgo de infección debido a la falta de madurez de los leucocitos. (Waley & Wong 1995: 816)

Los microorganismos patógenos son transportados por las manos del personal desde pacientes colonizados o infectados, representa un importante modo de transmisión de gérmenes y de dispersión de infecciones, por ende el lavado de manos es el método más efectivo para prevenir la transferencia de microorganismos entre el personal y pacientes dentro del hospital (Perry P.1998:234)

<ul style="list-style-type: none"> • Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. • Poner en práctica las precauciones Universales. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavado de manos Debe realizarse al inicio del turno, antes y después de todo contacto directo con el paciente. ✓ El empleo de la bata representa el método más eficaz de protección tanto para proteger a las personas encargadas de brindar cuidados como a los pacientes. ✓ Uso del cubrebocas. Tiene como objeto proporcionarle al usuario una barrera contra los microorganismos transmitidos por aire o por ruta húmeda. ✓ Uso de guantes: Proporcionan una barrera física tanto para el paciente como para la persona que presta los cuidados. • Realizar estrictamente las medidas de asepsia en todos y cada uno de los procedimientos invasivos, así como en la utilización y cuidado de accesos vasculares. <ul style="list-style-type: none"> ✓ La frecuencia de cambiar los apósitos puede variar de 3 a 7 días, dependiendo de la zona. Los apósitos también deben cambiarse si están sucios o levantados. ✓ Valorar la zona de inserción para ver si hay eritema, inflamación, hipersensibilidad o drenaje 	<p>Las Precauciones universales son, medidas diseñadas para prevenir la propagación de las infecciones o de los microorganismos potencialmente infecciosos para la salud del personal, los pacientes y, los visitantes. Pretenden interrumpir la cadena de transmisión, disminuir la incidencia de infección nosocomial, y mantener una alta calidad de atención. Tienen las siguientes características: son insustituibles, no requieren orden médica, interviene todo el equipo de salud y puede ser realizado dentro del hospital y fuera de éste. (Potter P. 2000: 158)</p> <p>Los accesos vasculares, son entrada directa de microorganismos patógenos, capaces de provocar infecciones locales y sistémicas</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comparar la longitud de la parte externa del catéter con su longitud registrada, para valorar un posible desplazamiento. ✓ Antes de acceder al reservorio limpie un área de 5 cm. De diámetro alrededor de la zona con una solución de alcohol y una torunda estéril. ✓ Proteger el catéter y cubrir la zona de entrada y la porción externa del catéter con un apósito oclusivo ✓ Limpiar el reservorio con suero salino normal o con sol. heparinizada, antes y después de cada uso. ✓ Utilizar una aguja especialmente diseñada para acceder a un reservorio implantado 	
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>3.-Fomentar y supervisar una higiene personal escrupulosa de la paciente, fomentando la participación de la madre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baño diario, en horario de complacencia • Cepillado dental (Utilizando un cepillo suave) 3 veces al día, 30 min. Después de la ingesta de alimentos. • Enjuagues bucales, con solución bicarbonatada previo al desayuno y posprandial (9, 10, 14 y 19 hrs.) • Aseo del área perianal con agua y jabón, dos veces al día y después de cada deposición. 	<p>El alto riesgo de infección en los pacientes con leucemia está asociado con la supresión de la respuesta inmunitaria del huésped, como resultado del tratamiento o de la evolución de la enfermedad, aproximadamente el 50% de las infecciones es causado por la flora endógena y el resto se adquiere por la estancia hospitalaria. (Martínez A 2002 : 150)</p>

<p>Tipo de Intervención: Interdependiente</p> <p>4.- Mantener un entorno limpio, mediante la orientación y/o supervisión, de medidas que involucran al personal, paciente y familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener limpia la unidad de la niña, la Enfermera realizará la limpieza de la cama y bombas de infusión, con solución desinfectante todas las mañanas. • La Enfermera Jefe de piso de cada turno, supervisará la realización de aseo exhaustivo de la unidad de la paciente, una vez cada 7 días y la extracción de basura dos veces por turno. • Se proporcionarán alimentos cocidos, evitando dar alimentos que hayan sido almacenados o expuestos al calor ambiental. • El familiar evitará introducir y/o almacenar alimentos. • El familiar evitará tener bultos de ropa sucia así como de objetos que no sean estrictamente necesarios para la estancia hospitalaria de la paciente. 	<p>En los pacientes neutropénicos las complicaciones infecciosas más frecuentes son gastrointestinales y bacteremias de origen de contacto directo (durante las medidas asistenciales), y de contacto indirecto (con objetos, sábanas e instrumentos contaminados) asociados a gérmenes gramnegativos, E coli, klebsiella y pseudomonas. (Deacon J, 2001:500)</p>
<p>Tipo de Intervención: Interdependiente</p> <p>5.- Proporcionar y fomentar el consumo de una dieta hiperproteica, evitando incluir frutas y verduras frescas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar una dieta en quintos (3 comidas fuertes y dos colaciones), 8, 11, 14, 17 y 20 hrs. ✓ Incluir alimentos preferidos del pequeño, si es posible. ✓ Advertir a la madre que evite toda presión relacionada con la alimentación. ✓ Presentar la comida de forma atractiva 	<p>Una ingesta proteínocalórica adecuada proporciona al niño mejores defensas frente a las infecciones y mayor tolerancia a la quimioterapia. (Waley & Wong 1995: 819)</p>

Tipo de Intervención: Independiente

6.- Fomentar y favorecer el descanso y sueño profundo.

- ✓ Regular las actividades de Enfermería de manera que se moleste al niño lo menos posible.
- ✓ Mantener al niño en un ambiente térmico neutro, proporcionando ropa hospitalaria según el clima (Pijamas, sábanas, cobertores, etc.).
- ✓ Evitar tener radios u otros aparatos que emitan ondas sonoras altas.
- ✓ Establecer y respetar una rutina antes de ir a dormir
- ✓ Utilizar soporíferos como la leche y los alimentos ricos en proteínas.
- ✓ Controlar el entorno, el ruido la temperatura y la luz de la unidad del paciente.
- ✓ Aplicar técnicas de relajación, para reducir el dolor y el estrés, aumentando el bienestar del niño antes de dormir.

Tipo de Intervención: Independiente

7.- Fomentar el seguimiento de las medidas higiénicas durante la hospitalización y en el hogar

- ✓ Explicar al cuidador primario, con palabras sencillas el riesgo de infección y el peligro que representa este para el bienestar de la paciente.
- ✓ Durante la hospitalización supervisar la realización de las medidas planeadas para prevenir infección, aclarando dudas de la madre y la niña valorando y retroalimentando la comprensión.

El sueño es una función protectora en todos los organismos, permite recuperar y reparar los tejidos después de la actividad. Durante este existe mayor actividad de la médula ósea para formar Células hemáticas como los leucocitos y los neutrófilos. La cantidad de sueño y descanso requerida durante la infancia intermedia es variable, pero suelen requerir de 8 – 10 hrs. (Waley & Wong 1995: 62 y 405).

Estas sustancias contienen triptofano y un precursor de la serotonina que se cree induce y mantiene el sueño.(Muscarello M, 1999: 55)

La explicación de la necesidad de protección frente a infecciones permite aumentar los conocimientos, sobre la enfermedad y los cuidados, lo que fomenta el control de la situación. (Morgan K, 1993:184)

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>8.- Explicar al cuidador primario los signos y síntomas de alarma para acudir al servicio de urgencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre, escalofrío, tos, diarrea, lesiones, cambios de coloración o aumento de la temperatura corporal y alteraciones en boca, piel y región anal 	<p>Conocer los signos y síntomas, permite la detección precoz de infección, así como la instauración de tratamiento inmediato, lo que disminuye el riesgo de complicaciones. (Morgan K, 1993:15)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>9.- Revalorar la necesidad (Riesgo de infección) conforme al recuento de leucocitos y neutrófilos.</p>	<p>Los leucocitos, sobre todo los granulocitos, constituyen la primera línea de defensa contra la infección. Conforme van disminuyendo los niveles, aumenta la susceptibilidad a la infección de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 2.500 -2,000/mm³ ausencia de riesgo b) 2,000 – 1,000/mm³ riesgo mínimo c) 1,000 - 500/mm³ riesgo moderado d) < 500 mm³ riesgo grave. <p>(Carpenito 1991: 379)</p>

Evaluación: El escolar egresó a su domicilio, posterior a cinco días de hospitalización con furosemide a 1mg/Kg./día y espirinolactona a 0.5/Kg./día, con una cuenta leucocitaria de 3200 ul/mm³ y neutrófilos 2000mmul/mm³, no se presentaron signos y/o síntomas que indicaran presencia de foco infeccioso; fue necesario recordar al personal de la institución las medidas universales obteniéndose poca colaboración por parte de este. No se contó con los recursos materiales suficientes para la realización de todas las intervenciones planeadas (especialmente las medidas universales). El cuidador primario demostró interés en el aprendizaje de estrategias para prevenir infecciones. El diagnóstico se consideró recurrente a cada ciclo de quimioterapia, fue hasta el 13/marzo/07 que acude al servicio de urgencias por fiebre, neutropenia y mucositis grado II.

Plan de Intervención de la Necesidad de Termorregulación

Manifestaciones de Dependencia

Datos Subjetivos: La madre refiere que la pequeña recibió su quimioterapia con Oncovín y Ara C (semana 34) el 30 de enero 07,). De igual manera informa que inicia el día de hoy con fiebre cuantificada de 39°C que no cede a medios físicos ni a paracetamol, razón por la que acude al servicio de urgencias del H.I.M. con escalofrío y molestias.

Datos Objetivos: A la exploración física se corrobora temperatura corporal de 38.5°C, frecuencia respiratoria de 36 y cardiaca de 180 latidos por minuto, se aprecia piloerección, diaforesis y se obtiene BH con leucocitos de 7.900 ul/mm³, mielocitos 2, bandas 41, segmentados 15, linfocitos 26.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración del bienestar físico relacionado con elevación de la temperatura corporal manifestado por frecuencia respiratoria de 36 y cardiaca de 180 lx', diaforesis, escalofrío, piloerección, piel caliente al tacto y verbalización de malestar

Fecha de Identificación: 08- febrero-07

Nivel y Grado de Dependencia: Transitoria, grado 5

Fuente de la Dificultad: Física y de Conocimiento

Prioridad: Alta

Rol de la Enfermera: Ayuda

Objetivo: El escolar recuperara su bienestar físico en las primeras 72 horas, por medio de acciones específicas empleadas por el profesional de Enfermería que favorezcan del control de la temperatura, lo que se verá reflejado en constantes vitales dentro de su percentil.

Intervenciones y Acciones de Enfermería	Fundamentación
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>1.-Realizar una valoración inicial para establecer el tipo y grado de dependencia, a través de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llevar acabo un registro y control de la temperatura corporal y de los restantes signos vitales, de forma horaria. • Curva térmica ✓ Identificar tipo de fiebre: recurrente, intermitente, remitente, recidivante o continua ✓ Identificar si se trata de fiebre o hipertermia • Corroborar la relación de signos y síntomas asociados a la presencia de fiebre: ✓ Taquicardia, taquipnea, extremidades frías, piloerección, deshidratación o diaforesis. • Reportar al Médico cualquier dato de respuesta inflamatoria sistémica, taquicardia, taquipnea con o sin fiebre. 	<p>La fiebre es producida por la estimulación de interlucinas que estimulan el hipotálamo esta elevación de temperatura corporal se manifiesta clínicamente por alteraciones que compensan las demandas metabólicas del organismo, provocando una vasodilatación de los vasos cutáneos, una relajación muscular, una estimulación de las glándulas sudoríparas y aumento de la respiración, por tanto la fiebre actúa como un mecanismo de defensa, ya que hace aumentar la producción de anticuerpos por un aumento del metabolismo. (Rodríguez, 2002: 234)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>2.- Identificar los signos y síntomas clínicos de la hipertermia originada por procesos infecciosos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ataque al estado general • Rubicundez • Irritabilidad • Deshidratación 	<p>Es posible que la fiebre sea el único signo de infección en el paciente inmunodeprimido y se supondrá que el paciente tiene una infección hasta demostrar lo contrario. (Slota M, 2000:557)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>3.- Controlar con medios físicos la temperatura corporal de la niña de la siguiente manera:</p>	<p>Durante la infección sustancias pirógenas causan un aumento del punto fijo normal del cuerpo, proceso que esta mediado por la prostaglandinas, a continuación, el hipotálamo aumenta la producción de calor hasta que la temperatura central (interna) llega al nuevo punto señalado. (Waley & Wong 1995: 612).</p>

- Menor de 37.5°C mantener descubierta y verificar cada hora las constantes vitales y presencia de piloerección o diaforesis.
- Entre 37.6°C y 38°C aplicar fomentos tibios en región frontal y occipital mientras dure la fiebre.
- Por arriba de 38°C proporcionar baño con agua tibia durante 15 minutos y continuar con fomentos, en caso de aumentar o continuar la cifra elevada de temperatura, considerar con el médico el uso de antipiréticos.

La producción de calor es endógena y depende de la actividad metabólica de los tejidos, la temperatura corporal puede influir a su vez en el metabolismo celular, el cuerpo humano pierde calor por la conducción siendo esta la transferencia de calor directa de un cuerpo hacia otra superficie. La conducción de calor a través del agua es mayor en relación a la del aire. (Rodríguez, 2002: 228)

En el control térmico por medios físicos, la sangre enfriada de la superficie cutánea es conducida a los órganos y tejidos internos y la caliente circula a la superficie, donde se enfría y recircula. Los vasos sanguíneos superficiales se dilatan y el cuerpo intenta disipar el calor al medio ambiente y facilitar el proceso refrescante. (Waley & Wong 1995: 614).

La primera medida que se recomienda en el tratamiento de la hipertermia en los niños, es la utilización de compresas o baño de artesa. Deberá emplearse agua tibia, ya que el agua fría puede producir vasoconstricción a nivel central y provocar paro cardiorrespiratorio. (Slota M, 2000:557)

La vasoconstricción periférica relacionada con el

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>4.-Prevenir las escalofríos y el estremecimiento prolongado</p>	<p>estremecimiento y escalofrió incrementan aún más la temperatura corporal ya que; el estremecimiento eleva el índice metabólico basal y aumenta la producción de calor y temperatura, los escalofríos también aumentan la presión intracraneal, lo cual predispone al paciente trombocitopenico a hemorragias intracraneal. (Slota M, 2000:557)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>5.- En la medida de lo posible, mantener la temperatura ambiente lo más fresca posible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retirar exceso de vestimenta o ropa de cama • Abrir las ventanillas, evitando corrientes de aire frío mientras la niña esta descubierta • Apagar las luces durante el día • Evitar la exposición al sol. • Evitar que las luces esté dirigidas directamente al paciente • Si el cuarto es muy cálido y si se permite: usar ventiladores. 	<p>El ambiente que nos rodea es un factor de suma importancia para establecer nuestra temperatura corporal, si esta elevado el cuerpo la regula y no se sobrecalentará, pero si el organismo esta afectado por alguna enfermedad, el medio ambiente se considera un factor perjudicial en este caso. (Carpenito 1994)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>6.- Instruir medidas para aumentar el grado de comodidad cuando el paciente tiene fiebre</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de diaforesis cambiar la ropa de cama húmeda • De ser posible enfriar la habitación del paciente • Proporcionar periodos de reposo • Ofrecer líquidos fríos, paletas o gelatinas (a menos que este contraindicado) 	<p>El principal motivo de tratar la fiebre es el alivio del malestar, las medidas de alivio comprenden la intervención farmacológica pero sobre todo la medioambiental. Además la fiebre desempeña una función importante ya que aumenta el desarrollo de inmunidad específica e inespecífica ayudando al reestablecimiento y supervivencia después de la infección. (Waley & Wong 1995: 612. 613).</p> <p>El metabolismo basal aumenta un 10% por cada 1°C de aumento de temperatura y de tres a cinco veces durante los escalofríos, lo que incrementa las necesidades de</p>

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>7.- Favorecer la ingesta de líquidos y estar alerta a la posibilidad de deshidratación, evaluando la pérdida de agua insensible</p>	<p>oxigenación, líquidos y calorías. Si esta comprometido el sistema vascular o el neurológico, este aumento de necesidades resulta particularmente peligroso, por lo tanto en todos los casos de temperatura elevada es esencial mantener una hidratación adecuada. (Waley & Wong 1995:614).</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>8.- Fomentar el seguimiento de las medidas para el control de la temperatura, tanto en el hospital como en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar al cuidador primario, con palabras sencillas el mecanismo de la fiebre. • Durante la hospitalización supervisar la realización de las medidas planeadas para el control de la temperatura corporal, aclarando dudas de la madre y la niña, al mismo tiempo que se valora y retroalimenta su comprensión 	<p>La explicación detallada, concreta y comprensible, permite aumentar los conocimientos, sobre la enfermedad y los cuidados, fomentando el control de la situación. (Morgan K, 1993:184)</p> <p>La educación de los padres acerca del control de temperatura elevada es esencial, pues muchos ignoran el significado de la fiebre, tienen temores infundados sobre sus peligros y son propensos a sobre o inframedicar al niño febril. (Waley & Wong 1995:615).</p>

<p>Tipo de Intervención: Interdependiente</p> <p>9.- Identificar el origen de la fiebre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar hemocultivos de dos muestras de sangre periférica de sitios separados de venopunción • Tomar cultivos de sitio de inserción de catéteres • Análisis del esputo, • Análisis y cultivo de orina y heces • De ser posible interrupción de la administración de medicamentos que causan fiebre a modo de reacción adversa 	<p>La identificación de la causa de fiebre, es la parte mas importante del tratamiento oportuno de la infección en pacientes inmunodeprimidos. (Slota M, 2000:557)</p> <p>El medico determina la causa de la fiebre, aislando al pirógeno causante, por lo que indicará la administración de antibióticos una vez obtenido el cultivo. La administración del antibiótico destruye las bacterias pirógenas y elimina los estímulos del organismo para la fiebre. (Potter, 1996)</p>
<p>Tipo de Intervención: Dependiente</p> <p>9.- Administrar agentes antimicrobianos preescritos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amikacina 427mg IV cada 24 horas 	<p>La amikacina es un antibiótico aminoglucósido de primera elección para el tratamiento inicial de infecciones causadas por Gram. negativos, es un bactericida que destruye las bacterias evitando que estas construyan paredes celulares normales.(PLM 2001)</p>
<p>Tipo de Intervención: Dependiente</p> <p>10.- Si la fiebre persiste por más de dos horas o esta llega a aumentar, en colaboración con el médico considerar la administración de antipiréticos, una vez evaluada la fiebre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar paracetamol a 10mg/Kg./dosis, vía oral 	<p>El paracetamol es un analgésico y antipirético rápido, con un pico máximo de 30 a 60 minutos, no afecta la protombina y su acción es débil sobre plaquetas, su uso debe ser limitado en pacientes con daño hepático o anemia. (PLM 1999: 1794).</p>

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>11.- Valorar la eficacia de las intervenciones, para establecer el grado de dependencia, tomando en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura corporal (Eutermia, Fiebre o Hipertermia) • Constantes vitales • Vigilancia estrecha de signos de respuesta inflamatoria sistémica 	<p><i>Fiebre:</i> Elevación del punto fijo, en la que la temperatura corporal está regulada a un nivel más alto; se puede definir de forma arbitraria como temperatura superior a 38°C.</p> <p><i>Hipertermia:</i> Situación en la que la temperatura corporal supera el punto fijo, por lo general obedece a que el cuerpo o condiciones externas generan más calor del que el organismo puede eliminar, como el golpe de calor, la toxicidad aspirínica, las convulsiones o el hipertiroidismo. (Waley & Wong 1995:612).</p>
--	--

Evaluación: A pesar de que se realizaron las intervenciones planeadas, el escolar se mantuvo en un nivel de dependencia temporal, grado 5 con temperatura corporal oscilando entre 38 y 39°C, se presentó insuficiencia respiratoria (caracterizada por hipoventilación basal bilateral, estertores a la inspiración profunda y uso de los músculos accesorios de la respiración), la cual no cedió a oxígeno suplementario; los hemocultivos resultaron positivos estableciéndose Diagnóstico médico de Sepsis con foco neumónico, por todo lo anterior fue egresada al servicio de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) el 9 de febrero del 2007.

Plan de Intervención de la Necesidad de Nutrición e Hidratación

Manifestaciones de Dependencia

Datos Subjetivos: La madre refiere que la niña acude a su semana 35 de quimioterapia (con Oncovín y Ara C) el 22 de febrero, permaneciendo hospitalizada durante 5 días (por neutropenia). De igual manera informa que hace 24 horas, la pequeña presentó fiebre de inicio súbito cuantificada en 38° C, que dura una hora, cediendo con medios Físicos; sin embargo reaparece cuadro febril durante la madrugada, razón por la que acude al servicio de urgencias del H.I.M.

Datos Objetivos: A la exploración física se aprecia cavidad oral bien hidratada, con lesiones blanquecinas que se desprenden con facilidad, faringe hiperémica; la paciente refiere dificultad para la ingesta de alimento. Temperatura de 37.4°C. Biometría Hemática: Hb. 9.4, Leucocitos 2500 ul/mm³, (segmentados 4%, linfos 85%) plaquetas 4600 ul/mm³

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la mucosa oral relacionado con efectos secundarios de citotóxicos (Oncovín y Ara C) manifestado por lesiones blanquecinas en lengua y ambos carrillos, faringe hiperémica y malestar oral.

Fecha de Identificación: 13- marzo-07

Nivel y Grado de Dependencia: Transitoria, grado 5

Fuente de la Dificultad: Física y de Conocimiento

Prioridad: Alta

Rol de la Enfermera: Ayuda

Objetivo: Mediante un tratamiento terapéutico multidisciplinario el escolar recuperara la integridad de la mucosa oral, lo que se pondrá de manifiesto por desaparición de las lesiones ulcerosas, disminución del malestar oral e ingesta adecuada de alimentos.

Intervenciones y Acciones de Enfermería	Fundamentación
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>1.- Realizar una valoración inicial para establecer el tipo y grado de dependencia, tomando en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mucosa oral: Enrojecimiento, hinchazón, sequedad, lesiones ulcerosas, saliva viscosa. • Dificultad para la deglución • Dolor o malestar en la mucosa oral <ul style="list-style-type: none"> • Llevar un registro de los signos y/o síntomas antes mencionados y reportar inmediatamente cualquier cambio o presencia de. 	<p>Los fármacos citotóxicos lesionan principalmente a los tejidos cuyas células tienen una vida media corta y están en constante renovación como las células epiteliales que recubren la mucosa oral, disminuyen también el RL que interfiere en la salivación; dando por resultado la sequedad de la mucosa, que a su vez incrementa el riesgo de lesión. La dificultad en la deglución inhibe la ingestión de líquidos por boca, aumentando también la sequedad bucal y el malestar oral. (Carpenito 1994: 603)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>2.- Desbridar dientes y encías con un cepillo dental de tipo ultrasuave</p>	<p>La eliminación de las células muertas disminuye el riesgo de infección bacteriana. (Morgan K, 1993: 214)</p>

Tipo de Intervención: Independiente

3.- Instruir medidas de higiene oral meticulosas

- Realizar los cuidados bucales después de las comidas, antes de acostarse y antes del desayuno
- Realizar aseo dental con cepillo de dientes de esponja, un aplicador de punta de algodón o un dedo envuelto en gasa
- Realizar colutorios, al menos cada 4 hrs. Y después de las comidas con:
 - ✓ Solución salina (Empleando una disolución de una cucharada pequeña de sal de mesa en medio litro de agua)
 - ✓ Bicarbonato sódico (una disolución de una cucharada pequeña de bicarbonato en ¼ de litro de agua)
- Usar un agente antioxidante para licuar las mucosidades espesas, hacer gárgaras y expectorar. (por ejemplo bicarbonato sódico, peróxido de hidrogeno al 25%)
- Aclarar la boca con solución salina después de las gárgaras
- Aplicar un lubricante en los labios cada 2 horas
- ✓ Si el paciente no tolera el cepillado dental realizar irrigaciones orales con solución de bicarbonato cada 4 horas.

Una higiene bucal frecuente elimina o previene la instalación de microorganismos oportunistas, y evita la sequedad e incremento de las lesiones en la mucosa oral. (Carpenito 1994: 603)

El cepillado puede lesionar aún más la mucosa irritada, la irrigación oral permite mantener una buena higiene en los pacientes que no puedan cepillarse los dientes. (Carpenito 1994: 603)

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>4.- Manejo del dolor (NIC 1400)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características intensidad y factores desencadenantes a través de observar los comportamientos o signos vitales para reconocer el dolor (ritmo cardíaco, frecuencia respiratoria, presión arterial). Los escolares pueden categorizarlo usando una escala de números o caras expresivas, que corresponden a la magnitud del dolor que sienten. • Seleccionar y desarrollar medidas que faciliten el alivio del dolor: ✓ Realizar colutorios con solución Philadelphia (Melox, Difenhidramina y Lidocaína) cada 4 horas • Utilizar medidas de control antes de que el dolor sea severo • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor mediante una valoración continua 	<p>El dolor es un fenómeno personal, que no puede ser experimentado por ningún otro por tanto Mc Caffery Y Beebe 1989 lo define como: <i>es lo que la persona que lo experimenta dice que es y existe siempre que esa persona lo dice</i>. Por tanto la enfermera debe valorar cuidadosamente el dolor, apoyándose en varios instrumentos según la edad del niño</p> <p>Los niños de edad escolar pueden hablar más directamente sobre el tipo, la causa y la magnitud del dolor que sienten. Éstos son algunos comportamientos comunes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Defienden o no mueven el área que les duele • Tienen la cara sin expresión o hacen muecas de dolor • Se retraen y se ponen irritables • Tienen perturbaciones del sueño <p>(Waley & Wong 1995: 557).</p> <p>La lidocaína es un potente anestésico local de acción rápida, penetra los tejidos con facilidad por lo tanto es muy útil en anestesia tópica. Los antihistamínicos Bloquean la acción que ejerce la histamina sobre los receptores H1, estos se encuentran en varios tejidos del cuerpo, particularmente en los pequeños vasos sanguíneos de la piel, la histamina también esta involucrada en otras funciones como la contracción de los músculos del sistema digestivo y en la secreción de la saliva, al inhibirla disminuye el malestar oral en la estomatitis.(Ang G, 1988: 107, 330)</p>
---	--

<p>Tipo de Intervención: Interdependiente</p> <p>5.- Manejo de la dieta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar dieta blanda • Estimular la ingesta abundante de líquidos, especialmente los semisólidos y frescos como la gelatina • Evitar los zumos que contengan ácido ascórbico y los alimentos calientes, fríos o condimentados • Evitar los anestésicos locales antes de las comidas 	<p>Las úlceras orales contribuyen en gran medida a la anorexia dado que la deglución se torna extremadamente molesta (Waley & Wong 1995: 820).</p> <p>Las implicaciones de alteraciones de la mucosa oral incluye deterioro en la ingesta o absorción deficiente de sustancias nutritivas, y dificultad para deglutir o hablar (Slota M, 2000:558)</p> <p>Los alimentos fríos, calientes , condimentados y sólidos favorecen la irritación bucal e incrementan el dolor(Carpenito 1994: 604)</p> <p>A pesar de que los anestésicos locales alivian temporalmente el dolor, muchos niños no toleran el sabor y la anestesia que producen y por ende disminuyen la ingesta de alimentos. (Waley & Wong 1995: 820).</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>6.- Fomentar el seguimiento de las medidas higiénicas y dietéticas durante la hospitalización y en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar al cuidador primario, con palabras sencillas la aparición de lesiones ulcerosas y el peligro que representan para el bienestar de la paciente. • Durante la hospitalización supervisar la realización de las medidas higiénico-dietéticas planeadas, aclarando dudas de la madre y la niña valorando y retroalimentando la comprensión 	<p>La explicación detallada, concreta y comprensible, permite aumentar los conocimientos, sobre la enfermedad y los cuidados, fomentando el control de la situación. (Morgan K, 1993:184)</p>

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>7.- Revalorar la necesidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exploración física focalizada • Valoración del dolor (utilizando escalas apropiadas) • Información referida por el paciente y cuidador primario 	<p>Según el <i>Oral care Guidelines for Patients Receiving Chemotherapy and Radiation Therapy</i> del St. Jude Children's Research Hospital (1993). La mucositis se clasifica sistemáticamente en grados de 0 a III</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grado 0 mucosa y encías normales (Sin mucositis) • Grado I mucositis y gingivitis (forma temprana y benigna) • Grado II mucositis con ulceración (forma moderada) • Grado III mucositis con ulceración grave (forma grave) <p>(Slota M, 2000:558)</p>
--	--

Evaluación: El escolar ingresó con mucositis grado II, se realizaron las medidas planeadas, sin embargo presento implantación de *candida blastoconidias*, estableciéndose triple esquema a base de Piperacilina/Tazobactam, amikacina y Fluconazol, con lo cual evolucionó hacia la mejoría, egresando a su domicilio posterior a 4 días de hospitalización, con desaparición de lesiones ulcerosas así como de sintomatología, Hb 10.1, leucocitos 2900, (segmentados 26, bandas 2). El cuidador primario demostró interés en el aprendizaje de estrategias para prevenir lesiones de la mucosa oral. El diagnóstico se consideró recurrente a cada ciclo de quimioterapia. Pendiente cita a semana 36 de quimioterapia el 28-marzo-07

Plan de Intervención de la Necesidad de Oxigenación

Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de deterioro del patrón respiratorio relacionado con anomalías anatómicas de la circulación pulmonar.

Fecha de Identificación: 5-October-2006

Nivel y Grado de Dependencia Transitoria, grado 5

:

Fuente de la Dificultad: Física

Prioridad: Alta

Rol de la Enfermera: Ayuda

Objetivo: Durante su estancia hospitalaria, el escolar mantendrá en independencia la necesidad de oxigenación, mediante la monitorización cardiaca y el control de signos y síntomas, que indiquen deterioro del gasto cardiaco o del patrón respiratorio.

Intervenciones y acciones de Enfermería	Fundamento
<p>Tipo de intervención: Independiente</p> <p>1) Evitar un patrón respiratorio ineficaz, relacionado con la congestión pulmonar</p> <p style="margin-left: 20px;">a) Colocar al paciente en posición semifowler de 30 ó 40°.</p> <p style="margin-left: 20px;">b) Evitar cualquier ropa que comprima alrededor del abdomen y del pecho.</p> <p>Tipo de Intervención : Dependiente</p> <p>2) Eliminar la retención de Líquido y sodio</p> <p style="margin-left: 20px;">a) Ministras Diurético (furosemide 8mg cada 24 hrs): Bloquea la reabsorción de sodio y agua en el túbulo contorneado proximal del riñón e interfiere en la reabsorción de sodio. (Thompson PLM 670).</p>	<p>A pesar de los mecanismos compensadores del corazón, en los pacientes con persistencia del conducto arterioso, el corazón es incapaz de mantener el gasto cardiaco adecuado; originando un descenso del flujo sanguíneo a los riñones estimulando la reabsorción de sodio y agua, lo que conduce a una hipervolemia y por ende un aumento de la sobrecarga cardiaca y una congestión en la circulación pulmonar y sistémica. (Waley & Wong. 763)</p>

<p>b) Ofrecer dieta hiposódica</p> <p>Tipo de Intervención : Dependiente</p> <p>3) Mejorar la función cardiaca a)Ministrar Caoptopril (3mg cada 12 horas)</p> <p>Es un inhibidor de la función del sistema renina-angiotensina en el riñón, bloquea la conversión de angiotensina I en angiotensina II, de manera que en vez de vasoconstricción se produce vasodilatación, esto conlleva a un descenso de las resistencias vasculares sistémica y pulmonar, una disminución de la presión arterial y una reducción de la pos carga.(Thompson PLM 998).</p>	<p>Como su propio nombre lo indica la persistencia del conducto arterioso, implica anomalías estructurales que provocan un aumento de volumen sanguíneo y de la presión en la aurícula derecha, originando vasoconstricción y resistencia de los vasos responsables de la circulación venosa sistémica. (Waley & Wong. 769)</p>
<p>Tipo de intervención: Independiente</p> <p>4) Vigilar la presencia de manifestaciones Clínicas que indiquen insuficiencia cardiaca congestiva.</p> <p>a) Deterioro de la función miocárdica: Taquicardia, diaforesis, disminución del flujo urinario, cansancio, debilidad, Inquietud, anorexia, extremidades pálidas y frías, pulsos periféricos débiles, descenso de la presión arterial, ritmo galopante y cardiomegalia.</p> <p>b) Congestión pulmonar: Taquipnea, disnea, aleteo nasal, Intolerancia al ejercicio, ortopnea, respiración sibilante y quejido respiratorio.</p> <p>c) Congestión venosa Sistémica: aumento de peso, hepatomegalia, edema periférico sobre todo periorbital, ascitis, dilatación de las venas del cuello.</p>	<p>En los niños con persistencia del conducto arterioso, se origina un aumento del volumen sanguíneo y de presión, lo que puede originar incapacidad del corazón para impulsar la circulación sistémica con la cantidad de sangre adecuada para satisfacer las necesidades del organismo. (Waley & Wong. 766)</p>

<p>Tipo de intervención: Independiente</p> <p>5) Evitar el aumento del índice metabólico relacionado con el desequilibrio entre oferta y demanda de oxígeno.</p> <p>a) Mantener al niño en un ambiente térmico neutro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar ropa hospitalaria según el clima (Pijamas, sábanas, cobertores, etc.) • Tratar la hipertermia o hipotermia enseguida <p>b) Ofrecer cantidades pequeñas de comida a intervalos frecuentes (Cada 2 ó 3 horas).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 9, 12, 15,18 y 21 hrs. <p>c) Regular las actividades de Enfermería de manera que se moleste al niño lo menos posible.</p> <p>d) Reaccionar inmediatamente al llanto o a otras expresiones que indiquen angustia.</p> <p>e) Dejar frecuentes períodos de descanso.</p> <p>f) Potenciar juegos y actividades tranquilos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rompecabezas, cuadernos de iluminar, dibujos, manualidades y/o juegos de mesa 	<p>En los niños con persistencia del conducto arterioso la arteria que conecta a la aorta con la vena pulmonar no consigue cerrarse; la permeabilidad continua de este vaso permite a la sangre circular desde la aorta (alta presión) hacia la arteria pulmonar (baja presión) originando un cortocircuito de izquierda a derecha y por ende un incremento de sangre desoxigenada en la circulación sistémica, por lo que un metabolismo elevado incrementará aun más las exigencias de oxígeno y si los sistemas del organismo no pueden cubrir esta demanda , el nivel de oxigenación disminuye (Potter, 993). Cuando las necesidades metabólicas se reducen al mínimo, el trabajo cardíaco disminuye. . (Waley & Wong. 770)</p>
--	--

<p>Tipo de intervención: Independiente</p> <p>6) Monitoreo de la frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno por oximetría de pulso.</p>	<p>La oximetría cutánea proporciona información de la saturación capilar de oxígeno, y la monitorización continua permite evaluar la tolerancia a las actividades, así como el aumento de la frecuencia cardíaca, que es un signo temprano de insuficiencia cardíaca congestiva. (Potter 1005).</p>
<p>Tipo de intervención: Independiente</p> <p>4) Revaloración de la necesidad:</p> <p>a) Exploración Física</p>	<p>Al finalizar las intervenciones, es necesario valorar nuevamente la necesidad con el fin de evaluar el cumplimiento del objetivo, en caso de ser negativo se planearán nuevas intervenciones.</p>

EVALUACION: Durante los 30 días que el escolar permaneció en hospitalización, mantuvo un patrón respiratorio eficaz, gracias a que se contó con todos los recursos materiales y, gran disposición del cuidador primario para la realización de las intervenciones planeadas, por lo que la pequeña egreso a su domicilio con el nivel de dependencia transitoria grado 5 con el que había ingresado, con respecto a esta necesidad.

Plan de Intervención de la Necesidad de Higiene y protección de la piel.

Manifestaciones de Dependencia

Datos Subjetivos: La madre refiere que en su familia no tienen el Hábito de lavarse los dientes en forma regular ni de asistir al dentista, por lo que Arisbeth se cepilla los dientes una vez al día (sin tener horario definido) y su primera visita al dentista la tuvo durante su hospitalización en el HIM.

Datos Objetivos: Se observan dientes amarillos, placa dentobacteriana y caries en primeros molares inferiores.

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la dentición relacionado con desconocimiento de la importancia de la higiene dental, manifestado por dientes amarillos, placa dentobacteriana y caries en primeros molares inferiores.

Fecha de Identificación: 5-October-2006

Nivel y Grado de Dependencia: Transitoria, grado 3

Fuente de la Dificultad: De Conocimiento

Prioridad: Media

Rol de la Enfermera: Ayuda

Objetivo: Arisbeth recuperará la integridad dental, a través de un programa de cuidado dental interdisciplinario de mediano plazo (30 días).

Intervenciones y Acciones de Enfermería	Fundamentación
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>1.-Realizar una valoración inicial para establecer el tipo y grado de dependencia, a través de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar las prácticas habituales del cuidado bucal del paciente • Valoración Matutina diaria de al cavidad bucal a las 8:00 a.m. realizando: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inspección en busca de anomalías en labios, encías, mucosa bucal y lengua. ✓ Identificación de problemas bucales como caries dental, halitosis, gingivitis y dientes sueltos o rotos. ✓ Verificar hidratación, coloración e integridad de la cavidad • Registrar y avisar al Médico en caso de existir lesiones necróticas o blanquecinas, gingivorragia o gingivitis y fisuras en los labios 	<p>La caries dental y las enfermedades periodontales son dos de los problemas más frecuentes de los dientes, ambos suelen relacionarse con la placa y los depósitos de sarro. La placa es una película suave e invisible que se adhiere a la superficie del esmalte dental; se compone de bacterias, moléculas de saliva y restos de células epiteliales y leucocitos. Si la placa no se corrige se forma sarro (calculo dental). El sarro es un depósito duro y visible de placa y de bacterias muertas que se forma en la línea de las encías. El depósito de sarro puede alterar las fibras que se insertan en los dientes de la encía y acabar rompiendo el tejido óseo. (Kozier B, 2004: 789).</p> <p>El crecimiento celular de tejidos que requieren de una rápida replicación de las mismas, se ve afectada por efecto de la quimioterapia, por lo tanto las barreras mecánicas de la piel y mucosas se ven alteradas, favoreciendo el riesgo de infección y de hemorragias. (Rivera R; 1997:82)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>2.- Restablecimiento de la salud bucal (NIC 1730)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y la más a menudo que sea necesario (8:00 a.m. previo a los alimentos, 10:00, 14:00 y 18:00 posterior a los alimentos) de la siguiente manera: 	<p>La frecuencia del cepillado dental debe ser después de cada comida, ingesta de algún dulce y antes de dormir. Los alimentos dejan en los dientes sustratos con base en azúcares (sacarosa) que es fermentada por las bacterias que aumentan la producción de ácido láctico y alteran el ph, destruyendo la estructura del esmalte produciendo la caries. (Marlow:863)</p>

- ✓ Utilizar un cepillo de cerdas de nylon blando de puntas redondeadas con una superficie de cepillado plana y un mango ancho y recto.
 - ✓ La parte superior del cepillo se coloca a lo largo de la superficie externa de los dientes superiores e inferiores, con las puntas de las cerdas en un ángulo de aproximadamente 45° contra el borde de las encías.
 - ✓ El cepillo se mueve en forma vibratoria o fricción, abarcando espacios pequeños, suavemente; de esta manera se limpian las superficies internas de los dientes superiores e inferiores y las superficies de oclusión.
 - ✓ Las superficies internas se limpian inclinando el cepillo verticalmente y realizando el cepillado arriba y abajo con las cerdas sobre los dientes y encías.
 - ✓ Por último cepillar suavemente la lengua y carrillos.
- Proporcionarle solución de bicarbonato de sodio o solución salina normal, para la realización de colutorios, (hacer enjuagues hasta que el agua este limpia).
 - Proporcionar un hisopo para remover residuos de alimentos y proporcionar un masaje suave a las encías.
 - Fomentar el uso de hilo dental sin cera, sólo si no existen datos de trombocitopenia y los niveles de placa se encuentran por encima de 50.000mm³.

La acción mecánica del cepillado elimina la placa dentobacteriana evitando la acumulación de depósitos blandos bacterianos que se adhieren a los dientes causando caries e inflamación de las encías, además el cepillado dental permite estimular la circulación gingival y estimula la queratinización de los tejidos, haciéndolos más resistentes a cualquier tipo de agresión. (Waley & Wong 1995:329).

La placa dentobacteriana resulta más difícil de quitar cuando se calcifica, cuando los azúcares entran en contacto con la placa, el estreptococo mutans, (presente en la placa dentobacteriana) produce ácido durante 20 minutos originando la caries, por lo tanto lo importante no es la cantidad de azúcares que se ingieran, sino el tiempo que permanece en contacto con los dientes.(Berkow R, 1997:482)

- Al finalizar el procedimiento lubricar los labios con vaselina o crema.

Tipo de Intervención: Independiente

3.-Manejo de la Nutrición (NIC 1100)

- Fomentar el consumo de alimentos de los cuatro grupos, preferentemente alimentos que contengan vitamina A, C y D.

Tipo de Intervención: Independiente

4.- Enseñar al cuidador primario y a la paciente la importancia de la higiene bucal señalando:

- Es esencial como medida preventiva, ya que la higiene óptima disminuye el riesgo de infección en la cavidad y mejora su aspecto.
- La sensación de bienestar que se produce posterior a la realización del procedimiento(hacer énfasis de que se puede convertir en un hábito permanente)
- Durante la hospitalización supervisar la realización de las medidas planeadas para la higiene bucal, aclarando dudas de la madre y la niña, al mismo tiempo que se valora y retroalimenta su comprensión

La nutrición desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la estructura de los dientes, así como de las encías y de la mandíbula que los sostiene, la vitamina A previene la hipoplasia dental, sin ella no se puede seguir la secuencia normal de maduración y crecimiento del hueso, encías y dientes; la vitamina D ayuda a reducir la caries, mientras que la vitamina C evita la gingivitis, la tendencia a hemorragias dentales, la desintegración del epitelio y la ulceración de la mucosa (Escobar:406).

La comprensión de las causas subyacentes, incrementa los conocimientos de la persona y puede aumentar su motivación para mejorar la higiene bucal y seguir un régimen terapéutico. (Kozier B, 2004: 790).

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>5.- Mantenimiento de la Salud bucal (NIC 1710)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez terminado el tratamiento oncológico con citotóxicos, sugerir al cuidador primario que lleve al paciente al Odontólogo para: ✓ Aplicación tópica de fluor ✓ Eliminación de caries en piezas dañadas ✓ Vigilancia o rehabilitación de defectos en el esmalte ✓ Realización de exámenes para detectar cualquier problema con el crecimiento dental. <p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>6.- Valorar la eficacia de las intervenciones, para establecer el grado de dependencia, tomando en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características de la cavidad oral (hidratación, integridad, olor, coloración) • Características de las piezas dentarias (color, integridad número) • Presencia de problemas adyacentes (gingivorragias, gingivitis,) 	<p>La evaluación periódica, se basa en la orientación preventiva para detectar en forma oportuna las infecciones oportunistas de la cavidad oral. Se ha observado que la aplicación de fluor, reduce la frecuencia de caries(Escobar:407)</p> <p>Una vez que la caries alcanza la dentina, la parte del diente con caries debe extraerse y sustituirse por un empaste, el tratamiento limita daños a la pulpa.(Berkow R, 1997:482)</p> <p>Una buena higiene bucal comprende la estimulación diaria de las encías, el cepillado mecánico, el uso de la seda dental (en caso de que este permitido) y el lavado bucal, esto se ve reflejado en las características de la cavidad oral y piezas dentarias. (Kozier B, 2004: 790).</p> <p>En los escolares los dientes caducos guían la entrada de la dentadura definitiva, el cuidado dental es esencial para mantener en buen estado estos dientes. (Kozier B, 2004: 792).</p>
--	---

EVALUACION: Durante la estancia hospitalaria el escolar logró la adquisición de las habilidades de la higiene bucal, mejorando la apariencia dental, sin embargo por falta de voluntad del cuidador primario, no se han llevado acabo las visitas al Odontólogo persistiendo la caries en molares inferiores, por lo que Arisbeth se mantiene en grado 3 de dependencia transitoria.

Plan de Intervención de la Necesidad de Jugar y Recrearse

Manifestaciones de Dependencia

Datos Subjetivos: La mamá refiere que Arisbeth se aburre durante el día, que a veces está enojada y seria, no le puede comprar juguetes y no sabe que hacer para distraerla.

Datos Objetivos: A la inspección Arisbeth presenta facies de aburrimiento, el cual expresa verbalmente, dice extrañar las actividades que realizaba con sus hermanos, antes de ser trasladada a la ciudad de México para su tratamiento “Aquí no tengo con quien jugar, ni nada que hacer”.

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de las actividades recreativas relacionadas con entorno hospitalario desprovisto de actividades recreativas propias de su etapa de crecimiento y desarrollo, manifestado por, facies de aburrimiento y expresión verbal del mismo.

Fecha de Identificación: 6-October-2006 **Nivel y Grado de Dependencia:** Transitoria, grado 3

Fuente de la Dificultad: Falta de fuerza física y de conocimiento **Prioridad:** Media

Rol de la Enfermera: Ayuda

Objetivo: Durante su estancia hospitalaria el escolar participará en actividades lúdicas, propias de su etapa de crecimiento y desarrollo, que le permitan fomentar su habilidad física, mental y social, de forma progresiva.

Intervenciones y Acciones de Enfermería	Fundamentación
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>1.- Valoración diaria de la situación emocional, capacidad física y preferencias, para realizar actividades recreativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista diaria matutina, para evaluar el estado anímico de la paciente. • Exploración física para evaluar el estado hemodinámico de la paciente y determinar el tipo de actividades recreativas a realizar. • Identificación de actividades de interés para la paciente. <p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>2.Terapia con Juegos (NIC 4430)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones. • Comunicar el objetivo de la sesión de juegos • Estructurar la sesión de juegos para facilitar el resultado deseado. • Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo. • Dirigir las actividades lúdicas de acuerdo a la etapa de crecimiento y desarrollo, y de acuerdo a preferencias del paciente. • Favorecer la interacción con otros niños. • Proporcionar equipo que estimule juegos creativos y expresivos(memoramas ,rompecabezas, dibujos, etc.) • Animar al paciente a que comparta sentimientos, conocimientos y percepciones. 	<p>La valoración inicial y periódica de la conducta del niño, así como de su condición física, permite establecer un perfil de juego adecuado, que favorece la habilidad física, mental y social, sin poner en peligro la estabilidad hemodinámica. (Juárez B, 2000:789)</p> <p>Freud describe a los escolares como el estado de latencia, durante este periodo, el interés se dirige hacia las actividades físicas e intelectuales. (Hernández J, 1997:23)</p> <p>Los niños en edad escolar están motivados por actividades que proporcionan un sentimiento de valor, se concentran en el dominio de destrezas que les ayudarán a desenvolverse en el mundo mayor. (Kozier B, 2004: 426).</p> <p>Al entrar los niños en edad escolar, su juego toma otras dimensiones, las actividades lúdicas ahora, además de mayores capacidades físicas e intelectuales, incluyen la formación de grupos, donde los niños comienzan a desarrollar un sentido de pertenencia. (Waley & Wong 1995:426).</p>

Tipo de Intervención: Independiente

3.- Terapia de Entretenimiento (NIC 5360)

De acuerdo con la siguiente lista de actividades posibles y preferidas por la pequeña, determinar en forma conjunta con la paciente y cuidador primario, cuales son óptimas y convenientes a realizar cada día y en que horario.

- Dibujar con lápices de colores, ya sea en hojas blancas o en cuadernos para iluminar. (sin límite de tiempo.)
- Proporcionarle lápices de colores y hojas blancas, para el aprendizaje de las letras del abecedario. (sin límite de tiempo)
- Proporcionarle dibujos de sus personajes favoritos, así como tijeras y pegamento, para que realice manualidades.
- Asistir por la tarde, los martes y jueves al área de juego del ARCA, para favorecer las habilidades cognitivas, motoras y de destreza.(una hora)
- Con la muñeca que se le obsequió el día de su cirugía de cardiología, organizar juego de roles, permitiéndole adoptar el que ella desee(madre, hija, Enfermera, Médica)

En la edad escolar el estrés acompaña a la enfermedad y la hospitalización, para hacer frente a la crisis de ajuste, existe un estado de regresión que hace que sus necesidades sean similares a las de los preescolares, además de tener una actividad física y mental disminuida que no tiene escape adecuado en el medio hospitalario, lo que hace que se extrañen las rutinas, por lo que son comunes los sentimientos de aburrimiento, aislamiento y depresión, en su lucha por su independencia pueden no expresar sus sentimientos verbalmente, sino a través de la terapia de juego que disipe sus sentimientos acumulados. (Waley & Wong 1995:400).

Aunque el juego en la edad escolar es muy activo, también se divierten con muchas actividades tranquilas y solitarias. La etapa intermedia es la edad de las colecciones, que constituyen otro ritual. (Waley & Wong 1995:401).

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>4.- Favorecer la realización de actividades que la niña, no acostumbra realizar, pero que pueden favorecer su desarrollo intelectual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar lectura guiada de cuentos que contengan pocas palabras y grandes gráficos, permitiendo que la paciente invente su propia historia. • Animarla a jugar rompecabezas, memoramas, lotería, dibujos con acuarelas y otros juegos que estimulen su desarrollo cognitivo. 	<p>A los nueve años los niños se ocupan de perfeccionar las habilidades adquiridas y suelen agregar otras, alcanzando un nivel de ejecución similar al de los adultos, el progreso se vuelve más complejo al entremezclarse las facetas neuromuscular, intelectual, social y emocional del comportamiento, siendo este sentido relevante para preparar su ingreso a un mundo social más amplio y llegar a la adolescencia con una base sólida de confianza en sí mismo . (Watcher,1993:508)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>5- Fomentar las relaciones interpersonales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la integración de la paciente, con sus compañeros de sala, para que realicen juegos, de destreza. • Favorecer la conversación de la paciente, con sus compañeros de sala, con pláticas referentes al juego. • Integrar a la paciente, con sus compañeros de sala, para la realización de juegos grupales como memorama, lotería adivinanzas y rompecabezas. 	<p>El juego ofrece oportunidades para experiencias sociales con grupos de camaradas, así como opciones de aprendizaje, cooperación, trabajo de equipo y labores creativas, que originan logros positivos en cuanto a habilidades y actitudes. (Watcher, 1993:522)</p> <p>El juego en equipo estimula el desarrollo cognitivo, al obligar a los niños a aprender muchas reglas complejas, a enjuiciarlas, a planear estrategias y valorar las fuerzas o debilidades del propio equipo y del equipo contrario. . (Waley & Wong 1995:401).</p>

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>6- Al finalizar cada actividad recreativa, permitirle a la paciente, comunicar su experiencia, poniendo especial atención en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad del niño para expresar verbalmente sus preferencias y sentimientos. • Relación con otros niños y el personal de salud. 	<p>Debido a los padecimientos crónicos los niños tienen pocas ideas o escasa energía para desarrollar habilidades, el seleccionar proyectos que el niño sea capaz de concluir estimula su interés, produce orgullo alivia la tensión y da energía para formar otros proyectos. (Watcher, 1993:508)</p>
---	--

EVALUACION: El escolar se encontraba en grado 3 de dependencia transitoria, sin embargo gracias a la realización de las intervenciones programadas y al apoyo brindado por el personal del voluntariado, que brinda a los niños hospitalizados diferentes alternativas de recreación, la pequeña pudo evolucionar hacia la independencia respecto a esta necesidad, la cual mantuvo durante las hospitalizaciones subsecuentes (excepto durante los periodos de gravedad), actualmente la pequeña se muestra alegre, describe las experiencias de entretenimiento con detalle y refiere que trabajar en libros para colorear y jugar con las muñecas de princesas son sus pasatiempos favoritos, cabe mencionar que a partir de la realización de estas intervenciones la relación Enfermera – Paciente se hizo más estrecha.

Plan de Intervención de la Necesidad de Vestido y Desvestido

Manifestaciones de Dependencia

Datos Subjetivos: La mamá de Arisbeth refiere que cuando la pequeña se encuentra en casa, ella escoge su ropa que se va a poner, siendo su ropa preferida los pantalones de mezclilla y las playeras de princesas, sin embargo como no cuentan con recursos económicos, la niña utiliza la ropa que le regalan. También refiere cambio de ropa cada tercer día y que procura que el tipo de ropa sea de acuerdo al clima.

Datos Objetivos: A pesar de que Arisbeth es capaz de vestirse sola, durante su estancia hospitalaria es vestida por su mamá, ya que Arisbeth dice “No tengo ganas”. Usa pijama proporcionada por el Nosocomio, la cual es de franela de dos piezas (camisón y pantalón) con estampado de dibujos infantiles, de color rosa, Arisbeth dice “Me gusta la ropa del hospital, por que me hace verme bonita”, cambio de ropa diario; así mismo se encuentra peinada con una coleta sujeta con ligas adornadas con fresas de plástico, la pequeña también refiere que :“le gustan mucho” los accesorios para el cabello, no utiliza calcetas y sus zapatos son sandalias de plástico.

Diagnóstico de Enfermería: Déficit del vestido relacionado con falta de motivación, manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse o quitarse las prendas de ropa necesarias.

Fecha de Identificación: 7-October-2006 **Nivel y Grado de Dependencia:** Transitoria, grado 3

Fuente de la Dificultad: Falta de voluntad del paciente y de conocimiento del cuidador primario **Prioridad:** Media

Rol de la Enfermera: Ayuda

Objetivo: Arisbeth colaborará al vestirse y desvestirse de acuerdo a su etapa de crecimiento y desarrollo, mediante estimulación proporcionada por la Enfermera y cuidador primario.

Intervenciones y Acciones de Enfermería	Fundamentación
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>1.- Realizar un análisis de las fuentes de la Dificultad para determinar el tipo y grado de Dependencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del paciente y Cuidador primario ✓ Importancia de que el paciente se vista solo, para favorecer la independencia. ✓ Importancia de una ropa cómoda y limpia, para favorecer el descanso y la comodidad. • Falta de fuerza física: ✓ Exploración física en busca de disminución de la motricidad, dolor, debilidad o heridas. ✓ Falta de Voluntad ✓ Entrevista diaria matutina, para evaluar el estado anímico de la paciente y/o alteraciones el pensamiento, ansiedad, estrés 	<p>En escolar es capaz de vestirse y desvestirse, pero es importante estimularlo para perfeccionar sus movimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es capaz de ponerse la ropa correctamente. • Motricidad completada entre los 6 y 7 años de edad. <p>(Escobar, E.;86)</p> <p>Escuchar con empatía es una condición para cualquier actividad de ayudar, el contacto psicológico sirve para reconocer y ilegitimizar sentimientos reduciendo su intensidad y reorientando el curso de la situación.(Slaikeu,1998:78)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>2.- Estimular al paciente, para favorecer el vestido y desvestido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propiciar situaciones, para que el escolar se vista y desvista sin ayuda. • Con palabras de reconocimiento y expresiones faciales de alegría, festejar el logro de sus objetivos • Conforme el logro de las metas, proponer nuevos desafíos. 	<p>Según Erikson, la tarea principal de los niños en edad escolar, es la laboriosidad frente a la inferioridad. En este período los niños comienzan a crear y desarrollar un sentido de competencia y perseverancia; por lo tanto están motivados por actividades que proporcionan un sentimiento de valor.</p> <p>(Kozier B, 2004: 426)</p>

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>3.- Utilizar siempre y cuando sea posible, la ropa que la madre del niño le lleva</p>	<p>Por su valor emocional debe procurarse que el paciente use ropas normales y se le conserve bien arreglado. (Henderson V, Nite G, 1988)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>4.-Ayuda con el vestir (NIC 1802)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar • Proporcionar las prendas de vestir necesarias. • Estar disponible para ayudar en el vestir, siempre y cuando sea absolutamente necesario. • Propiciar que el escolar maneje botones, cordones y cremalleras. 	<p>La enfermera debe procurar ropa adecuada para disminuir la ansiedad, dándole seguridad para ayudar al paciente e vestirse y desvestirse, respetando siempre su intimidad. La enfermera debe de averiguar los gustos y el significado de la ropa en el cliente y enseñar el tipo de ropa según el clima, actividades, etc.(L. Riopelle: 32-34) La forma de vestir y acicalarse es parte importante de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás. (M. Phaneuf: 193-196)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>5.- Manejo del Ambiente (NIC 6480)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer un ambiente de privacidad para el vestido y desvestido • Mantener la intimidad mientras el paciente se viste. • Colocar los objetos de arreglo personal, al alcance del paciente. • Favorecer una cama y entorno limpios. • Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente 	<p>El estrés resultante del entorno hospitalario y/o crisis situacionales como la alteración de las rutinas usuales, el tenerse que vestir y desvestir frente a otras personas, son fuente de tensión y pueden representar un obstáculo para quitarse o ponerse las prendas de vestir de manera correcta. (Potter,1996)</p>

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>6.- Orientar al cuidador primario acerca de la importancia que tiene, el que la paciente se vista y desvista sola, para el logro de su independencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar al cuidador primario, con palabras sencillas la importancia de mantener y estimular las habilidades, motoras, psicológicas y cognitivas, propias de su edad. • Durante la hospitalización supervisar la realización de las medidas planeadas, aclarando dudas, valorando y retroalimentando la comprensión 	<p>La explicación detallada, concreta y comprensible, permite aumentar los conocimientos, sobre la enfermedad y los cuidados, fomentando el control de la situación. (Morgan K, 1993:184)</p> <p>Según Piaget, las edades comprendidas entre los 7 y los 11 años, marcan la fase de las operaciones concretas. Hacia los 9 años la mayoría de los niños están automotivados, compiten consigo mismo, y en medida que realizan acciones por si solos crece su sentido de independencia. (Kozier B, 2004: 426)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>7.- En caso de que la madre pueda traerle ropa al paciente, informarle que tiene que tener las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que sea lo suficientemente holgada, para no impedir los movimientos del niño. • Que sea fácil para colocarla • Que le brinde suficiente abrigo al niño. 	<p>Cuando un paciente esta hospitalizado, una de las obligaciones de la Enfermera, es ver si su ropa es cómoda y lo protege adecuadamente contra el frío. (Henderson V, Nite G,1988)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>8.-Orientar al cuidador primario acerca de las características de la ropa del niño en edad escolar, para la promoción de la salud en el hogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Que sea cómoda, de acuerdo al clima, de preferencia de algodón, evitar el uso prolongado de tenis. 	<p>La ropa del escolar no tiene estrictamente un tipo de textura esta puede ser de cualquier tipo de tela, colores, figuras y leyendas.</p> <p>Tiene cremalleras, botones, pinzas, agujetas, puede ser ropa cerrada o abierta (playeras, camisas)</p> <p>Lavar la ropa como la de la familia, se pueden incluir suavizantes de tela.</p>

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>9.- Revalorar la necesidad, todas las mañanas después del arreglo personal del paciente, poniendo especial atención en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilidad para vestirse y desvestirse • Estado emocional • Motivación para su arreglo personal 	<p>En esta edad el niño corre, juega, se ensucia y es común que las prendas siempre estén manchadas o sucias. No están contraindicados los accesorios, pero se recomienda seguir estimulando la prensa fina y gruesa, al realizar el acomodo de las prendas. (Papalia D, 1993:168)</p> <p>La forma de vestir y acicalarse es parte importante de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás, expresa individualidad, es parte del pudor, de la comunicación y ayuda a expresar sentimientos y creencias. (Erikson, E. 1963).</p>
---	---

EVALUACION: El escolar se encontraba en grado 3 de dependencia transitoria, sin embargo gracias a la realización de las intervenciones programadas y a la empatía entre Cuidador primario, paciente y Enfermera; Arisbeth logro su independencia respecto a esta necesidad, la cual mantuvo en las hospitalizaciones subsecuentes (Cuando su estado de salud lo permitía). Es importante mencionar que el obsequio de ropa del agrado de la paciente fue un factor determinante en la motivación de la pequeña para vestirse y desvestirse de manera apropiada.

Plan de Intervención de la Necesidad de Aprendizaje

Manifestaciones de Dependencia

Datos Subjetivos: La mamá de Arisbeth refiere que la pequeña fue hospitalizada para su semana 7 de quimioterapia, con Oncovín y Ara C, la cual transcurrió sin ningún contratiempo, sin embargo la van a dar de alta mañana en dos días, y la mamá señala que ha recibido información por el médico, acerca de que es posible que se infecte o sangre, posterior a cada ciclo de quimioterapia.

Datos Objetivos: La mamá refiere tener “muchas dudas” y preocupación acerca de los efectos secundarios de la quimioterapia, menciona “No se que voy a hacer si se me pone mal en la casa”

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de lesión física a cualquier nivel relacionado con falta de conocimientos del cuidador primario acerca de los cuidados en casa de la paciente.

Fecha de Identificación: 10-Septiembre-2006 **Nivel y Grado de Dependencia:** Transitoria, grado 3

Fuente de la Dificultad: De conocimiento del cuidador primario. **Prioridad:** Media **Rol de la Enfermera:** Ayuda

Objetivo: En un período de dos días, la mamá será capaz de describir con detalle y con sus propias palabras, los cuidados que llevara acabo en el hogar para salvaguardar la integridad de la pequeña, así como la identificación temprana de signos y síntomas de alarma, mencionando las acciones que debe realizar en caso de que se presenten.

Intervenciones y Acciones de Enfermería	Fundamentación
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>1.- Recopilar la información acerca de conocimientos previos, que los miembros del equipo de salud han proporcionado a la madre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedirle a la mamá que explique con sus propias palabras lo que sabe de la enfermedad de la paciente, para valorar la comprensión de la enfermedad. • Realizar preguntas abiertas, en relación a los efectos secundarios de la quimioterapia y cuidados en casa. • Cuestionar que preguntas específicas, no le han quedado claras o le provocan inquietud. 	<p>Esta valoración ayuda a la Enfermera a identificar necesidades de información y a planificar métodos docentes apropiados. (Carpenito 1994: 381)</p> <p>La información que se obtiene de los padres y del niño (si tiene edad suficiente), debe reforzarse para poder incorporarse al plan de tratamiento. (Morgan 1993:207)</p> <p>Al igual que el resto de las personas, los pacientes y cuidadores tienen una importante necesidad de aprendizaje, esta es el deseo o la exigencia de saber algo que el aprendiz desconoce en ese momento. (Kozier B, 2004: 498)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>2.- Mediante una entrevista dirigida, evaluar el estilo de vida de la familia, mecanismos de adaptación y sistemas de apoyo.</p>	<p>La falta de conocimientos y una actitud negativa en relación con el cáncer, unido a lo desconocido de los tratamientos y del ambiente hospitalario, son los culpables del temor y ansiedad de los pacientes. Los efectos fisiológicos y psicológicos de los tratamientos producen cambios en la imagen corporal, estilo de vida y función, pudiendo contribuir al temor y ansiedad. (Carpenito 1994: 381)</p>

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>3.- Explicar de manera sencilla y concreta, al cuidador primario que es la leucemia, incluyendo los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisiopatológico • Función de la medula ósea • Posibles complicaciones 	<p>Proporcionar información específica sobre la leucemia, puede ayudar al paciente y a la familia a comprender la necesidad de los tratamientos y precauciones, pudiendo mejorar el cumplimiento. (Carpenito 1994: 382)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>4.-Durante el transcurso de la hospitalización, integrar al paciente y cuidador primario, a las actividades que se realizan para la satisfacción de las necesidades de la pequeña.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar al cuidador primario y paciente el por que? y para que? de las intervenciones realizadas. • Alentar al cuidador primario a que realice las acciones propias del cuidado de la niña. • Explicar a los padres el objeto de todo el equipo y material necesario (incluyendo bombas de infusión, líquidos, medicamentos) • Revisión con el cuidador primario de los procedimientos apropiados (lavado de manos, cuidados a proporcionar cuando hay fiebre y/o diarrea, etc.) 	<p>La familia ofrece un sistema de apoyo esencial, para la educación cuidadosa y apropiada, favoreciendo que el niño desarrolle sentimientos de identidad y seguridad. (Morgan 1993:270)</p> <p>Las explicaciones y demostraciones hacen posible que los padres se familiaricen con la función y diseño del equipo, de modo que sepan que hacer en casa cuando dependan de ellos los cuidados de su hijo.</p> <p>La revisión de procedimientos, refuerza la comprensión de los padres y permite asegurar el cumplimiento del régimen terapéutico. (Morgan 1993:270)</p>

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>5.- Brindar información al paciente y cuidador primario, acerca de los cuidados diarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer un entorno seguro • Reposo relativo, excluir las actividades físicas extenuantes. • Medidas higiénicas, con especial atención del aseo bucal y del área perianal. • Proporcionar una dieta con elevado contenido calórico y proteico. Abundantes líquidos y fibra. Evitar los alimentos crudos, condimentados y de procedencia dudosa (Alimentos chatarra, comida en la calle) • Toma de temperatura axilar dos veces al día y por razón necesaria. • Evitar contacto con personas que padezcan enfermedades transmisibles (gripe, varicela, diarrea, etc.) 	<p>El aprendizaje apropiado sobre hábitos sociales y las alternativas para su cuidado, fomentan en el niño la aceptación de su realidad, favorece la confianza en sí mismo y en el control de la enfermedad o tratamiento, lo que resulta básico para tener un éxito terapéutico. (Morgan 1993:209)</p> <p>La sobreproducción de leucocitos origina una producción inadecuada de eritrocitos, dando por resultado anemia, la cual produce fatiga y por ende se debe ahorrar energía. (Carpenito 1994: 382)</p> <p>Una ingesta adecuada de proteínas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales, es necesaria para la reconstrucción tisular y una mayor resistencia a la infección. (Carpenito 1994: 382)</p> <p>En los pacientes con leucemia pueden aparecer abscesos rectales, debido a lesión y estreñimiento, aumentando la susceptibilidad a infección. (Carpenito 1994: 382)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>6.- Proporcionar información certera, clara y de manera sencilla, al cuidador primario, acerca de los signos y síntomas de alarma; y que hacer cuando se presenten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre o hipertermia • Datos de sangrado a cualquier nivel (petequias, hematomas), cefaleas. • Datos infecciosos: fiebre por arriba de 38°C, escalofríos, diaforesis, piloerección, diarrea, disfagia y otalgia. • Vómitos o rechazo de los alimentos 	<p>Saber que hacer ante una situación urgente, favorece la instauración de un tratamiento inmediato, previniendo la aparición de complicaciones importantes. . (Morgan 1993:271)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Palidez de piel, labios o palmas de las manos • Fatiga, debilidad. <p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>7.-Favorecer el contacto del cuidador primario, con otros padres que tengan hijos con problemas similares a los de la paciente</p> <p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>8.-Revisar con el cuidador primario, los posibles efectos adversos de la quimioterapia (Náuseas, vómitos, astenia adinamia)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un lenguaje sencillo y claro • Relacionar experiencias pasadas con los citotóxicos. • Enfatizar que los efectos se pueden producir o no. <p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>9.- Estimular el aprendizaje de los adultos responsables del niño, (aparte de la familia inmediata) para que ejerzan funciones de cuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigar si existen personas responsables, dispuestas a brindar cuidados en su domicilio a la paciente. • Ofrecer educación continua a posibles cuidadores de la pequeña. 	<p>Conocer a padres con los mismos problemas, da sensación de apoyo y permite encontrar soluciones para afrontar mejor el cambio en el estilo de vida. (Díaz, G 2006:696)</p> <p>Conocer los posibles efectos adversos de los citotóxicos, permite que los padres soliciten ayuda y atención médica siempre que sea necesario. (Díaz, G 2006:696)</p> <p>El que otras personas aprendan cómo cuidar y manejar al paciente posibilita que los padres y demás miembros de la familia, puedan permanecer separados del niño, durante determinados períodos de tiempo, algo necesario para ellos, sin sentimiento de culpa o de inseguridad. (Morgan 1993:280)</p>
--	--

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>10.- Antes del egreso verificar la comprensión de la información, del cuidador primario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedir a la mamá, que explique con sus propias palabras los cuidados que realizara en casa. • Pedir a la mamá, que explique con sus propias palabras, los signos y síntomas de alarma y las medidas a realizar cuando se presenten. • Durante la hospitalización supervisar la realización de las medidas planeadas para el cuidado de la niña, aclarando dudas de la madre y la niña, al mismo tiempo que se valora y retroalimenta su comprensión 	<p>Disponer de toda la información colabora a que se utilice y continúe, el tratamiento en casa, así como la asistencia oportuna al hospital. . (Morgan 1993:271)</p> <p>Los profesionales de Enfermería necesitan proporcionar una información que garantice al paciente una transición segura de un nivel asistencial a otro, así como planificar de forma adecuada, la educación complementaria que recibirá esta persona cuando esté en su domicilio. (Kozier B, 2004: 498)</p>
---	---

EVALUACION: Al concluir la estancia hospitalaria, el cuidador primario (madre) fue capaz de describir con detalle los cuidados específicos que tiene que brindarle a la paciente en el hogar. Con respecto a los signos y síntomas de alarma la enseñanza también fue exitosa, ya que la mamá y la niña acudieron oportunamente al servicio de urgencias en 5 ocasiones (2 por fiebre, 1 por dificultad respiratoria y 2 por diarreas) evitándose complicaciones severas. Todo lo anterior refleja el alcance de la independencia, respecto a esta necesidad.

Plan de Intervención de la Necesidad de Realización

Manifestaciones de Dependencia

Datos Subjetivos: El cuidador primario (madre) refiere que desde que la niña empezó con alopecia, se muestra más callada, triste y con llanto fácil.

Datos Objetivos: Actualmente Arisbeth se encuentra adaptada al medio hospitalario, sin embargo a la exploración física se aprecian facies de tristeza, al interrogatorio directo, manifiesta su tristeza por la caída de su cabello de manera verbal. Cursa su semana 34 de 112 de quimioterapia

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con cambios de la imagen corporal.

Fecha de Identificación: 30- Enero_07 **Nivel y Grado de Dependencia:** Transitoria, grado 3

Fuente de la Dificultad: Física y de Conocimiento **Prioridad:** Media

Rol de la Enfermera: Ayuda

Objetivo: Arisbeth expresará un concepto positivo de sí misma, al mismo tiempo que identifica alternativas para mejorar la imagen corporal, en forma progresiva hasta la recuperación de su cabello.

Intervenciones y Acciones de Enfermería	Fundamentación
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>1.-Realizar una valoración inicial a través de una entrevista guiada en cada sesión de quimioterapia, cubriendo los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procurar un ambiente tranquilo y privado para realizar la entrevista. • A través de la observación de sus facies, postura y actitud, identificar el estado de animo de la pequeña • Estimular la verbalización de sus sentimientos y emociones, en especial los relacionados con la alopecia. • Mostrar interés por el estado emocional de la paciente, respetando su desición de expresión. • Realizar la entrevista solo si ella lo permite y abordar con interés cualquiera que sea el tema que ella elija. <p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>2.-Explicar al cuidador primario y a la pequeña el efecto temporal de la quimioterapia, en el sentido de la pérdida de cabello, pestañas y cejas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subrayar que la alopecia es transitoria, que el cabello comienza a crecer de nuevo entre 3 y 6 meses después de concluido el tratamiento, y que puede mostrar un color o textura ligeramente distintos • Señalar que la alopecia durante un segundo ciclo de tratamiento con el mismo fármaco puede resultar mucho menos importante. 	<p>La alopecia a causa de la toxicidad de la quimioterapia, es motivo de ansiedad para el niño, ya que el escolar es sensible a la reacción de las personas ante su apariencia. (Watcher 1993:1362)</p> <p>Escuchar con empatía es una condición para cualquier actividad de ayudar, el contacto psicológico sirve para reconocer y ilegitimizar sentimientos reduciendo su intensidad y reorientando el curso de la situación.(Slaikeu,1998:78)</p> <p>La pérdida de cabello constituye un efecto colateral frecuente de diversos fármacos quimioterápicos, aunque no siempre se produce; en cualquier caso es mejor advertir al niño y a los padres de esta posibilidad, así cuando esta se presente, se podrá examinar la dimensión real del problema y el impacto de este en la vida actual y futura del niño. (Waley & Wong 1995:823).</p>

- Responder con palabras sencillas y de forma concisa todas las dudas de la madre y el paciente, en este sentido.

Tipo de Intervención: Independiente

3.-Fomentar el recuerdo de experiencias positivas previas y logros personales:

- Resaltar el tipo de actividades que puede realizar actual y posteriormente
- No reforzar la emisión de un juicio personal

Tipo de Intervención: Independiente

4.-favorecer la aceptación de la situación actual, proponiendo a la mamá y a la paciente alternativas de solución.

- Proporcionar una cobertura idónea durante la exposición a la luz solar, al viento o al frío.
- Sugerir que el cabello ralo se vea limpio y corto, para camuflar la alopecia parcial.
- Estimular una buena higiene y el uso de objetos y accesorios, como pelucas, gorros blandos de algodón, pañuelos para la cabeza, sombreros con flores, prendas de vestir atractivas, pulseras de colores, etc., todo con el objetivo de mejorar el aspecto de la paciente y de que no se centre la atención en la alopecia.
- Favorecer una rápida reintegración con sus amigos y familiares, para disminuir el contraste entre el aspecto anterior y el nuevo.

El apoyo del “yo” incluye despejar ideas negativas falsas sobre una situación, permitiendo llenarse de ideas positivas que estimulen a la persona a ser independiente, con lo que se llega a tener el control de sentimientos y aumento de la autoestima. (Slaikeu,1998:186)

El encontrar un rango de alternativas de soluciones para la resolución de un problema, evita la impotencia y estimula a la persona, ayudando a tomar acción concreta y favoreciendo la satisfacción de las necesidades, cambiando así la dimensión de un problema. (Waley & Wong 1995:474).

El poliéster incrementa la sudoración y produce prurito. (Waley & Wong 1995:824).

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>5.- Valorar la eficacia de las intervenciones, después de cada seguimiento, de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar oportunidades a la paciente, para que analice y exprese sus emociones y preocupaciones, ya sea verbalmente o a través de expresión no verbal como juegos, actividades plásticas o cuentos. 	<p>La adaptación sigue de forma gradual al choque inicial y suele caracterizarse por la aceptación abierta del problema, y cuando este no se puede resolver, la prioridad es hacer que el problema parezca más manejable y que el niño y cuidador primario se sientan más preparados para resolverlo. (Waley & Wong 1995:477).</p>
--	--

EVALUACION: Debido a que el escolar todavía se encuentra en tratamiento de quimioterapia se continua el apoyo respecto a esta necesidad, sin embargo actualmente la pequeña esta consciente de que la pérdida de cabello es temporal, por lo que se muestra más tranquila y alegre, se le ha apoyado con algunos accesorios para su arreglo personal los cuales le agradaron por que “me hacen ver más bonita” además de que se le ha dado autorización medica para visitar a su papá y hermanos en Oaxaca, por lo que su dependencia disminuye a grado 2.

Plan de Intervención de la Necesidad de Valores y Creencias

Manifestaciones de Dependencia

Datos Subjetivos: El cuidador primario (madre) refiere que: profesan la religión católica, sin embargo la pequeña no está bautizada, no participan en las actividades de esta religión; también menciona que acuden a misa aproximadamente cada mes y que la pequeña los acompaña. La mamá piensa que es mala suerte la enfermedad de Arisbeth y le aplica los remedios caseros que sus familiares y amigos le aconsejan

Datos Objetivos: El escolar refiere que “Quiero aprender a leer y escribir por que quiero hacer mi primera comunión”. Se observa imagen de la virgen de Guadalupe en la cabecera de la cama y la mamá guarda en el buró la oración de los enfermos, la cual dice rezar, cuando la pequeña está muy delicada.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con falta de conocimiento y voluntad del cuidador primario, para integrar al paciente a actividades religiosas, propias de su edad.

Fecha de Identificación: 25-Noviembre-2006 **Nivel y Grado de Dependencia:** Transitoria, grado 3

Fuente de la Dificultad: Falta de voluntad y conocimiento del cuidador primario **Prioridad:** Media

Rol de la Enfermera: Ayuda

Objetivo: En un período no mayor de tres meses, Arisbeth será integrada a las actividades religiosas propias de su edad, mediante la sensibilización del cuidador primario, acerca de su importancia de estas, para el adecuado desarrollo espiritual de la paciente.

Intervenciones y Acciones de Enfermería	Fundamentación
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>1.- A través de una entrevista guiada con los siguientes puntos realizar una valoración inicial, para determinar el grado de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar la entrevista en un momento tranquilo, a cualquier hora del día. • Realizar la entrevista al cuidador primario y al paciente • Importancia de la religión para la persona. • Impacto de su enfermedad sobre sus prácticas o creencias espirituales • Impacto de la hospitalización sobre sus prácticas o creencias espirituales <p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>2.- Brindar asesoramiento al cuidador primario sobre la importancia del desarrollo espiritual del escolar. (NIC 5240)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demostrar simpatía, calidez y autenticidad. • Disponer la intimidad, para favorecer la confidencialidad. • Proporcionar información objetiva, de manera clara y sencilla. • Favorecer la expresión de sentimientos. • Determinar como afecta al paciente el comportamiento de la familia. 	<p>Según Fowler, el niño en edad escolar se encuentra en el estadio 2 de desarrollo espiritual, el estadio Mítico – Literal, es decir viven en un mundo privado de fantasía y asombro; los símbolos hacen referencia a algo concreto; utilizan mitos o historias especulares para comunicar significados espirituales. (J. Fowler,1985)</p> <p>Los escolares comienzan a comprender la diferencia entre lo natural y lo sobrenatural, pero tienen dificultades con la comprensión de las abstracciones. En consecuencia los conceptos religiosos deben ser proporcionados en términos concretos. Por ejemplo el niño piensa que Dios tiene cualidades humanas, tal como un señor mayor bondadoso que castiga cuando el comportamiento no corresponde con sus patrones. (Kozier B, 2004: 426)</p> <p>En la etapa escolar el niño experimenta la fe mediante la relación con otras personas que viven una determinada tradición religiosa. (Westerhoff 1976:79)</p>

Tipo de Intervención: Independiente

3.- Apoyo espiritual al paciente y cuidador primario (NIC 5420)

- Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
- Favorecer privacidad y momentos de tranquilidad, para actividades espirituales
- Compartir creencias y experiencias espirituales personales, si se profesa la misma religión.
- Informar de las actividades religiosas que se realizan dentro del Hospital, así como de los lugares destinados para la espiritualidad (Capillas, altares, etc.)
- Rezar con el paciente y familia
- Alentar la asistencia a servicios religiosos.
- Permitir el uso de objetos espirituales (imágenes, rosarios, amuletos, oraciones, etc.)
- Evitar que el paciente y cuidador primario conciban la enfermedad como un castigo

Tipo de Intervención: Independiente

4.-Facilitar el Crecimiento espiritual (NIC 5426)

- Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente.
- Fomentar la conversación que ayude al paciente a expresar sus intereses espirituales.
- Ofrecer el apoyo de la oración al paciente y cuidador primario
- Alentar al cuidador primario a integrar a la paciente a actividades religiosas propias de su edad

Los niños en edad escolar pueden hacer, en esos años, muchas preguntas sobre Dios y la religión, y generalmente creen que dios es bueno y siempre esta presente para ayudar, esperan que sus oraciones sean oídas, que se recompense lo bueno y se castigúe lo malo. (Kozier B, 2004: 426)

Los escolares se sienten fascinados por los conceptos de cielo e infierno, y como cada vez son más conscientes de las reglas, temen ir al infierno por portarse mal, por lo tanto en esta etapa los niños quieren y esperan ser castigados cuando no se portan bien, es por esto que a menudo conciben la enfermedad como un castigo por una fechoría normal o imaginaria.

Waley & Wong 1995:399).

Durante la edad escolar los niños piensan en términos muy concretos y son ávidos estudiantes, y muchos de ellos tienen un enorme interés por aprender de Dios. En sus oraciones tienden a pedir recompensas muy tangibles y en cuanto empiezan a darse cuenta de que esto no siempre sucede, pierden el interés por rezar. (Waley & Wong 1995:399).

En los escolares el paso del egocentrismo a la lógica influye también en el desarrollo de la conciencia y en la adquisición de valores y creencias religiosas; son capaces de discutir sus sentimientos acerca de su fe y la relación de esta con su vida. (Waley & Wong 1995:399).

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>5. La enfermera colaborará con la familia a continuar con sus valores y creencias durante la hospitalización del escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer a la familia la oportunidad de profundizar en sus emociones y de expresarlas libremente. • Identificar, fomentar y reforzar las capacidades y aspectos positivos de la familia. • Propiciar momentos de intimidad y brindar compañía cuando la persona/familia lo requiera, organizando los cuidados de forma que dejen tiempo libre para la meditación y la oración. • Ayudar a cumplir en la medida de lo posible los preceptos y prohibiciones religiosas y facilitar que tenga consigo los objetos de culto que desee; imágenes, lecturas, artículos personales tales como: escapularios, rosarios, crucifijos, etc. • Facilitar el contacto con la persona o personas que puedan ayudar a reforzar la paz espiritual (sacerdote, pastor, etc.) <p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>6- Revalorar la necesidad, siempre que el paciente y la situación lo permitan, a través de una entrevista guiada con los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar presencia de sentimientos de ira, enojo, frustración, tristeza o desesperanza. • Investigar el interés del niño para participar en actividades religiosas propias de su edad. • Investigar el concepto y percepción que el pequeño tiene de Dios 	<p>La disponibilidad de la enfermera y su presencia junto al paciente y familia, reafirma su interés y confianza para percibir la importancia de sus valores y creencias. (Kozier, 1999):113</p> <p>Los sistemas de apoyo, como la familia, los amigos y la iglesia y otros medios comunitarios ayudará a que la familia permanezca unida e intacta y permite a la persona aceptar, darle fuerza, esperanza y a darle sentido a la vida con resolución y agrado. (Kozier, 1999)</p>
---	---

EVALUACION: En dos meses el esvolar evolucionó a la independencia en la necesidad de valores y creencias, gracias a la sensibilización del cuidador primario y al apoyo del profesional de Enfermería. Cabe mencionar que el entusiasmo de “hacer su primera comunión” que mostraba la pequeña, fue un factor de motivación determinante para el cuidador primario. La mamá refiere que no ha integrado a la pequeña a actividades religiosas propias de su edad, porque ella desea que sea en su lugar de origen (Oaxaca) donde la niña pueda realizarlas; sin embargo le ha enseñado a orar por las noches e ir a misa cada que tienen oportunidad.

Plan de Intervención de la Necesidad de Comunicación

Manifestaciones de Dependencia

Datos Subjetivos: La mamá de Arisbeth refiere que su familia es nuclear y funcional, y que no acostumbran platicar mucho entre ellos, especialmente con sus hijos debido al tipo de educación que recibieron de sus padres. Así mismo informa que antes de ser diagnosticada la pequeña se caracterizaba por ser alegre y juguetona.

Datos Objetivos: Arisbeth no tiene ninguna alteración aparente en los órganos de los sentidos, sin embargo es incapaz de expresar abiertamente sus sentimientos y deseos, ya que no le han enseñado a utilizar una comunicación asertiva con los integrantes de su familia. Durante los seguimientos se muestra tímida, temerosa y reservada.

Diagnóstico de Enfermería: Disposición para mejorar la comunicación, manifestado por deseos de mejorar la interacción verbal, así como la expresión de pensamientos y sentimientos.

Fecha de Identificación: 26-Noviembre-2006 **Nivel y Grado de Dependencia:** Ninguna

Fuente de la Dificultad: De conocimiento del cuidador primario, para realizar un afrontamiento adecuado, respecto a los cambios en el rol de vida del paciente y mamá **Prioridad:** Media **Rol de la Enfermera:** Ayuda

Objetivo: En un periodo no mayor de 8 semanas, Arisbeth mantendrá una comunicación asertiva con su madre, mediante implementación de estrategias que favorecen la comunicación, así como la sensibilización del cuidador primario, acerca de la importancia de esta para el adecuado desarrollo emocional de la paciente.

Intervenciones y Acciones de Enfermería	Fundamentación
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>1.- Identificar el estilo de comunicación del paciente, tomando en cuenta tanto la expresión verbal como la no verbal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación verbal: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prestar especial atención al contenido del mensaje, los argumentos y las emociones expresadas verbalmente. ✓ Si la comunicación es lenta, rápida, tranquila, espontánea, vacilante, evasiva, etc. ✓ Vocabulario de la persona, en particular cualquier cambio en el repertorio habitual. ✓ La presencia de hostilidad, agresividad, seguridad en si mismo, reticencia, vacilación, ansiedad o locuacidad. ✓ Dificultades para la comunicación verbal, como la disartria, el tartamudeo, la incapacidad para pronunciar un sonido determinado, falta de claridad en la vocalización. ✓ Negativa a hablar o incapacidad para ello. • Comunicación no verbal <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorarse en relación a la cultura del paciente ✓ Prestar atención especial a la expresión facial, gestos, movimientos corporales, emociones, tono de voz, postura y contacto visual. 	<p>En la comunicación con los niños de todas las edades, los componentes no verbales son los que transmiten los mensajes más importantes. Resulta difícil ocultarles los sentimientos, las actitudes o la ansiedad, por que permanecen muy atentos a lo que les rodea y dan un significado a cada gesto y movimiento que se realiza. (Waley & Wong 1995:86)</p> <p>Comunicación verbal y no verbal del escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ De los 5 a los 6 años comienzan a escribir ❖ De los 6 a 13 años, el vocabulario se expande rápidamente y los objetos son descritos de acuerdo a forma, color y tamaño. Los niños de esta edad disfrutan la lectura, saben utilizar un calendario y pueden dar la hora. ❖ Entre 6 y 7 años ya es capaz de comunicarse por medio de frases y juegos ❖ A los 7 años tiene la capacidad para producir todos los sonidos necesarios para entenderse verbalmente. ❖ A los 8 años aprende palabras y símbolos que aparecen en el radio, TV, y su entorno, ❖ 8 años puede inventar un lenguaje secreto con sus amigos. ❖ Adolescente <p>(Escobar, 2001: 160)</p>

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>2.- Manejo Ambiental: Proceso de acercamiento (NIC 6481)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente hogareño • Proporcionar una cama limpia y cómoda • Favorecer un ambiente que ofrezca intimidad • Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte con las necesidades del paciente. • Facilitar una silla cómoda para el cuidador primario • Mantener un bajo nivel de estímulos en el ambiente del paciente y cuidador primario 	<p>Un ambiente tranquilo y con pocas distracciones permitirá sacar el máximo provecho de los esfuerzos de comunicación y aumentará la posibilidad de conseguir una comunicación eficaz. Una iluminación suficiente ayudará a transmitir los mensajes no verbales. El proporcionar un entorno tranquilo y relajado disminuye la ansiedad del paciente y favorece la expresión de sentimientos. (Kozier B, 2004: 490)</p> <p>Cuando los niños se sienten cómodos, normalmente expresan sus ideas, sentimientos e interpretaciones de los hechos. (Waley & Wong 1995:87)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>3.-Aumentar los sistemas de Apoyo (NIC 5440)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a expresar sus sentimientos e inquietudes al cuidador primario. • Fomentar la comunicación con compañeros de sala que tengan metas e intereses semejantes. • Propiciar conversaciones en las que interactúe tanto el cuidador primario como el paciente. • Mostrar interés e importancia a las expresiones verbales y no verbales del paciente. 	<p>Los niños en edad escolar, se basan menos en lo que ven y mas en lo que saben, utilizan un lenguaje de forma adecuada y satisfactoria. Todavía necesitan explicaciones relativamente simples, pero su capacidad de pensamiento concreto facilita a menudo la comunicación y las explicaciones (Waley & Wong 1995:87)</p>

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>4.-Emplear medidas que favorezcan la comunicación entre el cuidador primario y la paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar de que manera el paciente recibe mejor los mensajes (escuchando, hablando, mirando, etc.) • Utilizar palabras simples y concretas. • Hablar de temas de interés para el paciente, en los que pueda interactuar la mamá • Utilizar métodos alternativos de comunicación, como las pizarras, los dibujos o los cuentos. • Durante las conversaciones favorecer las preguntas abiertas, tanto para el paciente como para el cuidador primario 	<p>Los sistemas de técnicas proyectivas, consisten en la presentación de un material inespecífico que posibilita la proyección o expresión de los aspectos internos individuales.</p> <p>Los dibujos infantiles dicen mucho acerca de los niños ya que son proyecciones de su yo interno.</p> <p>La utilización de preguntas abiertas, animan a los miembros de la familia a expresar sus sentimientos y pensamientos, de forma menos dirigida y con menor confrontación.</p> <p>(Waley & Wong 1995:88-89)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>5.- Orientar al cuidador primario acerca de pautas que puede emplear, para favorecer la comunicación con su hija.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la comunicación cuando la niña se encuentre cómoda • Evitar los acercamientos bruscos y gestos que puedan parecer amenazadores. • Comunicarse mediante objetos transicionales como muñecas, marionetas o animales de peluche, antes de preguntar al niño directamente. • Situarse a la altura de los ojos del niño • Hablar despacio, tranquilamente y con voz segura • Hablar con claridad y concreción, usando palabras sencillas 	<p>Las pautas de comunicación favorecen el proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras y llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información</p> <p>(Riopelle L, 1993: 49)</p> <p>En los niños escolares, el desarrollo del lenguaje y del pensamiento, ofrece el marco de referencia para saber como comunicarse con los niños. Los procesos del pensamiento van de lo concreto a lo funcional. (Waley & Wong 1995:86)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecerle la posibilidad de elegir solo cuando la posibilidad exista • Dejarles expresar sus temores y preocupaciones, sin minimizarlas. <p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>6.- Valorar en cada encuentro, la comunicación entre el cuidador primario y la paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar las conversaciones activamente para evaluar, la interacción verbal entre madre e hija • Observar las señales no verbales • Emplear preguntas abiertas, para valorar la efectividad de la comunicación 	<p>La comunicación es un sistema básico de la humanidad; se inicia cuando el niño aprende a emitir sus primeras palabras para designar objetos o personas, y se continua toda la vida, si esta es asertiva contribuye a que el autoconcepto del niño en edad escolar siga madurando. Los niños que tienen una comunicación deficiente pueden sentirse rechazados, inferiores e inútiles. (Escobar, 2001: 143)</p>
---	---

EVALUACION: Durante su estancia hospitalaria no se pudo favorecer de manera adecuada el ambiente, sin embargo la orientación y sensibilización del cuidador primario para favorecer la comunicación fue exitosa, ya que la mamá logro interactuar asertivamente con la niña, la cual fue capaz de expresar abiertamente sus sentimientos para con el cuidador primario y el profesional de Enfermería, dos meses después de establecerse el diagnóstico. Logrando de esta manera la independencia respecto a esta necesidad. Es importante mencionar que la comunicación asertiva ha fortalecido la relación cuidador primario-paciente - profesional de Enfermería.

Plan de Intervención de la Necesidad de Descanso y Sueño

Manifestaciones de Dependencia

Datos Subjetivos: La madre refiere que en su casa Arisbeth duerme de 7 a 8 horas aproximadamente, durante la noche despierta fácilmente (generalmente 2 veces) teniendo dificultad para volver a conciliar el sueño (“a veces tarda hasta una hora”), no tiene hábitos para dormir, duerme con luz o sin ella, no usa pijama, tan solo cuando se siente cansada se acuesta en su cama y se queda dormida ya sea en la noche o en el día, durante su actividad diurna la pequeña refiere que a veces se siente cansada y que le da sueño durante el día a un horario no definido.

Datos Objetivos: Durante su estancia hospitalaria Arisbeth no refirió cansancio, no realizó siestas y la mamá refiere que la pequeña no despertó en el transcurso de la noche. No se observan facies de cansancio. La paciente refiere que duerme mejor en el hospital por que está limpia, tiene ropa cómoda y la cama está más comfortable.

Diagnóstico de Enfermería: Potencial de mejora del Descanso y sueño

Fecha de Identificación: 5-October-2006 **Nivel y Grado de Dependencia:** ninguno

Fuente de la Dificultad: Ninguna **Prioridad:** Media

Rol de la Enfermera: Ayuda

Objetivo: Arisbeth continuará con un descanso y sueño apropiados a su etapa de crecimiento y desarrollo, a través de la actuación interdisciplinaria del personal de salud, y de la enseñanza del cuidador primario, sobre la realización de medidas favorecedoras del descanso

Intervenciones y Acciones de Enfermería	Fundamentación
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>1.-Realizar una valoración del paciente, relativa al descanso y sueño, para incorporar sus necesidades y preferencias en el plan de cuidados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia del sueño ✓ Patrón habitual del sueño, especificando las horas de sueño y vigilia; horas de sueño no perturbado y calidad o satisfacción del sueño. ✓ Rituales de acostarse realizados para ayudar a la persona a dormirse. ✓ Utilización de fármacos para dormir u otros fármacos. ✓ Ambiente del sueño (p. ej., habitación oscura, temperatura caliente o fría, nivel de ruidos.) ✓ Cambios recientes en los patrones del sueño o dificultad para dormir. <ul style="list-style-type: none"> • Diario de sueño ✓ Número total de horas de sueño por día ✓ Actividades realizadas 2 – 3 horas antes de acostarse (tipo, duración y hora). ✓ Hora de: irse a la cama, intentar dormir, dormirse, cualquier despertar y duración de estos periodos, despertar matutinos. ✓ Cualquier preocupación que el paciente o cuidador primario crea que puede afectar al sueño. ✓ Factores que el paciente o cuidador primario, crean que tienen un efecto negativo o positivo sobre el sueño. 	<p>El sueño es una necesidad humana básica, tiene una función protectora, que permite reparar y recuperar los tejidos después de la actividad. (Waley & Wong 1995:62).</p> <p>Durante el sueño se libera del lóbulo anterior de la glándula hipófisis la hormona del crecimiento (GH) o somatotropina (SH), la cual estimula el crecimiento de huesos y tejidos, incrementa la síntesis de proteínas y disminuye la frecuencia de uso de carbohidratos y resistencia a la insulina, también aumenta la movilización y uso de grasa para energía, por todo esto es necesaria para el crecimiento y desarrollo normales. (Slota M, 2000:424)</p> <p>El reposo y sueño son esenciales para la salud. El sueño se considera como un estado de alteración de la conciencia en el que la percepción y la reacción al ambiente del individuo están disminuidas; se caracteriza por una actividad física mínima, niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos orgánicos, y disminución de la respuesta a estímulos externos. El reposo implica calma, relajación sin estrés emocional, y estar libre de ansiedad; por consiguiente el reposo no implica necesariamente inactividad. (Kozier B, 2004: 1219).</p>

- Exploración física a través de:
 - ✓ Inspección del aspecto facial en busca de: Ojeras, párpados hinchados, conjuntiva enrojecida, ojos vidriosos o de aspecto mate, expresividad facial limitada.
 - ✓ Observación del comportamiento: Irritabilidad, agitación, falta de atención, habla lenta, postura encorvada, temblor de manos, bostezos, frotarse los ojos, retraimiento, confusión e incoordinación.
 - ✓ Observación de la energía del paciente: Si parece físicamente débil, aletargado o fatigado

Tipo de Intervención: Independiente

2.- Determinar el ciclo sueño – vigilia del paciente de acuerdo a:

- Etapa de crecimiento y desarrollo.
- Nivel de actividad
- Estado de salud

El diario de sueño, mantiene un registro escrito y preciso del patrón de sueño y de los hábitos a él asociados, puede realizarlo el propio paciente o el cuidador primario. Cuando el diario se ha completado la Enfermera, pte y cuidador primario, pueden desarrollar diagramas o graficas que ayuden a la organización de los datos y a la identificación del problema. (Kozier B, 2004: 1227).

La exploración física del paciente, permite identificar manifestaciones de dificultad del sueño. La valoración precisa permite al profesional de Enfermería determinar la naturaleza exacta de la alteración, y la identificación de posibles causas, ayudando a la Enfermera a planear intervenciones apropiadas para favorecer el sueño y descanso. (Kozier B, 2004: 1227).

En la etapa escolar el crecimiento ha disminuido y por tanto se utiliza menos energía en él que durante etapas anteriores. Duermen de 8 a 12 horas cada noche sin siestas diurnas. El sueño REM de los niños a esta edad se reduce aproximadamente al 20%. (Kozier B, 2004: 1221).

Las personas enfermas con frecuencia requieren más reposo y sueño de lo normal, ya que gastan cantidades inusuales de energía sólo para recobrar la salud o para las actividades de la vida cotidiana. (Kozier B, 2004: 1219).

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>3.- Identificar los factores que pudieran interferir con el descanso y sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores endógenos (relacionados con el cansancio) • Factores rítmicos endógenos (relojes internos) que alteran en forma cíclica la estimulación del sueño. • Factores no condicionados (como la oscuridad, la quietud, la posición y la monotonía sensorial). • Factores condicionados (como acostarse a determinada hora u otros rituales previos al sueño) que influyen sobre el comienzo del sueño. 	<p>El sueño se considera como un mecanismo reflejo y supone que los múltiples cambios en las funciones corporales que constituyen el sueño, ocurren en respuesta a estímulos adecuados, por lo que hay una multitud de factores que influyen en la inducción del sueño. (Henderson, 1988)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>4.- Orientar a la paciente y cuidador primario sobre acciones que mejoran la calidad de sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importancia de ropa cómoda y limpia para dormir. • Ingesta ½ hora antes de dormir, de alimentos soporíferos como la leche o alimentos ligeros ricos en proteínas. • Favorecer la eliminación vesical antes de acostarse. • Promover los rituales al acostarse (p. ej. Leer un cuento, decir sus oraciones, etc.). • Fomentar hábitos higiénicos como el cepillado dental, antes de ir a la cama. 	<p>El conocimiento de los factores que afectan o favorecen el sueño, permite al paciente y cuidador primario, poner en práctica modificaciones del estilo de vida y de las actividades previas a acostarse. (Kozier B, 2004: 1234).</p> <p>Las sustancias soporíferas como la leche y los alimentos con proteínas, contienen triptofano un precursor de la serotonina que inducen y mantienen el sueño. Los rituales al acostarse o las rutinas previas al sueño producen confort y relajación. El vaciamiento de la vejiga antes de acostarse y la higiene personal, mejoran la sensación de comodidad. (Kozier B, 2004: 1224-1234).</p>

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>5.- Realizar acciones que favorezcan el descanso y sueño de la paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la comunicación Enfermera – Paciente – Cuidador primario, acerca de inquietudes, preocupaciones y/o satisfacciones de los acontecimientos surgidos durante el día. • Revisar que la ropa de cama este estirada, limpia y seca. • Revisar que la ropa de dormir, no este sucia o ajustada. • Adaptar el horario de los medicamentos, especialmente de los diuréticos, para evitar los despertares nocturnos. • Planear las intervenciones de Enfermería de tal manera que se reduzca al mínimo las interrupciones de sueño. • Antes de la hora de dormir, verificar la permeabilidad y estado de la vía I.V, así como los signos vitales y la administración de medicamentos. • Vigilar que los catéteres y sondas, estén en una posición adecuada para que no interfieran con el descanso del niño. 	<p>Una de las funciones del sueño es restaurar los niveles de actividad y equilibrio del sistema nervioso, al predominar la función parasimpática, se producen cambios en los cuales se disminuye el gasto de energía y el funcionamiento orgánico. El sueño también es necesario para la síntesis de proteínas, que permiten que se produzca el proceso de reparación. (Kozier B, 2004: 1220).</p> <p>El estrés la ansiedad y la depresión interfieren en la capacidad de relajarse, de descansar y por ende de conciliar el sueño. (Kozier B, 2004: 1234).</p> <p>Llevar acabo la verificación de la funcionalidad de catéteres, evita las interrupciones necesarias, una vez que el paciente está dormido. En el hospital es posible organizar los tratamientos y rutinas de tal modo que se reduzcan al mínimo las interrupciones, proporcionando tiempo para el descanso y sueño. (Potter, 1996)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>6.- Establecer un horario regular de actividades diurnas, (ajustándose a los espacios de tiempo, que no interfieran con el tratamiento terapéutico.) con el fin de evitar la interrupción del ritmo biológico</p>	<p>Los biorritmos (relojes biológicos rítmicos) en los seres humanos se controlan desde dentro del cuerpo y se sincronizan con factores ambientales como la luz y la oscuridad, la gravedad, y los estímulos electromagnéticos, el más común es el ritmo circadiano; es decir la persona está despierta cuando los ritmos filológicos y psicológicos son más activos, y está dormida cuando los ritmos fisiológicos y psicológicos son más inactivos. Esta</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Realizar actividades de higiene personal durante un hora a las 8:00 a.m. • Alimentación a las 9:00, 13:00 y 17:00, con duración hasta de una hora cada una. • Actividades de aprendizaje cognitivo 2 ó 3 horas antes de las 13:00 horas. • Actividades recreativas 2 ó 3 horas después de las 14:00 horas y antes de las 19:00 hrs. • Horario de dormir a partir de las 21:00 hasta las 8:00. <p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>7.- Orientar al cuidador primario, para que ayude a la paciente a establecer una rutina de relajación, antes de dormir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios. • Explicar la importancia de una posición cómoda, sin ropa restrictiva y de mantener los ojos cerrados. • Utilizar un tono de voz bajo, diciendo las palabras lenta y rítmicamente. • De ser posible, utilizar música instrumental suave. • Realizar técnicas de relajación muscular: 	<p>regularidad circadiana comienza en la tercera semana de vida y si no es modificada se mantiene a lo largo de esta. (Kozier B, 2004: 1219).</p> <p>Una cantidad moderada de ejercicio y cansancio suelen favorecer un sueño reparador, ya que este favorece la relajación. (Kozier B, 2004: 1220).</p> <p>Las ocupaciones recreativas durante el día favorecen el sueño, pero al aproximarse la hora de dormir, deberán evitarse las actividades que causen algún tipo de excitación que interfiera durante la inducción del sueño. (Henderson 1988)</p> <p>Las medidas de relajación son esenciales para ayudar a que el paciente consiga el sueño y lo mantenga, especialmente cuando los efectos de la enfermedad interfieren con el sueño. (Kozier B, 2004: 1230).</p> <p>Las investigaciones demuestran que la relajación posee la capacidad de potenciar la comodidad y ejercer efectos positivos sobre parámetros cardiovasculares como la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. (Gauthier,1999)</p> <p>El sueño raramente aparece si una persona no se encuentra relajada, se pueden promover las técnicas de relajación como parte de la rutina nocturna cotidiana. Se prefiere la música lenta y tranquila, conviene que la persona este cómoda y que las melodías favorezcan la relajación. Los arrullos que cantan las madres a sus niños pequeños, pretenden relajarlos y dormirlos. (Du. Gas,2000)</p>
---	---

- ✓ Inspiración rápida y profunda, y espiración lenta y suave por 3 ocasiones.
- ✓ Continuar con inspiración lenta y profunda, y espiración rápida, repetir en 6 ocasiones.
- ✓ Iniciar con contracción durante 10 segundos y continuar con relajación de área, empezando con cara y cuello, extremidades superiores y tórax, y finalizando con abdomen y extremidades inferiores, al concluir el procedimiento se deja cómoda a la niña en posición libremente escogida.

Tipo de Intervención: Interdependiente

8.-Promover un ambiente propicio para el descanso

- Disminuir las distracciones ambientales (por Ej., sonido del teléfono, cierre brusco de puertas, transporte de mesas o carros de ropa por el pasillo, conversaciones con voz alta, etc.).
- Procurar que la temperatura de la habitación sea confortable
- Procurar que el grado de luz de las habitaciones, sea tenue.
- Procurar que la ventilación de la habitación sea adecuada
- Proporcionar un ambiente sin riesgos (por Ej., barandales en las cunas, colocar las camas bajas, colocar los timbres en una posición fácil de alcanzar,)
- Evitar el uso de televisiones y radios comunitarios en las horas de sueño.
- Utilizar calzado con suela de goma.

El estrés resultante del entorno hospitalario y/o crisis situacionales como la alteración de las rutinas usuales del paciente y el uso de objetos preferidos, son fuente de tensión y pueden hacer que el paciente intente excesivamente conciliar el sueño y se despierte con frecuencia.

El estrés da lugar a la liberación de corticoides y adrenalina, que inducen catabolismo e insomnio. (Potter, 1996)

Si se reducen los estímulos o mensajes transmitidos por los oídos, los ojos la nariz y los órganos táctiles se inducirá al sueño. (Henderson 1988)

Los niños necesitan un ambiente para dormir en el que el ruido sea mínimo, la temperatura de la habitación confortable, la ventilación adecuada y el grado de luz apropiado. Los ruidos ambientales resultan especialmente molestos para los pacientes hospitalizados e interfieren el la duración y calidad de sueño. (Kozier B, 2004: 1230).

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>9.- Realizar evaluación del sueño (en colaboración con el cuidador primario) todas las mañanas a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la duración del sueño • Buscar signos de privación del sueño REM: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Excitabilidad ✓ Agitación ✓ Irritabilidad ✓ Aumento de la sensibilidad al dolor ✓ Confusión y desconfianza ✓ Labilidad emocional. • Buscar signos de privación del sueño No REM: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausencia ✓ Apatía ✓ Hipo – reactividad ✓ Sentirse físicamente molesto ✓ Falta de expresión facial ✓ Deterioro del habla y somnolencia excesiva • Entrevistar a la paciente acerca de sus sensaciones al despertar. 	<p>Se han identificado dos tipos de sueño No REM y sueño REM (movimiento ocular rápido). El sueño No REM, también se denomina sueño de onda lenta, ya que las ondas cerebrales de la persona que duerme son más lentas que las ondas alfa y beta de la persona que esta despierta o alerta. La mayoría del sueño durante la noche es sueño No REM, es un sueño profundo y reposado que produce una disminución de algunas funciones fisiológicas, básicamente de todos los procesos metabólicos, incluyendo los signos vitales y la actividad muscular; se divide en cuatro fases: Fase I, es la fase de sueño muy ligero, Fase II es la fase de sueño ligero dura de 10 a 15 min. Pero constituye entre el 40 y 45% del sueño total, Fase III se disminuyen aún más las funciones fisiológicas, los músculos esqueléticos están muy relajados, los reflejos están disminuidos y la persona puede roncar; Fase IV que es el sueño profundo.</p> <p>El sueño REM suele reaparecer aproximadamente cada 90 min. Y dura de 5 a 30min., no es tan tranquilo como el sueño No REM, y la mayoría de los sueños se producen durante el sueño REM, estos sueños suelen recordarse, es decir se consolidan en la memoria. (Kozier B, 2004: 1219-1220).</p>
---	---

EVALUACION: Durante su estancia hospitalaria se respetó el ciclo fisiológico de sueño del escolar, en consecuencia mantuvo un patrón de sueño eficaz de acuerdo a su etapa de crecimiento y desarrollo. No se pudo informar al personal del turno nocturno sobre las intervenciones para reducir las distracciones ambientales, proporcionar medidas de confort, así como de la planeación de cuidados que favorezca los periodos de sueño; sin embargo el cuidador primario refirió que al implementar las acciones favorecedoras del descanso, percibía a su hija de mejor humor y con ganas de realizar más actividades. Por todo lo anterior Arisbeth permanece en independencia respecto a esta necesidad.

Plan de Intervención de la Necesidad de Movimiento y Postura

Manifestaciones de Dependencia

Datos Subjetivos: Se refiere sedestación a los 6 meses, bipedestación a los 8 meses y deambulación a los 22 meses.

Datos Objetivos: Arisbeth se encuentra en posición libremente escogida (sentada), se realiza valoración neurológica con escala de Glasgow de 15/15, valoración de pares craneales sin alteraciones, se realizan movimientos de cabeza y cuello sin dificultad, las extremidades superiores e inferiores se encuentran simétricas y alineadas con reflejos bicipital, radial y tricipital normales (++) , movimientos amplios con tono y fuerza muscular normal con 100% según escala de Lovett. La marcha dirige al movimiento activo hacia delante se inicia y se detiene con facilidad.

Diagnóstico de Enfermería: Potencial de Mejora de la Necesidad de Movimiento y Postura

Fecha de Identificación: 5-October-2006

Nivel y Grado de Dependencia: ----

Fuente de la Dificultad: Ninguna

Prioridad: ---

Rol de la Enfermera: Ayuda

Objetivo: Durante su estancia hospitalaria, Arisbeth mantendrá en independencia la necesidad de Movimiento y Postura, mediante la realización de juegos y actividades que desarrollen el equilibrio, fuerza, coordinación y control postural.

Intervenciones y Acciones de Enfermería	Fundamentación
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>1. Valoración del escolar en la necesidad de movimiento y postura una vez al día mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para la valoración de la forma física: <ul style="list-style-type: none"> ψ Toma de somatometría (talla, peso, perímetro cefálico). ψ Mediciones de perímetros en tórax, cintura, cadera, bíceps, muslos, pantorrilla y tobillos ψ Medición pliegue cutáneo del tríceps la cantidad de grasa corporal, para esto se pellizca la piel (piel y grasa subcutánea) con el pulgar y el dedo índice y se mide el pliegue con un picnómetro esto también se valora en el muslo. ψ Prueba de paso de Harvard El paciente sube y baja de un escalón de 40 cm durante 3 minutos, si resiste, procede a realizar movimientos con pie izquierdo arriba, luego el derecho, nuevamente el izquierdo pero ahora hacia abajo, y de igual manera lo hace con el derecho. La frecuencia debe ser de al menos 24 pasos por minuto. 	<p>Es preciso realizar la valoración para establecer la base de la capacidad del niño en ese momento, para poder comparar más adelante y evaluar el progreso del paciente. (Morgan, 1993)</p> <p>La movilidad depende de la coordinación de las actividades de los huesos, de los músculos y de los nervios. Los huesos actúan funcionan como palancas proporcionando puntos de apoyo de ligamentos y músculos, los que a su vez se contraen para producir movimiento. Así mismo los nervios conducen los impulsos del sistema nerviosos central hacia los músculos y estos devuelven los impulsos de los receptores sensoriales al sistema nervioso central. La habilidad del individuo para moverse con libertad le permite evaluar su estado de salud así como su forma física. (Riopelle L, 1997: 23)</p> <p>Los escolares continúan con mayor desarrollo el tejido muscular, pero a pesar de ello los músculos aun son inmaduros desde el punto de vista funcional</p> <p>En la etapa escolar existe un crecimiento de los huesos planos. El tejido pasa de fibro-cartilaginoso a óseo propiamente, mediante el desarrollo que se despliega en los núcleos de osificación. La maduración ósea es variable, es más notoria en niñas en la primera década de la vida que en los niños. El desarrollo óseo es previo al muscular esto causa una desarmonización y una incoordinación motora. (Seidel, Doyma,1996)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales una vez por turno (frecuencia cardiaca, y presión arterial). • La exploración física se llevar a cabo a través de la inspección, palpación y percusión y auscultación. • Valorar la postura en bipedestación, para esto la enfermera deberá observar al paciente desde una perspectiva lateral, anterior y posterior • Evaluación de la función motora mediante: <ul style="list-style-type: none"> ψ Valoración de la marcha: Valorar la marcha de Arisbeth en las fases de apoyo y balanceo, para esto hay que pedirle al niño que camine por la habitación una distancia aproximada de un metro y observar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cabeza erguida, mirada al frente y la columna vertebral debe estar enderezada ✓ Dedos de los pies y la rótulas deben señalar hacia delante ✓ Talón toca el suelo antes que los dedos del pie ✓ Pies están en flexión dorsal en la fase de balanceo ✓ Brazo puesto al pie en balanceo avanza al mismo tiempo 	<p>Durante la etapa escolar el corazón alcanza el tamaño adulto y su frecuencia fluctúa entre 85 – 95 latidos por minuto, y la tensión arterial de 118- 110/ 60 mm Hg manteniéndose constante la diastólica. (Seidel, 1996)</p> <p>La postura que se adopta para desplazarnos, sentarnos, pararnos, acostarnos, realizar ejercicios físicos, es la base donde descansa gran parte de la estética de nuestro cuerpo. (Seidel, 1996)</p> <p>La capacidad motora es la manifestación integrada de aspectos voluntarios e involuntarios de condiciones músculo-esqueléticas que permiten realizar determinados movimientos (Seidel, 1996)</p> <p>El patrón característico de la marcha, es decir la forma de caminar de una persona se valora para determinar la movilidad del cliente y el riesgo de lesiones secundarias a las caídas, cuenta de dos fases: fase de apoyo el talón del pie derecho toca el suelo mientras que el peso corporal es extendido por el pie derecho al tiempo que el talón izquierdo se levanta del suelo; fase de balanceo, la pierna que estaba detrás se sitúa delante del cuerpo, es un movimiento alternado mientras que una pierna está en la fase de balanceo, la otra está en fase de apoyo. (Kozier, B. 1998)</p>
--	---

- ✓ Brazos caen a lo largo de la línea de gravedad; es decir los pies están paralelos
- ✓ Pasos son apropiados
- ✓ Marcha suave, coordinada y rítmica con el peso distribuido equitativamente entre ambos pies
- ✓ La marcha produce un mínimo balanceo del cuerpo de lado a lado y dirige el movimiento justo hacia delante
- ✓ La marcha se inicia y se detiene con facilidad

ψ Equilibrio: se valora en la prueba de Romberg, para lo que se pide al paciente permanezca de pie con los ojos cerrados y los pies juntos. Si el paciente pierde el equilibrio se trata de un signo Romberg positivo. Otras pruebas para valorar el equilibrio consisten en pedir al paciente que salte apoyándose en un pie o que camine de puntillas sobre ambos.

ψ Coordinación: se valora pidiendo al paciente que lleva el talón de un pie sobre la pierna contraria (coordinación de extremidades inferiores); se toque la nariz con un dedo (coordinación de extremidades superiores). Esta prueba se puede realizar teniendo el paciente con los ojos cerrados o abiertos.

ψ Masa: se observa el contorno del músculo en relajación y en contracción.

<p>ψ Tono: estado de tensión moderada en que se encuentran los músculos en reposo. Se realiza palpación con contracciones isométricas y se valora el grado de resistencia existente a la movilidad pasiva.</p> <p>ψ Fuerza: su exploración se realiza mediante el estudio de la actividad muscular voluntaria, efectuada contra la resistencia del explorador. Los resultados de la prueba se registran con una escala del 0 al 5. Grado 0: ausencia de contracción y movimiento. Grado 1: contracción y cambio de tono pero no movimiento. Grado 2: contracción y movimiento con ayuda, al eliminar la fuerza de la gravedad. Grado 3: movimiento completo contra la gravedad. Grado 4: contracción y movimiento completo contra la gravedad y moderada contra la resistencia del examinador. Grado 5: movilidad completa contra gravedad y contra resistencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de reflejos profundos: Tendones (bíceps, tríceps y braquirradial, de rodilla y tobillo) y superficiales: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Abdominal: al estimular la superficie abdominal con un objeto redondo se produce una contracción, desviándose el ombligo hacia el estímulo. ✓ Anal: al rozar la región perianal se contrae el esfínter. 	<p>Se debe observar y valorar la debilidad muscular, ya que puede ser un signo temprano del aumento de la presión intracraneal por compresión de los haces corticoespinales. La debilidad muscular aparecerá en el lado contra lateral al de la lesión cerebral. (Calderón, 1992)</p> <p>Los reflejos musculares se refieren a la respuesta de un músculo al aplicar un estímulo, son reacciones normales presentes en todos los individuos y su falta es considerada como manifestación de enfermedad neurológica. (Calderón, 1992)</p> <p>Los diversos movimientos que realiza nuestro cuerpo, son posibles por las articulaciones que unen a un hueso con otro, de ahí la importancia que tienen para establecer el estado de salud de una persona. En el cuerpo hay algunas inmóviles, como las que unen los huesos del cráneo, pero su principal propósito es hacer de bisagras para que el cuerpo se mueva. Cada articulación móvil se "proyecta" para hacer posible cierto tipo de movimiento y tiene un límite definido. (Witter Dugas, 2000 :448)</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Flexión plantar: al rasar la zona lateral externa del pie, desde el talón hacia los dedos, éstos tienden a flexionarse →signo de Babinski negativo. • Realizar exploración física de las articulaciones a través de la inspección y palpación. Así mismo realizar valoración del arco de movimientos, las principales articulaciones a valorar son: articulación temporomandibular, cuello, hombro, codo, muñeca, rodilla y tobillo. La enfermera debe evitar causar fatiga y observar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Signos de edema, enrojecimiento articular en busca de alguna lesión ✓ Cualquier deformidad, agrandamiento aseo, contracturas, y la simetría ✓ El desarrollo muscular asociado a cada articulación, tamaño relativo y simetría de los músculos de ambos lados ✓ Presencia de dolor ✓ Crepitación(crujido audible producido por el movimiento) ✓ Aumento en la temperatura en la articulación, esto se realiza con el dorso del los dedos y se compara con la extremidad semejante ✓ Grado de movimiento. Articular se realiza solicitando al paciente mueva el cuerpo en diferentes posiciones y la medición de la cantidad de movimiento se realiza con un goniómetro, instrumento especial que mide el ángulo de las articulaciones se miden en grados 	<p>El desarrollo neurológico está representado en esta etapa por la adquisición de habilidades de alto nivel de asociación cortical, entre las que podemos mencionar conducta social adaptativa, habilidades manuales de alto grado de coordinación y precisión, habilidades preceptuales, visuales y auditivas, así como también funciones intersensoriales y motrices como la coordinación visomotora. Estas funciones asociativas le permitirán al niño enfrentar el aprendizaje de la lecto - escritura, hecho determinante en esta edad. (Picazo E. 2001:117)</p>
--	---

✓ Flexibilidad articular se pide al paciente que toque la punta de sus pies varias veces. El punto de alcance se sitúa a 27 cm de los dedos de los pies

- Valoración de los pares craneales mediante:

Par craneal	Prueba
I. Olfatorio	Pedir al niño que identifique con los ojos cerrados, olores como café, alcohol de una torunda u otros olores. Estudie cada fosa nasal por separado.
II. Óptico	Compruebe la percepción de la luz, la agudeza visual, la visión periférica, la visión de los colores y la normalidad de la papila óptica.
III. Motor ocular común (músculos extraoculares)	Indique al niño siga u objeto o una luz en las seis direcciones cardinales.
IV: Patético	Pida al niño que mire hacia arriba y hacia abajo.

Controla la agudeza visual y visión principal. El aumento de la presión intracraneal produce presión directa sobre el nervio, afectando a su función. (Appling, 1989)

Son los encargados de los movimientos oculares. Además, el III par es el responsable de la constricción pupilar y del control de los músculos que elevan el párpado. (Appling, 1989)

Este nervio controla la sensibilidad de la cara, es el responsable del reflejo corneal y controla los músculos masticadores. (García, 1996)

Este nervio controla los músculos faciales además de encargarse de la percepción de sabores en la porción anterior de la lengua. (García, 1996)

Se encarga de la audición, el equilibrio, la posición y la orientación del espacio. (García, 1996)

<p>V. Trigémino</p> <p>VI. Motorocular común (músculo recto externo)</p> <p>VII. Facial</p> <p>VIII. Auditivo, acústico o vestibulococlear.</p> <p>IX. Glossofaríngeo.</p>	<p>Indique al niño que muerda fuerte y abra las mandíbulas; compruebe la simetría y la fuerza.</p> <p>Haga que el niño mire hacia el temporal.</p> <p>Pida al niño que sonría, ponga una cara simpática o enseñe los dientes para observar la simetría de la expresión.</p> <p>Compruebe la audición; busque cualquier pérdida de equilibrio o la presencia de vértigo.</p> <p>Estimule la lengua posterior con un depresor lingual; en el niño debe presentar náuseas. Compruebe el sabor agrio o amargo en el segmento posterior de la lengua.</p>	<p>Este nervio controla la deglución y de él dependen la sensibilidad de la mucosa faríngea, la salivación y la percepción de sabores en el tercio posterior de la lengua. (García, 1996)</p> <p>De este nervio depende la contracción de la faringe, los movimientos simétricos de las cuerdas vocales y el paladar blando.</p> <p>Este nervio controla el músculo esternocleidomastoideo y la porción superior de los trapecios.</p>
--	--	--

<p>X. Vago</p>	<p>Observe la ronquera de la voz, el reflejo de náusea y la capacidad de deglución. Compruebe que la úvula está en la línea media; al estimularla con un depresor debe desviarse hacia arriba y hacia el lado estimulado.</p>	<p>Este nervio es el responsable de los movimientos de la lengua. (García, 1996)</p>
<p>XI. Espinal.</p>	<p>Indique al niño que levante los hombros mientras usted aplica una leve presión; con las manos sobre los hombros, pida al niño que gire la cabeza contra presión hacia cada lado; observe la simetría y la fuerza.</p>	
<p>XII. Hipogloso</p>	<p>Pida al niño que mueva la lengua en todas las direcciones; indíquele saque la lengua lo más lejos posible; observe cualquier desviación de la línea media. Compruebe la fuerza colocando un depresor a un costado de la lengua y pidiendo al niño lo desplace.</p>	<p>Las escalas de coma se usan para medir de manera estandarizada el grado de falta de respuesta. La escala de coma de Glasgow valora el estado de conciencia en relación con tres respuestas: abrir los ojos (estado de alerta), respuesta verbal (contenido de conciencia) y respuesta motora (estado de alerta y contenido de la conciencia). A cada respuesta se le asigna un número varía entre 3 (la menor calificación) y 15 (la normal). Se han desarrollado varias escalas de cómo para evaluar a los niños y lactantes que todavía no hablan. (Slota, 2000)</p>

- Evaluar el estado de conciencia mediante:

Respuesta de apertura ocular:

Espontánea: 4
A la palabra: 3
Al dolor: 2
No respuesta: 1

Respuesta verbal máxima:

Orientado: 5 (tiempo/lugar/persona)
Confuso: 4 (conversa, pero a veces tiene respuestas inadecuadas)
Palabras inadecuadas 3 (responde Sí/No)
Lenguaje incomprensible: 2 (gemidos/gritos)

Respuesta motora:

Obedece órdenes: 6
Localiza el dolor: 5
Retirada ante el dolor: 4
Flexión anormal: 3 (decorticación)
Extensión anormal: 2 (descerebración)
Ausencia de respuesta: 1

PUNTUACION:

normal: 15
mal pronóstico (coma): <7
muerte cerebral: 3
Para la realización de la escala Glasgow se debe evaluar por separado el lado derecho y el izquierdo.

La alineación postural tiene que ver con la percepción y la toma de conciencia del propio cuerpo. Para una buena alineación postural es necesario equilibrar los distintos segmentos corporales en relación al eje del cuerpo, la columna. (Whaley. Et al 1988)

En el desarrollo del acto motor, el tono postural es controlado por el cerebelo (una de cuyas funciones es la de regulación estabilizadora). Cualquier movimiento es producido por la contracción de determinados grupos musculares y la relajación de otros. Sin embargo, este proceso es posible debido al "ajuste tónico del cual depende el ajuste postural y las reacciones de equilibración". Este control regulador depende de un conjunto de informaciones táctiles, visuales, vestibulares, musculares, articulares y tendinosas. (López A. 1990: 420)

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>2. Realizar actividades que promuevan una adecuada alineación postural, con alguno de los siguientes juegos una vez por turno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar con la niña el juego de “Estatua de Marfil” Procurando que cuando la pequeña se “Congele” (en el momento en que usted se vuelve), debe hacerlo copiando la postura que usted adopte (la cual debe alinear correctamente los segmentos del cuerpo). • Se puede realizar una versión del juego “Estatua de Marfil” con carteles, los que hay dibujos de personas en distintas posiciones: acostadas boca abajo, boca arriba, de costado, agrupadas, agachadas, paradas en dos piernas juntas, abiertas, en una pierna, etc. Estos carteles se promueven la alineación correcta de los segmentos corporales. • El juego de "gato contento", "gato enojado", promueve la alineación correcta del cuerpo al realizarse con piernas y brazos abiertos, desde esa posición tocar una mano con la pierna del lado contrario manteniendo la espalda apoyada en el suelo. • Recorrer, con la punta de los dedos, la columna vertebral del niño para que la concientice y la trate de movilizarla sin cambiar de lugar. • En el juego del espejo: uno moviliza su columna vertebral y el niño lo copia. Proponiendo la realización de variedad de movimientos (suaves, sencillos, lentos) movilizando la columna vertebral, la cintura escapular y la pelvis. 	<p>Los juegos posturales para la adopción de una postura correcta funcionan al incidir los mismos en el correcto control de las posturas, haciendo que el niño sea capaz de conocer el mecanismo de relajación y contracción muscular mediante el fortalecimiento de los planos musculares del cuello, extremidades superiores y tronco. Son efectivos también en la prevención y profilaxis de las deformaciones de la columna vertebral. (Whaley. Et al 1988)</p> <p>Para que los juegos puedan cumplir su efecto en la profilaxis y prevención de las deformaciones posturales de los escolares es condición indispensable conocer las características de las deformidades posturales, La Enfermera debe partir de que las alteraciones de la postura han constituido desde tiempos inmemorables un azote para la humanidad, por lo tanto es necesario para la aplicación de los juegos con fines preventivos y profilácticos. (Whaley. Et al 1988)</p>
--	--

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>3. Realizar actividades, para la reeducación de la postura en las diferentes regiones: cuello, extremidades superiores y tronco. con alguno de los, siguientes juegos una vez por turno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El juego de “La torre más alta”, es efectivo con niños de 6-9 años, el Objetivo es desarrollar el equilibrio, la coordinación en los movimiento y el control postural. El Desarrollo: Detrás de la línea de salida, se la pequeña, para realizar una marcha en los metatarsos, brazos arribas, a una distancia de 4-5 metros, tratando de no flexionar las piernas, la niña debe de tratar extender el cuerpo al máximo, se regresa con un trote suave. Reglas: 1. El cuerpo se debe mantener con control muscular. 2. No se deben flexionar las piernas ni apoyar los talones. • El juego de “El Rey “es efectivo con niños de 6, 7, 8 y 9 años. Su Objetivo es desarrollar el control corporal, el equilibrio y la imitación. Desarrollo: Se selecciona a un jugador que comenzara en función del Rey con su corona puesta. Este será el que primero adopte diferentes posiciones corporales en equilibrio, y el resto de los jugadores lo van imitando, hasta que el Rey cambie de posición. La Enfermera debe orientar antes de comenzar el juego, que tipo de movimiento se debe de realizar, luego la función de Rey se va rotando por los demás miembros del equipo. Reglas: Los jugadores deben mantener el control postural de tronco y cuello. Mantener el dominio de las posiciones de equilibrio. 	<p>Los Juegos Posturales para la educación de la respiración van a influir positivamente desde el punto de vista fisiológico en los escolares, provocando cambios relacionados con el fortalecimiento del diafragma y la respiración diafragmática, de los músculos respiratorios abdominales, así como en el resto de los músculos torácicos utilizado en la dinámica respiratoria, aumentando el intercambio gaseoso pulmonar y favoreciendo los procesos de respiración pulmonar. (Devis, J y Peiro, C. 1993):</p> <p>Estos juegos respiratorios están dirigidos a formar hábitos posturales, además de la reeducación de la respiración en la parte alta, abdominal y torácica, en diferentes posiciones en marcha, parado, sentado y acostado, se controla el ritmo respiratorio, antes, durante y después de la actividad física. (Devis, J y Peiro, C. 1993)</p>
---	---

<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>3. Realizar actividades posturales para la educación de la respiración, utilizando el siguiente juego una vez por turno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El juego de “El globo más rápido “es ideal para niños de 6-9 años. El Objetivo: es reeducar la respiración en situaciones Desarrollo: En hileras detrás de la línea de salida, soplar el globo hasta 3-4 metros, regresar caminando con el globo en la mano y a gran velocidad. Reglas: 1. El tronco debe permanecer recto, la vista al frente y arriba, hombros abajo. 2. Se debe cuidar la caída del globo porque se penaliza con un punto. 3 .Se debe continuar el juego cuando hay caída, desde el mismo lugar. 	<p>La concepción dada a estos juegos tiene una influencia positiva y una función de sistema, ya que no podemos hablar de hábitos posturales, manutención de postura correcta en el cuerpo humano sin antes pensar en la función integradora de los músculos desde los pies hasta la cabeza, ya que para poder sostener el cuerpo en equilibrio los pies y la columna vertebral juegan un papel de sostén del cuerpo y si desde las edades temprana no fortalecemos y tonificamos estos planos musculares encaminados a la educación postural no lograríamos ese fin. (Devis, J y Peiro, C. 1993)</p>
<p>Tipo de Intervención: Independiente</p> <p>4. Realizar actividades posturales para las extremidades inferiores utilizando uno de los siguientes juegos una vez por turno:</p>	

- El juego de “Gallitos de pelea” es efectivo en niños de 6,7 y 8 años. El Objetivo es desarrollar el equilibrio, la fuerza y el control postural.

Desarrollo: A la voz de la Enfermera se comienza a dar pequeño saltillo y a empujar un compañero con ambas manos, brazos ligeramente flexionados, no se deben de agarrar las manos, este juego se realiza contra tiempo se relaja para continuar.

Reglas: 1. El tronco debe permanecer bien recto, la vista al frente. 2. No se debe agarrar las manos del contrario, ni empujar. 3. Se deben apoyar los pies en el metatarso.

- El juego de “La gallina y sus pollitos” es ideal para niños de 6, 7 y 8 años. Su objetivo es Objetivo desarrollar fuerza de pierna, coordinación, control postural, orientación espacial y agudeza auditiva.

Desarrollo: Se designa un jugador para que realice mamá gallina y se le vendan los ojos, el resto son pollitos, todos en posición de cuchilla con los brazos flexionados a los hombros, realizando movimientos de aleteo y cuando se le acerca mamá gallina sonando (coc-coc), realizar el sonido de (pío-pío), estos deben permanecer inmóviles en su lugar para que sean rescatados, la gallina en forma de cuclillas se desplaza por el terreno y todo el que sea rescatado la sustituye.

Reglas: 1. El tronco debe permanecer bien recto, la vista al frente. 2. Los desplazamientos son en cuclillas. 3. Se deben apoyar los pies en los metatarsos.

Cuando esta necesidad esta en dependencia, se pueden detectar:

Inmovilidad: Es un estado de de disminución o restricción de los movimientos

Hiperactividad: Aumento del ritmo de los movimientos y de las actividades pudiendo incluir la inestabilidad emocional y la fuga de ideas.

Incoordinación: Presencia de dificultad o incapacidad de coordinar los movimientos de los diferentes grupos musculares

Postura inadecuada: Se refiere a toda posición que no respeta los principios de la posición anatómica del cuerpo predisponiendo al individuo a diferentes deformaciones.

Circulación inadecuada: Circulación deficiente por retardo circulatorio, aumento o disminución de del volumen sanguíneo, estasis, u obstrucción, provocando una falta de oxígeno en los tejidos o una fuga de líquidos por infiltración en los tejidos.

(Riopelle L, Grondin L, 1997: 177).

Tipo de Intervención: Independiente

5. Revalorar la necesidad a cada ingreso hospitalario de la pequeña en busca de cinco problemas:

- ψ Inmovilidad
- ψ Hiperactividad
- ψ Incoordinación
- ψ Postura inadecuada
- ψ Circulación inadecuada.

EVALUACION: Durante su estancia hospitalaria el escolar, mantuvo en independencia esta necesidad, de acuerdo a su etapa de crecimiento y desarrollo. Por cuestiones de tiempo no se pudieron llevar a cabo las acciones planeadas, sin embargo la pequeña se muestra entusiasta a la idea de practicar dichos juegos fuera del ámbito hospitalario, por lo que está pendiente la concretación de la cita, para la realización de los mismos.

III. RESULTADOS

ANÁLISIS DE LAS VARIABLES

El objetivo principal de este trabajo, fue identificar las necesidades básicas de un escolar femenino, con alteración de la necesidad de seguridad y protección, realizar un plan de intervenciones basado en diferentes tipos de diagnósticos de Enfermería y practicar la valoración focalizada de cada una de las necesidades básicas del escolar; reconociendo las fuentes de la dificultad que afectaron dichas necesidades.

De acuerdo con lo anterior y posterior a 15 seguimientos se concluye el caso clínico, encontrando que las variables, en este caso las 14 Necesidades que contempla Virginia Henderson en su propuesta filosófica, evolucionaron de la siguiente manera:

En este estudio de caso la necesidad que se ve potencialmente afectada es la de **Seguridad y Protección**, ya que representa un problema potencial para la satisfacción de sus necesidades. Es precisamente dentro de este contexto que la necesidad de **Aprendizaje** en cuanto al cuidado de la salud fue determinante en la evolución hacia la independencia del resto de las necesidades, resaltando como primordiales aquellos conocimientos adquiridos por el cuidador primario y paciente, para el seguimiento de los cuidados tanto en la estancia hospitalaria, como en el hogar, cuidados que disminuyeron los riesgos a los que se enfrentaba la paciente, y previnieron complicaciones a través de la identificación oportuna de los signos y síntomas de alarma. Es importante mencionar que dentro de este aprendizaje se encuentra también la formulación de estrategias para el desempeño efectivo de actividades cotidianas, lo cual favoreció de manera importante la necesidad de **Realización** de la pequeña, ya que permitió la recuperación de la autoestima y la sensación de bienestar que le proporciona el cuidado de su imagen corporal, manteniendo hasta el momento una integridad

emocional; en espera únicamente de que concluya el tratamiento citotóxico, para regresar a su lugar de origen y continuar su vida familiar previa.

Otro factor determinante para la disminución de los riesgos infecciosos y hemorrágicos, fue la **Comunicación** Eficaz entre Cuidador primario – Hija – Enfermera, para expresar dudas y reforzar información acerca de las actividades que se debían realizar, tanto para evitar la presencia de complicaciones, como para acudir al hospital oportunamente; lo cual implica la vigilancia de la **Termorregulación** como signo cardinal de alteración, y de las medidas de **Higiene** bucal, previamente no acostumbradas, así como el fortalecimiento de medidas generales como baño diario, cuidado en el **Vestido**, higiene de los alimentos y la realización de actividades de **Movimiento y Postura** cuyo esfuerzo físico no incrementara el riesgo de sangrado. Sin embargo se presentaron complicaciones severas que dependían de la cifra de leucocitos y plaquetas, más que de los cuidados brindados (Neumonía, Mucositis grado II, Colitis neutropénica), siendo la primera de estas la que altero de manera importante la necesidad de Oxigenación de manera transitoria de días, ya que gracias a la atención oportuna se logro la independencia después de 4 días de cuidado multidisciplinario.

Otro aspecto de gran relevancia es que se logró mantener en independencia la necesidad de **Descanso y Sueño**, mediante un rol de actividades diurnas durante la estancia hospitalaria, que a su vez benefician otras necesidades como la de **Recreación**, favoreciendo la adaptación al medio hospitalario y el interés por actividades que estimulan el desarrollo cognitivo(dibujar, recortar, pegar, etc.)

La **Nutrición e Hidratación** así como la **Eliminación** vesical e intestinal, estuvieron dependientes del tratamiento con quimioterapia, mediante la infusión de antieméticos, soluciones coloides y cristaloides, electrolitos intravenosos así como la vigilancia de la integridad de las mucosas y de la función renal. Generalmente después de los ciclos de quimioterapia la paciente recuperaba su independencia,

reforzando únicamente la necesidad de consumir dieta de adecuada calidad y cantidad, así como ingesta suficiente de líquidos y fibra.

En comparación con el caso clínico, publicado en la revista de Enfermería universitaria de la ENEO-UNAM en el año 2004, por Benítez A y Franco M, titulado **Proceso del cuidado a un preescolar con VIH positivo**, la metodología, los instrumentos y los riesgos potenciales, son similares al presente caso clínico, ya que en ambos procesos se brindan cuidados a niños inmunocomprometidos, con el objetivo de aplicar los conceptos básicos de la filosofía de Virginia Henderson a través del proceso del cuidado, identificando las necesidades básicas que permitan establecer diagnósticos enfermeros que reflejen el grado de dependencia o independencia.

En ambos estudios de caso se proporcionó atención integral a los niños, sin lograr la completa independencia, las fuentes de la dificultad con respecto a la necesidad de seguridad y protección fueron de orden físico y psicosocial, por último las necesidades con dependencia en el niño se mantuvieron en forma temporal permanente, y las prioridades de las intervenciones fueron clasificadas en media y alta.

IV. CONCLUSIONES

- ✚ El Proceso Atención de Enfermería bajo la perspectiva de Virginia Henderson, permite determinar la prioridad de atención en el paciente con Inmunocomprometido, al mismo tiempo que define las fuentes de la dificultad, cuya resolución conlleva a la independencia del paciente, este tipo de ejercicio profesional ubica la atención de Enfermería de una forma sistemática y rápida dentro de una relación donde son directamente proporcional la atención de Enfermería y la calidad de los cuidados otorgados.
- ✚ La aplicación del Proceso Atención de Enfermería, basado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson, permite la profundización en el conocimiento de la Enfermería, propiciando en el estudiante un pensamiento crítico, analítico y reflexivo, que le lleva a ejercer su quehacer diario de una manera científica, lógica, sistemática y efectiva, al mismo tiempo que consolida su identidad profesional.
- ✚ El PAE bajo la perspectiva de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de Enfermería y permite plantear, en el caso de un paciente escolar con leucemia Linfoblástica, objetivos dirigidos a lograr la independencia del paciente, en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.
- ✚ El PAE en conjunto con la propuesta filosófica de V. Henderson, dan por resultado un metodología aplicada, basada en la detección del nivel de Independencia - Dependencia de las catorce necesidades fundamentales. La cual estimula el análisis, la reflexión, la planeación y la evaluación de dichas necesidades, aspecto que sin lugar a dudas cambia la práctica tradicional de la Enfermería.

Con respecto al logro de objetivos tanto generales como específicos, se considera un logro del 90%, porque si bien los objetivos relacionados con el aprendizaje se cumplieron, la paciente aún no alcanza la independencia en todas sus necesidades.

V. SUGERENCIAS

- ✚ Promover la difusión y aplicación del PAE bajo la perspectiva de Virginia Henderson, como un método científico y metodológico, que guíe los cuidados de Enfermería
- ✚ Que se brinden las facilidades de tiempo, para que las alumnos puedan realizar visitas domiciliarias
- ✚ Que se promueva la comunicación entre diferentes especialidades de Enfermería, para realizar o recibir consultoría, con el fin de mejorar la atención y por ende los resultados.
- ✚ Que se nos proporcionen estrategias terapéuticas, para manejar el duelo cuando se requiere y para poder establecer un límite entre la relación Enfermera – Paciente y el personal.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfaro R. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería, Madrid España: Editorial Mosby-Doyma ,1992.

Benítez A, Franco M, Proceso del cuidado a un preescolar con VIH. Revista Enfermería Universitaria 2004; 1(3): 13-23.

Closkey JC, Bulechek GM. Proyecto de Intervenciones Iowa .Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª Edición. España: Editorial Mosby, 1999.

Fernández C, Novel G. El modelo de Henderson y el proceso atención de Enfermería. España: Editorial Masson-Salvat 1993.

Griffith J, Christensen P. Proceso Atención de Enfermería, México: Editorial Manual Moderno 1986

Iyer P. Proceso y Diagnóstico de Enfermería, 3ª Edición. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana 1997.

Luís M, Fernández C, Navarro M. De la Teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona España: Editorial Masson 1998.

Mariner T. Teorías y Modelos de Enfermería. Madrid España: Editorial Mosby-Doyma 1994.

Martínez, R. Novoa J. La Salud del niño y del adolescente. México: Editorial Salvat 1990.

Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España: Editorial Interamericana McGraw-Hill 1993.

Phaneuf M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana 1996.

Phaneuf M. El proceso atención de enfermería. España: Editorial McGraw-Hill-Interamericana 1993.

Potter. Perry. Fundamentos de Enfermería Teoría y Práctica. Madrid España: Editorial Mosby-Doyma 1996.

Riopell L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de Enfermería: Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid España: Editorial McGraw-Hill-Interamericana 1993.

Rodríguez L. Ética y bioética de las Ciencias de la Salud. México: Editorial Interamericana 1993.

Rodríguez S. Proceso Enfermero Aplicación Actual, 2ª Ed. ,México: Ediciones Cuellar 1999.

Secretaria de Salud, Subsecretaria de innovación y calidad, Comisión Interinstitucional de enfermería. Código de ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. 20001

Thompson D. Enfermería Hematológica 4ª Edición. México: Editorial Interamericana 1990.

Valenzuela R. Manual de Pediatría 10ª Edición. México: Editorial Interamericana 1984.

Wertman D, Lauer T, Neal E. Modelos y Teorías de Enfermería 3ª Edición. España: Editorial Mosby-Doyma 1994.

REFERENCIAS HEMEROGRAFICAS

Espinoza V, Franco M. Cuidados de Enfermería a las necesidades básicas de un lactante con neumonía. Revista Desarrollo Científico de Enfermería 2003; 11(1).

Guallart M, Roca N. Cuidados de Enfermería a un Recién Nacido Pretérmino. Revista Enfermería Clínica 1998; 8(2): 44-48.

Jiménez M.C. La Importancia de la Enfermería Moderna en la Atención Integral del Paciente Quirúrgico. Revista Enfermería Cardiológica 1999; 7 (4): 28-35.

Martínez C, Cañadas A, Rodríguez E, Torel S. Dificultades en la valoración Enfermera. Revista Enfermería Clínica 2003; 13 (4):13-19.

Martínez. M.L. Guía para la valoración del paciente Neurológico. Revista Enfermería Clínica 2000; 10 (5): 51-57.

Ortega C. Valoración de Enfermería al Paciente post-Operado de Cirugía Cardiovascular con el Enfoque de Virginia Henderson. Revista Enfermería Cardiológica 2001; 9 (1): 18-23.

Parra A. Proceso Atención de Enfermería a un paciente Con Estenosis aórtica. Revista Crítica Enfermería Cardiológica 2003; 11 (2): 66-71.

Parra J. Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el Proceso de Atención de Enfermería. Revista Cubana de Enfermería 2001; 3(2):13-17.

Partera C, Molina F. Atención de Enfermería a una niña con Pancreatitis y relación de ayuda a la madre. Revista Enfermería Clínica 2003; 13 (5): 313 - 320.

Romero M. El Proceso Enfermero. Revista Desarrollo Científico de Enfermería 2000; 8(6): 172- 73.

Sánchez A. Protocolizar las Actividades de Enfermería. Revista Enfermería Fundamental 2001; 1 (24): 67-74.

Sánchez V. Cuidados Básicos a un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Revista de Enfermería del IMSS 2001; 9 (2): 91-96.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

CRE; Clasificación de los Resultados de Enfermería (en línea), (Consulta 26-nov-06) disponible en: <http://www.aibarra.org./archivos/Cre.htm>.

Rodríguez J. Implicaciones ético-legales en el Proceso de atención de Enfermería (en línea), Consulta 18-12-06; disponible en: <http://www.tone.udea.ed/.html>

Secretaria de Salud, Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, Diez Principales causas de mortalidad Infantil, julio 2006. Consulta 23-10-06 disponible en: <http://www.ssa.cor.nacional.org>.

A
N
E
X
O
S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y ONSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

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

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega: _____ Servicio _____

Nombre: _____ Edad _____

Apellido: _____ Nombre del padre o tutor: _____

Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____

Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____

Educación del padre: _____ De la madre: _____ del Niño: _____

Religión: _____ La información es proporcionada por: _____

_____ Domjeilio: _____

_____ Procedencia: _____

_____ Teléfono: _____ Diagnóstico médico: _____

Antecedentes familiares: Problemas de Salud de padres, hermanos, tíos y
abuelos: _____

Características de la vivienda: Propia: _____ Renta: _____ Tipo de construcción: _____

Servicios intradomiciliarios: _____

Disposición de excretas: _____

Descripción de la vivienda: _____

Recursos económicos de la familia: _____

Medios de transporte de la localidad: _____

V Valoración de las necesidades básicas del niño: complete la información incluyendo las palabras del familiar:

Peso al nacer: Talla al nacer: Lloró al nacer: _____ Respiró: _____

Se realizaron maniobras de resucitación: _____

A
N
T
E
C
E
D
E
N
T
E
S

Motivo de consulta/hospitalización: _____

Algún miembro de la familia padece o padeció el problema de salud que tiene el niño: _____

¿Quién?: ¿Cuándo? _____

El niño es alérgico: sí: _____ no: _____. Si la respuesta es sí, a qué es alérgico: _____

_____ Qué dificultad presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____

Alimentación

Peso: Talla: Perímetro abdominal: Torácico: Del brazo: _____

El niño fue alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____

¿Considera usted que el niño tiene poco _____ buen o mucho _____ apetito?

¿Cuáles son los alimentos y bebidas preferidas del niño?

En el desayuno

En la comida

En la merienda

Los alimentos y bebidas que le disgustan son: _____

Tiene dieta especial: _____

Tiene alergias alimentarias: _____

Con quién acostumbra comer: _____

Cuáles son sus hábitos en las comidas: _____

Tiene problemas en mucosa oral: _____

Cuáles es el estado y cantidad de las piezas dentarias: _____

Eliminación

Orina: Clara: Con sangre: ___ Curbia: Cantidad: ___ -Cuántas veces orina al día:
 Presenta molestias para orinar: ¿Cuáles?:

Se orina en la cama por la noche:

¿Tiene usted la causa por la que el niño se orina en la cama:

Consistencia de las heces: Formada: Pasada: Blanda: Líquida:
 Semilíquida: Espumosa: Con sangre: Con Parásitos: Grumosa:
 Color: Amarilla: ___ Verde: ___ Café: Negra: Blanca: Olor: ácido: _____
 Fátida: Otros: Moco: Sangre: Restos de alimentos:
 olor al evacuar: Hábitos para evacuar:

Oxigenación

Signos vitales: Tensión arterial Frecuencia cardíaca: Pulso: ___
 Regular: ___ Irregular: ___ Respiración: ___ Regular: ___ Irregular: ___ Aléteo nasal: ___
 Retracción xifoidea: ___ ___ Disociación torácico-abdominal: _____
 Ruidos respiratorios: Lado izquierdo: Lado derecho:
 Ventilación: _____ Respiración asistida: Controlada:
 Secreciones bronquiales

	Cantidad	Consistencia	Color	Olor
Por tubo Tranqueal	Nasal: _____	_____	_____	_____
Por cavidad Oral	Nasal: _____	_____	_____	_____

 Humidificación y oxigenación: _____
 ¿tiene dificultad para respirar: Cuando camina. Otros:
 Irritación de la piel: Color: Integridad: Diaforesis: _____
 Escoriaciones: Rash: Escoriaciones: _____

	Movimiento y Postura
7	<p>A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió los objetos con los ojos: _____</p> <p>Se sentó con ayuda: _____ Se sentó sólo: _____ Se paró: _____ Caminó: _____</p> <p>Saltó: _ subió escaleras: ___ camina con ayuda de algún aparato onopédico: _____ Qué postura adopta al sentarse: _____</p> <p>Al caminar: _____ <i>Al dormirse:</i> _____ <i>Al pararse:</i> _____</p> <p>Cuando está enfermo adopta una postura especial: _____ ¿Cuál? _____</p>
	Comunicación
8	<p>¿Cuánto tiempo tiene en el domicilio actual? _____</p> <p>Cuántos hermanos son: _____ Hermanas: _____ Hay otras personas que viven en casa: _____ El niño vive con sus padres: _____ Papá: _____ Mamá: _____</p> <p>Hermano: _____ Pariente: _____ El niño usa anteojos: _____ Aparato Auditivo: _____</p> <p>Algún otro aparato: _____ Describe el carácter de su hijo: _____</p>
1	<p>¿Con quién acude el niño cuando le falta algo? _____</p> <p>¿Con quién hace la tarea?: _____</p> <p>Otros comentarios del niño o familiar: _____</p>
	Higiene
9	<p>A qué hora acostumbra el baño: __ Se baña sólo: _____ Con ayuda: _____</p> <p>Cuántas veces se cepilla los dientes _____ Cuándo se cepilla los dientes: _____</p> <p>Tiene prótesis dentJl: _____ Cuando fue la última visita al dentista: _____ Se peinJ solo (a): _____ Con ayuda: _____</p>

Recreación

Qué preferencia tiene el niño con los juegos?

Los objetos:

con mascotas:

Las personas:

Mencione los programas de televisión, películas y paseos preferidos por el

niño: _____

Creencia y religión

Cuál es la práctica religiosa de la familia?

Cómo participa el niño en esa

práctica: _____

Para usted (familiar) cuál cree que fue la causa de la enfermedad:

Cuando alguien de la familia se enferma, qué hace usted (familiar) para mejorar el

problema: _____

Para el niño: ¿Por qué te enfermaste? _____

Seguridad y protección

¿Ha consultado a otras personas u organismos sobre la salud de su hijo:

Cómo ha programado las visitas en el hospital:

Describa los medios que tiene para resolver la enfermedad de su hijo:

¿Puede usted participar en los cuidados del niño: Sí _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿cómo?:

Relata los temores que tiene sobre la enfermedad del niño:

Describa los cambios más recientes que hubo en la familia. tales como cambios de domicilio. despido del padre en el trabajo: Separación de los padres:

Enfermedad crónica de algún familiar:

-Cómo ha reaccionado el niño ante los cambios: -----

Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padezcan alguna enfermedad contagiosa en casa: Escuela: Con vecinos y amigos de la familia: Sí _____ No _____

¿Toma medicamentos en el hogar, si los toma indique nombres, dosis y vía así como fecha de última toma:

Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Hay alguna forma especial para darle los medicamentos al niño?

Aprendizaje

Su niño está acostumbrado a ir al jardín de niños: Sí _____ no, _____

Le gusta estar en casa: Sí _____ No _____ En la escuela: Sí _____ No _____

¿Qué grado escolar cursa: _____ Cómo considera usted el aprovechamiento del niño: _____

El niño estuvo hospitalizado antes: Sí _____ No _____ A que edad: _____

¿Qué información tiene el niño sobre la hospitalización?

¿Qué dice el niño sobre la hospitalización?

¿Qué costumbres nuevas tiene su niño? _____

De qué tema le gustaría tratar con el personal de enfermería: Enfermedad:
 Tratamiento del niño: Procedimientos: Convalecencia:
 Otros:

Realización

¿Qué espera usted de su hijo?
 ¿Qué esperas de tus padres?
 ¿A quien de la familia su hijo imita?
 Las precauciones del niño y las de usted (familiar) responden a sus necesidades de salud:

El niño forma parte de algún grupo social distinto al de la escuela: Sí _____ No _____ ¿Cuál o cuáles?:

Otros datos:
 Como padre o tutor, ¿qué sugiere para que el niño se adapte más fácilmente al hospital:

Opiniones:

Nombre de la enfermera:
 Fecha: _

ENFERMERÍA INFANTIL.

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre:

Edad:

Registro:

Servicio:

Fecha:

Nombre del Alumno: _____

Necesidad	Indep.	Dep.	Causa de la dificultad			La dificultad Interac. c/Nec.		Fortalezas y debilidades del paciente y su familia.
	Grado	Grado	F.F.	F.C	F.V	SÍ	NO	
			1					

Código: Grado de dependencia

Total = Dt
 Transitorio = Dtm
 Parcial = Dp
 Permanente = Dpe

Causas de la dificultad

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

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL

VI. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
(En las dimensiones Física, Psicosocial y espiritual).

Fecha en la que se identifica	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ENFERMERÍA INFANTIL

VI. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: _____ Servicio: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Dx. Médico: _____ Registro: _____

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____

Sexo: _____

Fecha de ingreso: _____

Fecha de egreso: _____

Indicación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar (o el niño si es

Indicación dietética:

Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Vía
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Registro de signos y síntomas de alarma:
(Indicar y adónde acudir cuando se presenten)

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

Fecha de su próxima cita: _____

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

C:\ospinfa.doc



Universidad nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de estudios de Postgrado
Especialidad en **enfermería** Infantil
Sede: hospital Infantil de México "Federico.Gómez"

Reporte Diario

Nombre de la alumna: _____ **Fecha** _____ Servicio _____
Nombre del paciente _____ Edad _____ Reg. de Expediente _____

Valoración focalizada de la necesidad de: _____
Datos subjetivos:

Datos objetivos (*Exploración física focalizada, cuando corresponda*)

Fuentes de la dificultad: (conocimientos, fuerza, y voluntad)

Diagnósticos de enfermería:

1.

2.

Comentarios:

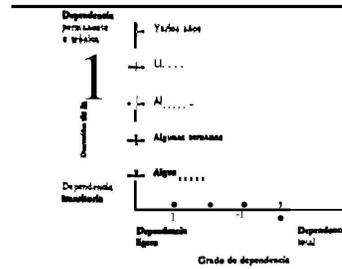


Tabla 6. Continuum Independencia-dependencia¹⁴

Figura 2. Gráfico que relaciona la duración y el grado de dependencia de una persona.

<p>El delfi responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable, que le permite tu homiOIIIIL física y psicológi...</p>	<p>Utiliza sin ayuda (de forma adecuada) la apa'lo o un dispositivo de sositá, o una prótesis.</p>	<p>4</p>	<p>Debe confiar con otro, para hacer lo necesario P'... cubri... necesidad... pero puede colaborar de algún modo.</p>	<p>Debe confiar únicamente con otro, P'... poder satisf... ..ocuidades.</p>
<p>INDEPENDENCIA</p>				<p>DEPENDENCIA</p>