



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FÉDERICO GÓMEZ.**

ESTUDIO DE CASO

**ESCOLAR MASCULINO CON ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.**

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

**PRESENTA
LIC. ENF. INÉS MARTÍNEZ GONZÁLEZ**

ASESOR

E.E.E.I. MARICELA CRUZ JIMÉNEZ

FEBRERO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

TEMA	PÁG.
INTRODUCCIÓN.	1.
OBJETIVOS.	2.
I.- MARCO TEÓRICO.	
1.1 Antecedentes (estudios relacionados).	3
1.2 Propuesta de las 14 necesidades básicas.	16.
1.3 Proceso de Atención de Enfermería.	27.
1.4 Ética en Enfermería.	45.
1.5 Leucemia Linfoblástica aguda como factor de Dependencia.	49.
II.- METODOLOGÍA.	
2.1 Presentación del caso.	57.
2.2 Método e instrumentos de valoración.	67.
2.3 Proceso de elaboración del diagnóstico de enfermería.	67.
2.4 Planes de intervenciones.	72.
2.5 Plan de Alta.	138.
2.6 Resultados.	140.

III.- CONCLUSIONES.	142.
IV.- SUGERENCIAS.	143.
V.- BIBLIOGRAFÍA.	144.
VI.- ANEXOS.	147.
1. Hoja de consentimiento informado.	
2. Historia clínica.	
3. Reporte diario.	
4. Tríptico de plan de alta.	

INTRODUCCIÓN

La población infantil actualmente presenta problemas de salud distintos a los de años anteriores, lo que ha provocado modificaciones en el sistema de salud y que influyen directamente en el personal de Enfermería para el cual representa grandes retos en la atención pediátrica que requiere cuidados especializados de Enfermería, lo que nos obliga a reorientar el cuidado dándole un enfoque científico, utilizando el Proceso de Atención de Enfermería como herramienta principal.

La atención especializada de Enfermería necesita de profesionales capacitados, con formación específica para proporcionar el cuidado a las distintas poblaciones. La tarea de la Enfermera Especialista Infantil hoy en día va más allá de la asistencia hospitalaria y se extiende a la familia y el medio ambiente con el que interactúa el niño, teniendo que reorientar sus diagnósticos, objetivos e intervenciones para así otorgar el cuidado integral especializado que le da identidad profesional.

El estudio de caso que a continuación se presenta se realizó con el propósito de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería y la propuesta filosófica de Virginia Henderson como metodología para observar los resultados y ventajas que se obtienen al aplicarlas a la práctica de Enfermería.

Este estudio de caso contiene en la primera parte el marco teórico en el cual se basa este para realizarlo. En la segunda parte se aborda el caso propiamente dicho que trata de un paciente masculino en edad escolar con alteración en la necesidad de seguridad y protección, al cual se le realizan valoraciones focalizadas de las catorce necesidades básicas que propone Virginia Henderson para posteriormente realizar los diagnósticos de Enfermería que guiaron la planeación y ejecución de las intervenciones de Enfermería y por último la evaluación, empleando de esta manera las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Elaborar un caso clínico con la propuesta teórica de Virginia Henderson, utilizando el Proceso de Atención de Enfermería, para otorgar los cuidados de enfermería especializados a un paciente escolar, masculino con dependencia en la necesidad de seguridad y protección.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Valorar las necesidades fundamentales en un paciente escolar masculino con dependencia en la necesidad de seguridad y protección.
2. Elaborar diagnósticos enfermeros retomados los datos objetivos y subjetivos obtenidos del proceso de valoración.
3. Planear y ejecutar cuidados de enfermería especializados para el paciente con alteración en su seguridad y favorecer su independencia.
4. Integrar a la familia de tal manera que participe en los cuidados a otorgar, para favorecer la evolución y obtener mejores resultados en la evaluación de las 14 necesidades.

I. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

(ESTUDIOS RELACIONADOS:)

Para realizar este estudio de caso se hizo una búsqueda intencionada de artículos de Enfermería en los cuales se utilizará la propuesta filosófica de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería como metodología para el Estudio de Casos. La búsqueda se realizó en revistas de enfermería tanto nacionales como extranjeras.

Los artículos encontrados fueron 20, los cuales se clasificaron por edades de la siguiente manera: 9 artículos en niños, 8 artículos en adultos 3 en adultos mayores.

Sierra Pacheco refiere en su estudio realizado en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México DF. El cual se trata en un paciente de 3 meses de edad de sexo masculino, el cual nació a las 33 semanas de gestación y peso 769 grs. Que es entubado e ingresado a la UCIN de perinatología donde se le detecto un soplo y se traslado al Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" se realiza corrección quirúrgica con coartectomía y ampliación del arco aórtico. La metodología utilizada fue la valoración por medio del modelo conceptual de Virginia Henderson y los diagnósticos enfermeros de la NANDA para integrar un plan de cuidados. Este artículo menciona como objetivo principal proponer un plan de cuidados de enfermería en la atención de un paciente pediátrico post-operado de coartectomía con sección y sutura del conducto arterioso. Al ingresar al servicio de cardiopediatría después de la cirugía se realizó una valoración focalizada en, en la que se observó que las necesidades más afectadas fueron, la necesidad de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación. En los resultados se encontró que el proceso de atención de enfermería y la valoración de las 14 necesidades fundamentales permitió resolver satisfactoriamente el problema cardíaco. En las conclusiones fueron que la utilización de un plan de intervenciones de enfermería como herramienta básica en el ejercicio de la profesión, ayuda a jerarquizar las necesidades del paciente con la finalidad de proporcionar una atención de alta calidad y calidez humana.¹

1.- Sierra P. M. Paciente con Cardiopatía Congénita Aciánógena. Rev.Enf.Card. 2006 VOL.14 (1) pp. 16-23.

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez México DF. Se realizó el caso clínico a un lactante mayor de (1 año-4 meses de edad) masculino que ingresó por fiebre de 38.5, dificultad respiratoria y tos no productiva. Sometido a ventilación mecánica por deterioro respiratorio. Se realiza toracocentesis obteniendo líquido amarillo purulento y se coloca sello de agua. El Diagnóstico médico fue Neumonía con Derrame y empiema pleural. El objetivo principal del artículo fue dar a conocer un estudio de caso en el que se empleara el Modelo de Virginia Henderson, a través del proceso de atención de enfermería en un lactante con neumonía. La metodología utilizada fue la aplicación del proceso de atención de enfermería y el modelo de Virginia Henderson son para valorar las necesidades y elaborar el plan de cuidados, también se tomó en cuenta el parecer de los padres antes de iniciar, por medio del consentimiento informado. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento, que se basa en las 14 necesidades básicas del niño de 0-5 años. También se utilizó la propuesta de Phaneuf – Continuum Independencia - dependencia. La valoración de enfermería fue focalizada durante los seguimientos y la necesidad más afectada fue la oxigenación. De estas valoraciones se emitieron los diagnósticos y se elaboró el plan de cuidados. Los resultados obtenidos fueron que el niño mejoró su estado respiratorio de un grado 6 de dependencia al grado 1 de independencia. Las conclusiones a las que llegó la autora es que al utilizar las bases teóricas de enfermería es beneficiado el paciente con un cuidado integral, pero también lo es la enfermería al ejercer una práctica profesional.²

Otro caso clínico fue realizado en el hospital de pediatría del Centro Médico Nacional. Siglo XXI. En México DF. Se trata de un paciente adolescente del sexo masculino, de 13 años, que es el primero de 3 hijos de una familia nuclear. Con alteración en la necesidad de movimiento y postura. Sus 2 hermanos tienen la edad de 10 y 11 años sanos. El inicio del padecimiento fue a la edad de 8 años con dolor articular en rodillas y pies, se trató de forma intermitente. A la edad de 13 años presentó imposibilidad para la marcha, dolor en la cadera derecha sin poder apoyarla por lo que es ingresado al hospital de pediatría CMN. Siglo XXI. La metodología utilizada fue mediante el análisis de cada necesidad realizado de acuerdo a los conceptos de dependencia e independencia del modelo de Virginia Henderson utilizando la tabla de niveles continuum independencia – dependencia de Phaneuf. Acerca del control de la evolución de los cuidados se realizó en base a las necesidades básicas de un adolescente.

2.-Espinosa M. V. Franco O. M. Cuidados de Enfermería a las necesidades básicas de un lactante con Neumonía. Rev. Des. Cient. Enfermería 2003; 1 (1) PP. 24-29.

La metodología utilizada fue mediante el análisis de cada necesidad realizado de acuerdo a los conceptos de dependencia e independencia del modelo de Virginia Henderson utilizando la tabla de niveles continuum independencia – dependencia de Phaneuf. Acerca del control de la evolución de los cuidados se realizó en base a las necesidades básicas de un adolescente. La necesidad más afectada fue la de moverse y mantener una buena postura, seguidas de las necesidades de higiene de tegumentos, vestirse y desvestirse, respirar, comunicación, evitar peligros, comer y beber, eliminación, dormir y descansar, aprendizaje, recrearse y ocuparse para auto realizarse. Los resultados refieren que el empleo del modelo de Virginia Henderson conjuntamente con el proceso de atención de enfermería, éste favoreció el análisis y reflexión sobre los cuidados que proporciona la enfermera. La autora concluye que la utilización de las 14 necesidades fundamentales del modelo de Virginia Henderson y el proceso de atención de enfermería como metodología permitió observar un cambio en la práctica de enfermería.³

Guallart refiere en su artículo un caso clínico que trata de una RN que se ingresa a la unidad de neonatología del Hospital Infantil de Saint Joan de Deó de Barcelona España con 24 semanas de gestación a la que se le diagnosticó Bronconeumonía, soplo sistólico y nesidioblastosis, por lo que requiere de ventilación mecánica y antibióticoterapia. La metodología utilizada en este artículo fue la valoración de las 14 necesidades del RN y de sus padres de acuerdo con Virginia Henderson. Los diagnósticos enfermeros se formularon mediante la taxonomía de la NANDA. Los cuidados de enfermería se planificaron y realizaron en base al proceso de atención de enfermería centrado en las 14 necesidades del RN y de sus padres. El objetivo del caso clínico fue la valoración continua de las necesidades de RN y sus padres durante el proceso de la enfermedad, la hospitalización. Y la atención de esta para lograr la independencia. En la valoración de las 14 necesidades se encontró que la más alterada en la RN fue la respiración. Las actividades de enfermería se clasificaron en autónomas e independientes. En los cuidados de enfermería se incluyó la participación de los padres. Los resultados que se reportaron fueron que la RN mostró tolerancia a la alimentación y el aprendizaje de los cuidados por parte de los padres que la RN requería. Las conclusiones a las que llegaron las autoras fueron que el proceso de atención de enfermería en las unidades neonatales permite a la enfermera trabajar de manera sistemática y organizada. Además que en este caso se pudo observar que los cuidados de enfermería son autónomos ya que la enfermera decide, planifica y ejecuta.

3.-Sánchez L. V. Cuidados Básicos de un Paciente con Necesidad de Moverse y Mantener buena Postura .Revista de Enf. IMSS.2001; 9 (2) pp56-58

Las conclusiones a las que llegaron las autoras fueron que el proceso de atención de enfermería en las unidades neonatales permite a la enfermera trabajar de manera sistemática y organizada. Además que en este caso se pudo observar que los cuidados de enfermería son autónomos ya que la enfermera decide, planifica y ejecuta.⁴

El caso clínico que se aborda en un Hospital de Barcelona España, trata de una niña de 5 años que es ingresada para TX. Quirúrgico de quiste de colédoco mas colecistitis y pancreatitis. En el post-operatorio se complica y es re intervenida pero se complica con derrame pleural, asertis, anemia y reacción a los antibióticos. Permanece 35 días en la unidad de cuidados intensivos pediátricos durante los cuales los padres permanecieron nerviosos e inquietos. El objetivo fue colaborar en el plan de intervenciones de enfermería dirigido a la niña y a sus padres para lograr su independencia. La metodología utilizada en el caso fue el Proceso de Atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson para valorar las 14 necesidades. También se utilizó la taxonomía de la NANDA para la elaboración de diagnósticos enfermeros y así planear los cuidados específicos. En las valoraciones de enfermería se encontró que las necesidades más afectadas fueron: evitar peligros, oxigenación, movimiento y postura. Los resultados fueron el logro de los objetivos planteados en el plan de intervenciones y la disminución de la ansiedad de los padres, promoviendo la colaboración sobre todo de la madre en los cuidados de la niña. Las conclusiones a las que llegaron las autoras fueron que se debe de ser imprescindible la integración de los padres al plan de cuidados ya que esto disminuye el estrés y la ansiedad de estos. Otra conclusión a la que llegaron es que se tiene que fomentar la publicación de casos clínicos para conocer los diferentes modelos conceptuales, su aplicabilidad y limitaciones en la práctica y contrastar con la realidad.⁵

Otro caso clínico se desarrolla en el Instituto Nacional de Cardiología y trata de un paciente femenino de 51 días de nacida que fue hospitalizada previamente en un Hospital General, en el que le diagnosticó cardiopatía del tipo de ventrículo único y es referida al Instituto Nacional de Cardiología. A su ingreso presenta crisis de hipoxia, se intuba e instala catéter venoso central, sonda orogástrica. El objetivo del estudio fue planear y ejecutar un plan de intervenciones de enfermería con el enfoque de Virginia Henderson con un alto sentido humano. La metodología utilizada fue la aplicación del modelo de Virginia Henderson para valorar las necesidades de la paciente y el P.A.E. Para planear y proporcionar los cuidados específicos de enfermería.

4- Guallart M. M. Roca C.N. Cuidados de Enfría. En un Recién Nacido Pretermino. Rev. Enf. Clínica.1998; 8(2) pag .84.

5.- Partera L Ma del C,

Molina P. F, Gestí S. S. Atención a una niña con Pancreatitis y Relación de ayuda a la madre Rev. Enf. Clínica 2003; 13(5) pp59-66.

El objetivo del estudio fue planear y ejecutar un plan de intervenciones de enfermería con el enfoque de Virginia Henderson con un alto sentido humano. La metodología utilizada fue la aplicación de la propuesta filosófica de Virginia Henderson para valorar las necesidades de la paciente y el P.A.E. Para planear y proporcionar los cuidados específicos de enfermería. En las valoraciones de enfermería realizadas se encontró que las necesidades más afectadas fueron la oxigenación, nutrición y termorregulación. Los resultados obtenidos con las intervenciones de enfermería y el tratamiento médico fueron la estabilización de la función respiratoria, por lo que es dada de alta después de 10 días de hospitalización, pero reingresa y no se logra estabilizar, lo que provoca su fallecimiento. Las conclusiones a las que llegaron las autoras fué que en ciertos casos, aun con los mejores cuidados y la más avanzada tecnología no se puede evitar el desenlace trágico, pero se puede proporcionar un trato con calidad y calidez al paciente y familiares.⁶

El caso clínico que se desarrolla en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, habla de una adolescente de 11 años de edad que fue diagnosticada en septiembre de 2004 con LES. Abril del 2005 presenta infarto cerebral por abandono del TX. En agosto del 2006 es ingresada a urgencias con cambio de coloración de tobillos y pies de 5 días de evolución y se diagnostica Vasculitis de miembros pélvicos que no remite tratamiento y el 29 de septiembre se amputan ambas extremidades inferiores. El objetivo del artículo fue lograr la independencia de la adolescente a la cual se le amputaron ambos miembros pélvicos. La metodología utilizada fue la aplicación del P.A.E y el modelo de Virginia Henderson, la historia clínica, los esquemas de dependencia –independencia de Margot Phaneuf para la valoración de las necesidades de la adolescente y poder planear los cuidados específicos. En las valoraciones de enfermería se encontró que la necesidad mas afectada fue el movimiento y al postura. Los resultados encontrados por las autoras fueron que la paciente pronto podría alcanzar el objetivo, ya que la necesidad de movimiento y postura se encontraban en el nivel 5 de dependencia y disminuyo al nivel 2 en 36 horas posterior a la cirugía. Las conclusiones a las que llegaron las autoras fueron que la aplicación de P.A.E. y el modelo de Virginia Henderson son herramientas importantes para enfermería, pero se requiere conocerlas y saberlas aplicar para obtener buenos resultados.⁷

6.-Cruz L. Luz Ma. Martínez P. G. Plan de Cuidados un Paciente Pediátrico con Cardiopatía Congénita Cianógena por Ventrículo Único Rev.Mex.de Enf.Cardiológica. 2006; 14(5) pp56-61.

7.-Mariano S. N, Espinosa M. V. Atención Especializada de Enfermería para una Adolescente con Amputación Bilateral Pélvica Rev. Des. científ.enf. 2008; 16(6) pp.276-279.

Un caso clínico más se desarrolla en la unidad de lactantes del Hospital Teresa Herrera C.H.J. Canaleja de a. la Coruña España. Y se trata de una paciente de 13 meses de edad que ingresa a la unidad de lactantes con Cardiopatía Congénita (Coartación de Aorta, Ductus Arterioso, comunicación Interventricular, que fue intervenida a los 6 meses de edad), Síndrome de Down estancamiento ponderal e Hipertermia. El objetivo principal mencionado fue establecer la vinculación que existe entre el proceso de atención de enfermería y la relación de ayuda centrándolo en un caso real. La metodología utilizada fue el modelo de Virginia Henderson, la taxonomía de la NANDA, para valorar las 14 necesidades básicas y formular los diagnósticos adaptándolos a un programa informático de gestión asistencial de cuidados de enfermería línea abierta (GACELA). Las necesidades que se encontraron alteradas fueron las de movimiento y postura, termorregulación, nutrición. Los resultados encontrados fueron que es de vital importancia la relación de ayuda en la practica de enfermería, en el caso analizado se logro la ganancia ponderal y la niña comienza a sentarse. Todo lo anterior se logro con una comunicación con la madre, explicándole como realizar el cuidado en casa. Las conclusiones a las que llegaron los autores fueron que la relación de ayuda debe integrarse al rol de la enfermera y a los planes de estudio de las escuelas de enfermería como herramienta necesaria en las relaciones interpersonales y unificar criterios para mejorar la calidad de los cuidados.⁸

El caso clínico que se desarrolla en un Hospital privado de la cd. De México el cual se trata acerca de un lactante mayor de 1 año 4 meses originario del DF. Que ingresa por dificultad respiratoria y fiebre, el 18 de septiembre del 2008. El diagnóstico médico fue Bronquiolitis. El objetivo que menciona el artículo fue elaborar un Proceso de Atención de Enfermería para proporcionar cuidados de enfermería a un lactante en dependencia en las necesidades de oxigenación. La metodología utilizada fue el proceso de atención de enfermería basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, para valorar las necesidades del lactante. Los resultados fueron que el lactante mejoro el patrón respiratorio y disminuyeron los estertores. Las conclusiones a las que llego la autora fueron que el proceso de atención de enfermería, se pueden planear cuidados individualizados y con el modelo de Virginia Henderson se pueden identificar alteraciones en las necesidades básicas y permite el seguimiento del paciente durante la estancia Hospitalaria.⁹

8.-Ferrer P. Á, García S. R, Barrera B. J. Ma. EL Proceso de Atención y la relación de ayuda, en Enfermería Pediátrica. Cultura de cuidados 1er.sem. 2003; 6(6) pp45-50. 9.-Solis M. Ma. E. Proceso de Atención de Enfermería en un Lactante con Dependencia de Oxigenación. Rev. Desarrollo Científico Enf.2008; 16(10) pp.82-89.

Otro caso clínico se aborda en un Hospital General de Comitán Chiapas el cual se trata de un paciente de 19 años con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, que ingresa al Hospital con datos de hipoventilación pulmonar, pérdida de conciencia, es intubada e ingresada a cuidados intensivos. El objetivo que se puede observar en el artículo es realizar la valoración de las 14 necesidades básicas en un paciente con insuficiencia renal crónica e implementar el Proceso de Atención de Enfermería para otorgar cuidados de enfermería integrales. La metodología utilizada en el análisis del caso clínico fue el modelo conceptual de Virginia Henderson, valorando las 14 necesidades y la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería para satisfacerlas. Las valoraciones de enfermería se pudo observar que las necesidades que se encontraban más afectadas fueron de eliminación y oxigenación. Los resultados que se encontraron fueron que el modelo conceptual de Virginia Henderson y el proceso de atención de enfermería permitieron facilitar la intervención del cuidado. Las conclusiones a las que llegaron las autoras fueron que la utilización de un modelo de atención (Virginia Henderson) y el (P. A .E.) Permite identificar el estado de cada una de las necesidades para así poder planear los cuidados efectivos.¹⁰

Otros estudios relacionados se han realizado en adultos como son:

El caso clínico que se realizó en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, se trata de un paciente masculino de 20 años de edad con diagnóstico médico de lupus eritematoso generalizado que inició a los 11 años de edad atendido en el Hospital Pediátrico y es trasladado a otro Hospital de 3er. Nivel al cumplir la mayoría de edad y por presentar fiebre, taquicardia e hipertensión, desarrolla bacteriemia y posteriormente choque séptico, se intuba e ingresa a terapia intensiva para su atención. El objetivo que se menciona en este artículo es mostrar los cuidados de enfermería fundamentales en conocimientos científicos y trato digno a un individuo con lupus eritematoso. La metodología que se utilizó fue la valoración de las 14 necesidades básicas propuestas por Virginia Henderson y la taxonomía de la NANDA, para elaborar los diagnósticos enfermeros y el plan de cuidados. La valoración de enfermería se realiza con el enfoque de las 14 necesidades fundamentales en la terapia intensiva. Las 3 principales necesidades que se encontraron alteradas fueron: la oxigenación, nutrición e hidratación, higiene y protección. Los resultados encontrados refieren que la ejecución del plan de cuidados, permitió la extubación temprana del paciente. Los resultados encontrados refieren que la ejecución del plan de cuidados, permitió la extubación temprana del paciente.

10.- Ruiz G. L. E., Tovar V. Ma E. Proceso de Enfermería en una Paciente con Insuficiencia Renal Crónica. *Índex Agosto 2007*; 8(6) pp38-42.

Las conclusiones a las que llegaron las autoras fueron que el nivel de información con el que cuenta la enfermera acerca de los padecimientos y los instrumentos

propios de enfermería para otorgar el cuidado, le permiten incrementar la calidad en sus cuidados.¹¹

Otro caso clínico presentado se analiza en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez en el área de terapia intermedia el cual se trata de un paciente de 26 años de edad, femenino originario de Tlapa Guerrero, con síndrome de Down. Post-operado de ventana pericardica, intubado, febril 38°C, cursa su día 24 de post-operado. El objetivo de este artículo fue elaborar un plan de intervenciones con la orientación del modelo conceptual de Virginia Henderson y los diagnósticos de la NANDA en pacientes en coma Mixedematoso. La metodología utilizada fue realizar las valoraciones de enfermería en base a las 14 necesidades fundamentales para estructurar los diagnósticos enfermeros, así planear las intervenciones de enfermería y evaluarlas. En las valoraciones de enfermería la necesidad que se encontró en dependencia fue la oxigenación. Los resultados encontrados fueron que las intervenciones de enfermería contribuyeron a la estabilidad de la paciente. Las conclusiones a las que llegaron las autoras fueron que la aplicación del proceso de atención de enfermería y la valoración de las 14 necesidades facilitaron las intervenciones de enfermería.¹²

Un caso clínico más fue presentado y analizado en el complejo Hospitalario Torrecardenas, Almería España. A partir del 13 de diciembre del 2005 el cual se trata de una mujer de 28 años de edad fue encontrada por su esposo inconsciente y fue llevada al centro Hospitalario e ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI), es traqueostomizada y conectada al ventilador mecánico. El diagnóstico médico fue accidente cerebro vascular hemorrágico. El objetivo del artículo fue integrar a la familia en los cuidados de la paciente para obtener una familia cuidadora competente e independiente en la resolución de problemas. La metodología utilizada fue abordar el caso con el modelo conceptual de Virginia Henderson y la taxonomía de la NANDA, NIC Y NOC. Para valorar el grado de dependencia de la paciente y el rol que va a desempeñar el cuidador (familia). En las valoraciones de enfermería se encontró a la paciente en total dependencia de las actividades de la vida diaria. En la valoración de la familia se encontró que la fuente de dificultad principal era al falta de conocimiento ya que nunca se habían enfrentado a una situación así.

11.-Chavez G. C, Sánchez C. N. Estudio de caso de un Individuo con Lupus Eritematoso Generalizado en una unidad de Cuidados Intensivos. Rev. Enf. Card. 2007; 2(5) pp.54-61.

12.- Añorve G. A, Torres B. A. Estudio de caso de Paciente con Síndrome de Down y coma Mixedematoso Enf. Cardiológica 2005; 1(1) pp. 37-43.

En las valoraciones de enfermería se encontró a la paciente en total dependencia de las actividades de la vida diaria. En la valoración de la familia se encontró que la fuente de dificultad principal era al falta de conocimiento ya que nunca se habían enfrentado a una situación así. Los resultados arrojados con las

intervenciones de enfermería fueron el alta de la paciente con las mismas condiciones de dependencia. En cuanto a la familia ya conocían los cuidados a realizar en casa y los recursos sanitarios a los que se podrían acudir si los necesitaban, en el momento del alta la familia era independiente en la planificación y ejecución de los cuidados de su paciente. Las conclusiones a las que llegaron los autores fueron que el modelo de Virginia Henderson permitió identificar las respuestas humanas de la paciente y las necesidades de aprendizaje de la familia para su cuidado.¹³

El caso clínico que fue realizado en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” México DF. Enero-abril 2007 Y se trata de una mujer de 39 años de edad, la cual el 10 de abril del 2004 al estar bañándose presenta de forma súbita pérdida del estado de alerta, hemiparesia derecha y fue hospitalizada diagnosticándose doble lesión mitral y accidente vascular cerebral. El objetivo con el que se elaboro el artículo fue contextualizar el cuidado de enfermería en el servicio de urgencias con el método enfermero y el modelo de atención de Virginia Henderson. La metodología utilizada fue la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para emitir los diagnósticos correspondientes y elaborar un plan de cuidados. La valoración de enfermería se centro en la jerarquización de las necesidades del paciente, encontrándose alteradas las siguientes necesidades: Oxigenación, moverse y mantener buena postura, descanso y sueño, evitar peligros. Los resultados encontrados fueron que aunque el tiempo para la atención fue de cinco horas, no fue limitante para aplicar el método enfermero y satisfacer las necesidades de la persona de manera integral y evaluar el impacto de los cuidados de enfermería. Las conclusiones a las que se llego fueron que la atención de enfermería en un área de especialidad no implica únicamente la atención de problemas únicamente de esa especialidad sino que además se deben conocer y abordar simultáneamente padecimientos de otras especialidades y que la guía para realizar todo lo anterior son el método enfermero y los modelos de enfermería.¹⁴

13.-Manuel O. J. F, Poza A. C. Ma. Cuidados de Suplencia total en el ACV. Intervención en el Afrontamiento Familiar Comprometido y Conocimientos Deficientes Rev. Evidentia 2007 4 (5).pp.68-76

14.-Chávez G. C. Método de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson en un Paciente con Estenosis Mitral y Accidente Cerebrovascular. Rev. Enf. Card. 2007; 15(1) pp. 14-18.

Otro caso clínico se trata de un paciente de 42 años que llega al Instituto Nacional de Cardiología, el 3 de julio de 2001 al área de urgencias con una afección cardiaca y deterioro hemodinámico, acompañado de taquicardia, diaforesis, palidez, fatiga, debilidad, dolor en brazo izquierdo que irradia al cuello. Se ingresa con diagnostico médico de angina inestable e insuficiencia cardiaca. El objetivo

que se menciona es elaborar un plan de cuidados en base a las individualidades del paciente para facilitar la atención por medio de cuidados individualizados. La metodología utilizada fue el proceso de atención de enfermería como instrumento para planear, otorgar y evaluar los cuidados, y la valoración de las necesidades individualizadas (Virginia Henderson) para identificar necesidades alteradas. La necesidad que se encontró mas afectada fue la oxigenación. Los resultados: fueron que el paciente evoluciona satisfactoriamente y se dio de alta a su domicilio con las respectivas prescripciones de enfermería para su cuidado en casa. Las conclusiones: a las que llegaron las autoras fueron que al aplicar el proceso de atención de enfermería se pudo dar seguimiento a los cuidados otorgados sin olvidar el valor humano y la satisfacción de sus necesidades.¹⁵

El caso clínico que es analizado en el Consorcio Hospitalario Parc Tauli. Sabadell (Barcelona España) y trata de una mujer de 45 años que acude al cardiólogo el 15 de junio de 2006, refiriendo dolores torácicos atípicos de un año de evolución que aumentaban con el movimiento, pero no con el esfuerzo, se realiza coronografía y se encuentra lesión del 70% a nivel coronario derecho y medio. Se realiza By –Pass el 16 de junio de 2006. El objetivo que se menciona en el artículo es mostrar el beneficio obtenido al utilizar el modelo de Virginia Henderson, proporcionar cuidados de enfermería con mayor calidad y lograr la participación de la familia. La metodología utilizada fue el modelo de Virginia Henderson con la taxonomía de NANDA, NIC Y NOC para valorar las necesidades, proponer los diagnósticos y planear los cuidados de enfermería. Los resultados encontrados fueron la integración de la familia (hijos) en los cuidados en casa. La paciente aprendió a manejar su TX en casa. Las conclusiones a las que llegan las autoras fueron que las enfermedades cardiovasculares sobre todo en mujeres llegan muy avanzadas y el tiempo entre el tratamiento y los resultados es mas prolongado, todo lo anterior se debe a que la mujer lleva el rol de cuidadora, ama de casa y profesional las cuales son situaciones que frenan la atención oportuna, la enfermería tiene que tomar en cuenta todos esos aspectos para la planeación de los cuidados.¹⁶

15.-Flores M. I, Torres P. Ma de L. Proceso de Atención de Enfermería en un Paciente con Angina Estable. Rev. Mex. Enf. Cardiológica. 2000; 8 (1-4):

16.- Portillo E. S, Roca. M. C. Cuidados de Enfermería a una Mujer en el Post-Operatorio de una Revascularización Coronaria: Preparación para Alta Rev. Enf. Cardiológica. 2007; 3(4) pp. 51-56.

El estudio fue realizado en el Hospital Santiago Apóstol de Vitorra, Álava España y es realizado con todos los pacientes del servicio de nefrología que fueron dados de alta durante el 1º de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2002. Los datos necesarios se obtuvieron del programa ZAINERI (software utilizado para almacén de datos acerca de los cuidados de enfermería) en el cual se registran y almacenan los datos acerca de los cuidados y actividades de enfermería diariamente utilizando la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

El objetivo mencionado en el artículo fue analizar los cuidados otorgados por las enfermeras durante el año 2002 en el servicio de Nefrología, así como los diagnósticos enfermeros planteados. La metodología utilizada fue el análisis de los cuidados otorgados a estos pacientes y las necesidades que se encontraban más alteradas, así como los diagnósticos enfermeros planteados. En el análisis de las necesidades, las que se encontraban más alteradas fueron aprendizaje, integridad de piel, mucosas y seguridad física y psíquica. Los diagnósticos más frecuentes que se derivaron de las necesidades fueron: riesgo de úlcera por presión, riesgo de accidentes, déficit de conocimientos relacionado con la salud actual y otros, e intolerancia a la actividad que se relacionaba con cansancio, debilidad y otros. Las conclusiones a las que llegaron las autoras fueron que se encontraron diagnósticos en su mayoría de riesgo y por lo tanto las actividades de prevención son un punto muy importante en la misión de la enfermera. Además concluyeron que se debe identificar muy bien lo que hacemos, como lo hacemos, para quien lo hacemos y por que. Son necesarios nuestros servicios ya que esto nos afianza como profesión.¹⁷

En la misma búsqueda también se encontraron artículos de casos clínicos en adultos mayores, como es el caso clínico que se desarrollo en el Instituto Nacional de Cardiología en el área de cirugía Cardiovascular. El paciente es un adulto mayor de 66 años de sexo masculino con antecedente de Hipertensión Arterial, que presenta evento vascular cerebral (EVC). Que acude al Instituto Nacional de Cardiología y Neurocirugía (INNN), encontrándole un aneurisma en la arteria comunicante anterior por lo que se envía a este instituto para su manejo. El objetivo mencionado en el artículo es validar la aplicación del modelo de Virginia Henderson y la taxonomía de la NANDA, en este tipo de pacientes. La metodología utilizada fue la valoración de las 14 necesidades fundamentales, jerarquizándolas y elaborando diagnósticos de enfermería y el respectivo plan de cuidados. Las valoraciones de enfermería se realizaron con el consentimiento del paciente. La necesidad que se encontró más afectada fue la de moverse y mantener buena postura.

17.- Cidoncha M. Ma. A., Díez de Baldeón H. Ma. Soledad. Servicio Enfermero Ofertado en una unidad de Hospitalización de Nefrología. Rev. Soc. Esp. Enf. Nefrología. 2004., 7(3): pp. 165-169.

Los resultados encontrados fueron que el paciente curso un post-operatorio en condiciones normales, recuperando el 80% de la capacidad Neurológica y es egresado únicamente con hemiparesia izquierda, agradeciendo infinitamente a las enfermeras por sus cuidados. Las conclusiones a las que llegaron las autoras fueron que la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y la valoración de las 14 necesidades facilitaron las intervenciones de enfermería¹⁸

Otro caso clínico es abordado por un enfermero de enlace del Centro de salud de Loja Granada España. En el domicilio de un adulto mayor de 73 años de edad diabética que sufre una caída en su domicilio donde vivía sola, no pierde la conciencia por lo que se va a vivir a la casa de su hijo por 8 meses siendo su nuera el cuidador principal y quien solicita una visita domiciliaria para su valoración. El objetivo mencionado se centra en mejorar el grado de independencia al aplicar un plan de intervenciones basado en las 14 necesidades fundamentales. La metodología utilizada fue el modelo de Virginia Henderson para su valoración de las necesidades, la taxonomía de la NANDA, NIC Y NOC para los diagnósticos y las intervenciones. En las valoraciones de enfermería la necesidad que se vio mas afectada fue la de movimiento y postura, presentando dolor en pierna derecha y se observaba deprimida. Los resultados encontrados fueron que al implementar las intervenciones de enfermería se mejoro el dolor crónico, el cumplimiento del régimen terapéutico y el aumento de la autoestima de la paciente. Las conclusiones a las que llego el autor fueron que al valorar las necesidades de la paciente se pudo elaborar un plan de intervenciones adecuado que mejorar considerablemente las condiciones de la paciente.¹⁹

Un caso clínico más se aborda en el Instituto Nacional de Cardiología en septiembre 2006. se trata de una paciente de 76 años de edad que ingresa por cardiopatía isquémica, enfermedad trivascular, obesidad y EPOC a la que se realiza revascularización coronaria y que al 9º día post-operatorio presenta datos clínicos de mediastinitis, se efectúa esternectomia total que no funciona y se coloca el sistema VAC como ultima alternativa. La metodología utilizada fue el método enfermero con la orientación de Virginia Henderson para identificar, planificar, ejecutar y avalar los cuidados de enfermería. El objetivo fue el utilizar el proceso de atención de enfermería en un paciente con mediastinitis orientado en el modelo de Virginia Henderson y generar evidencia científica del TX innovador VAC.

18.- Lugo E. D. J, Frutos B. S, Añorve G. A. Adulto Mayor con Patología Cardiovascular y Neurovascular. Rev. Enf. Cardiológica 2003; 2(1-4),pp18-25

19.-Tirado P. G. Intervención Multidisciplinar en una Mujer de la 3a. Edad tras una Caída Accidental Rev. Desarrollo Científico- Enf.2007; 15(1-2) pp.21-26.

Las necesidades que se encontraron mas alterados fueron oxigenación y termorregulación. Entre otras y en base a estas se planificaron los cuidados de enfermería. Los resultados: se encontró que los cuidados otorgados al paciente mejoran su condición respiratoria y se extuba a los 8 días. También mejora la condición de la herida Qx. Con el uso del sistema VAC. Las conclusiones a las que llegan las autoras fueron que la implementación de la propuesta filosófica de Virginia Henderson permitió detectar las necesidades afectadas en el paciente y

la aplicación del proceso de atención de enfermería facilitó la toma de decisiones y la evaluación de los cuidados.²⁰

En los artículos revisados anteriormente, en los cuales se utilizó la propuesta filosófica de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería, se observó que al emplearlos en la atención directa con el paciente nos permite como enfermeras otorgar un cuidado integral al paciente, detectando alteraciones, riesgos y atendiendo oportunamente los problemas de salud.

20.-Flores M. I, Añorve G. A. Cierre Asistido con Presión Negativa en el Tratamiento de Mediastinitis. Rev. Mex. De Enf. card.2006; 14 (3): pp.90-97.

1.2 PROPUESTA DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS

Virginia Avenel Henderson nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de Enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.

1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.

1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.

1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de algunas universidades de USA Y Canadá.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

Virginia Henderson percibe al individuo como un ente biopsicosocial influenciado por su entorno con catorce necesidades básicas, que tiene que cubrir por si mismo, para lograr la salud o el equilibrio al que ella denomina independencia, pero cuando alguna razón ya sea de origen físico, falta de voluntad o conocimiento, no puede cubrir algunas de esas catorce necesidades cae en la dependencia y va necesitar que alguien le ayude a cubrir esas necesidades y que por lo general es la enfermera que en su rol de sustituta cubre la necesidad.²¹

21. Disponible en: http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/pagina7.html.

CONCEPTOS PRINCIPALES

Virginia Henderson define a la enfermería en base al rol que desempeña: Virginia Henderson definió enfermería en términos funcionales. “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible”.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud. Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.²²

ENFERMERÍA: Según esta concepción el rol esencial de la enfermera es de suplencia. Consiste en asistir a la persona que no puede satisfacer por sí mismo sus necesidades y ayudarle a recuperar su independencia o a conservarla y asistirlo en una muerte tranquila.

METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA:

Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno: Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente): Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

INDEPENDENCIA: Es la satisfacción de una o varias necesidades del ser humano ya sea por sí mismo o que otros lo hagan en su lugar (dependiendo la edad, etapa de crecimiento o por enfermedad). Este término también incluye la independencia emocional que permite a la persona liberarse de pensamientos y sentimientos existentes en su medio y así manifestar un alto grado de competencia en sus elecciones y en el control de sus acciones.²³

22.- Kozier B. Fundamentos de enfermería. 7a. Edic. Edit. Interamericana Mc Graw-Hill (2005) pp. 8

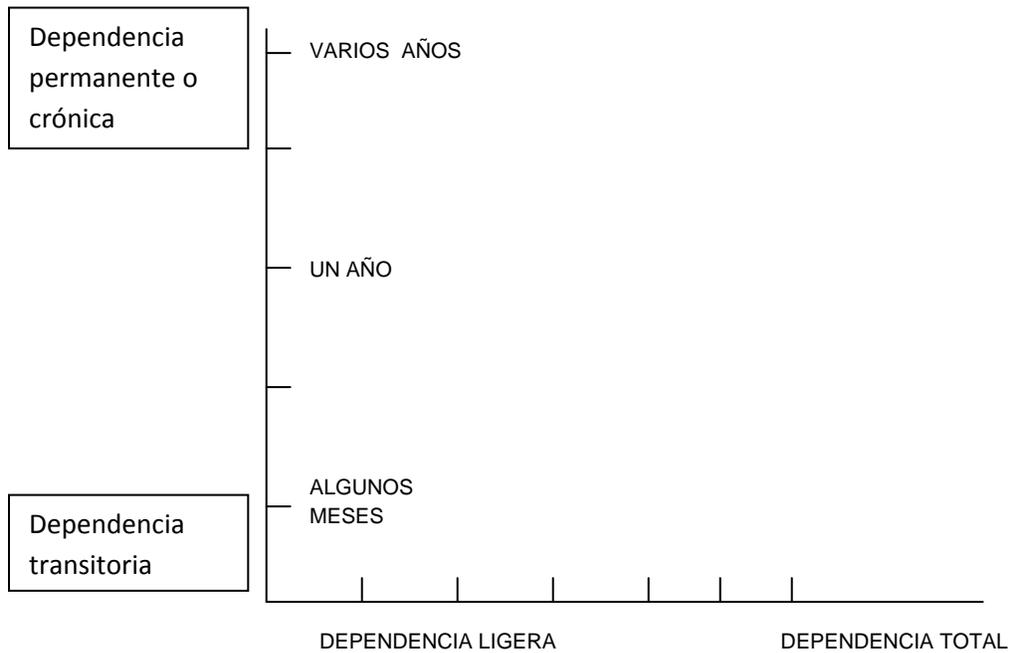
23. Phaneuf M. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. edit. Interamericana McGraw-Hill. (1993) pp. 2-5.

INDEPENDENCIA EN EL NIÑO: al niño se le considera independiente si puede llevar a cabo las acciones que son normales para su edad, aunque determinadas necesidades (alimentación, eliminación, cuidados de higiene, etc.) necesiten la ayuda de sus padres o de otra persona.

DEPENDENCIA: Es la no satisfacción de una o varias necesidades del individuo por la imposibilidad de cumplirlas. El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras

personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.²⁴

Duración de la Dependencia:



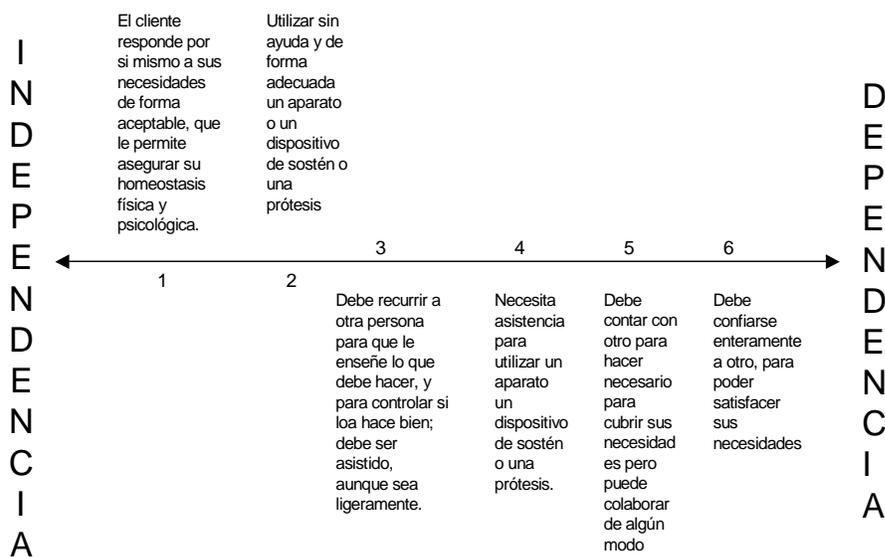
Fuente: Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de Enfermería. Editorial Interamericana-Mc Graw Hill, p 32.

La duración de la dependencia es expresada en tiempo que permite visualizar cuando inicio la dependencia.

24. Phaneuf M. Idem. pp. 2-5.

Grado de dependencia:

Continuum Independencia-Dependencia



Fuente: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería. Editorial Interamericana-Mc Graw Hill, p 32.

El grado de dependencia se clasifica de acuerdo a las características alteradas de cada necesidad y las actividades que pueda o no pueda realizar el paciente.

FUENTES DE LA DIFICULTAD:

Son la causa de la dependencia del individuo que son factores de orden biopsicosocial que le impiden satisfacer una o varias necesidades fundamentales y son tres:

Falta de fuerza: Incapacidad física o alteración de las habilidades mecánicas en los individuos para satisfacer sus necesidades.

Falta de voluntad: incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades. Influyen los factores socioculturales.

Falta de conocimiento: Es la falta de conocimiento del propio paciente (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.²⁵

14 NECESIDADES BASICAS:

NECESIDAD: Es una exigencia vital que la persona debe satisfacer afín de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual.

NECESIDAD DE RESPIRAR:

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

NECESIDAD DE COMER Y BEBER:

Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

NECESIDAD DE ELIMINAR:

Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar²⁶

25.-Phaneuf M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. Edit. Interamericana Mc. Graw-Hill. pp. 17-18.

26.-Phaneuf M. idem. pp. 76, 78,87 Y 103.

Igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR:

Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en la cantidad suficiente afín de conseguir un buen rendimiento del organismo.

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE:

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

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES:

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura mas o menos constante (la oscilación normal en el adulto se sitúa entre 36.1 °C Y 38°C) para mantenerse en buen estado.

NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS:

Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener buena apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.²⁷

27.-Phaneuf M. Idem. pp.14 -65

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS:

Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna externas, para mantener así su integridad física y psicológica.

NECESIDAD DE COMUNICARSE:

La necesidad de comunicarse es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:

Actuar según sus creencias y sus valores es una necesidad de todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.

OCUPARSE PARA REALIZARSE:

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

NECESIDAD DE RECREARSE:

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

NECESIDAD DE APRENDER:

Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener y recobrar la salud.²⁸

28.-Phaneuf M. Op.Cit.pp.14 -65

ENTORNO:

Henderson no incluyó en su propuesta teórica el concepto de entorno, sin embargo al analizar el contenido de esta se puede observar que ella menciona la importancia que tiene los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes y factores ambientales) así podemos deducir que el

entorno es el conjunto de condiciones y factores externos que afectan a la vida y al desarrollo del organismo.

RELACIONES CON OTROS PROFESIONALES

Virginia Henderson analiza a la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella, en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro, actividades que obstaculicen el desempeño de su propia función.

Relación Enfermera – Médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación Enfermera – Equipo de Salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.²⁹

SUPUESTOS PRINCIPALES

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.³⁰

29.- Phaneuf M.Op.Cit.pp.62-63.

30.- Phaneuf M. Op.Cit. pp. 2-5.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.³¹

POSTULADOS

En los postulados que sostiene el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de enfermería.

La persona es un individuo sano o enfermo es un todo complejo que se caracteriza sus necesidades fundamentales.

La persona requiere la independencia y se esfuerza por lograrla.

Cuando una necesidad no esta satisfecha la persona no es un todo, no es independiente.

VALORES

La enfermera tiene funciones que le son propias

Cuando la enfermera usurpa funciones del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado

La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:
La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.³²

31. - Phaneuf M. Op.Cit. pp. 2-5.

32.- Disponible en: http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/pagina7.html.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

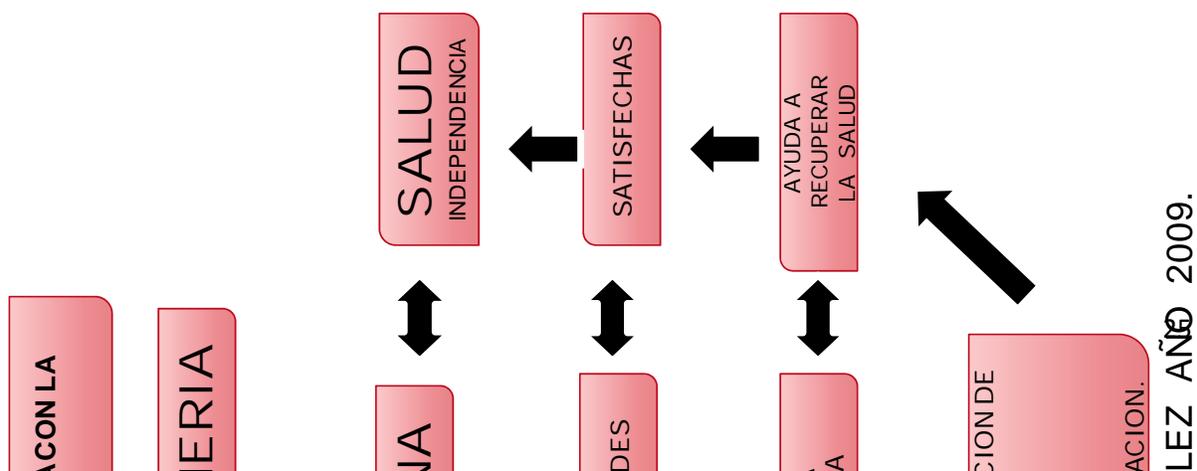
Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.³³

RELACIÓN DE LA PROPUESTA FILOSÓFICA DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

En el siguiente esquema se observa la relación que existe entre la propuesta filosófica de Virginia Henderson que percibe a la **persona** como un ente biopsicosocial influenciado por su **entorno**, con catorce necesidades básicas, que tiene que cubrir por sí mismo, para lograr el equilibrio al que ella denomina **Independencia**, pero cuando por alguna razón ya sea de origen físico, falta de voluntad o conocimiento, no puede cubrir algunas de esas catorce necesidades cae en **Dependencia** y va a necesitar que alguien le ayude a cubrir esas necesidades y que por lo general es la **Enfermera** que en su rol de cuidadora cubre la necesidad afectada utilizando su más valiosa herramienta, que es el **Proceso de Atención de Enfermería** que con sus cinco etapas aplicadas a la individualidad de cada paciente ayuda a la Enfermera a proporcionar el **cuidado** adecuado y como consecuencia el paciente logra su Independencia recuperando la **salud** o conservándola.

33.-Disponible en: http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/pagina7.html.



1.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN:

El proceso de atención de enfermería es el método racional y sistemático de organizar y prestar los cuidados de enfermería.

En 1960 la enfermera ponía énfasis en los aspectos interpersonales, intelectuales y científicos de la profesión.

En 1966 Kelly describió la información disponible para la valoración de enfermería. Como los signos y síntomas del paciente, la historia y el diagnóstico médico y el medio ambiente.

En 1976 Yura y Walsh escribieron el primer libro que definía en forma integral, 4 componentes del Proceso de Atención de Enfermería.

Los pasos del proceso fueron legitimizados en 1973 cuando la asociación norteamericana de enfermeras publicó las normas de la práctica de Enfermería.

El objetivo es Identificar el estado de salud del paciente, los problemas reales o posibles de su salud, establecer planes para atender las necesidades que se puedan identificar y determinar las intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades.³⁴

ETAPAS:

Tiene 5 etapas –valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

1.- **VALORACIÓN:** consiste en recabar, organizar, ponderar y registrar los estados de salud de un paciente. Estos datos se obtienen de diversas fuentes y sirven de base para las actuaciones y decisiones que se toman en fases posteriores. En esta etapa no se sacan conclusiones.

TIPOS:

Exhaustiva.

Focalizada.

De urgencia³⁵

34.- Iyer P. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. edit. Interamericana. Mc. Graw-Hill 1997 pp.11-12.

35.- Alfaro R. Aplicación de Proceso Enfermero. edit. Masson. 2003 5a. ed. pp. 4-5.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

La recolección de datos permite a la enfermera conocer mejor a la persona a la que proporciona sus cuidados. La información proviene de diversas fuentes, cómo la misma persona (fuente primaria), su familia, otros miembros del equipo de salud, la historia clínica de la persona y las obras de referencia (fuente secundaria).

Fuentes:

Familiares y algunas personas allegadas.

Encuesta del hogar del paciente y de la comunidad.

Registros médicos.

Registro sociales.

Registros de evolución.

Resultados de las pruebas de diagnóstico.

Notas de enfermería.

Rondas de enfermería.

Cambio de reportes de turno.

Notas de progreso.

Kádex.

1.- Fuente primaria: Paciente. Nos da información con datos objetivos y subjetivos.

a) Datos objetivos: todo aquello que podemos medir peso, talla, signos vitales, etc.

b) Lo que el paciente refiere. No es medible.

Podemos utilizar la entrevista para recolectar información así como la exploración física.³⁶

Métodos para la obtención de datos.

Se utilizan 3 instrumentos: interacción, observación y medición.³⁷

36.- Christensen P. Proceso de Atención de Enfermería edit. Manual moderno (1993) pp.98

37. - Iyer P. Op. Cit. pp.52. 67-68.

INTERACCIÓN: se consideran datos de la interacción a cualquier palabra dicha por el paciente, personal del equipo de salud o por otras personas que tengan importancia en relación con el paciente.

La interacción la podemos definir como el intercambio continuo de entre enfermera y paciente con el propósito de obtener información, entablar una relación armónica o ambos.

La entrevista es una relación transitoria entre la enfermera y el paciente, que puede tener como objetivo obtener información o desarrollar la armonía.

Las entrevistas para obtener información se clasifican como directivas – interrogativas, aquí la enfermera dirige la entrevista y el paciente es un participante pasivo. Como ventaja tiene que podemos recolectar una cantidad específica de datos en un tiempo corto, la desventaja que tiene es que el paciente permanece pasivo. Un ejemplo es la historia clínica.

Entrevistas para forjar o construir la armonía, su objetivo es formar un nexo y no obtener información. Se utilizan respuestas abiertas, pero se requiere tiempo para lograr la armonía.

La entrevista de apertura – cierre es una combinación de las primeras y los objetivos son obtener información y lograr la armonía.

OBSERVACIÓN: la observación es un proceso que utiliza los cinco sentidos para observar al paciente de diversas formas con el objetivo de obtener información referente a él.

La vista se utiliza para identificar datos visibles de los pacientes o fuentes de datos y podemos obtener información acerca de las características generales del paciente, en la apariencia y actividad física, comunicación verbal y no verbal así como el ambiente en donde se desarrolla el paciente como es la comunidad, vecindario, familia etc.

El tacto se utiliza para obtener información por medio de la palpación y percusión acerca de las características generales de las estructuras corporales para determinar sus características y posición.

El oído se utiliza para percibir información verbal que emite el paciente así como características del ambiente (nivel de ruido).³⁸

38. - Iyer P. Op. Cit. pp.52-75.

El olfato y el gusto son utilizados para percibir olores del paciente, hogar ambiente. El gusto se pudiera utilizar para percibir el sabor de los alimentos o dietas acostumbradas.³⁹

MEDICIÓN: La medición se utiliza para valorar duración, extensión, dimensiones, frecuencia, ritmo cardiaco o tamaño. Para realizar la medición se utilizan algunos instrumentos (báscula, regla, etc.) y los sentidos como la vista y el oído.⁴⁰

Los datos que pueden ser medibles son valores de laboratorio, signos vitales, estatura, peso y datos acerca de la familia como integrantes, edades.

VALIDACION DE LA INFORMACION:

La validación o verificación de que la información de que dispone es real y completa, es un paso esencial en pensamiento crítico. Le ayuda evitar:

Hacer asunciones, omitir información pertinente, mal interpretar las situaciones, extraer conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada y cometer errores en la identificación de los problemas.

Algunas recomendaciones para hacer la validación de datos son:

Verifique observando y entrevistando usted mismo a la persona, busque factores que puedan alterar la exactitud, pida a un experto que obtenga el mismo dato que usted, vuelva a comprobar la información que es anormal o incongruente, compara los datos objetivos y subjetivos para ver si la persona es congruente con lo que dice y con lo que usted observa y compare sus impresiones con las de otros miembros del equipo de cuidados.

ORGANIZACIÓN DE DATOS:

Agrupar los datos relacionados es un principio del pensamiento crítico que refuerza su capacidad para obtener una imagen clara del estado de salud. Agrupar los datos sobre el estado de salud en grupos relacionados le ayuda a empezar, a tener una imagen de diversos aspectos del estado de salud es recomendable utilizar un instrumento de valoración bien diseñado, ya que de esta forma la información estará prácticamente organizada.⁴¹

39.- Kozier B. Fundamentos de enfermería. 7a. Ed. Edit. Interamericana Mc Graw-Hill (2005) pp. 296.

40. - Iyer P. Op. Cit. pp.52-75.

41. - Alfaro R. Op. Cit. pp. 63.

Existen algunas formas de agrupar los datos como son:

Agrupar los datos según una perspectiva enfermera: esto consiste en agrupar datos según un modelo holístico en vez de seguir un modelo médico. Por ejemplo utilizar los patrones funcionales de Gordon, la pirámide de las necesidades de Maslow para realizar diagnósticos enfermeros.

Agrupar los datos según los sistemas corporales: es útil cuando se desean identificar datos que puedan indicar problemas médicos.

Para reconocer tanto los problemas médicos como los diagnósticos enfermeros agrupe sus datos de 2 maneras: use los sistemas corporales y una perspectiva enfermera, así evitara omitir información clave.⁴²

DIAGNOSTICO:

Es un proceso cuyo resultado es formular o hacer un diagnóstico de Enfermería. En esta fase la enfermera, reúne y analiza los datos y pregunta: ¿Cuáles son los problemas de salud reales o potenciales del paciente que exigen la ayuda de la enfermera? al responder estas preguntas se obtienen los diagnósticos enfermeros.⁴³

Los diagnósticos enfermeros se utilizan por primera vez en la década de los años 50: Surge la NANDA que organiza, clasifica y valida los diagnósticos de enfermería.

DIRECTRICES PARA LA REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

Identificar el problema causado por el tratamiento, estudio o enfermedad.

Usar “relacionado con” en lugar de “debido a” o “causado por”

Redactar los diagnósticos sin juicios de valor

Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico.

Los dos enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo

Expresar el factor relacionado en términos que se pueda modificar

No incluir diagnósticos médicos.

Respaldar con evidencias la elaboración de un diagnostico.

Mantenga la mente abierta.

No omita problemas o ponga una etiqueta errónea.⁴⁴

42.- Kozier B. Ídem. pp. 296-302.

43. - Iyer P. Op.cit,pp.93-96.

44.-Luis M. Diagnósticos Enfermeros. edit. Harcuort Brace 3a. Edic. pp.4-5

Estar familiarizado con los diagnósticos.

No basarse en la intuición para identificar problemas.

Conozca sus cualidades y limitaciones.
Evite utilizar juicios de valor en su redacción.⁴⁵

ERRORES MÁS COMUNES EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO:

Recolección incompleta o incorrecta de datos por:

Problemas de comunicación.

Ocultamiento de datos.

Distracciones.

Interpretación errónea de los datos por:

Deducciones prematuras.

Prejuicios personales.

Falta de conocimiento clínico o de experiencia:

Novicio, principiante iniciado, competente, diestro, experto.⁴⁶

45.-Luis M. Idem.pp.4-5

46. - Iyer P. Op.Cit.pp.105, 106.

TIPOS Y COMPONENTES DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Diagnóstico de enfermería: juicio clínico acerca del estado, necesidades, salud del paciente.

Diagnóstico real: juicio sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería, se basa en signos y síntomas. En el caso de los diagnósticos de enfermería reales, las características definitorias son los signos y síntomas del paciente. Para los diagnósticos de enfermería de riesgo, las características definitorias son las mismas que la etiología. Los factores de riesgo que determinan que el paciente sea más vulnerable de “lo normal” al problema.

Formulación de diagnósticos reales:

Formato PES: problema + relacionado con etiología + manifestado por signos y síntomas.⁴⁰

Diagnóstico de Enfermería potencial o de riesgo: juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida.

Formulación de diagnósticos de riesgo:

Formulación en dos partes:

Problema + Relacionado con + Factores contribuyentes.

Diagnóstico de Enfermería posible: es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud, no están claras o se desconocen los factores causales.

Formulación de diagnósticos posible:

Formulación en dos partes: posible problema+ Relacionado con Posibles factores contribuyentes.

Diagnóstico de salud: se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un mejor nivel de salud.

Formulación de diagnósticos de salud: Etiqueta diagnóstica.⁴⁷

47.-Luis M. Op.Cit. pp.5-10

COMPONENTES DEL DIAGNOSTICO:

- 1.- Enunciado del problema (etiqueta diagnostica) calificadores (o definiciones – deterioro, disminución, inefectivo, agudo, crónico.)
- 2.- Etiología (factores relacionados y factores de riesgo).

3.- Características definitorias: son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta.

CLASIFICACION SEGÚN LA NANDA:

En 1973 se realizó la primera conferencia nacional para la clasificación de los diagnósticos enfermeros en la que participaron enfermeras de todas las regiones de Estados Unidos y se formó en National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis, que desde entonces se encargaba de clasificar los diagnósticos enfermeros y que desaparece en 1982 dando lugar a la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que actualmente desarrolla y perfecciona los diagnósticos enfermeros que forman la taxonomía diagnóstica propia.

CLASIFICACIÓN

Diagnósticos de intercambio: patrón que consiste en dar y recibir a la vez.

Diagnósticos de comunicación: patrón que consiste en el envío de mensajes.

Diagnósticos de relación: patrón que consiste en el establecimiento de vínculos.

Diagnósticos de valoración: patrón que consiste en la asignación de un valor relativo.

Diagnóstico elección: patrón que consiste en la selección de alternativas.

Diagnóstico de movimiento; patrón que implica actividad.

Diagnóstico de percepción: patrón que consiste en la recepción de información.

Diagnóstico de conocimiento: patrón que implica el significado asociado a la información.

Diagnóstico de sentimientos: patrón que consiste en el conocimiento subjetivo de la información.⁴⁸

48.-Luis M. Op.Cit.pp.5-10

PLANEACIÓN:

La planeación es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería en la que se toman decisiones.⁴⁹

TIPOS DE PLANEACIÓN:

- A) Planeación inicial: la planificación se inicia tan pronto como sea posible tras la valoración inicial. En general el profesional de enfermería que realiza la valoración de ingreso es el que desarrolla el plan de cuidados integral inicial.
- B) Planeación continúa: este tipo de planificación corre a cargo de todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente. A medida que se van obteniendo datos nuevos y evaluando las respuestas del paciente se puede individualizar aun más el plan de cuidados. La planificación continuada también tiene lugar al principio del turno cuando la enfermera planifica los cuidados que administrara en ese día.
- C) Planeación de alta: es el proceso de proveer y planificar las actividades tras el alta, comienza con el primer contacto con el paciente e implica una valoración completa y continuada para obtener información sobre las necesidades continuadas del paciente ⁵⁰

EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN COMPRENDE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

1.- **Establecer prioridades.** Se elige un método para establecer prioridades (método de necesidades). Estudiar los diagnósticos de enfermería y determinar los inusuales y complejos para desarrollarlos, determinando cual es primero en necesitar más atención.

Tipos de prioridad:

Alta. Dimensiones psicológicas y fisiológicas

Intermedia. Necesidades que no amenazan la vida

Baja. Necesidades que pueden afectar su futuro bienestar.⁵¹

49. - Phaneuf M. Op.Cit. pp 28

50. - Kozier B. Op.Cit. pp.324-325.

51. - Phaneuf M. Op.Cit. pp. 2-5.

2.- **Establecer los objetivos del paciente-criterios de resultado:** Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseado. Los objetivos pueden ser a corto o a largo plazo, dependiendo del tiempo en el que se deseen alcanzar.

Componentes de los objetivos:

Sujeto: el sujeto, un sustantivo, es el paciente, cualquier parte del paciente o algún atributo del mismo.

Verbo: el verbo denota una acción que el paciente debe realizar.

Condiciones o puntualizaciones: explicar el que, el donde, el cuando o el como, estas son para explicar las circunstancias en las cuales debe producirse la conducta del paciente.

Criterio de resultado esperado: indica el estándar por el que se evalúa un rendimiento o el nivel al cual el paciente llevara acabo la conducta especificada. Estos criterios pueden concretar el tiempo, rapidez, precisión, distancia y calidad.

3.- Seleccionar las estrategias de enfermería.

4.- Desarrollar planes de cuidados de enfermería.⁵²

CLASIFICACION NIC:

La clasificación de las intervenciones de enfermera (NIC) es una lengua comprensiva, estandarizada que describe los tratamientos que las enfermeras realizan en todas las especialidades. Las intervenciones del NIC incluyen el fisiológico y el sicosocial. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad, y la promoción de la salud. Las intervenciones que van dirigidas a los individuos o para las familias. Intervenciones indirectas del cuidado y algunas intervenciones para las comunidades, entre muchas otras.

Cada intervención del NIC tiene un número único que pueda facilitar la automatización. Las intervenciones del NIC se han ligado al desarrollo del trabajo de la enfermera de NANDA y a los problemas de sistema de Omaha y están en curso de ser ligado a resultados pacientes de la clasificación de los resultados del oficio de enfermera (NOC). Hay una forma y un sistema de la revisión para someter las sugerencias para las nuevas o modificadas intervenciones.⁵³

52.- Alfaro R. Op. Cit. pp. 124-137.

53.-Mc.Closkey J. Clasificación de las intervenciones de Enfermería (NIC).Edit. Elsevier. 4a. Edic. pp. 3-9

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es útil para la documentación clínica, comunicación de cuidados, cuantificación de la productividad y evaluación de la competencia. Incluye intervenciones tanto independientes como en colaboración y cuidados tanto indirectos como directos. Una intervención se define como “cualquier tratamiento basado en el criterio y en el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para obtener resultados sobre el paciente”. Existen 514 a la fecha (4ª. Edición) intervenciones,

cada una de ellas tiene un código único y está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y lecturas de referencia.

La clasificación de intervenciones de enfermería NIC es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería.

Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados, la integración de datos entre sistemas y situaciones, investigación eficaz y la cuantificación de la productividad.

Esta clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes. Las intervenciones son tanto independientes como en colaboración y cuidados directos e indirectos.

Una intervención se define como cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente.

Las intervenciones NIC incluyen tanto la esfera fisiológica como psicosocial. La mayoría de las intervenciones son para su utilización en individuos, pero muchas de estas suelen ser utilizadas en familias.

Cada intervención que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y lecturas de referencia.⁵⁴

54. - Mc. Closkey J. Idem. pp. 3-9

La importancia que tiene la clasificación de intervenciones (NIC) son que:

- Es completa.
- Es basada en la investigación.
- Desarrollo inductivo basado en la práctica existente.
- Refleja la práctica e investigación clínicas actuales.

- Tiene una estructura organizativa de uso sencillo (campos, clases, intervenciones, actividades).
- Lenguaje claro y con significado clínico.
- Establece un proceso y una estructura de mejora continua.
- Esta probada en el campo
- Es accesible a través del creciente número de publicaciones.
- Esta relacionada con los diagnósticos de la NANDA, los resultados (NOC), los RAP (cuidados a largo plazo) y OASIS (asistencia sanitaria domiciliaria).
- Tiene reconocimiento nacional e internacional.
- Esta traducida a varios idiomas.⁵⁵

EJECUCIÓN:

Es la puesta en marcha del plan y sugiere pasos para fijar prioridades al inicio del trabajo diario y respuestas en base a preguntarse ¿como y cuando es apropiado, delegar los cuidados en otros? Y valorar una y otra vez el plan mientras es ejecutado.⁵⁶

55. - Mc. Closkey J. Op.Cit. pp. 3-9.

56.- Alfaro R. Op Cit. pp. 174-178.

PASOS:

Prepararse para dar y recibir un informe.

Establecer prioridades diarias.

Valorar y revalorar.

Realizar las intervenciones e introducir los cambios necesarios.

Hacer anotaciones.

Dar el informe del cambio de turno.⁵⁷

SISTEMA DE PRESTACIÓN DE CUIDADOS:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

Tipos de Intervenciones de Enfermería:

Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.

Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Características de las Intervenciones de Enfermería:

Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.⁵⁸

57. - Alfaro R. Op.Cit. pp. 174-178.

58. - Iyer P. Op Cit. pp.186, 187.

Características de las Intervenciones de Enfermería:

Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.

Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.

Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.

Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.

Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.

Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.⁵⁹

EVALUACIÓN:

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 (Christensen).⁶⁰

PASOS:

Determinar la eficacia

Hacer modificaciones.

Realizar nuevamente, valoración Diagnóstico, Planeación Ejecución y evaluación.

Solución de la problemática de la salud del usuario, familia y comunidad.⁶¹

59. - Iyer P. Opcit. pp.186, 187.

60. - Christensen P. Op. Cit. pp.12.

61. - Alfaro R. Op.Cit. pp. 174-178.

ESTRUCTURA PROCESO Y RESULTADOS:

La evaluación puede conceptualizarse en 3 formas: estructura, proceso y resultado. El proceso y el resultado pueden ser subdivididos en 2 categorías:

- a) Concurrente (presente).
- b) Retrospectiva (pasada).

ESTRUCTURA:

Este enfoque de evaluación de la estructura se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización de la institución.

PROCESO:

La evaluación del proceso se centra en las actividades de enfermería, estas actividades pueden juzgarse observando el rendimiento, preguntando a los pacientes o revisando las notas de enfermería en las hojas de evolución.

Esta forma de evaluación se basa en el hecho de que los procedimientos sean realizados con propiedad.

La evaluación concurrente del proceso examina el rendimiento de la enfermería en el momento en que se realiza.

La evaluación retrospectiva del proceso es implementada después de que el paciente ha sido de alta y las acciones de enfermería son evaluadas después de este hecho.

La revisión de las graficas a las auditorias muestra cuales procedimientos especificos se implementaron, como la historia de admisión en enfermería, el registro de la ingestión y excreción, los movimientos de deambulacion del paciente según se ordenaron.

RESULTADO:

La evaluación del resultado se centra en los cambios en la 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.⁶²

62.-Christensen P.Opcit. pp.195-205.

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.

Puede examinarse la grafica para buscar la documentación del progreso del paciente, su conocimiento y sus destrezas. Los resultados del paciente pueden encontrarse en la hoja de evolución o grafica de temperatura o líquidos ingeridos.

La evaluación retrospectiva del resultado examina la grafica después de haber dado de alta al paciente, se investiga la evidencia del progreso del paciente que resulta de las intervenciones de enfermería.

La evaluación del resultado es la mas difícil de redactar, y es la forma menos desarrollada, en la profesión de enfermería, pero la mas significativa para juzgar la eficacia de las intervenciones de la enfermera.⁶³

CLASIFICACIÓN NOC:

El uso de los resultados de los pacientes para evaluar la calidad de los cuidados enfermeros empezó a mediados de la década de 1960 en donde se utilizaron los cambios en las características físicas y de conducta de los enfermeros para evaluar la efectividad de los sistemas de administración de cuidados enfermeros. Desde entonces se han desarrollado medidas adicionales de resultados y ensayo en enfermería, también se han utilizado resultados de pacientes para evaluar la calidad de los cuidados enfermeros.

La clasificación NOC contiene resultados de los individuos, cuidadores familiares, familia y sociedad que puedan utilizarse en todas las situaciones y especialidades clínicas aunque no existan todos los resultados todavía, los ya existentes son útiles para tener una perspectiva global de la practica de enfermería y nos pueden proporcionar los elementos necesarios para formar un conjunto mínimo o básico de datos de enfermería.

Las características de esta clasificación son: que esta basado en la práctica clínica y en la investigación, utiliza un lenguaje claro y clínicamente útil, es fácil de utilizar en estructuras que se están organizando los resultados pueden ser compartidos por todas las disciplinas, optimiza la información para la evaluación de efectividad.⁶⁴

63.-Christensen P.Op.Cit. pp.195-205.

64.- Moorhead S. Clasificación de los resultados de enfermería. (NOC) 3a. Edic. Edit. Mosby .pp. 20-28.

Esta relacionada con lenguajes enfermeros, esta incluida en la taxonomía NNN, esta desarrollada como compañera de la NIC.

La traducción de la sigla 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." (Johnson y Maas, 2000). Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos demasiado los períodos del cuidado. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud psicológica, salud sicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento,

percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad la estructura de la taxonomía de la NOC tiene 5 niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) permite documentar y evaluar los efectos de las intervenciones enfermeras. Un resultado es “un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medido a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones”. Existen 330 resultados, cada uno de ellos incluye un nombre de identificación (etiqueta), una definición y un grupo de indicadores que describen el estado específico del paciente, cuidador familiar o sociedad en relación con el resultado, una escala de medida de tipo Likert de cinco puntos y una selección de citas bibliográficas utilizadas en la descripción de los resultados.

Todos los elementos de la taxonomía están codificados, incluyendo las escalas de medición. Cada resultado tiene un código único de 4 dígitos, los indicadores se codifican añadiendo dos dígitos más al código de su respectivo resultado (del 01 al 99) y las escalas se codifican con letras.

IMPORTANCIA CLASIFICACIÓN NOC

- Exhaustividad, incluye resultados de individuos, cuidadores, familia, sociedad en todas las situaciones y especialidades clínicas.
- Investigación en 10 centros clínicos
- Desarrollo inductivo y deductivo⁶⁵

65.- Moorhead S. Ídem. pp. 20-28.

- Basado en la práctica clínica
- Lenguaje claro y clínicamente útil
- Puede ser utilizado por otras disciplinas
- Permite evaluar la efectividad en cualquier momento y de forma continuada
- Evaluado en hospitales de agudos, crónicos, asistencia domiciliaria, etc.
- Relacionado con NANDA Y NIC.

Cada resultado NOC contiene:

- Una etiqueta.
- Una definición.

- Un destinatario de los cuidados.
- Fuente de datos.
- Puntuación diana del resultado: Mantener a...Aumentar a...
- Una lista de indicadores.
- Una escala de Likert de 5 puntos para medir el estado del paciente.
- Referencias bibliográficas.⁶⁶

66. - Moorhead S.Op.Cit. pp. 20-28.

1.4 ÉTICA EN ENFERMERÍA

El ejercicio profesional de enfermería implica incluir la responsabilidad tanto ética como legal para guiar las acciones encaminadas a la atención del paciente, familia o comunidad. La responsabilidad ética nos obliga a responder de los propios actos desde la conciencia personal. La responsabilidad legal hace referencia a cumplimiento de la norma legal establecida. La legislación hace referencia a la responsabilidad social. La ética hace referencia a la responsabilidad individual. La enfermera adquiere un compromiso personal y profesional en el acto de cuidar, esto supone el reconocimiento de la importancia en el individuo como tal y el profundo respeto por el otro.

PRINCIPIOS DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS

La profesión de enfermería exige una particular competencia y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que

surgen en la relación con el ejercicio de la profesión. Cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos.

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: la justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos u biológicos, si no a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.⁶⁷

Autonomía: significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

Consentimiento informado: aceptación de una intervención médica por un paciente, en forma libre, voluntaria y consiente, después que el médico le haya informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles con sus respectivos riesgos y beneficios.⁶⁸

67.- Comisión Interinstitucional de Enfermería Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México (2001) pp. 11,12.

68.-Disponible en:<http://www.monografias.com/trabajos61/implicaciones-eticas-cuidados-enfermeria/implicaciones-eticas-cuidados-enfermeria3.shtml>.

Dentro de los derechos que tienen los pacientes y que las enfermeras deben respetar, mantener y fomentar, encontramos el derecho a la información veraz y que actualmente se denomina consentimiento informado. La información es un proceso de comunicación en el que la enfermera participa activamente.

Uno de los principios fundamentales del código de ética de enfermería es el de autonomía el cual menciona que es indispensable respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones, respetarlas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente esta consiente, que comprende la información y esta debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen.

Por medio del consentimiento informado se protege la autonomía de la persona, y es esencial en los cuidados de enfermería.⁶⁹

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 esta 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.

Al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

- Que la acción y el fin del agente sea bueno.
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.⁷⁰

69.-Disponible en:<http://www.monografias.com/trabajos61/implicaciones-eticas-cuidados-enfermeria/implicaciones-eticas-cuidados-enfermeria3.shtml>.

70.- Comisión Interinstitucional de Enfermería Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México (2001) pp. 11,12.

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 está enfrentando en el momento que ha perdido su salud; la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas. Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionarlos cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica.⁷¹

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO.

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería la 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 riesgos.
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.⁷²

72.-Comisión Interinstitucional de Enfermería Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México (2001) p.19.

1.5 LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA COMO FACTOR DE DEPENDENCIA.

Definición: la Leucemia aguda linfoblástica (LLA) es una enfermedad neoplásica caracterizada por la proliferación incontrolada de células linfoides inmaduras.

La leucemia fue primeramente reconocida como entidad desde 1847 por Bennett y Virchow quien es que hace notar que las células que tomaban parte de ese proceso patológico eran leucocitos y no piocitos por lo que propuso el nombre de leucemia y mas tarde señalo un tipo de leucemia en el cual había linfadenopatía predominante. La leucemia en su curso agudo fue primeramente señalada por Friederich en 1857 y mas tarde por Ebstein en 1889, los cuales dieron una descripción clínica de esta forma de la enfermedad con los síntomas sobresalientes.

La leucemia representa una proliferación incontrolada de elementos hematopoyéticos con invasión habitual de la corriente sanguínea y producción temprana o tardía de metástasis. Histogénicamente el proceso aparece como una deficiencia en la maduración de las células blancas de la sangre y fisiológicamente parece obvio que las células inmaduras no llenan en forma adecuada las funciones de las células maduras. Histológicamente las células leucémicas reemplazan al tejido leucopoyético y desalojan en parte a los otros elementos., de

esta forma, los efectos fisiopatológicos de la sobreproducción de las células leucémicas básicamente traducen el resultado del desplazamiento de los elementos sanguíneos normales y se manifiestan de manera fundamental por eritropenia, trombositopenia y agranulocitosis.

La (LLA) es la neoplasia mas frecuente en niños, y constituye el 80% de las Leucemias agudas en los pacientes menores de 15 años, con un pico de mayor incidencia entre los 3 y los 5 años de edad. Es mas frecuente en los varones.⁷³

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez se atienden entre 250 y 300 casos nuevos de cáncer en niños por año.

La Etiopatogenia es desconocida, las causas que pueden contribuir a dicha transformación incluyen factores genéticos, ambientales y víricos.

CLASIFICACION:

Las (LLA) pueden ser clasificadas siguiendo criterios morfológicos e inmunológicos.⁷⁴

73.-Salas M. M. Las Neoplasias en los Niños. Edic. Médicas HIMFG 1968. pp.387-389.

74.-Sierra S. L. Oncología pediátrica Edit. Interamericana. 1992 pp.252.

Clasificación citomorfológica: la clasificación FAB (franco americana- británica) reconoce 3 tipos morfológicos: L1, L2 Y L3¹. El L1 el tamaño celular es pequeño, la forma del nucléolo es regular, los nucléolos están ausentes o apenas son apreciables y el consiente núcleo: citoplasma es elevado.

El L2 la población celular es más heterogénea, la morfología celular es más irregular, con cierta frecuencia hay macroblastos muy pleomórficos con citoplasma abundante y nucléolos prominentes. En el L3 las células son morfológicamente idénticas a las del linfoma de Burkitt: grandes, homogéneas, con el núcleo redondo u oval y cromatina finalmente dispersa.

La distribución de estos subtipos es la siguiente: entre el 80y el 85% de las (LLA) corresponden al L1, el 12 y 15% al L2 y menos del 3% por 100 al L3.

Marcadores citoquímicos y enzimáticos:

Algunas reacciones citoquímicas y enzimáticas ayudan a la diferenciación entre (LLA) y (LAM) y entre los subtipos de (LLA). Así como en las (LLA) la reacción de peroxidasa es siempre negativa y la esterasa no específica es escasamente reactiva. En la mayor parte de las (LLA) de tipo T, las células muestran una intensa actividad de fosfatasa acida. La TdT (doexinucleotidil-transferasa-terminal) es un buen marcador de las (LLA).

Clasificación en fenotipos inmunológicos:

La clasificación en inmunofenotipos se basa en que los linfoblastos leucémicos expresan antígenos correspondientes a células linfocitarias B o T en distintas fases de desarrollo. Aproximadamente el 80% de las (LLA) son estirpe celular B y se identifican por la positividad a los anticuerpos monoclonales CD19, CD10 Y CD 20.

El 15-20 % de las (LLA) son de estirpe celular T y expresan antígenos propios de estas células, detectables por distintos anticuerpos monoclonales: CD2, CD5, CD7 y CD8.

Las células malignas pueden expresar marcadores de ambos tipos.

Las leucemias híbridas pueden ser bifenotípicas (células con 2 fenotipos) o bilineales (coexistencia de 2 líneas celulares neoplásicas diferenciadas).

Las leucemias agudas indiferenciadas se pueden encontrar marcadores de células T o B.⁷⁵

75.-Sierra S. L. Idem. pp.253-254.

Manifestaciones clínicas iniciales:

Son muy diversas. En el momento del diagnóstico el paciente puede ser prácticamente asintomático o por el contrario la enfermedad se inicia de una forma aguda con fiebre elevada y hemorragia o masas tumorales. Lo habitual es que se manifieste de forma subaguda en el curso de varios días o semanas, siendo los signos y síntomas más frecuentes; cansancio, malestar, anorexia, fiebre o infecciones de curso prolongado, dolor en extremidades o articulaciones, purpura y dolor abdominal. En la exploración física los hallazgos más frecuentes son palidez, hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatías y purpura. Antes de llegarse al diagnóstico, parte de los pacientes han sido diagnosticados de diversas enfermedades infecciosas, reumáticas o de anemia.

La presencia de tumoración mediastínica es característica de las (LLA) de células T, y la infiltración de la piel lo es las leucemias del recién nacido.

Datos hematológicos iniciales:

- Anemia en el 90 % de los casos.
- Trombocitopenia severa o moderada en el 80 % de los casos.
- Cifras de leucocitos variables: bajas, normales o moderadamente altas (hasta $20 \times 10^9/l$) en 2 tercios de los casos, y más elevadas en los

restantes, muy elevadas la mayor parte de los leucocitos son células leucémicas.

Entre los hallazgos biológicos frecuentes destacan la elevación de la láctico deshidrogenasa y la hiperuricemia.⁷⁶

DIAGNOSTICO:

Una historia clínica cuidadosa, la exploración física, el examen de la sangre periférica y fundamentalmente, el del aspirado medular, proporcionan el diagnóstico de (LLA) en el 90 % de los casos. las extensiones del aspirado medular muestran una celularidad elevada, con sustitución casi total de la celularidad normal por células blásticas con las características morfológicas descritas anteriormente. El estudio del fenotipo inmunológico permite confirmar el diagnóstico de (LLA) cuando los exámenes morfológicos y la cito química no son concluyentes.⁷⁷

76.- Sierra S. L. Op.Cit. pp.254-256.

77.- Goffrey R.W. Oncología clínica. Edit. Manual moderno 1997. pp. 352-353

Diagnóstico diferencial: se puede establecer el diagnóstico diferencial con enfermedades como la artritis reumatoide juvenil, la purpura trombocitopenia idiopática. La mononucleosis infecciosa y otras infecciones virales. El neuroblástoma puede producir una infiltración masiva de la medula y ocasionalmente, crea problemas diagnósticos. Algunos casos de (LLA) pueden presentarse en forma de pancitopenia y aplasia medular transitoria. Tanto en estos casos como cuando se halla una necrosis medular, esta indicada la biopsia medular para aclarar el diagnóstico.

La distinción entre (LLA) y linfoma no Hodgkin con infiltración medular es arbitraria; se ha convenido en considerar (LLA) si se detectan células blásticas en la sangre periférica o hay una proporción de blastos en la medula ósea superior al 25%.⁷⁸

EXPLORACIONES PREVIAS AL TRATAMIENTO DE (LLA):

Exámenes hematológicos.

Exámenes bioquímicos

Estudio de marcadores enzimáticos e inmunológicos.

Estudio citogenético.

Examen del LCR.

Exploración por imágenes.

Examen de fondo de ojo.

Exámenes microbiológicos y serológicos.

Factores pronósticos:

En primer lugar la diferencia del pronóstico en relación con la edad de 2 a 10 años es el mejor pronóstico y de 1 a 2 años y 10 a 30 años, en último lugar con una probabilidad larga de supervivencia inferior al 20 %, quedan los menores de 1 año.

- Junto a la edad, el factor mas importante de pronostico es la cifra inicial de leucocitos, se suelen tomar como criterio de alto riesgo las cifras por encima de $50 \times 10^9 / l$ en niños.
- La infiltración inicial del SNC constituye un factor pronóstico desfavorable.⁷⁹

78.- Goffrey R. Idem. pp. 352-353

79.- Sierra S. L. Op. Cit. pp.258-259.

- El fenotipo inmunológico, el análisis de amplias series en niños ha permitido la siguiente escala, de mejor a peor pronostico, en relación con el inmunofenotipo: B-común (CD10), B inmaduro CALLA-, pre B, T nulo y B.
- Los hallazgos citogenéticos proporcionan una información adicional. Las hiperdiploidías de más de 50 cromosomas tienen un significado favorable si no van acompañadas de traslocaciones, las hipoploidías señalan un mayor riesgo de recidivas. Algunas traslocaciones se han asociado con pronósticos más desfavorables, incluyendo t (9:22), t (8; 14), t (8; 22) t (4; 11) y t (1; 19).
- El subtipo morfológico.
- El sexo es otro factor de pronóstico. Los varones padecen mayor número de recidivas. Esta diferencia se explica, al menos parcialmente, por el riesgo de recidiva testicular.
- Un factor pronóstico importante es la rapidez de la respuesta al tratamiento de inducción. Los pacientes que a los 14 días de iniciado el tratamiento no presentan blástos en la sangre periférica y presentan menos de un 5 % en la medula ósea evolucionan mucho mejor que aquellos, en los que hay una persistencia de blástos, aunque estos alcancen la remisión a las 4 o 5 semanas de tratamiento. Aquellos pacientes con más de un 25 % de blástos en el aspirado medular después de 14 días de tratamiento deben ser considerados como de muy alto riesgo.

TRATAMIENTO:

El tratamiento comprende tres fases: una de inducción de la remisión o de citorreducción rápida, otra de profilaxis de las recidivas en el sistema nervioso central y, finalmente una fase de quimioterapia de continuación o mantenimiento., esta ultima tiene por objeto eliminar las células leucémicas residuales en fase Go que vayan entrando en el ciclo celular. A ella se añade al menos en los grupos de alto riesgo, un tratamiento de consolidación precoz.

De acuerdo a los grupos de riesgo se utilizan diferentes tratamientos. Los grupos de riesgo se clasifican de acuerdo a la edad, el número de leucocitos, infiltración del sistema nervioso, fenotipo inmunológico y las anomalías cromosómicas.⁸⁰

80.- Sierra S.Op.Cit. pp.258-259.

Tratamiento de Inducción:

Este pretende obtener en un plazo relativamente corto, de cuatro a cinco semanas una situación de remisión completa. Esta fase del tratamiento es aplicada para los distintos grupos de riesgo, e incluye la administración de 4 citostáticos (prednisona, o prednisolona, vincristina, asparraginas y daucorrubicina) a lo largo de 4 semanas. Puede añadirse ciclofosfamida, incluyen en esta fase una o dos dosis de quimioterapia por vía intratecal para el tratamiento sobre el SNC.

Tratamiento sobre el sistema nervioso central:

El tratamiento convencional ha venido siendo la combinación de irradiación holocraneal entre 18 y 24 Gy. Y 5 o 6 dosis intratecales de metotrexato, administrados inmediatamente después de alcanzar la remisión. Con este tratamiento se ha logrado disminuir las recidivas SNC. De 40 a 50 % hasta menos del 10 %.

Se ha comprobado que la administración intratecal de al menos de metotrexato combinado con arabinósido de citosina, con la adición de hidrocortisona tiene un efecto similar a la del tratamiento con irradiación. La tendencia actual es la de no utilizar la irradiación craneal salvo en los pacientes de alto riesgo.

Tratamiento de consolidación e intensificación:

En los pacientes de bajo riesgo inician la quimioterapia de continuación mantenimiento una vez terminado las dos fases anteriores. En los pacientes de

alto riesgo se considera un tratamiento de refuerzo o consolidación que puede ser similar al de inducción o introducir nuevos fármacos

Tratamiento de continuación o mantenimiento:

Es aplicado en todos los grupos de riesgo y consiste generalmente en la administración de mercaptopurina en dosis diarias y metotrexato en dosis semanales durante 18 y 24 semanas.

Duración del tratamiento:

Con los actuales protocolos de quimioterapia, no parece necesario prolongar la quimioterapia de mantenimiento más allá de los 2 años. La duración total del tratamiento oscila entre los 2 y 3 años.⁸¹

81.- Goffrey R.W. Op. Cit. pp. 354-355.

Resultados: con los tratamientos actuales entre el 65 y 70 % de los niños alcanzan una larga supervivencia sin recidivas, que en la mayoría de los casos es equivalente a la curación definitiva de la enfermedad. Aproximadamente el 10 % de los pacientes recaen durante el año siguiente a la suspensión del tratamiento, entre el 3 y 5 % recaen el curso del segundo año. Posteriormente la tasa anual de recidivas es inferior a 2 %. Transcurridos 4 años desde la suspensión de la quimioterapia, la presentación de recidivas es excepcional.

Tratamiento de los pacientes con recidivas:

Recidivas precoces: es considerada recidiva precoz, medular o extra medular cuando el paciente se halla en tratamiento o durante los 6 meses siguientes y es de pronóstico desfavorable y los pacientes pueden fallecer en estos casos se debe optar por un trasplante de medula ósea alogénico una vez obtenida una segunda revisión si se halla un donante compatible.

Recidivas tardías: se considera recidiva tardía cuando aparece después de 6 meses de haber suspendido el tratamiento y las probabilidades de recuperación son mayores, el tratamiento puede ser la administración de quimioterapia intensiva en bloques o el trasplante de medula ósea alogénico.⁸²

Trasplante de medula ósea:

Un trasplante de médula ósea es una terapia especial para pacientes que tienen cáncer u otras enfermedades que afectan la médula ósea. Un trasplante de médula ósea consiste en tomar células que normalmente se encuentran en la médula ósea (células madre), filtrarlas y devolvérselas al paciente o a otra

persona. El objetivo del BMT es la transfusión de células sanas de la médula ósea a una persona después haber eliminado su propia médula ósea enferma.

Se considera trasplante de medula ósea para pacientes que tiene enfermedad con un alto riesgo de recaídas o que es resistente a la terapéutica estándar. En la LMA, los candidatos son jóvenes en la primera remisión, o después. En LLA, son candidatos los niños en la segunda remisión, o después.⁸³

82.- Sierra S. L. Op. Cit. pp. 262-267.

83.- Disponible en:http://www.healthsystem.virginia.edu/UVHealth/peds_hematology_sp/bonetran.cfm

PRONÓSTICO:

Con los tratamientos actuales de quimioterapia con múltiples fármacos y profilaxis de las recidivas en el SNC, en el 95% de los pacientes de menos de 15 años se obtiene remisión, con la desaparición de las manifestaciones clínicas y biológicas; de ellos, entre el 60 y el 70 % se mantienen durante más de 5 años en esta situación.⁸⁴

II. METODOLOGÍA

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de escolar masculino de 9 años 8 meses de edad aparente menor a la cronológica , que proviene de una familia nuclear, con padre de 46 años, madre de 41 años, hermano de 25 años y otro hermano de 21 años, las relaciones afectivas entre la familia son fuertes. Habitan en casa prestada con todos los servicios intradomiciliarios, construida de concreto con techo de lamina, esta formada de 2 recamaras, cocina, sala y baño .

Los ingresos económicos a la familia son de aproximadamente \$2400. Pesos quincenales que son aportados por el papá.

El paciente es producto de gesta III obtenido por parto normal, que lloro y respiro al nacer, sin complicaciones, peso de 3320 Kg. y midió 52 cms.

Fija la mirada a los 2 meses siguió los objetos a los 3 meses, se sentó con ayuda los 4 meses, se sentó solo a los 6 meses, se paro a los 10 meses y camino al año.

Es conocido en el hospital Infantil de México Federico Gómez desde el 1° de abril de 2004, cuando acude al ser referido del Hospital General de Valle Ceylán, con biometría hemática que reportaba anemia, el paciente presentaba palidez, dolor de articulaciones y petequias, se ingresa al servicio de urgencias para su estudio, se realizaron estudios de laboratorio, un aspirado de médula ósea y una punción lumbar.

Se diagnostica Leucemia linfoblástica aguda de riesgo habitual, e inicia quimioterapia a sistema nervioso (1 intratecal).

Inicia quimioterapia el 3 de abril de 2004 con L-asparaginasa, vincristina, daunorrubicina y dexametasona vía oral.

Se coloca catéter central el 12 de agosto de 2005 y permanece en quimioterapia por 2 años y 6 meses, sin complicaciones.

Permanece 1 año y 4 meses en vigilancia y presenta recaída a médula ósea el 26 de febrero de 2008, con blástos en sangre y neumonía que requirió internamiento hasta su resolución.

Inicia quimioterapia en marzo del 2008 con vincristina, ciclofosfamida, L-asparaginasa, y dexametasona vía oral. Se le coloca nuevamente catéter central el 27 de marzo del 2008.

Se realiza biopsia hepática el 29 de Septiembre de 2008, por medio de la cual se diagnostica hepatitis crónica grado I por medicamentos, que es manejado con dieta de 1500Kcal. Y reducción de la dosis de quimioterapia al 50%.

El paciente es abordado para realizar el presente estudio de caso en el área de quimioterapia ambulatoria en Octubre del 2008.

El último seguimiento realizado el 10 de noviembre de 2008 el paciente se encuentra en la fase de mantenimiento – reinducción II del tratamiento. Con vincristina, ciclofosfamida, daunorrubicina con dosis al 50%.

Exámenes de laboratorio 29 de octubre del 2008

Pruebas de funcionamiento hepático:

Bilirrubina total 0.20mg/dl.
Bilirrubina directa 0.29mg/dl.
Bilirrubina indirecta 0.91mg/dl.

Química sanguínea:

Fosfatasa alcalina 214v/c
Nitrógeno ureico 7.0mg/dl.
Calcio 9.14mg/dl.
Colesterol 192.0 mg/dl.
Creatinina-suero 0.30 mg/dl.

Electrolitos:

Sodio 14/mmoi/l.
Potasio 4-5 mol/l.
Cloro 102mmoi/l.
Glucosa 84 mg /l.

Biometría Hemática:

Hb= 13.2. Neutrofilos= 56.
Httco=37.2. Linfocitos= 22.
Leucocitos= 3600. Eosinofilos=3.00.
Bandas= 9. Basofilos=1.00.
Monocitos= 9.

Laboratorio:

Hepatitis B – Virus e Abs (-).
Virus e Ag (-).

Signos Vitales:

Somatometria:

FC= 92 X 1.

FR= 22 X 1.

T/A= 90/60.

Temp.36.5°c.

Peso= 33Kgs.

Talla= 1.28Cms.

Se mantendrá en vigilancia la evolución de la lesión del hígado durante los próximos 5 meses.

II. METODOLOGÍA

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de escolar masculino de 9 años 8 meses de edad aparente menor a la cronológica , que proviene de una familia nuclear, con padre de 46 años, madre de 41 años, hermano de 25 años y otro hermano de 21 años, las relaciones afectivas entre la familia son fuertes. Habitan en casa prestada con todos los servicios intradomiciliarios, construida de concreto con techo de lamina, esta formada de 2 recamaras, cocina, sala y baño .

Los ingresos económicos a la familia son de aproximadamente \$2400. Pesos quincenales que son aportados por el papá.

El paciente es producto de gesta III obtenido por parto normal, que lloro y respiro al nacer, sin complicaciones, peso de 3320 Kg. y midió 52 cms.

Fija la mirada a los 2 meses siguió los objetos a los 3 meses, se sentó con ayuda los 4 meses, se sentó solo a los 6 meses, se paro a los 10 meses y camino al año.

Es conocido en el hospital Infantil de México Federico Gómez desde el 1° de abril de 2004, cuando acude al ser referido del Hospital General de Valle Ceylán, con biometría hemática que reportaba anemia, el paciente presentaba palidez, dolor de articulaciones y petequias, se ingresa al servicio de urgencias para su estudio, se realizaron estudios de laboratorio, un aspirado de médula ósea y una punción lumbar.

Se diagnostica Leucemia linfoblástica aguda de riesgo habitual, e inicia quimioterapia a sistema nervioso (1 intratecal).

Inicia quimioterapia el 3 de abril de 2004 con L-asparaginasa, vincristina, daunorrubicina y dexametasona vía oral.

Se coloca catéter central el 12 de agosto de 2005 y permanece en quimioterapia por 2 años y 6 meses, sin complicaciones.

Permanece 1 año y 4 meses en vigilancia y presenta recaída a médula ósea el 26 de febrero de 2008, con blástos en sangre y neumonía que requirió internamiento hasta su resolución.

Inicia quimioterapia en marzo del 2008 con vincristina, ciclofosfamida, L-asparaginasa, y dexametasona vía oral. Se le coloca nuevamente catéter central el 27 de marzo del 2008.

Se realiza biopsia hepática el 29 de Septiembre de 2008, por medio de la cual se diagnostica hepatitis crónica grado I por medicamentos, que es manejado con dieta de 1500Kcal. Y reducción de la dosis de quimioterapia al 50%.

El paciente es abordado para realizar el presente estudio de caso en el área de quimioterapia ambulatoria en Octubre del 2008.

El último seguimiento realizado el 10 de noviembre de 2008 el paciente se encuentra en la fase de mantenimiento – reinducción II del tratamiento. Con vincristina, ciclofosfamida, daunorrubicina con dosis al 50%.

Exámenes de laboratorio 29 de octubre del 2008

Pruebas de funcionamiento hepático:

Bilirrubina	total	0.20mg/dl.
Bilirrubina	directa	0.29mg/dl.
Bilirrubina	indirecta	0.91mg/dl.

Química sanguínea:

Fosfatasa alcalina	214v/c
Nitrógeno ureico	7.0mg/dl.
Calcio	9.14mg/dl.
Colesterol	192.0 mg/dl.
Creatinina-suero	0.30 mg/dl.

Electrolitos:

Sodio 14/mmoi/l.
Potasio 4-5 mol/l.
Cloro 102mmoi/l.
Glucosa 84 mg /l.

Biometría Hemática:

Hb= 13.2.	Neutrofilos= 56.
Httco=37.2.	Linfocitos= 22.
Leucocitos= 3600.	Eosinofilos=3.00.
Bandas= 9.	Basofilos=1.00.
Monocitos= 9.	

Laboratorio:

Hepatitis B – Virus e Abs (-).
Virus e Ag (-).

Signos Vitales:

FC= 92 X 1.
FR= 22 X 1.
T/A= 90/60.
Temp.36.5°c.

Somatometria:

Peso= 33Kgs.
Talla= 1.28Cms.

Se mantendrá en vigilancia la evolución de la lesión del hígado durante los próximos 5 meses.

ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES:

HÁBITUS EXTERNO:

Paciente escolar masculino de 9 años 8 meses, de edad aparente menor a la cronológica, en posición libremente, escogida íntegro, de constitución media, consciente, orientado en tiempo y espacio, que por momentos coopera con los procedimientos y en otros se mantiene indiferente, con ligera palidez generalizada, con catéter central en tórax anterior izquierdo conectado a quimioterapia, viste ropa limpia traída de casa y su lenguaje es de acuerdo a su edad.

NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN:

Esta necesidad se encuentra en dependencia ya que las defensas secundarias (leucocitos) se encuentran en niveles por abajo de lo normal, porque es un paciente inmunocomprometido y además tiene un catéter central que puede ser una vía de entrada para los microorganismos.

En la exploración física se observa paciente ligeramente pálido con la piel íntegra, de color uniforme, con huellas de multipunciones en las dos manos, zonas oscuras en la región distal de los dedos de ambas manos debido a efecto secundario de quimioterapia. La mamá refiere tiene todas las vacunas.

A la exploración física, la cabeza se encuentra con alopecia, no se observan lesiones, no se palpan masas u otras alteraciones.

Cara: coloración ligeramente pálida, no se observan lesiones o alteraciones.

Ojos: simétricos, no se observan secreciones, lesiones o alteraciones.

Nariz: implantada centralmente, sin secreciones o lesiones no se palpan masas.

Boca: no se observan lesiones, secreciones o alteraciones.

Oídos: con poca cantidad de cerumen, sin secreciones y refiere no dolor, membrana timpánica íntegra.

Cuello: se observa simétrico, no se observan lesiones y no se palpan masas o ganglios inflamados.

Tórax: simétrico, no se observan lesiones y no se palpan masas, a la auscultación ruidos respiratorios normales, no se escuchan secreciones, a la percusión sonido claro pulmonar.

Abdomen: ligeramente globoso, no se observan lesiones, no se palpan alteraciones, auscultación ruidos intestinales presentes, a la percusión intestinos, sonido timpánico, hígado no es claro el sonido, bazo sonido mate.

Miembros superiores e inferiores no se observan lesiones u alteraciones, no se palpan masas.

Al revisar exámenes de laboratorio (BH) los leucocitos se encuentran en niveles bajos.

La biometría hemática reporta: Bandas= 9	Neutrofilos= 56.
Monocitos= 9	Linfocitos= 22.
Leucocitos= 3.600.	Eosinofilos= 3.00
Basofilos= 1.00.	
Plaquetas= 285.000.	

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA:

Esta necesidad se encuentra en dependencia, ya que el paciente recibió quimioterapia con vincristina, la cual le provoca dolor óseo y muscular, lo que hace que su marcha sea lenta y se fatigue rápidamente.

A la exploración física se encuentra escolar con ligera palidez de tegumentos, que adopta una posición libremente escogida.

Cuello: la piel se observa sin alteraciones, ni crecimientos anormales. No se palpan masas, presencia de dolor. A los movimientos de rotación, flexión y extensión no se observo dolor u otra anomalidad.

Hombros: se observan simétricos, a la palpación no se detectan alteraciones. Los movimientos de aducción, abducción y rotación están presentes y no se observa dolor al realizarlos.

Columna: se encuentra centrada, no se observan desviaciones o alguna alteración. No se palpan masas o presencia de dolor.

Miembros superiores: se observan íntegros, piel sin lesiones o edema, bien conformado, no se palpan masas o presencia de dolor. Los movimientos de flexión, extensión, aducción, abducción y rotación se observan normales. Los reflejos bicipital, tricipital están presentes.

La fuerza muscular se encuentra en el número 3 de la escala de valoración, (75% de la fuerza es normal, movimiento normal completo contra la gravedad y contra una resistencia mínima). El tono muscular es normal.

Miembros inferiores: se observan íntegros, piel integra, los movimientos de flexión, extensión, aducción, abducción y rotación se observan normales. El reflejo rotuliano y aquiliano están presentes.

A la marcha no se observan alteraciones, únicamente se fatiga rápidamente, y refiere dolor ligero, no se observan gesticulaciones características.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN:

Esta necesidad actualmente se encuentra en dependencia, ya que la talla para la edad se encuentra en el percentil 25, considerado bajo. La edad aparente es menor a la cronológica. Además de que el paciente no ingiere verduras y pescado los que son importantes para una buena nutrición.

PA= 71 cm.	Peso= 3 Kg.	Glicemia= 84 mg/dl.
PI = 77cm.	Talla = 1.28Cms.	P/E= percentil 75.
PC= 52 cm.		T/E= percentil 25.
PB= 22.5 cm.		

A la exploración física: Escolar con piel ligeramente pálida y pigmentada en los dedos por efecto secundario de la quimioterapia, presenta alopecia por quimioterapia, ojos brillantes y húmedos. No se aprecian lesiones o alteraciones, conjuntivas rosadas, mucosas orales hidratadas, integra sin alteración. Labios hidratados, sin lesiones, cavidad oral con mucosa hidratada sin lesiones dentición con 32 piezas naturales sin caries, ni halitosis.

Abdomen: con piel integra, ligeramente pálida, a la palpación no se encuentran masas, dolor, u otras alteraciones, a la percusión se encuentra sonido timpánico en intestinos, hígado no es claro el sonido bazo con sonido mate. A la auscultación se encuentran ruidos intestinales de 2 - 3 por minuto.

La mamá refiere que últimamente no ha tenido problemas gastrointestinales como diarrea o estreñimiento y que ha comido más.

El niño menciona que le gusta comer de todo menos verduras y pescado.

NECESIDAD DE VESTIDO Y DESVESTIDO.

El paciente se encuentra con esta necesidad en dependencia por que presenta dificultad para satisfacer la necesidad de vestido y desvestido al instalarle la aguja en el catéter, la que al niño le provoca miedo para realizar movimientos amplios con los brazos y sensación de dolor en el tórax anterior.

La mamá refiere que ella adapta las camisetas para facilitarle al niño vestirse después de colocarle la aguja en el catéter.

A la exploración física: Paciente vestido de acuerdo a la época del año, estilo deportivo, de talla adecuada, limpia.

El niño menciona que la ropa lo protege del medio ambiente, le gusta la ropa de moda y casi siempre le compran la que le gusta.

La mamá menciona que se viste en su recámara la cual es templada.

La mamá menciona que se inclina por al ropa holgada ya que le permite moverse con mayor libertad y es mas fácil de ponerse.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Al momento de valorar esta necesidad no se encontraron alteraciones, pero existe riesgo de tener con la quimioterapia ya que en ocasiones presentan retención de líquidos por las grandes cantidades de líquidos y medicamentos administrados que pueden lesionar el riñón, por lo tanto esta necesidad puede considerarse en riesgo.

No hay datos de laboratorio recientes.

A la exploración física: Escolar con ligera palidez generalizada, no se observan datos de deshidratación o edema. Sus signos vitales se encuentran dentro de los parámetros normales

Cara: redonda, con ligera palidez, no se observa ni palpa edema.

Ojos: son medianos, no se observa o palpa edema o signos de deshidratación.

Nariz: no se observan alteraciones, ni secreciones.

Oídos: se encuentran implantadas a nivel de los ojos, no se observan alteraciones.

Tórax: no se observan lesiones, signos de edema o deshidratación. La piel es ligeramente pálida.

Abdomen: no se observan lesiones, signos de edema o deshidratación, a la palpación no se observa dolor o edema, ruidos peristálticos presentes (2 por minuto). A la percusión se escucha sonido timpánico en intestino y mate en hígado y bazo.

Genitales: de acuerdo a la edad, sin aparente lesión.

Ano: no es valorado por negativa del paciente.

Extremidades: no se observan lesiones, signos de edema o deshidratación.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

La necesidad de aprendizaje (formal) se encuentra en riesgo, por que el paciente no acude constantemente a la escuela debido a que asiste frecuentemente al Hospital Infantil de México Federico Gómez a recibir su tratamiento médico.

En la valoración de esta necesidad se encontró a paciente escolar que cursa el 4° grado de primaria con regular aprovechamiento. A la exploración física se encuentran ojos íntegros, sin lesiones, no se perciben alteraciones y la mamá refiere que no utiliza lentes. Los oídos se encuentran implantados al nivel del

canto externo del ojo, responde a los estímulos sonoros y visuales, la boca esta implantada a nivel central, es simétrica, a la cual no se le observan lesiones o alteraciones. La mamá menciona que se atrasa con los temas escolares, lo que ha afectado su rendimiento por que sus calificaciones han disminuido de 9 o 10 a 8.

NECESIDAD DE REALIZACIÓN

Esta necesidad se encuentra en riesgo ya que el niño mostro datos de depresión y negatividad al tratamiento

A la valoración de la necesidad se encontró que el paciente es aceptado por su familia, en la escuela este bien integrado al grupo, el cual lo acepta y aprecia, ya que conocen la enfermedad que tiene.

El paciente imita a su hermano y a su papa en el trabajo, menciona que quiere ser bombero cuando crezca, pero también se le observa triste, ocasionalmente enojado y dice no quiere continuar con el tratamiento. La mamá es quien lo estimula a continuar para que se cure y pueda llegar a ser lo que desea.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Esta necesidad se encuentra en independendencia ya que a la exploración física no se encontraron datos que sugirieran alteraciones.

BH – 28 OCT. 2008

no hay placas ni gasometría.

Hb= 11.5

Htco = 37.5

A la exploración física: Escolar con ligera palidez, alopecia, no se observan datos de cianosis.

Nariz: implantada centralmente, no se observan lesiones, cicatrices y no se palpan alteraciones.

Boca: no se observan datos de cianosis. Las mucosas son rosadas, las amígdalas se observan en grado 1, sin datos de lesiones, secreciones o datos inflamatorios.

Cuello: es de tamaño medio, no se observan alteraciones, ni se palpan masas. Pulsos carotideos de adecuada intensidad.

Tórax anterior: no se observan lesiones, presenta cicatriz por instalación de porta-cath del lado izquierdo. A la palpación no se encuentran alteraciones o masas. A

la auscultación ruidos cardiacos de adecuada intensidad, percusión sonido claro pulmonar.

Tórax posterior: no se observan alteraciones, a la palpación no hay evidencia de masa, a la auscultación ruidos respiratorios presentes sin alteraciones. Percusión sonido pulmonar claro, llenado capilar en 2 segundos, pulsos periféricos de adecuada intensidad y frecuencia.

NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO

Se encuentra en independencia por que duerme el número de horas adecuado para su edad (10 horas) y no se detectaron alteraciones en esta necesidad.

En el interrogatorio se encontró que duerme con un peluche llamado Toby, en su habitación con la luz apagada, con música, puede dormir con ruido y ocasionalmente sueña con un monstruo debajo de su cama que lo busca para llevárselo, esto le despierta pero se duerme inmediatamente.

En el área de quimioterapia ambulatoria no tiene problema para dormir o realizar siesta, a pesar del ruido existente en el medio ambiente.

A la exploración física se encontró paciente escolar ligeramente pálido, no se observan ojeras, bostezos o signos de cansancio. El cuidador primario menciona que duerme bien y no lo ha notado cansado.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Esta necesidad se encuentra en independencia ya que no hay datos de alteraciones en la temperatura. Los Neutrofilos se encuentran en cifras normales, ya que en niveles bajos el paciente presenta fiebre.

A la exploración física: Paciente escolar con piel morena en la que no se observa piloerección, o cambios de coloración. No se aprecia sudoración. Temperatura 36.5°C.

A la palpación no se perciben zonas hipertérmicas, dolorosas, tampoco se aprecian datos de humedad (sudor).

En la cara el color de piel es uniforme, no se observa piloerección, a la palpación no se perciben zonas hipertérmicas, ni cambios de coloración.

Tórax y abdomen: la piel tiene un color uniforme, no se observa hiperemia y no se palpan zonas con hipertermia.

Extremidades de coloración uniforme sin hiperemia o hipertermia. No se observa piloerección.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Actualmente se encuentra en independencia, ya que el niño no presenta problemas para satisfacer esta necesidad.

A la exploración física: Escolar que a la inspección se encuentra con ojos implantados adecuadamente, no se observan lesiones, ni secreciones.

Los oídos: se encuentran implantados a nivel medio del canto externo del ojo, en los cuales no se observan alteraciones, los conductos auditivos presentan cerumen en poca cantidad, el paciente reacciona a estímulos sonoros y busca su origen.

Los labios: se encuentran íntegros, sin aparente lesión y son simétricos.

La lengua: se observa de adecuado tamaño y movilidad, sin lesiones.

Paladar: íntegro, de forma cóncava, no se observan alteraciones.

Se observa adecuada relación afectiva con la madre, la cual facilita la comunicación entre ambos, refiere la mamá que con ella habla más y le cuenta lo que siente o le sucede.

NECESIDAD DE HIGIENE

La necesidad de higiene se encuentra en independencia ya que los datos obtenidos reflejan que esta necesidad está cubierta.

En la valoración de la necesidad se observó que el paciente se encuentra con piel íntegra y limpia, alopecia, uñas cortas y limpias, la ropa que viste se observa limpia y en buenas condiciones, su olor es agradable. Las condiciones de higiene personal son acorde a las recomendadas para estos pacientes (uñas cortas, ropa limpia, baño diario, etc.).

La mamá menciona que se baña diariamente por las noches, el cepillado de dientes es diario 3 veces al día, la última vez que lo llevo al dentista fue hace un año. El cambio de ropa es diario y el cambio de la ropa de cama es una vez por semana.

NECESIDAD DE RECREACIÓN

Esta necesidad se encuentra en independencia, ya que el paciente no está hospitalizado y en su casa cuenta con juegos de mesa, videojuegos, películas y una bicicleta que le ayudan a distraerse, juega con sus papas y hermanos cuando están en casa.

A la valoración de la necesidad: se encuentra escolar viendo una película en el área de quimioterapia. La madre refiere que su juguete preferido es la bicicleta, sus programas favoritos en la televisión son: Bob esponja, power rangers y le gusta ir al cine con la familia. Durante la quimioterapia ve películas infantiles y algunas veces el voluntariado les narra cuentos.

NECESIDAD DE VALORES Y CREENCIAS.

En esta necesidad el niño se encuentra en independencia por que no se detectaron alteraciones para satisfacer esta necesidad.

La información obtenida fue proporcionada por el cuidador primario (mamá) y por el paciente.

Durante la inspección se corrobora pertenecen a la religión católica por que el niño trae un escapulario en el cuello, la mamá trae imágenes religiosas en su libreta de control, además porta un crucifijo.

El niño menciona que le gusta asistir a la iglesia con su mamá, también le gusta que le enseñe a rezar e ir a misa.

Las tradiciones religiosas que se conservan en la familia son navidad, semana santa, rosarios. Menciona la mamá que el lugar donde viven existen 2-3 templos a los que puede asistir.

También menciona que los valores se han tratado de conservar en su familia como son: la responsabilidad, amor, honestidad. Hace mención de que ahora que Martin está enfermo se ha acercado más a dios para que le ayude a superar estos momentos tan difíciles, además de que ella da enseñanza al niño acerca de la religión, para que tenga fe y se cure.

2.2 MÉTODO E INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN.

Para realizar el presente estudio se caso se utilizo el Proceso de Atención de Enfermería con la propuesta teórica de Virginia Henderson. En la primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería (valoración) la información se obtuvo del paciente o fuente primaria y de fuentes secundarias como la mamá, el expediente, otros profesionales que tuvieron contacto con el paciente y las valoraciones focalizadas realizadas al niño. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue la historia clínica de Enfermería y fue proporcionada por las tutoras clínicas de la Especialidad en Enfermería Infantil y que puede ser consultada en los anexos. Esta historia clínica consta de 7 apartados. El primero aborda los datos demográficos del paciente y los antecedentes familiares, el segundo apartado trata de las relaciones afectivas intrafamiliares, el siguiente valora las catorce necesidades básicas propuestas por Virginia Henderson. Posteriormente encontramos el apartado en donde se canalizan cada una de las necesidades, seguido de la jerarquización de los diagnósticos de Enfermería, la elaboración del plan de Atención y finalmente el plan de alta. También fue utilizado el consentimiento informado (ver anexos) por medio del cual el familiar nos autoriza tomar a su niño para la realización del estudio de caso.

2.3 PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Una vez recolectada la información suficiente de la fuente primaria y fuentes secundarias, se procedió al análisis de los datos, en los cuales se encontraron necesidades en dependencia y necesidades en independencia. De lo anterior se elaboraron diagnósticos reales, potenciales o de riesgo y de salud, para los cuales se utilizo la taxonomía de la NANDA 2007-2008, y el formato PES.

La redacción de los diferentes tipos diagnósticos enfermeros se realizo de la siguiente manera:

Diagnósticos reales: Formato PES. Problema + etiología + signos y síntomas.

Diagnósticos de riesgo o potenciales: Problema + etiología.

Diagnósticos de salud: Conducta de salud + necesidad.

Después de redactar los diagnósticos, estos se jerarquizan y se les dio una prioridad de acuerdo a la siguiente clasificación:

Prioridad alta: basada en la gravedad o importancia fisiológica.

Prioridad media: situaciones que no amenazan la vida.

Prioridad baja: situaciones que pueden afectar su futuro.

Se realizaron un total de 10 seguimientos de los cuales se obtuvieron 4 diagnósticos de dependencia, 3 diagnósticos de riesgo y 7 diagnósticos de salud.

En el siguiente cuadro se mencionan los diagnósticos encontrados con la fecha de identificación, fuentes de la dificultad, duración y grado de dependencia o independencia y tipo de prioridad.

JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS

NECESIDAD	DIAGNOSTICO	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	FUENTE DE DIFICULTAD	DURACIÓN Y GRADO DE DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD
SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.	Alto riesgo de infección sistémica relacionado con múltiples procedimientos invasivos, y leucopenia de 3,600 leucocitos.	13 / OCT / 2008.	Fuerza.	Dependencia de algunos días. Grado 3.	alta
MOVIMIENTO Y POSTURA.	Alteración de la movilidad física relacionado con dolor articular y muscular en miembros inferiores manifestado por marcha lenta, fatiga y ligera disminución de la fuerza (25%).	13 / OCT / 2008.	Fuerza y conocimiento.	Dependencia de algunos días. Grado 2.	alta
NUTRICION.	Alteración de la nutrición por déficit relacionado con la falta de voluntad y conocimiento del niño para consumir alimentos ricos en proteínas manifestado por talla menor para la edad, (percentil 25).	03 / NOV / 2008.	Conocimiento y voluntad.	Dependencia de algunos meses. Grado 3.	alta

JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS

ELIMINACION	Riesgo de alteración en la eliminación urinaria relacionado con efectos secundarios de la quimioterapia.	20 / OCT / 2008.	Fuerza.	Dependencia transitoria de algunos meses. Grado 2.	media
APRENDIZAJE.	Riesgo de alteración del aprendizaje formal relacionado con frecuentes asistencias al Hospital.	20 / OCT / 2008.	Conocimiento.	Dependencia de algunos meses. Grado 2.	media
VESTIDO Y DESVESTIDO	Riesgo de alteración en el vestido y desvestido relacionado con sensación de dolor en tórax anterior.	03 / NOV / 2008.	Conocimiento y voluntad.	Dependencia transitoria meses. Grado 3.	media
REALIZACION.	Riesgo de alteración de la autoestima relacionado con la enfermedad crónica y tratamiento prolongado.	03 / NOV / 2008.	Conocimiento y voluntad.	Dependencia de algunos meses. Grado 2.	Media.
OXIGENACION.	Independencia en la necesidad de oxigenación.	10 / NOV / 2008.	Ninguna.	Ninguna.	Baja.
SUEÑO Y DESCANSO.	Manejo efectivo del patrón de sueño y descanso.	10 / NOV / 2008.	Ninguna.	Ninguna.	Baja.
TERMOREGULACION.	Manejo efectivo de la termorregulación.	13 / OCT / 2008.	Ninguna.	Ninguna.	Baja.

JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS

COMUNICACIÓN	Conductas generadoras de salud para mejorar la comunicación verbal entre madre e hijo.	27 / OCT / 2008.	Ninguna.	Ninguna.	Baja.
HIGIENE.	Conductas generadoras de salud por parte del cuidador primario (mamá) para favorecer la higiene personal.	27 / OCT / 2008.	Ninguna.	Ninguna.	Baja.
RECREACION.	Independencia en la necesidad de recreación.	03 / NOV / 2008.	Ninguna.	Ninguna.	Baja.
VALORES Y CREENCIAS.	Conductas generadoras de salud por parte del cuidador primario (mamá) para enseñarle a rezar e ir a misa.	03 / NOV / 2008.	Ninguna.	Ninguna.	Baja.

2.4 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO ENFERMERÍA INFANTIL

Necesidad: Seguridad y Protección.
Nombre: Juan Martín Moreno Molina.
Servicio: Quimioterapia Ambulatoria
Edad: 9 años 8 meses.
Sexo: Masc. Dx médico: leucemia linfoblástica aguda (LLA)
Reg. 774252.

Diagnostico de Enfermería.	Alto riesgo de infección sistémica relacionado con procedimientos invasivos, y leucopenia de 3,600 leucocitos.
Fecha de identificación.	13 de octubre de 2008.
Fuentes de la dificultad.	Falta de fuerza
Duración y grado de dependencia e independencia.	Dependencia de algunos días. Grado 3.
Tipo de prioridad.	Alta.
Objetivo.	El paciente no presentará infección sistémica mediante las intervenciones de Enfermería y cuidados en el hogar proporcionado para ello, durante su tratamiento.
Rol de la Enfermera:	De ayuda
INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<p>En el área de Quimioterapia. Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>Utilizar técnica estéril en todo procedimiento realizado al paciente. Acciones: Utilizar técnica estéril en los siguientes procedimientos: Instalar aguja en catéter central. Toma de muestras sanguíneas. Aspirado de médula ósea. Venopunciones etc. Manipulación de todas las líneas.</p>	<p>Las técnicas estériles evitan la aparición de infecciones que pueden favorecerse por el estado inmunocomprometido del paciente. (Morgan Pp.184).</p>

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<p>Acciones:</p> <p>Prever material estéril para los procedimientos</p> <p>Verificar fecha de caducidad.</p> <p>Vigilar que el personal médico utilice técnicas estériles en sus procedimientos.</p> <p>Mantener soluciones como el Isodine, alcohol en un lugar apropiado para ello.</p> <p>Cambiar diariamente los frascos de Isodine y de alcohol.</p>	
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>2. Utilizar precauciones estándar para el cuidado del paciente.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavado de manos antes y después de atender al paciente. ➤ Uso de cubrebocas al estar contacto con el paciente. ➤ Utilizar bata, guantes y cubrebocas al preparar medicamentos o quimioterapia. 	<p>Disminuyen la contaminación y protegen al paciente de una contaminación potencial. (J. Smith. Pág. 122).</p> <p>Los pacientes oncológicos tienen como característica principal la inmunosupresión y de los cuidados de enfermería va a depender o no que se presente infección.</p> <p>http://tratado.uninet.edu/c080202.html</p>
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>3. Evitar el contacto del paciente con personas enfermas.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Limitar las visitas. ➤ Recordar a los familiares que enfermedades son transmisibles (varicela rubeola, sarampión etc.) para que eviten el contacto con personas que tengan estas enfermedades. ➤ Evitar que el paciente asista a lugares muy concurridos y cerrados. 	<p>La infección es el resultado de la interacción entre un agente infeccioso y un huésped susceptible, dicha interacción se produce a través de un mecanismo de transmisión (éstos son los eslabones de la cadena epidemiológica).</p> <p>Estos huéspedes tienen factores predisponentes como la enfermedad de base y los tratamientos medicamentosos.</p> <p>http://www.unapro.org/index.php?p=glosario&dic=d</p>
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>4. Vigilar el estado inmunológico del paciente.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ En colaboración con el médico monitorizar los niveles de leucocitos. ➤ Conocer los efectos de la quimioterapia aplicada. 	<p>La disminución del número de leucocitos normales maduros puede producirse por el proceso de la enfermedad o la quimioterapia, afectando a la respuesta inmunitaria y aumentando el riesgo de infección. (M. Doenges.Pag.526).</p>

MEDICAMENTOS	FUNDAMENTACIÓN
CICLOFOSFAMIDA: Dosis: 330. mg. Vía: Intravenosa. Horario: dosis única.	CICLOFOSFAMIDA. Es un agente alquilante citotóxico indicado en el tratamiento de leucemias, cáncer de mama, retinoblastoma etc. Manual de quimioterapia antineoplásica, Edward Chu. Edit. Jones and Bartlett Publisher's 2002. Pág. 119-123.
VINCRISTINA Dosis: 2. mg. Vía: Intravenosa. Horario: dosis única.	VINCRISTINA Es un antineoplásico alcaloide de la vinca que actúa en la fase del ciclo celular (mitosis). Esta indicado en leucemia linfoblástica aguda, rhabdomyosarcoma, linfomas etc. Manual de quimioterapia antineoplásica, Edward Chu. Edit. Jones and Bartlett Publisher's 2002. Pág. 367-371.
L-ASPARAGINASA: Dosis: 10.000 U.I. Vía: Intramuscular. Horario: dosis única.	L-ASPARAGINASA. Es una enzima que se utiliza para el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda, en combinación con otros agentes quimioterapéuticos. Manual de quimioterapia antineoplásica, Edward Chu. Edit. Jones and Bartlett Publisher's 2002. Pág. 68-71.
DEXAMETASONA: Dosis: 2 tabletas de 75. mg. Vía: Oral. Horario: 2 tabletas cada 6 horas por 7 días.	DEXAMETASONA. Es un glucocorticoide sintético utilizado principalmente como antiinflamatorio, posee efectos metabólicos y modifica la respuesta inmunológica. http://ar.geocities.com/indicadedrogas/dexametasona.htm
CITARABINA: Dosis: 300. mg. Vía: Intravenosa. Horario: dosis única.	CITARABINA. Es un antimetabolito que actúa en fase S del ciclo celular. Esta indicado en leucemia linfoblástica aguda, leucemia mieloide aguda y crónica. Como efectos adversos se presenta mielosupresión, náusea y vómito, Letargia y confusión en casos poco frecuentes disfunción hepática transitoria. Manual de quimioterapia antineoplásica, Edward Chu. Edit. Jones and Bartlett Publisher's 2002. Pág. 123-128.
DAUNORRUBICINA: Dosis: 30. mg. Vía: Intravenosa. Horario: dosis única.	DAUNORRUBICINA. Es un antibiótico antitumoral, actúa directamente sobre el DNA celular. Esta indicado en leucemia linfoblástica aguda, leucemia mieloide aguda los efectos adversos que se presentan son mielosupresión, mucositis, diarrea, cardiotoxicidad (arritmias, miocarditis transitorias), orina color rojo-naranja. Manual de quimioterapia antineoplásica, Edward Chu. Edit. Jones and Bartlett Publisher's 2002. Pág. 135-138.
MERCAPTOPURINA: Dosis: 60. mg. Vía: Oral. Horario: cada 24 horas después de la cena durante 7 días.	MERCAPTOPURINA. Mecanismo de acción: Antineoplásico antimetabolito de bases púricas. Actúa como falso sustrato en el proceso de síntesis de ácidos. Nucleicos, provocando la síntesis de un ADN anómalo o deteniendo el proceso. Leucemia linfocítica aguda. Leucemia mieloide aguda. Mielomonocítica aguda. Enfermedad de Crohn. Colitis ulcerosa. Reacciones adversas: Anemia, leucopenia, trombocitopenia. http://www.vademecum.es/principios_activos.com

MEDICAMENTOS	FUNDAMENTACIÓN
<p>METOTREXATE: Dosis: 50. mg. Vía: Intramuscular. Horario: dosis única.</p>	<p>METOTREXATE. Es un antagonista del ácido fólico e interfiere con la acción de la interleukina 1, está indicado en la terapia de mantenimiento en conjunto con otras drogas en leucemias linfoblásticas agudas, leucemias meníngeas, coriocarcinoma, tumores linfoblásticos etc. http://www.libreriamedica8a.com/productos/2509.htm.</p>
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>5. Utilizar medidas preventivas para contrarrestar los efectos de la quimioterapia.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar enjuagues bucales con solución bicarbonatada o gelclair. Un sobre de 15 ml. Diluido en 40 ml de agua. Después de la administración de metotrexate en altas dosis. ➤ Ingerir agua natural 1-2 litros mínimo durante y después de la administración de ciclofosfamida. ➤ Evitar el consumo de dulces cuando se administre metotrexate y l-asparaginasa. ➤ Fomentar el descanso del paciente evitando corrientes de aire, calor o frío en exceso. 	<p>La quimioterapia es muy eficaz para matar células cancerosas, pero también afecta a las células normales. La potencia de los fármacos usados en la quimioterapia tiene efectos secundarios que pueden generar molestia e inconveniencia. La mayor parte de los efectos colaterales son tratables, y si surgen problemas, es posible administrar fármacos para atenderlos. http://tratado.uninet.edu/c080202.html</p> <p>Gelclair es un gel viscoso, expresamente formulado como coadyuvante en el tratamiento de las lesiones de la mucosa bucal. Forma una película protectora que al adherirse a la mucosa de la cavidad bucofaringea recubre las terminaciones nerviosas expuestas, así protege a la mucosa lesionada y evita la irritación. Además, hidrata y lubrica la boca.</p> <p>Gelclair contiene: Agua purificada, polivinilpirrolidona (PVP), malto dextrina, propilenglicol, aceite de ricino hidrogenado PEG-40, sorbato de potasio, benzoato de sodio, hidroxietilcelulosa, cloruro de benzalconio, aromatizante, edetato disódico, sacaruba sódica, hialuronato de sodio, ácido glicirretínico. http://plm.wyeth.com.mx/src/Prods/50236.htm.</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>➤ Fomentar la higiene bucal. Explicando la técnica de cepillado y recordar que debe utilizar un cepillo de cerdas suaves.</p>  <p>➤ Evitar alimentos dulces, condimentados o grasos por que aumentan la nausea.</p> <p>➤ Administrar ondansetrón cuando proceda.</p> <p>Dosis: 4. mg. Vía: Intravenosa. Horario: 30 minutos antes de la quimioterapia o cuando se requiera.</p>	<p>El cepillado dental es un hábito cotidiano en la higiene de una persona. Es una actividad necesaria para la eliminación de la placa dental relacionada tanto con la caries dental como con las enfermedades periodontales. Se debe utilizar un cepillo suave o mediano: ya que las cerdas duras pueden rayar el esmalte dental y lastimar las encías.</p> <p>http://www.cdentalmagallanes.com/images/odontprev.gif</p> <p>Ondansetrón: Antihemético indicado en el tratamiento de las nauseas y vómitos inducidos por la quimioterapia citotóxica y radioterapia.</p>
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>6. Detectar signos y síntomas de alarma</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ En colaboración con el médico vigilar los niveles de plaquetas, leucocitos, Neutrofilos y hemoglobina. ➤ Vigilar la aparición de sangrado, petequias o hematomas. ➤ Vigilar la temperatura corporal y demás signos vitales frecuentemente. ➤ Vigilar el estado anímico del paciente (que no se observe cansancio en exceso). ➤ Vigilar que no exista vomito nausea excesivos. ➤ Vigilar la aparición de dolor abdominal o en cualquier parte del cuerpo. <p>Vigilar la aparición de diarrea o estreñimiento.</p>	<p>Es necesario realizar frecuentemente valoraciones globales para detectar los primeros signos de alarma. (L.J.Carpenito. Pág. 380).</p>

INTERVENCIÓN EN EL HOGAR	FUNDAMENTACIÓN
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>1. mantener el ambiente limpio.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ explicar a la mamá que debe mantener la casa y la habitación del paciente limpia y libre de polvo. ➤ Mencionar que es recomendable no tener mascotas. ➤ Recomendar el uso de botes de basura con tapa para evitar la proliferación de moscas. ➤ Fomentar el cambio de ropa de cama 1-2 veces por semana. 	<p>Un lugar limpio y seguro y cómodo facilita el descanso del paciente. (B. Kozier. Pág. 813).</p> <p>La limpieza del hogar es la forma más sencilla de cuidar nuestro hogar y de toda la familia. Tanto la higiene básica, como el cuidado y la limpieza de nuestra casa tienen que estar incluidos en las tareas rutinarias como hábitos diarios. Ganará en calidad de vida al ver el aspecto agradable de su hogar.</p> <p>http://www.euroresidentes.com/vivienda/mantenimiento-casa/limpieza-casa.htm</p>
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>2. Promover la preparación y consumo higiénico de los alimentos.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recordar a la mamá que no deben ingerir alimentos en la calle. ➤ Explicar que la preparación de los alimentos debe realizarse con las siguientes medidas: <p>Lavarse las manos para preparar los alimentos.</p> <p>Lavando y desinfectando frutas y verduras.</p> <p>Cocer perfectamente los alimentos.</p> <p>Mantener en refrigeración los alimentos que así lo requieran.</p> <p>Verificar la caducidad de los alimentos que la tengan.</p> <p>Consumir agua purificada o hervida.</p>	<p>Prácticas inadecuadas de manipulación y una información deficiente facilitan la permanencia de enfermedades transmitidas por alimentos entre los humanos.</p> <p>www.ine.gov.ar/docencia_pdfs/9.curso_capac_alim.PDF</p>

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>3. Promover el descanso del paciente para favorecer el aumento de las defensas inmunitarias.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar corrientes de aire, calor o frío. ➤ Colocarlo en posición cómoda. ➤ Evitar el ruido excesivo. ➤ Proporcionar ropa cómoda. 	<p>El descanso adecuado mejora el estado físico del paciente. (Kozier Pp. 1234).</p> <p>Durante el sueño no sólo se reponen energías, sino también se revitalizan procesos mentales relacionados con inteligencia y memoria. Es más, mientras dormimos se generan gran cantidad de hormonas indispensables para el buen funcionamiento del organismo, de manera que quitarle horas puede afectar a cualquiera, sobre todo a un niño. Dormir poco o tener sueño interrumpido, por cualquier causa, afecta las capacidades de aprendizaje, concentración y memoria, el carácter se vuelve irritable, y el sistema inmunológico se debilita, lo que puede propiciar que el afectado sea más vulnerable a padecer infecciones.</p> <p>http://www.conocimientosweb.net/zip/article666.html</p>

EVALUACIÓN

Las intervenciones realizadas ayudaron al paciente a evitar adquirir alguna infección, aunque no se pudo evitar la depresión inmunológica debido a la quimioterapia, pero con las precauciones tomadas en conjunto con la mamá se pudo evitar la aparición de signos y síntomas de alarma y la hospitalización del paciente, logrando el aumento de sus defensas. Se contó con todo el material, equipo y disposición de los médicos tratantes y del familiar para llevar a las actividades.

Al momento de la valoración el paciente se encontraba en un grado de dependencia 3 con duración de algunos días. Después de 2 semanas el paciente mejoró sus defensas ubicándose en grado 1 de Independencia de la escala de Margot Phanneuf continuum dependencia-independencia.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Necesidad: Movimiento y Postura.
 Nombre: Juan Martín Moreno Molina.
 Servicio: Quimioterapia Ambulatoria
 Edad: 9 años 8 meses.
 Sexo: Masc. Dx médico: leucemia linfoblástica aguda (LLA)
 Reg. 774252.

Diagnostico de Enfermería.	Alteración de la movilidad física relacionado con dolor articular y muscular en miembros inferiores manifestado por marcha lenta, fatiga y ligera disminución de la fuerza muscular (25%)
Fecha de identificación.	13 de octubre de 2008.
Fuentes de la dificultad.	Falta de fuerza
Duración y grado de dependencia e Independencia.	Algunos días grado 2.
Tipo de prioridad.	Alta
Rol de la Enfermera:	De ayuda
Objetivo.	El paciente mejorará la movilidad física por medio de un plan terapéutico para contrarrestar el dolor articular y muscular durante su estancia en quimioterapia y este se continuara en el hogar.
INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
Tipo de intervención: Independiente. 1. Realizar la valoración del dolor en el niño. ACCIONES: a) Hacer un interrogatorio al paciente para determinar localización, frecuencia, duración e intensidad del dolor. b) Utilizar la escala numérica (0-10) para determinar la intensidad del dolor.	La valoración proporciona una base de datos para evaluar las necesidades y determinar las intervenciones. (Doenges M. Pág. 864.)
 <p style="text-align: center;">Escala de rostros de dolor</p> <p>0 Muy contento; sin dolor 2 Siente sólo un poquito de dolor 4 Siente un poco más de dolor 6 Siente aún más dolor 8 Siente mucho dolor 10 El dolor es el peor que puede imaginarse (no tiene que estar llorando para sentir este dolor tan fuerte)</p>	

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>c) conocer los efectos dolorosos de quimioterapia con vincristina e informar al paciente y familiar.</p> <p>Vincristina: Dosis: 2. Mg. Vía: Intravenosa. Horario: dosis única.</p> <p>d) Informar al paciente y al familiar que puede presentar dolor óseo y muscular después de la aplicación de la vincristina.</p>	<p>La vincristina es un antineoplásico alcaloide de la vinca que actúa en la fase del ciclo celular (mitosis). Está indicado en leucemia linfoblástica aguda, rabdomiosarcoma, linfomas etc. Como precauciones debe infundirse en bolo rápido IV, evitar la extravasación.</p> <p>Como efectos adversos se presenta neurotoxicidad, dolor óseo, de espalda, miembros, mandíbula estreñimiento, dolor abdominal e íleo paralítico.</p> <p>Manual de quimioterapia antineoplásica, Edward Chu. Edit. Jones and Bartlett Publisher's 2002. Pág. 367-371.</p>
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>2. Proporcionar medidas no farmacológicas para disminuir el dolor (termoterapia y crioterapia).</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Valorar cuales son las áreas y articulaciones que presentan dolor</p> <p>b) Contactar al fisioterapeuta para que en colaboración con el se diseñe el plan de acciones para disminuir el dolor articular y muscular.</p> <p>c) Pedir al fisioterapeuta explique al niño y a la mamá como realizar actividades en casa.</p> <p>d) Explicar al niño la finalidad que tiene la aplicación de calor o frío.</p>	<p>Las medidas no farmacológicas como la termoterapia y crioterapia disminuye directamente la sensación de dolor debido a los cambios que se producen en la conducción nerviosa periférica y en el umbral del dolor. (Kozier. B. pág. 1270).</p>

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Acciones:</p> <p>Termoterapia: es la aplicación de calor como agente terapéutico, sus efectos son biológicos son aumento de la extensibilidad del tejido conectivo, disminución de la rigidez articular, efecto analgésico, antiespasmódico y antiinflamatorio. Se puede aplicar por. Conducción (bolsas) de agua caliente, convección baños de agua caliente, vapor y sauna. Conversión: ultrasonido. Contraindicaciones: áreas de insuficiencia vascular, zonas tumorales, cavidades cerradas, área cardiaca, miositis osificante.</p>  <p>Crioterapia: (aplicación de frío) conjunto de procedimientos que utilizan frío para disminuir la temperatura y metabolismo tisular, disminuir el flujo sanguíneo, la inflamación, el edema, dolor y espasmo muscular.</p>  <p>La aplicación de frío puede ser aplicada en cuadros postraumáticos agudos, afecciones que cursan con espasticidad, quemaduras, afecciones que cursan con dolor, prurito y procesos inflamatorios.</p>	

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Existen diversas formas de aplicación de frío (crioterapia) como:</p> <p>Bolsas de hielo. Bolsas con gel (cold-packs). Bolsas frías químicas. Toallas o compresas frías. Criomasaaje. Vaporizadores fríos. Otros (maquinas enfriadoras, manguitos enfriadores, etc.). Concepto: es la aplicación de calor o frio con fines terapéuticos.</p> <p>Objetivo: disminuir el espasmo muscular, ayudar a la reabsorción de exudados para disminuir el edema y el dolor.</p> <p>http://www.ebalonmano.com/revista/articulos/v2n1/v2-n1-a3.pdf</p>	
<p>e) En las zonas y articulaciones con dolor (le ayudaran a disminuir el dolor).</p> <p>f) Colocar compresas frías en las articulaciones afectadas por el dolor durante 10 minutos, cada 2 horas hasta observar mejoría.</p> <p>g) Colocar compresas calientes en las zonas musculares con dolor durante 10 minutos.</p> <p>h) Involucrar al familiar (mamá) para realizar las técnicas de aplicación de calor o frio.</p> <p>i) Reforzar los conocimientos del niño y la mamá realizando las actividades frecuentemente en conjunto con ellos.</p> <p>j) Valorar su evolución cada que asista a Quimioterapia.</p>	

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN
<p>a) Reunir el material requerido.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Material y equipo. ➤ Compresas calientes o bolsas de solución previamente calentadas en el microondas. ➤ Bolsas de gel frías o congeladas o en su defecto bolsas con hielo. ➤ Frazadas o compresas limpias. 	<p>Los efectos son biológicos de la termoterapia son aumento de la extensibilidad del tejido conectivo, disminución de la rigidez articular, efecto analgésico, antiespasmódico y antiinflamatorio.</p> <p>http://www.ebalonmano.com/revista/articulos/v2n1/v2-n1-a3.pdf</p> <p>La aplicación de crioterapia se utiliza para disminuir la temperatura y metabolismo tisular, disminuir el flujo sanguíneo, la inflamación, el edema, dolor y espasmo muscular.</p> <p>http://www.fisterra.com/material/tecnicas/crioterapia/crioterapia.asp</p>
<p>b) Identificar las zonas dolorosas realizando la exploración física.</p>	<p>La valoración orienta a la enfermera en la planificación de las intervenciones. (L.J.Carpenito. Pág.397).</p>
<p>c) Explicar el procedimiento de termoterapia y crioterapia al paciente.</p>	<p>Las explicaciones pueden ayudar a reducir los temores por situaciones desconocidas y disminuir la ansiedad.</p> <p>(L.J.Carpenito. Pág.392).</p>
<p>d) Aplicar bolsas de gel frías en las articulaciones afectadas por 10 minutos - verificando T.º de las compresas antes de aplicar y cubrirlas con una frazada o compresa limpia antes de aplicarlas</p> <p>Aplicar compresas calientes en las zonas musculares con dolor por 10 minutos. Verificar la Tº la temperatura de las compresas antes de aplicarlas</p>	<p>El frío disminuye el dolor por vasoconstricción disminuyendo el edema, disminuye la conducción nerviosa y bloqueando los receptores dolorosos.</p> <p>http://www.ebalonmano.com/revista/articulos/v2n1/v2-n1-a3.pdf</p> <p>El calor aumenta la circulación sanguínea y linfática, disminuye el espasmo muscular reduce el edema y dolor.</p> <p>http://www.ebalonmano.com/revista/articulos/v2n1/v2-n1-a3.pdf</p>
<p>e) Permitir al familiar que realice el procedimiento y retroalimentar.</p>	<p>La comprensión del familiar puede reducir los errores y fomentar la participación.</p> <p>(L.J.Carpenito. Pág.587).</p>
<p>f) Evaluar los resultados (aplicar nuevamente una escala para valorar el dolor).</p>	
<p>g) Dejar cómodo al paciente.</p>	<p>Favorece el bienestar del paciente.</p> <p>(Jean Smith. Pág. 481).</p>
<p>h) Retirar el material.</p>	<p>Promueve un entorno limpio, cómodo y seguro.</p> <p>(Jean Smith. Pág. 291).</p>

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>3. Proporcionar medidas farmacológicas para la disminución del dolor (analgésicos).</p> <p>Paracetamol:</p> <p>Dosis: 400GMG. Vía: Oral. Horario: cada 6 horas, cuando sea indicado.</p> <p>a) Explicar a la mamá como le tiene que administrar el paracetamol (horario, dosis y vía).</p>	<p>Los analgésicos son utilizados para aliviar el dolor y antipirético eficaz, para aliviar el dolor localizado y generalizado. http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Paracetamol.htm</p> <p>El paracetamol es un analgésico y antipirético eficaz para el control del dolor leve a moderado. http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Paracetamol.htm</p>
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>4. Informar al paciente y al familiar sobre los datos de alarma.</p> <p>Acciones:</p> <p>Recordar al familiar y al paciente cuales son los signos y síntomas de alarma como son:</p> <p>a) Dolor intenso que no ceda con las medidas farmacológicas y no farmacológicas.</p> <p>b) Presencia de fiebre.</p> <p>c) Sangrado por cualquier vía.</p> <p>d) Si aparecen acudir inmediatamente al hospital.</p>	<p>La educación del paciente y familia debe incluir enseñanza sobre factores de riesgo para la salud, mejorar el bienestar de la persona y a adoptar medidas concretas para proteger la salud. (Kozier B. pág. 497)</p>

EVALUACIÓN

Las intervenciones que se llevaron a cabo en el área de quimioterapia y su continuación en el hogar disminuyeron considerablemente el dolor del paciente mejorando su movilidad (marcha). Para realizar las intervenciones se conto con la colaboración del médico tratante, el familiar y un fisioterapeuta del departamento de rehabilitación quien nos proporcionó la información necesaria para aplicar las medidas no farmacológicas.

En el momento de la valoración el paciente se encontraba en un grado de dependencia 3 con duración de algunos días, después de las intervenciones mejoro su movilidad y disminuyó el dolor a un nivel 2 de la escala de rostros de dolor. Finalmente se ubico en grado 1 de la escala de Margot Phaneuf.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Necesidad: Nutrición.
Nombre: Juan Martín Moreno Molina.
Servicio: Quimioterapia Ambulatoria
Edad: 9 años 8 meses.
Sexo: Masc. Dx. médico: leucemia linfoblástica aguda (LLA)
Reg. 774252.

Diagnostico de Enfermería.	Alteración de la nutrición por déficit relacionado con la falta de voluntad del niño para consumir alimentos ricos en proteínas manifestado por talla menor para la edad (percentil 25).
Fecha de identificación.	03 de noviembre de 2008.
Fuentes de la dificultad.	Falta de conocimiento y voluntad
Duración y grado de dependencia e Independencia.	Algunos meses grado 3
Tipo de prioridad.	Media
Rol de la Enfermera	De ayuda
Objetivo.	El paciente mejorará su estado nutricional que se verá reflejado en el incremento de su talla a través de un plan nutricional durante su tratamiento
INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
Tipo de intervención: Interdependiente. 1. Valorar el estado nutricional del paciente.	La nutrición representa la suma de todas las interacciones entre el organismo y el alimento que consume. (B. Kozier. Pág. 1281).

<p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar interrogatorio al paciente acerca de sus hábitos alimenticios. ➤ Tomar somatometría al paciente ➤ Buscar en las tablas de peso para la talla y la talla para la edad. En donde se ubica: ➤ Informar al médico tratante y a los profesionales en nutrición sobre los resultados 	
<p>INTERVENCIONES</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>2. Proporcionar un plan nutricional al paciente para aumentar su talla.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Contactar a un profesional en nutrición para elaborar un plan nutricional. ➤ Permitir la colaboración de la mamá para conocer los gustos del niño y lograr la aceptación por parte de este. ➤ Proporcionar dieta equilibrada de 2500 Kcal. Al día repartidas en 3 comidas y 2 colaciones, haciendo énfasis en el consumo de proteínas y vitaminas (carnes, frutas y verduras) que ingiere en poca cantidad. ➤ Utilizar una guía para enseñar a equilibrar la alimentación como el plato del buen comer o la pirámide de los alimentos para niños. <div style="text-align: center;">  </div> <p>http://www.infocancer.org.mx/el-plato-del-buen-comer</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mencionar al paciente que debe excluir de su dieta los alimentos chatarra y refrescos. 	<p>Una nutrición adecuada requiere una ingesta equilibrada de nutrientes esenciales: agua, hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales.</p> <p>(B. Kozier. pág. 1281).</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES</p>  <p>http://www.bebesymas.com/nutricion/piramide-de-alimentos-para-ninos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consumir en pocas cantidades dulces, irritantes, alimentos con mucha grasa, y/o condimentados, sobre todo después de la aplicación de la quimioterapia. ➤ Indicar al paciente que tiene que ingerir alimentos con alto contenido en fibra como son frutas con cascara (manzana), verduras, cereal integral. ➤ Indicar al paciente que tiene que ingerir alimentos con alto contenido en fibra como son frutas con cascara (manzana), verduras, cereal integral. ➤ Ingerir 1750ml. De líquidos al día más de 2 litros cuando reciba quimioterapia. ➤ Permitir al niño que exprese sus inquietudes y resolver sus dudas. 	
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>3. Vigilar la evolución del paciente.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pesar y medir al paciente cada que asista a quimioterapia (semanalmente). ➤ Llevar un registro de peso y talla semanal. ➤ Analizar la evolución del paciente en conjunto con el profesional de nutrición. ➤ Realizar modificaciones correspondientes si son pertinentes. ➤ Informar al paciente y al familiar sobre la evolución que se ha tenido, notificando los cambios. ➤ Reforzar las conductas positivas del paciente para que continúe con el plan. 	<p>La exploración física revela deficiencias o excesos nutricionales, signos clínicos asociados a mal nutrición. (B. Kozier. pág. 1305).</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>4. Proporcionar la orientación a la mamá para que estimule al niño a comer.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Permitir que el niño intervenga en la selección y preparación de los alimentos cuando sea posible. ➤ Presentar los alimentos en forma atractiva. ➤ Ofrecer raciones pequeñas. ➤ Ofrecerle alimentos que le agraden al niño. ➤ Proporcionar los alimentos a la temperatura que prefiera el niño. ➤ Hacer agradables las horas de comida (no estrés, regaños, discusiones etc.). ➤ Proporcionar un ambiente limpio, libre de malos olores. ➤ Proporcionar a la mamá las reglas de oro para la preparación higiénica de los alimentos. <p>Reglas de Oro para la preparación Higiénica de los alimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elegir alimentos tratados con fines higiénicos. • Cocina bien los alimentos. • Consumir inmediatamente los alimentos cocinados. • Guarda cuidadosamente los alimentos cocinados. • Recalentar bien los alimentos cocinados. • Evitar el contacto entre alimentos crudos y cocidos. • Lava tus manos a menudo. • Mantener limpias la superficie de la cocina. 	<p>El asesoramiento dietético no se limita a proporcionar información si ni que las enseñanzas se deben adoptar a las necesidades del paciente. (B. Kozier. pág. 1285).</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores u otros animales. • Utilizar agua purificada. 	
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>5. Hacer modificaciones en la dieta cuando se requiera.</p> <p>Acciones:</p> <p>Valorar la intensidad de las náuseas y vómito después de la aplicación de la quimioterapia.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cuando las náuseas y vómito sean intensos proporcionar una dieta libre de grasas, condimentos, jugos industrializados, bebidas gaseosas y carnes condimentadas que son alimentos que aumentan la náusea y el vómito. b) Proporcionar abundantes líquidos claros y una dieta a tolerancia que puede incluir líquidos claros, carnes suaves de aves, tortillas, verduras en crema y frutas. c) Administrar medicamentos cuando corresponda. d) Cuando se reporte estreñimiento realizar una valoración abdominal para determinar peristaltismo en zonas dolorosas. e) En caso de reportarse diarrea realizar interrogatorio intencionado para conocer la posible causa. f) Administrar medicamentos cuando proceda. 	<p>La salud de una persona afecta mucho a sus hábitos alimenticios y a su estado nutricional. Los tratamientos como la quimioterapia y radioterapia también pueden influir sobre los patrones alimentarios y la nutrición. (B. Kozier. pág. 1288).</p>

EVALUACIÓN

Con las intervenciones que se implementaron el paciente aprendió como mejorar la calidad de su alimentación, la mamá tuvo la disposición para apoyarnos con la continuación de las intervenciones en casa. La evolución del paciente fue lenta hasta el tercer mes en el que se vieron resultados con el aumento de 2 centímetros en la talla y 1.5 kilos en el peso.

Para la realización de las intervenciones se tuvo el material necesario, aunque para la asesoría por parte de nutrición fue directa de ellos con el paciente y enfermería únicamente reforzó la información proporcionada.

Al momento de la valoración el paciente se encontraba en un grado 3 de dependencia, con duración de algunos meses. Después de tres meses el paciente se ubico en grado 1 de dependencia de la escala de Margot Phaneuf continuum dependencia-independencia.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Necesidad: Vestido y Desvestido.

Nombre: Juan Martín Moreno Molina.

Servicio: Quimioterapia Ambulatoria

Edad: 9 años 8 meses.

Sexo: Masc. Dx. médico: leucemia linfoblástica aguda (LLA)

Reg. 774252.

Diagnostico de Enfermería.	Alteración en el vestido y desvestido relacionado con sensación de dolor en tórax anterior, para vestirse manifestado por dificultad para colocarse la playera.
Fecha de identificación.	03 / NOV / 2008.
Fuentes de la dificultad.	Falta de Conocimiento y voluntad.
Duración y grado de dependencia e Independencia.	Dependencia transitoria meses. Grado 3.
Tipo de prioridad.	Media
Rol de la Enfermera:	De ayuda
Objetivo.	El paciente no presentará temor al vestirse y desvestirse el tórax a través de la enseñanza de maniobras que eviten la sensación de dolor.

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<p>Tipo de intervención: Independiente</p> <p>1. Enseñar al niño vestirse con ropa cómoda cuando asista a quimioterapia.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pedir a la mamá que el niño asista con ropa cómoda como pants y playera amplia. b) Recomendar a la mamá y al niño retiren ropa innecesaria antes de la instalación de la aguja en el puerto. c) Recomendar a la mamá que tenga ropa disponible en casa para cuando el niño asista a quimioterapia. d) En colaboración con la mamá proponer arreglos a la ropa del niño como broches, parches de velcro que faciliten el vestido y desvestido. e) Mencionar a la mamá que después de instalada la aguja no es necesario ponerle toda la ropa al niño. 	<p>La ropa necesaria para el paciente depende de la edad, su condición, la naturaleza del tratamiento y el clima. La elección de la ropa resulta particularmente afectada por el estado general del paciente, ya sea que se encuentre confinado en cama o sea ambulatorio.</p> <p>En líneas generales la ropa debe permitir libertad de movimientos, facilitar el acceso a aquellas zonas del paciente que necesiten una manipulación o visualización frecuentes, proteger adecuadamente del frío o del calor, y que no hieran la imagen del paciente.</p> <p>http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4473</p>
<p>Tipo de intervención: independiente</p> <p>2. Identificar la manera más fácil para que se vista y desvista el paciente.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Preguntar al paciente en que momento le resulta molesto vestirse y desvestirse. b) Identificar el área y momento en el que el paciente necesita ayuda. c) Observar y estimular la participación del niño. d) Identificar los posibles obstáculos para vestirse y desvestirse. e) Ayudar al paciente cuando se observe problema para que el se vista y desvista solo. 	<p>Es necesario manejar correctamente las dificultades del paciente para vestirse y desvestirse con la menor complicación.</p> <p>http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4473</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>f) Utilizar extensiones en la instalación de la quimioterapia.</p> <p>g) Pasar las bolsas o frascos con quimioterapia por el orificio del cuello de las playeras.</p> <p>h) Ayudar a vestir primero la zona que presente molestia.</p> <p>Permitir al niño que exprese sus inquietudes.</p>	
<p>Tipo de intervención: Independiente</p> <p>3. Proporcionar medidas no farmacéuticas como la musicoterapia para disminuir la ansiedad cuando se instala la aguja en el puerto.</p> <p>a) Establecer una relación empática con el paciente para obtener su confianza.</p> <p>b) Permitir la presencia de la mamá durante el procedimiento.</p> <p>c) Proporcionar tiempo al paciente para que se relaje.</p> <p>d) Utilizar la musicoterapia como método de relajación.</p> <p>e) Una vez instalada la aguja en el catéter permitir al paciente que se vista solo.</p> <p>f) Ayudar al paciente si es necesario.</p> <p>g) Evaluar las actividades observando los resultados o avances.</p> <p>MUSICOTERAPIA:</p> <p>Concepto: Es el uso de sonidos, trozos musicales y estructuras rítmicas para conseguir diferentes resultados terapéuticos directos e indirectos a nivel psicomotriz orgánico y energético.</p> <p>El tipo de música recomendada es la música clásica. (Beethoven, Mozart, Bach, etc.).</p>	<p>La utilización de medidas no farmacológicas como la musicoterapia tienen como fin desarrollar potenciales y/o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento.</p> <p>http://es.wikipedia.org/wiki/Musicoterapia</p> <p>Efectos de la musicoterapia en niños: Regula el estado de ánimo. Mejora el aprendizaje y coordinación. Mejora la concentración.</p> <p>Principios: La música y sus componentes fundamentales (estructuras rítmicas, escalas, etc.) producen patrones de actividad eléctrica cerebral -</p>

<p>Objetivo</p> <p>Estimular determinadas zonas del cuerpo humano para ayudar a equilibrar funciones orgánicas, psicológicas concretas.</p>	<p>Coherente que se traduce en una mayor eficacia a nivel del funcionamiento del cerebro.</p> <p>Los sonidos son frecuencias electromagnéticas susceptibles que pueden ser utilizadas de manera terapéutica</p>
<p>PROCEDIMIENTO</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>Integrar material y equipo (reproductor de Cd, Cd con música clásica).</p> <p>Trasladar el equipo a la unidad del paciente.</p> <p>Entablar una relación cordial con el paciente para obtener su atención y confianza siempre y cuando sea posible.</p> <p>Instalar el equipo y colocar el equipo aproximadamente a 2 metros del paciente.</p> <p>Seleccionar la o las melodías a reproducir (se recomienda Mozart).</p> <p>Reproducir las melodías a un volumen bajo a medio durante 10 a 15 minutos.</p> <p>Al finalizar retirar el equipo.</p> <p>Dejar cómodo al paciente.</p>	<p>La implicación del paciente puede potenciar el cumplimiento de las intervenciones.</p> <p>Involucrar al paciente en este proceso favorece la creación de un plan significativo y estimula la motivación de la persona. (B. Kozier. Pág. 510).</p> <p>La intensidad del sonido también depende de la distancia a la que sea producido (como estimular con musicoterapia – selector)</p> <p>La música de Mozart posee un efecto sanador y es la que mas se asemeja al ritmo cardiaco (como estimular con musicoterapia – selector).</p> <p>La cantidad de decibeles recomendado es de 30 decibeles para no dañar la membrana timpánica (como estimular con musicoterapia – selector).</p> <p>La comodidad permite la relajación y ayuda a conciliar el sueño. Las medidas de confort suelen estar controladas por el profesional de enfermería, que quien selecciona las acciones más convenientes y las adopta a las necesidades del paciente (B. Kozier Pág.468).</p>

EVALUACIÓN

Las actividades realizadas ayudaron al paciente a disminuir la ansiedad al vestirse con la aguja instalada en el puerto. El paciente aprendió a vestirse de manera que permitiera el fácil vestido con la quimioterapia instalada. La mamá realizó modificaciones en las camisetas y playeras del paciente en la parte superior izquierda, colocándoles velcro o broches para facilitar la introducción del cuello y brazo. Al paciente le agrado la musicoterapia por lo que coopero con la instalación de la aguja en el catéter.

Para llevar a cabo las actividades se contó con la colaboración del familiar (mamá), las enfermeras del servicio de quimioterapia.

En el momento de realizar la valoración el paciente se ubicaba en un grado 3 con dependencia de algunos meses, después de las intervenciones se ubicó en grado 1 de la escala de Margot Phaneuf continuum dependencia-independencia.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Necesidad: Eliminación.

Nombre: Juan Martín Moreno Molina.

Servicio: Quimioterapia Ambulatoria

Edad: 9 años 8 meses.

Sexo: Masc. Dx. médico: Leucemia linfoblástica aguda (LLA)

Reg. 774252.

Diagnostico de Enfermería.	Riesgo de alteración en la eliminación, urinaria relacionado con efectos secundarios de quimioterapia.
Fecha de identificación.	20 / OCT / 2008.
Fuentes de la dificultad.	Falta de Fuerza.
Duración y grado de dependencia e Independencia.	Grado 2. Dependencia transitoria meses.
Tipo de prioridad.	Media
Rol de la Enfermera:	De ayuda
Objetivo.	El niño no presentará alteración en la eliminación urinaria por medio de la vigilancia estrecha de la de la quimioterapia.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>1. Vigilar la eliminación urinaria.</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Registrar el numero de orinas, la cantidad y las características de estas.</p> <p>b) Registrar la cantidad de líquidos administrados IV.</p> <p>c) Registrar la cantidad de líquidos ingeridos vía oral.</p> <p>d) Reportar posibles alteraciones.</p>	<p>La eliminación urinaria es esencial para la salud, pero existen diversos factores que pueden alterarla como enfermedad, medicamentos, edad, factores psicosociales. (B. Kozier. Pág. 1375).</p>
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>2. Detectar oportunamente signos y síntomas de alarma</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Conocer los afectos adversos de la quimioterapia (ciclofosfamida) sobre el sistema urinario.</p>	<p>Los efectos secundarios o colaterales de la quimioterapia es un efecto no buscado, suelen ser predecibles y pueden ser inocuos o potencialmente peligrosos, pueden tolerarse o en casos graves se justifica la interrupción del tratamiento. (B. Kozier. Pág. 860).</p>
MEDICAMENTO	EFECTOS ADVERSOS
<p>CICLOFOSFAMIDA:</p> <p>Dosis: 330. mg. Vía: Intravenosa. Horario: dosis única.</p>	<p>Es un agente citotóxico indicado en el tratamiento de leucemias, cáncer de vejiga, pulmón, etc. Los efectos adversos que se presentan con la administración de ciclofosfamida son: depresión medular y en especial a nivel de vejiga produce cistitis hemorrágica debido a la toxicidad de los metabolitos que se excretan por la orina. http://www.ispch.cl/encabezado/folletos/doc/Ciclofosfamida.pdf.</p>
<p>Acciones:</p> <p>a) Observar que no exista disuria.</p> <p>b) Realizar labstix por micción durante la infusión de ciclofosfamida, para detectar sangre microscópica en orina.</p>	

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>c) Verificar que no exista sangre en la orina.</p> <p>d) Verificar que no haya globo vesical grande.</p> <p>e) Observar que no exista edema.</p> <p>f) Reportar alteraciones detectadas.</p> <p>g) Administrar líquidos Intravenosos que ayuden a eliminar el fármaco cuando sea necesario.</p> <p>h) Administrar líquidos vía oral para aumentar la uresis para eliminar los metabolitos del fármaco.</p> <p>i) Administrar medicamentos</p> <p>J) Administrar furosemide que estimula la uresis cuando proceda.</p> <p>Furosemide:</p> <p>Dosis: según indicación Vía: Intravenosa. Horario: según indicación.</p>	<p>Furosemide: Es un diurético de ASA que produce un comienzo rápido, comparativamente potente y de corta duración de la diuresis. Esta indicada en la retención de líquidos, para aumentar la diuresis.</p> <p>Está contraindicada en hipovolemia, deshidratación, insuficiencia renal, hipokalemia, hiponatremia.</p> <p>http://www.famguerra.com/meds/search/Meds.cfm?pagina=35541.htm</p>
<p>Acciones:</p> <p>Conocer los efectos adversos de la quimioterapia (metotrexate) sobre el sistema urinario.</p>	
MEDICAMENTO	EFECTOS ADVERSOS
<p>METROTEXATO</p> <p>Dosis: 2.3 g. Vía: Intravenosa. Horario: dosis única.</p>	<p>Metotrexato: Es un antagonista del ácido fólico e interfiere con la acción de la interleukina 1, esta indicado en la terapia de mantenimiento en conjunto con otras drogas en leucemias linfoblástica agudas, leucemias meníngeas, coriocarcinoma, tumores linfoblásticos etc.</p> <p>Se puede presentar anorexia, náuseas, vómito, diarrea, hepatotoxicidad, exantema cutáneo, daño renal. En caso de intoxicación administrar ácido fólico y la alcalinización de la orina con bicarbonato de sodio para prevenir la precipitación del metotrexate o de sus metabolitos en los túbulos renales.</p> <p>http://www.libreriamedica8a.com/productos/2509.htm</p>

MEDICAMENTO	EFECTOS ADVERSOS
<p>ACIDO FOLINICO: Dosis: 40.mg. Vía: Intravenosa. Horario: cada cuatro horas por diez dosis.</p>	<p>Es una forma reducida del ácido fólico. Esta indicado como rescate después del tratamiento con dosis altas de metotrexate en anemias megaloblásticas y en general como antídoto a los efectos tóxicos de los antagonistas del ácido fólico.</p> <p>Reacciones de hipersensibilidad al ácido folínico. No se debe administrar simultáneamente con antagonistas del ácido fólico (metotrexate) ya que el efecto terapéutico del antagonista puede ser anulado. http://www.libreriamedica8a.com/productos/694.htm</p>
<p>BICARBONATO DE SODIO: Dosis: 30.mg. Vía: Intravenosa. Horario: cada seis horas.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Vigilar datos de intoxicación por metotrexato como exantema cutáneo, daño renal y reportar anomalías. b) Vigilar signos vitales. c) Realizar labstix por micción observando PH y presencia de sangre. d) PH debe estar entre 7 y 7.5. e) Reportar alteraciones. f) Administrar ácido folínico según indicación. g) Administrar bicarbonato de sodio según la indicación. h) Monitorizar los niveles de metotrexato en sangre. 	<p>Esta indicado en la corrección de la acidosis metabólica y alcalinización urinaria. Durante su administración se debe monitorizar el PH.</p> <p>Puede causar alcalosis metabólica, hiperosmolaridad, disminuir el gasto cardíaco. Se debe tener precaución durante la infusión evitando la extravasación. http://www.saob.org.ar/index.php?operation=view&node=100</p>
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Orientar al paciente y al familiar para detectar signos y síntomas de alarma. 	<p>Esta serie de signos y síntomas de alarma que debe conocer el paciente y el familiar y que, cuando aparecen, son de obligada visita al médico.</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Utilizar un lenguaje sencillo al explicar los signos y síntomas de alarma. b) Hacer mención a la mamá que es importante que conozca cuales son los signos y síntomas de alarma durante la administración de quimioterapia que pueda afectar eliminación urinaria. c) Enseñar a la mamá que pueda detectar el edema observando si existe aumento de volumen en extremidades inferiores, cara durante o después de la quimioterapia. d) Mencionar al familiar que observe las características de la orina del niño sobretodo que no exista sangre o rasgos de esta. e) Mencionar a la mamá que observe las gesticulaciones del niño al orinar para detectar si existe dolor, ardor, etc. f) Al niño mencionarle que debe reportar dolor, ardor, que no orine malestar en el abdomen bajo o si observa sangre en su orina. g) Mencionar a la mamá que reporte cualquier otra alteración que detecte como: fiebre, sangrado por cualquier vía h) Verificar que la mamá y el paciente hayan comprendido la información haciendo preguntas, retroalimentando y resolviendo dudas. 	<p>Estos signos son los que aparecen más precozmente y su vigilancia puede significar la diferencia entre un diagnóstico y tratamiento precoz a uno tardío con unas posibilidades de supervivencia mucho menores.</p> <p>http://medtempus.com/archives/los-7-signos-de-alarma-del-cancer/</p>

EVALUACIÓN

Las intervenciones llevadas a cabo con el paciente evitaron la aparición de complicaciones en la eliminación urinaria. Cabe mencionar que tanto el niño como la mamá aprendieron cuales son los signos y síntomas de alarma cuando se administra la quimioterapia, que tiene efectos adversos sobre el sistema urinario con la ciclofosfamida que está incluida en su esquema de de tratamiento.

Para realizar las actividades se contó con todo el material y equipo necesario, así como la colaboración del personal médico y de enfermería del servicio de quimioterapia.

En el momento de la valoración el paciente se ubicaba en dependencia transitoria con duración de algunos meses y mediante las intervenciones de enfermería se ubico en grado 1 de la escala de Margot Phaneuf continuum dependencia-independencia.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Necesidad: Aprendizaje.
Nombre: Juan Martín Moreno Molina.
Servicio: Quimioterapia Ambulatoria
Edad: 9 años 8 meses.
Sexo: Masc. Dx. médico: leucemia linfoblástica aguda (LLA)
Reg. 774252.

Diagnostico de Enfermería.	Riesgo de alteración del aprendizaje formal relacionado con frecuentes asistencias al hospital.
Fecha de identificación.	20 de octubre de 2008.
Fuentes de la dificultad.	Falta de fuerza
Duración y grado de dependencia e Independencia.	Algunos meses
Tipo de prioridad.	media
Rol de la Enfermera:	De ayuda
Objetivo.	El niño mejorará su nivel académico por medio de la asistencia a clases a través del programa aprendiendo en el hospital que se implementa en el área de quimioterapia cada vez que asista al hospital.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>1. Evaluar el nivel de retraso escolar en el paciente de acuerdo a su edad.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Una vez contactada la educadora con el paciente valorar el nivel académico del paciente mediante la aplicación de ejercicios de sumas, restas, divisiones, y algunas preguntas abiertas sobre otras materias. b) Explicar al paciente el objetivo de la evaluación. c) Durante la evaluación propiciar un ambiente tranquilo. d) Evitar apresurar al niño para que conteste. e) En todo momento motivar al niño a continuar. f) Analizar los resultados e informar al paciente de estos. g) Determinar los factores que pudieran obstaculizar el aprendizaje como son: efectos secundarios de la quimioterapia (nausea, vomito etc.) disposición del paciente para aprender. 	<p>La edad aporta información sobre el grado de desarrollo de la persona, lo que indica los contenidos y métodos especiales de aprendizaje que conviene utilizar.</p> <p>(B. Kozier. Pág. 504).</p>
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>2. Convencer al niño y a la madre para que asista a clases del programa sigamos aprendiendo en el hospital.</p> <p>Programa sigamos aprendiendo en el hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proyecto se emprende en el año 2004 con la visita de la esposa del entonces Presidente de la República a este hospital. ➤ Iniciativa de la SEP, Secretaria de Salud e ISSSTE. ➤ En este hospital se inicia en junio de 2005. ➤ Su objetivo es abatir el rezago educativo de los niños internados o que visitan constantemente al hospital. 	<p>La disposición para aprender implica la demostración de conductas o signos que reflejan la motivación de una persona para aprender.</p> <p>(B. Kozier Pág. 501).</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Explicar al niño de manera sencilla la importancia de poder continuar estudiando (es importante para su futuro y para no perder el año escolar). b) Utilizar un lenguaje comprensible para el paciente. c) Explicar a la mamá las ventajas de mantenerlo dentro de las actividades escolares para evitar más atrasos. d) Contactar al niño con las educadoras. e) Presentar al niño con las educadoras. f) Favorecer una buena relación paciente-educadora. g) Presentar a la mamá con las educadoras. h) Explicar a la educadora la situación del paciente, para que haga su labor de convencimiento. i) Pedir a la educadora explique a la mamá y el niño de que se trata el programa sigamos aprendiendo en el hospital. j) Estimular al niño y a la mamá expresen sus dudas. 	
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>3. En colaboración con la educadora plantear las actividades de aprendizaje.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Adaptar las actividades escolares a realizar al tiempo disponible del paciente. b) Utilizar métodos diversos de enseñanza para mantener el interés del paciente. c) Seleccionar el material educativo adecuado de acuerdo a la edad del paciente. 	<p>Un plan docente debe incluir al paciente en este proceso para favorecer la creación de un plan significativo y estimula la motivación del paciente. (B. Kozier Pág. 510).</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>d) Proporcionar un ambiente óptimo para el aprendizaje (poco ruido sin distracciones), de ser posible acondicionar un lugar con estas características.</p> <p>e) Evitar las clases extensas sin descanso.</p> <p>f) Propiciar la participación del paciente.</p>	
<p>Tipo de intervención: independiente.</p> <p>4. Motivar al niño a continuar con las clases.</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Apoyar la conducta deseada con comentarios positivos y elogios cuando realice las actividades escolares.</p> <p>b) Proporcionar estímulos (diplomas elaborados en computadora cuando se requiera) o su boleta o certificado oficial de la SEP cuando así proceda.</p> <p>c) En colaboración con la mamá buscar cuales son las aspiraciones del niño y trabajar sobre estas.</p> <p>d) Permitirle al niño que participe activamente en el aprendizaje.</p>	<p>La motivación para aprender es el deseo de aprender, y es un factor que influye en la rapidez y en la cantidad de cosas que se aprenden.</p> <p>(B. Kozier Pág. 500).</p>
<p>5. Pedirle a la mamá continúe con el aprendizaje en el hogar.</p> <p>Tipo de intervención: Interdependiente</p> <p>ACCIONES:</p> <p>h) Sugerir a la maestra le proporcione tarea o actividades para realizar en casa.</p> <p>i) Mencionar a la mamá que realice actividades de repetición para favorecer la retención.</p> <p>j) Sugerir a la mamá que puede auxiliarse de cuadernillos de trabajo.</p> <p>k) Hacer mención a la mamá que estimule al niño a realizar las actividades.</p> <p>Sugerir a la mamá designar un lugar apropiado para realizar las tareas y Actividades de aprendizaje (poco ruido y sin distracciones).</p>	<p>La repetición de los conceptos y hechos clave facilita la retención de los conocimientos.</p> <p>(B. Kozier Pág. 502).</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
l) Evitar regaños o presionar al paciente durante la realización de las tareas. m) Realizar revisión de tareas o actividades cuando asista a clases o a quimioterapia. n) Retomar los temas en los cuales se observe dificultad. o) Resolver dudas y atender comentarios.	

EVALUACIÓN

Las actividades realizadas para mejorar el nivel académico del paciente tuvieron poco impacto debido a que el paciente asiste una vez por semana a quimioterapia y en ocasiones es por poco tiempo, lo que impide que se espere a clases ya que el paciente se quiere retirar de inmediato. El paciente continuó inscrito en la primaria pero su aprovechamiento sigue siendo bajo ya que no asiste constantemente. El niño menciona que no le importa repetir año por que es más importante que se cure.

Por todo lo anterior el objetivo se cumplió parcialmente por que se logro convencer e inscribir al paciente en el programa sigamos aprendiendo en el hospital, pero no asistió con frecuencia a las clases por lo cual no mejoró su nivel académico.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Necesidad: Realización.
 Nombre: Juan Martín Moreno Molina.
 Servicio: Quimioterapia Ambulatoria.
 Edad: 9 años 8 meses.
 Sexo: Masc. Dx. médico: leucemia linfoblástica aguda (LLA)
 Reg. 774252.

Diagnostico de Enfermería.	Riesgo de alteración de la autoestima relacionado con la enfermedad crónica y tratamiento prolongado.
Fecha de identificación.	03 de noviembre de 2008.
Duración y grado de dependencia e independencia.	Dependencia de algunos meses. Grado 2.

Tipo de prioridad.	Media
Rol de la Enfermera:	De ayuda
Objetivo.	El niño evitará alteraciones en su autoestima por medio de actividades que la conserven y mejoren durante su tratamiento.
INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>1. Identificar signos de alteración en la autoestima del paciente como: depresión, facies de tristeza, etc.</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Acercarse al paciente amablemente.</p> <p>b) Entablar una relación de confianza con el paciente.</p> <p>c) Escuchar atentamente al paciente durante el interrogatorio.</p> <p>d) Observar el estado emocional del paciente.</p> <p>e) Observar las gesticulaciones del paciente cuando se exprese verbalmente.</p> <p>f) Escuchar detenidamente las expresiones verbales que utilice.</p> <p>g) Interrogar a la mamá acerca de los cambios emocionales recientes del paciente.</p> <p>h) Realizar las preguntas lentamente acerca de cómo se siente emocionalmente.</p> <p>No presionar al paciente para que responda. Identificar la situación familiar actual.</p>	<p>El autoestima es el juicio que se tiene de la propia valía, es decir cómo se comparan los estándares y desempeños de una persona con las de otras y con su propio yo ideal. Si la autoestima de la persona no encaja con el yo ideal, aparece un autoestima negativo. (B. Kozier Pág. 1049.)</p> <p>La enfermedad y los traumas afectan el auto-concepto las personas responden a los factores estresantes como la enfermedad de múltiples formas, son reacciones frecuentes la aceptación, la negación, el retraimiento y la depresión. (B. Kozier Pág. 1050.)</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Tipo de intervención: Interdependiente.</p> <p>2. Planificar las actividades encaminadas a reforzar la autoestima del paciente.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Comentar con el profesional de psicología los datos encontrados. b) En conjunto con el profesional de psicología proponer actividades a realizar con el niño. c) En las actividades a realizar incluir al familiar o familia si es posible. d) Atender las inquietudes y dudas del paciente. e) Formar grupos de apoyo con pacientes con el mismo padecimiento y edad similar si es posible. f) Reunir el material necesario para realizar las actividades. g) Buscar el lugar más apropiado para llevar a cabo las actividades si es posible. h) Planificar estas actividades de acuerdo a la disposición y tiempo del paciente. i) Fomentar un ambiente tranquilo y relajado con una actitud positiva y amable. 	<p>El profesional de enfermería elaborará planes para mejorar el auto concepto en colaboración con el paciente y la familia cuando es posible, en función del estado de salud, el grado de ansiedad. Los recursos, mecanismos de afrontamiento y la afiliación sociocultural y religiosa del paciente. (B. Kozier Pág. 1053.)</p>
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>3. Llevar a cabo actividades para reforzar la autoestima y estado emocional del paciente.</p>	<p>Las intervenciones de enfermería para promover el autoconcepto positivo y en consecuencia favorecer el estado emocional, incluyen ayudar al paciente a identificar sus “puntos fuertes”. En pacientes con trastornos del autoconcepto, la enfermera debe crear una relación terapéutica y ayudar al paciente a valorarse y efectuar cambios conductuales. (B. Kozier Pág. 1057.)</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Realizar comentarios positivos acerca del paciente. b) Permanecer con el paciente durante los momentos de labilidad emocional, depresión, enojo etc. Y manifestar comprensión. c) Permitir al niño que exprese sus emociones, dando el tiempo necesario. d) Tocar al paciente, brindar un abrazo, o dar palabras de aliento durante los momentos de ansiedad. e) Realizar reuniones de grupo con pacientes en las que puedan expresar sus emociones. f) Realizar actividades para desarrollar resiliencia en el niño: <p>Entre los principales factores protectores están:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Relaciones afectuosas. 2) Las expectativas que se tienen de las personas. 3) las oportunidades de participación y contribución significativa. <p>Hacer hincapié en las fortaleza innata de los niños, adolescentes, de sus familias,</p>	<p>La resiliencia es esa capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas, bien hechas, cuando todo parece actuar en nuestra contra se ha convertido en un concepto que integra ingredientes psicológicos, social, emocionales, cognitivos, culturales, etc.</p> <p>Hoy día se sabe como primario la necesidad de fortalecer a los niños interiormente para que puedan resistir a las dificultades de este mundo tan difícil.</p> <p>http://www.geocities.com/centrotecnicas/resiliencia.html</p> <p>La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles.</p> <p>http://www.geocities.com/centrotecnicas/resiliencia.html</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Mecanismos para niños que afronten adversidad.</p> <p>Los niños como ya hemos dicho son presa de problemas. Un niño resiliente o sea quien toma un tratamiento de resiliencia, posee en alto grado, cada una de estas características del TENGO, SOY/ESTOY, PUEDO y está en capacidad de decir:</p> <p>TENGO... personas en derredor en quienes confío y que me quieren incondicionalmente. Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas. Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder y tratan que aprenda a desenvolverme solo. Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.</p> <p>SOY Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño. Respetuoso de mí mismo y del prójimo. Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.</p> <p>PUEDO Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito. Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar. Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.</p> <p>Acciones: g) Proporcionar a la mamá la siguiente información sobre la resiliencia.</p> <p>10 consejos para desarrollar la resiliencia en niños y adolescentes.</p> <p>I.-Establezca relaciones: Enséñele a su hijo cómo hacer amigos, inclusive la capacidad de sentir empatía, o de sentir el dolor del otro. Anime a su hijo a ser amigo para poder tener amigos.</p> <p>II.-Ayude a su hijo haciendo que ayude a otros: Ayudar a otros puede permitirle a los niños superar la sensación de que no pueden hacer nada. Anime a su hijo a realizar trabajos voluntarios apropiados para su edad.</p> <p>III.- Mantenga una rutina diaria: Respetar una rutina puede ser reconfortante para los niños, Anime a su hijo a desarrollar sus propias rutinas.</p>	<p>La resiliencia:</p> <p>Favorece el desarrollo y existencia de factores protectores. Se entiende por Factores protectores a las “influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo”.</p> <p>http://www.geocities.com/centrotecnicas/resiliencia.html</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>IV.- Tómese un descanso: Dese cuenta de las cosas a las que su hijo está expuesto y que puedan ser inquietantes; sean noticias, Internet o conversaciones que oyen por casualidad y asegúrese de que su hijo tome un descanso de esas cosas si le causan inquietud.</p> <p>V.- Enseñe a su hijo a cuidar de sí mismo: Dé un buen ejemplo y enséñele a su hijo la importancia de darse tiempo para comer como es debido, hacer ejercicios y descansar. Asegúrese de que su hijo tenga tiempo para divertirse y de que no tenga programado cada minuto de su vida sin ningún momento para relajarse.</p> <p>VI.-Avance hacia sus metas: Enséñele a su hijo a fijarse metas razonables y luego a avanzar dando un solo paso a la vez para lograr alcanzarlas. Avanzar hacia esa meta, incluso con un paso muy pequeño, y recibir elogios por hacerlo hará que su hijo se concentre en su logro en lugar de fijarse en lo que no logró y puede ayudarle a desarrollar resiliencia para salir adelante ante los desafíos.</p> <p>VII.-Alimente una autoestima positiva: Ayude a su hijo a recordar cómo pudo lidiar satisfactoriamente con dificultades en el pasado y luego ayúdelo a entender que esos desafíos pasados lo ayudan a desarrollar la fortaleza para manejar desafíos futuros. Ayude a su hijo a que aprenda a confiar en sí mismo para resolver los problemas y tomar las decisiones adecuadas. Enséñele a su hijo a tomar la vida con humor y la capacidad de reírse de sí mismo.</p> <p>VIII.- Mantenga las cosas en perspectiva y una actitud positiva: Incluso cuando su hijo esté enfrentando sucesos dolorosos, ayúdelo a ver la situación en un contexto más amplio y ayúdelo a ver que existe un futuro más allá de la situación actual y que el futuro puede ser bueno. Una actitud optimista y positiva le permite a su hijo darse cuenta de las cosas buenas de la vida y seguir adelante incluso en los momentos más difíciles.</p>	

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>IX.- Busque oportunidades para el auto-descubrimiento: Los momentos difíciles suelen ser los momentos en los que los niños aprenden más sobre sí mismos. Ayude a que su hijo vea cómo lo que está enfrentando puede enseñarle a entender de qué está hecho.</p> <p>X.- Aceptar que el cambio es parte de la vida: Los cambios pueden a menudo ser terribles para los niños y adolescentes. Ayude a su hijo a ver que el cambio forma parte de la vida y que se puede reemplazar con nuevas metas. http://www.centrodeapoyoapa.org/temasdestacados</p> <p>Acciones:</p> <p>h) Enseñar al paciente a disminuir el enojo con técnicas de relajación.</p> <p>Técnicas de Relajación:</p> <p>Las técnicas de relajación están especialmente indicadas en los trastornos de tipo psicossomático y en todas aquellas alteraciones en que la ansiedad o angustia es la que provoca los desórdenes funcionales.</p> <p>Método del doctor Herbert Benson:</p>	<p>Las técnicas de relajación permiten al paciente ejercer el control sobre las respuestas corporales a la tensión y la ansiedad. (B. Kozier Pág. 252).</p> <p>Las técnicas de relajación son unas herramientas muy demandadas en la sociedad actual donde el estrés y las prisas son fuente de malestar psicológico. Las técnicas de relajación se deben practicar en una habitación silenciosa, con poca luz, sobre la cama.</p> <p>El objetivo fundamental de los métodos de relajación (técnicas de relajación) consiste en la producción, bajo control del propio sujeto, de estados de baja activación del sistema nervioso autónomo. Su logro repercutirá en un mayor autocontrol de sus conductas emocionales, comporta mental e intelectuales. (B. Kozier Pág. 252).</p> <p>Herbert Benson es uno de los científicos más destacados que iniciaron el estudio de la meditación trascendental, y ha intentado desmitificarla proporcionando las siguientes instrucciones sencillas para conseguir la relajación. http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Cuando el paciente presente enojo pedirle:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentarse o estirarse en silencio en una postura cómoda. ➤ Disminuir los estímulos ambientales (luz, ruido, etc. ➤ Cerrar los ojos. ➤ Relajar a fondo todos los músculos del cuerpo dejándolos "suelos", apoyados en la superficie donde nos encontremos, como si tuviéramos la sensación de que esa parte nos pesara más de la cuenta. ➤ Empezar por los pies, pensar que nos están pesando, que se apoyan libremente sobre el sofá, cama, etc., avanzar lenta y progresivamente esta sensación de pesadez con el resto del cuerpo: las piernas, las manos, los brazos, el abdomen (sentir que toda la espalda se apoya relajadamente sobre la superficie donde nos encontremos) y así hasta los músculos de la cara. Mantenerlos relajados. ➤ Respirar por la nariz. Tomar conciencia de la respiración. Al aspirar, decirse a sí mismo la palabra "uno", luego "dos", y así progresivamente. Respirar con naturalidad, no profundamente. ➤ Respirar por la nariz. Tomar conciencia de la respiración. Al aspirar, decirse a sí mismo la palabra "uno", luego "dos", y así progresivamente. Respirar con naturalidad, no profundamente. 	<p>Esta técnica puede disminuir el consumo de oxígeno, el metabolismo, la frecuencia cardíaca la tensión muscular y la presión arterial, favoreciendo la relajación. (B. Kozier Pág. 252).</p> <p>Esta técnica llena de oxígeno los pulmones y exhala lentamente el CO₂ liberando la tensión del cuerpo. http://www.unizar.es/med_naturista/Ejercicio/relajacion.pdf</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>➤ Continuar durante diez a veinte minutos. Pueden abrirse los ojos, para comprobar el tiempo, pero no utilizar un despertador ni un sistema de alarma. Al terminar, permanecer sentado durante algunos minutos más, primero con los ojos cerrados y después abiertos. No levantarse hasta que hayan pasado algunos minutos.</p> <p>i) Reforzar las conductas positivas del paciente.</p> <p>Permitir al paciente que utilice otros recursos como la oración de acuerdo a sus creencias religiosas que mejoren su actitud ante su situación.</p>	

EVALUACIÓN

Las intervenciones que se realizaron mejoraron el estado de ánimo del paciente y durante la instalación de la aguja en el puerto disminuyó su ansiedad, mejoró su disposición para recibir la quimioterapia, se le observó más sociable.

Para realizar las actividades se contactó al profesional de psicología responsable del servicio de Inmunocomprometidos, el que nos proporcionó información y asesoría. Aunque no se pudieron realizar todas las actividades por falta de espacio, disposición y la de otros pacientes se logró cumplir con el objetivo.

En el momento de la valoración el paciente se encontraba en un grado 2 de dependencia, con duración de algunos meses, mejoró ubicándose en grado 1 de la escala de Margot Phaneuf continuum dependencia-independencia.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Necesidad: Oxigenación.
Nombre: Juan Martín Moreno Molina.
Servicio: Quimioterapia Ambulatoria
Edad: 9 años 8 meses.
Sexo: Masc. Dx. médico: leucemia linfoblástica aguda (LLA)
Reg. 774252.

Diagnostico de Enfermería.	Independencia en la necesidad de oxigenación.
Fecha de identificación.	10 de noviembre de 2008.
Fuentes de la dificultad.	Ninguna.
Duración y grado de dependencia e Independencia.	Ninguna.
Tipo de prioridad.	Baja.
Rol de la Enfermera:	De ayuda
Objetivo.	El niño conservará su independencia en la necesidad de oxigenación, a través de la realización de medidas preventivas en el hogar y en el hospital durante su tratamiento.
INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>1. Valorar el aparato respiratorio.</p> <p style="text-align: center;">Acciones:</p> <p>a) Realizar la exploración física del aparato respiratorio cuando asista a su quimioterapia.</p> <p style="text-align: center;">Inspección:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Observar el tamaño y forma y simetría del tórax, coloración de la piel descartar presencia de dificultad respiratoria, aleteo nasal, retracción xifoidea. ➤ Observar el patrón respiratorio. ➤ Observar la sincronía toraco-abdominal de la respiración. 	<p>La función del aparato respiratorio es el intercambio gaseoso. El oxígeno precedente del aire inspirado difunde desde los alveolos pulmonares a la sangre de los capilares pulmonares. El dióxido de carbono producido durante el metabolismo celular difunde desde la sangre a los alveolos y se exhala. (B. Kozier Pág. 1411.)</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Palpación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Palpar el tórax en busca de masas, hipertermia, dolor. ➤ Palpar el tórax posterior valorando la expansión torácica colocando las palmas de las manos sobre el tórax con los pulgares adyacentes a la columna y el resto de los dedos estirados y pedir al paciente realice una respiración profunda mientras se observa el desplazamiento de sus manos y cualquier diferencia en el movimiento. ➤ Palpar el tórax en busca frémito vocal (táctil), una vibración débilmente audible que se percibe a través de la pared torácica cuando hable el paciente. ➤ Se realiza colocando la punta de los dedos y la superficie cubital de la mano o del puño sobre la región posterior del tórax, iniciar en los vértices pulmonares, pedir al paciente repita las palabras “luna azul” o uno, dos, tres). Las manos se van desplazando hasta llegar a las bases de los pulmones. Finalmente comparar el frémito en ambos pulmones. <p>Auscultación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tomar frecuencia cardiaca y respiratoria durante un minuto. ➤ Explora los ruidos respiratorios con el estetoscopio en el tórax posterior en forma de zigzag. ➤ Pedir al paciente que realice respiraciones lentas y profundas por la boca, escuchar los ruidos respiratorios durante una inspiración y espiración completas. 	

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>➤ Los ruidos respiratorios normales son:</p> <p>Vesicular: sonidos de baja intensidad tono grave (bronquiolos y alveolos - durante la espiración).</p> <p>Bronco vesicular: sonidos de intensidad moderada y tono medio (silbantes) (presente en bronquios – fase inspiratoria espiratoria).</p> <p>Bronquial (tubular): sonidos de tono agudo, intensos, (ásperos). (Presentes en región anterior sobre la tráquea).</p> <p>Percusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pedir al paciente flexione la cabeza y cruce los brazos por delante del tórax. ➤ Percutir en los espacios intercostales a intervalos de 5 cts. aproximadamente siguiendo una secuencia sistemática (zigzag o greca) ➤ Comparar ambos pulmones a la percusión. ➤ Anotar posibles anormalidades y reportarlas. <p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>1. Llevar a cabo medidas preventivas que eviten alteraciones en el sistema respiratorio</p>	<p>Los agentes infecciosos que atacan vías respiratorias superiores en los niños pequeños generalmente son los virus, y de manera muy ocasional por bacterias. Otros se presentan en pacientes con defecto grave en su inmunidad secundario a cáncer, quimioterapia, radioterapia, desnutrición o uso prolongado de esteroides. Las actuaciones preventivas van encaminadas a disminuir la contaminación de las vías respiratorias superiores por microorganismos patógenos.</p> <p>http://www.mipediatra.com/infantil/respiratorias3.htm</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Acciones:</p> <p>Recordar a la mamá cuales son las medidas preventivas para evitar las infecciones respiratorias como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) No asistir a lugares concurridos y cerrados. b) Evitar el contacto con personas que tengan enfermedades respiratorias. c) Evitar cambios bruscos de temperatura. d) Consumir frutas con alto contenido en vitamina C como son: naranja, limón, mandarina, guayaba etc. e) Cuando el clima sea frío abrigarse perfectamente. f) No permanecer cerca de fumadores. g) Utilizar cubrebocas durante la estancia en lugares concurridos necesarios (transporte público, hospital etc.). h) En cuanto aparezca tos, rinorrea, fiebre, dificultad para respirar, acudir con el médico para revisión. i) Ingerir abundantes líquidos. j) No automedicarse. 	<p>Las actuaciones preventivas van encaminadas a disminuir la contaminación de las vías respiratorias superiores por microorganismos patógenos.</p>

EVALUACIÓN

Las intervenciones que se realizaron para conservar la independencia del niño, tuvieron resultados favorables, ya que no se presentaron alteraciones en esta necesidad. Para llevar a cabo estas intervenciones se tuvo la colaboración del médico residente de pediatría del área de quimioterapia, quien supervisó y realizó sugerencias de la exploración física, del aparato respiratorio. La mamá del niño colaboro con las actividades a realizar en el hogar.

A la valoración inicial de la necesidad de oxigenación, el niño se encontraba en independencia, la cual fue conservada con las intervenciones de enfermería.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Necesidad: Sueño y Descanso.

Nombre: Juan Martín Moreno Molina.

Servicio: Quimioterapia Ambulatoria

Edad: 9 años 8 meses.

Sexo: Masc. Dx. médico: leucemia linfoblástica aguda (LLA)

Reg. 774252.

Diagnostico de Enfermería.	Manejo efectivo del patrón de sueño y descanso.
Fecha de identificación.	10 de noviembre de 2008.
Fuentes de la dificultad.	Ninguna.
Duración y grado de dependencia e Independencia.	Ninguna.
Tipo de prioridad.	Baja.
Rol de la Enfermera:	De ayuda
Objetivo.	El paciente mantendrá un patrón de sueño y descanso efectivo por medio de la conservación del ambiente optimo en el hogar y el hospital durante las horas de sueño.
INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>1. Fomentar el ambiente óptimo para el sueño y descanso del paciente, en el hospital y en el hogar.</p> <p>Acciones:</p> <p>En el hospital:</p> <p>a) Apagar las luces necesarias de la sala durante las horas de sueño del paciente.</p> <p>b) Disminuir el ruido en la sala.</p>	<p>Para crear un ambiente propicio para el reposo es necesario que la enfermera disminuya las distracciones ambientales, reduzca las interrupciones del sueño, asegure un ambiente sin riesgos y proporcione una temperatura de la habitación satisfactoria para el paciente (B. Kozier Pág. 1230.)</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>c) Evitar interrupciones al sueño del paciente en la medida de lo posible. Proporcionar cobertores o sábanas para abrigar al paciente.</p> <p>d) Pedir a la mamá lo vista con ropa cómoda.</p> <p>e) Programar las actividades de enfermería para evitar despertar al paciente.</p> <p>f) Evitar corrientes de aire, calor o frío.</p>	<p>Las medidas de confort son esenciales para ayudar a que el paciente consiga el sueño y lo mantenga, especialmente cuando los efectos de la enfermedad interfieren en el sueño. (B. Koziar Pág. 1230.)</p>
EN EL HOGAR	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recordar a la mamá que debe vestirlo con ropa cómoda. ➤ No proporcionar abundantes líquidos o comidas hipocalóricas antes de ir a dormir. ➤ Apagar la luz de la habitación. ➤ Evitar corrientes de aire, calor o frío. ➤ Evitar situaciones estresantes antes de ir a dormir como regaños, películas de terror, etc. ➤ Recomendar el baño antes de ir a la cama. ➤ Mencionar a la mamá la importancia de cambiar la ropa de la cama 1-2 veces por semana favoreciendo el descanso del paciente. ➤ Vestir la cama con ropa de acuerdo a la época del año. 	<p>Todas las personas 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. (B. Koziar Pág. 1230.)</p> <p>Es evidente que el estrés emocional interfiere en la capacidad de la persona para relajarse, descansar y dormir, y que la imposibilidad de dormir agrava los sentimientos de tensión y es raro que se produzca el sueño hasta que la persona se haya relajado. (B. Koziar Pág. 1231.)</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ➤ En invierno utilizar sabanas de franela, cobertores, edredones etc. ➤ en primavera sabanas ligeras de nylon o algodón, frazadas ligeras. ➤ Recomendar a la mamá realizar actividades como relatar cuentos, hacer oraciones, leer libros de interés para el niño antes de dormir. ➤ Permitir al paciente realizar los rituales que acostumbra antes de ir a la cama (dormir con su oso toby y escuchar la música de su preferencia). ➤ Mencionar a la mamá que observe posibles alteraciones durante el sueño como pesadillas, sonambulismo, enuresis etc. y que las reporte. ➤ Programar los horarios de los medicamentos de manera que se realicen las menores interrupciones al niño. ➤ Permitir hacer siesta al paciente durante el día cuando se sienta cansado 	<p>La mayoría de las personas están acostumbradas a rituales al acostarse, o a las rutinas previas al sueño, que producen confort y relajación. Alterar o eliminar dichas rutinas puede afectar al sueño del paciente. (B. Kozier Pág. 1230.)</p>

EVALUACIÓN

Las intervenciones que se realizaron en el área de quimioterapia y en el hogar permitieron al paciente conservar su independencia en la necesidad de sueño y descanso. Para realizar las intervenciones se contó con la colaboración de la mamá para realizar las actividades en el hogar. En el área de quimioterapia el paciente pudo llevar a cabo su siesta a pesar del ruido existente.

Al momento de realizar la valoración el paciente se encontraba en independencia, con las actividades realizadas el paciente conservó su independencia y mejoró el ambiente para conciliar el sueño en el hogar.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Necesidad: Termorregulación.
 Nombre: Juan Martín Moreno Molina.
 Servicio: Quimioterapia Ambulatoria
 Edad: 9 años 8 meses.
 Sexo: Masc. Dx. médico: leucemia linfoblástica aguda (LLA)
 Reg. 774252.

Diagnostico de Enfermería.	Manejo efectivo de la termorregulación.
Fecha de identificación.	13 de octubre de 2008.
Fuentes de la dificultad.	Ninguna.
Duración y grado de dependencia e Independencia.	Independencia
Tipo de prioridad.	Baja.
Rol de la Enfermera:	De ayuda
Objetivo.	El paciente conservará una temperatura normal a través de los cuidados preventivos y específicos durante su estancia en el área de quimioterapia y en el hogar.
INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
Tipo de intervención: Independiente. 1. Evitar los cambios en la temperatura corporal de acuerdo a la época del año. Acciones	Las temperaturas ambientales extremas pueden alterar los sistemas de regulación térmica de la persona. (B. Kozier Pág. 542.)
EN EL HOSPITAL:	FUNDAMENTACIÓN
a) Si la temperatura ambiental es fría utilizar ropa como chamarras, abrigos, gorros, etc. que eviten la hipotermia. b) Si la temperatura ambiental es cálida utilizar ropa ligera y de colores claros que eviten la hipertermia. c) Utilizar impermeables en época de lluvias.	

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>2. Proporcionar medidas para conservar la temperatura corporal normal.</p> <p>Acciones:</p>	<p>Cuando la producción y las pérdidas de calor son iguales, la temperatura corporal permanece constante, las pérdidas de calor corporal se producen por irradiación, conducción, convección y evaporación. (http://es.wikipedia.org/wiki/Temperatura_corporal.)</p>
EN EL HOGAR	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar cambios bruscos de temperatura. ➤ Evitar asistir a lugares con grandes aglomeraciones. ➤ Evitar exponerse al sol excesivamente. ➤ Ingerir abundantes líquidos en climas calurosos. ➤ Cerrar las ventanas y puertas de la casa durante la época de frío. ➤ Utilizar calentadores si fuera necesario durante el invierno. ➤ Durante la época de calor abrir puertas y ventanas de la casa. ➤ Utilizar ventiladores en caso de ser necesario durante la época de calor. 	
EN EL ÁREA DE QUIMIOTERAPIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Abrir ventanillas durante la época de calor. ➤ Permitir al paciente utilizar ropa ligera. ➤ Proporcionar abundantes líquidos. ➤ Tomar la temperatura si fuese necesario. ➤ Reportar alteraciones. 	

EN EL ÁREA DE QUIMIOTERAPIA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar medidas farmacológicas cuando corresponda. ➤ Proporcionar medidas no farmacológicas si fuese necesario. (medios físicos). ➤ Cerrar ventanillas durante el invierno. ➤ Proporcionar cobertores o sabanas al paciente para cubrirse. ➤ Modificar el aire acondicionado si corresponde. ➤ Permitir que el paciente tome bebidas calientes. ➤ Observar posibles alteraciones en el paciente como: piloerección, temblores. etc. y reportarlos. 	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>3. Informar a la mamá cuales son los signos y síntomas cuando se altera la temperatura corporal.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mencionar cuales son las alteraciones en la temperatura. ➤ Enseñar a la mamá a tomar la temperatura axilar. <p>Alteraciones en la temperatura corporal:</p> <p>Fiebre: cuando la temperatura del cuerpo alcanza valores superiores a los normales, se habla de hipertermia, pirexia o fiebre. Se considera fiebre cuando la temperatura corporal es mayor a 38°.</p> <p>Hipotermia: implica una temperatura central del cuerpo por debajo del límite inferior normal. Menos de 36° se considera hipotermia.</p>	<p>La temperatura corporal refleja el equilibrio que existe entre la producción y la pérdida de calor corporal, y se mide en unidades llamadas grados. (http://es.wikipedia.org/wiki/Temperatura_corporal.)</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Material para tomar la temperatura: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Termómetro. ➤ Torundas alcoholadas 	
PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicar a la mamá que el termómetro se coloca con la punta en el centro de la axila. 2. Mencionar que se debe dejar por tres minutos colocado. 3. Enseñar a la mamá a interpretar lo que marca el termómetro, sobre todo si contiene mercurio, mencionándole que hasta donde llegue la línea de mercurio es la temperatura del paciente. 4. Mencionar a la mamá que debe limpiar el termómetro con una torunda alcoholada cada vez que lo utilice. <p>Mencionar a la mamá los signos y síntomas de fiebre e hipotermia.</p> <p>Fiebre: hay escalofrío, pilo erección (piel de gallina), la piel se percibe caliente, foto sensibilidad, aspecto vidrioso de los ojos, aumento de la frecuencia respiratoria, malestar, debilidad.</p> <p>Hipotermia: sensación de frío y tirotomía, piel pálida y fría, pérdida de la coordinación muscular, desorientación, somnolencia progresiva.</p> <p>Recordar a la mamá cuando presente fiebre o hipotermia lo debe llevar al servicio de urgencias.</p>	

EVALUACIÓN

Las intervenciones llevadas a cabo con el niño, favorecieron la conservación de la temperatura dentro de los parámetros normales y de esta manera el paciente conservo su independencia en la necesidad de termorregulación. Para realizar dichas intervenciones se tuvo la colaboración del cuidador primario (mamá) para continuar las actividades en el hogar.

Al realizar la valoración de la necesidad de termorregulación el paciente se encontraba en independencia, la cual se conservó con las intervenciones de enfermería realizadas para este fin.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Necesidad: Comunicación.

Nombre: Juan Martín Moreno Molina.

Servicio: Quimioterapia Ambulatoria

Edad: 9 años 8 meses.

Sexo: Masc. Dx. médico: leucemia linfoblástica aguda (LLA)

Reg. 774252.

Diagnostico de Enfermería.	Conductas generadoras de salud por parte de la madre e hijo para mejorar la comunicación verbal entre ambos y con el personal de enfermería.
Fecha de identificación.	27 de octubre de 2008.
Fuentes de la dificultad.	Ninguna.
Duración y grado de dependencia e Independencia.	Ninguna
Tipo de prioridad.	Baja.
Rol de la Enfermera:	De ayuda
Objetivo.	El paciente y su madre conservarán una adecuada comunicación entre ambos y con el personal de enfermería del servicio de quimioterapia, por medio de la concientización de la importancia de esta durante su tratamiento.
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN.
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>1. Favorecer la comunicación madre e hijo.</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Permitir la estancia de la mamá con el paciente en todo momento.</p> <p>b) Pedir a la mamá que responda las preguntas del niño con la verdad.</p> <p>c) Mencionar a la mamá que es importante que el niño continúe confiando en ella ya que esto favorecerá la comunicación entre ambos.</p>	<p>La comunicación es el intercambio de información entre dos o más personas, lo que nos permite transmitir pensamientos a los demás no solo mediante el lenguaje hablado o escrito, sino también a través de gestos o acciones corporales.</p> <p>(B. Kozier Pág. 469.)</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> d) Pedir a la mamá atiende los llamados del niño. e) Recordar a la mamá que es importante que haga del conocimiento del niño que puede confiar en ella. f) Permitir a la mamá expresar sus inquietudes. g) Al paciente explicar que es importante comunique a su mamá sus dudas, comentarios, etc. h) Reforzar la imagen de la mamá ante el niño mencionándole que es la persona indicada para pedirle ayuda. i) Animar al niño a expresar verbalmente sus inquietudes. 	
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>2. Favorecer la comunicación de la madre, hijo y personal de enfermería.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Acercarse con actitud amable al paciente y su mamá. b) Entablar una relación cordial con ambos. c) Mostrar interés a lo que nos dice madre e hijo. d) Permitir a la mamá exprese todo lo que desea y escuchar atentamente sin interrupciones. e) Mostrar a la mamá que nos es importante lo que le sucede y ayudarle cuando así proceda. f) Prestar atención a las gesticulaciones y tono de voz que utiliza la mamá para intentar comprender aun más el mensaje. 	<p>La comunicación terapéutica favorece la comprensión y ayuda a establecer una relación constructiva entre la enfermera y el paciente. El profesional de enfermería debe responder no solo al contenido del mensaje verbal del paciente, sino también a los sentimientos expresados. (B. Kozier Pág. 477).</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> g) Dar a conocer a la mamá que puede acudir con nosotros cuando lo requiera. h) Acercarse al niño amablemente e intentar establecer una relación de confianza mostrando comprensión. i) Platicar frecuentemente con el sobre todo los temas de su interés. j) Prestar atención a lo que dice y responder a sus preguntas. k) Mostrar respeto por sus sentimientos y emociones en todo momento. l) Hacer del conocimiento que puede confiar en nosotros m) Animar al paciente a que exprese todas sus dudas, inquietudes, comentarios, etc. n) Guardar fidelidad a las confesiones que pudiera hacernos el paciente. o) Utilizar el tacto en momentos de ansiedad ya sea con un apretón de manos o un abrazo si así procede y mencionarle que estaremos ahí con él. p) Atender a los llamados del paciente 	

EVALUACIÓN

Las intervenciones llevadas a cabo con el paciente y la mamá, permitieron mejorar la comunicación entre ambos y con el personal de Enfermería ya que mostraron interés y disposición para expresarse e incrementar la confianza. Para realizar las intervenciones se tuvo la disposición de paciente, mamá y personal de enfermería del área de quimioterapia, que colaboraron activamente, para mejorar la relación enfermera-paciente-familiar.

Al realizar la valoración de la necesidad de comunicación el paciente se ubicaba en independencia, después de las intervenciones el niño conservó su independencia y se mejoró la relación enfermera-paciente-familiar.

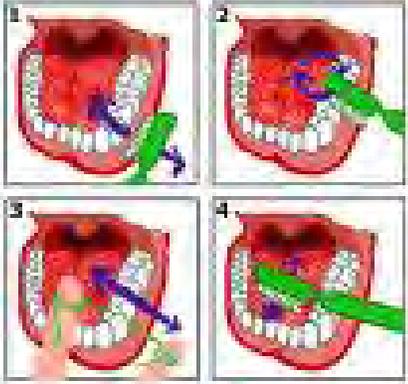
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Necesidad: Higiene.
 Nombre: Juan Martín Moreno Molina.
 Servicio: Quimioterapia Ambulatoria
 Edad: 9 años 8 meses.
 Sexo: Masc. Dx. médico: leucemia linfoblástica aguda (LLA)
 Reg. 774252.

Diagnostico de Enfermería.	Conductas generadoras de salud por parte del cuidador primario (mamá) para favorecer la higiene personal.
Fecha de identificación.	27 de octubre de 2008.
Fuentes de la dificultad.	Ninguna.
Duración y grado de dependencia e Independencia.	Independencia.
Tipo de prioridad.	Baja.
Rol de la Enfermera:	De ayuda
Objetivo.	El paciente con ayuda de la mamá mantendrá sus hábitos de higiene personal a través del fomento de esta en el hogar y en el hospital durante el tiempo que dure el tratamiento.
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN.
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>1. Fomentar la higiene personal del niño en el hospital,</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Explicar al niño y a la mamá la importancia de la higiene personal, mencionando que le ayudará a evitar posibles infecciones.</p> <p>b) Mencionar a la mamá y al niño que se debe practicar diariamente el baño, el cepillado de dientes 3 veces al día. El uso de hilo dental cuando las condiciones de la cavidad oral lo permitan (no lesiones, gingivitis, presencia de aftas, sangrado).</p>	<p>Los niños adquieren actitudes y hábitos adecuados en relación a la higiene personal, así como del entorno, dentro de las actuaciones de educación para la salud. En la adquisición de estos hábitos juega un papel fundamental la familia. El niño tiende a hacer aquello que ve. (B. Koziar Pág. 469.)</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>c) Recordar a la mamá cuando el niño sea hospitalizado se debe continuar con los cuidados de higiene personal, pedirle que prevea jabón, shampoo, esponja, toalla, crema, cepillo de dientes, pasta dental, cepillo para peinarse, sandalias y puede llevar pijama de casa.</p> <p>d) Fomentar el lavado de manos antes de comer, después de ir al baño y después de jugar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mójese las manos con agua tibia corriente. 2. Agregue jabón y frote sus manos juntas, haciendo espuma jabonosa. Haga esto fuera del agua corriente durante por lo menos 20 segundos, manteniendo siempre la espuma. Lave el frente y la palma de sus manos, entre los dedos y debajo de las uñas. 3. Enjuague bien sus manos debajo de agua corriente. Deje el agua correr al lavadero y no hacia sus codos. 4. Seque bien sus manos con una toalla limpia. Después cierre la llave con una toalla de papel limpia y tire la toalla al basurero.  <p>http://dhs.wisconsin.gov/communicable/factsheets</p> <p>e) En el área de quimioterapia verificar que se cuente con jabón y toallas de papel en el baño de los niños.</p> <p>f) Verificar que el niño realice el lavado de manos como se ha mencionado.</p> <p>g) Retroalimentar el lavado de manos si es necesario.</p> <p>h) Permitir al paciente y a la mamá expresen sus dudas y resolverlas.</p>	<p>El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.</p> <p>http://www.mpsp.org/mpsp/Documentos/Desinfect/lavamanos.</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>i) Detectar posibles deficiencias higiénicas, durante la estancia con el paciente. Revisar oídos, uñas, cavidad oral, aspecto de la piel, el vestido y olores.</p> <p>j) Hacer del conocimiento de la mamá y del niño en donde debe poner más atención en su higiene personal si procede.</p>	
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>2. Fomentar la higiene personal del niño en el hogar.</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Recordar a la mamá cuales son los cuidados para conservar una higiene personal optima como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Baño y cambio de ropa diario. ➤ Limpiar conductos auditivos externos gentilmente y realizar irrigación si en necesario ➤ Cortar las uñas frecuentemente. <p>Sumergir pies y manos antes de cortar las uñas en agua por 5 minutos, cortarlas y limarlas, evitar recortar o excavar la uña en las esquinas laterales para evitar que se encarnen. (B. Kozier Pág. 787).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recomendar el uso de crema lubricante después del baño. <p>b) Mencionar al niño como realizar el cepillado de dientes utilizando un cepillo dental suave.</p>	<p>La higiene personal es el cuidado propio por el que las personas se ocupan de funciones como el baño, el aseo, la higiene corporal general y el acicalamiento. (B. Kozier Pág. 762).</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>1.-. Coloque el cabezal del cepillo en los dientes, con las puntas de los filamentos en ángulo de 45°, hacia el borde de las encías.</p> <p>2. Mueva el cepillo hacia adelante y hacia atrás con movimientos cortos.</p> <p>Cepille la superficie exterior de cada diente inferior y superior manteniendo los filamentos formando un ángulo de 45°.</p> <p>4. Cepille todas las superficies interiores de los dientes inferiores y superiores.</p> <p>5. Cepille las superficies internas de los incisivos superiores e inferiores colocando el cepillo en posición vertical y haciendo varios movimientos suaves arriba y abajo.</p> <p>6.- No olvides cepillarte la lengua.</p> 	
<p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> c) Mencionar al paciente que debe evitar consumir abundantes dulces y chicles. d) Recordar a la mamá que lo lleve a revisión con el odontólogo cada 6 meses como mínimo y revisar frecuentemente posibles alteraciones. e) Reforzar la información acerca de la higiene peri anal después de evacuar, mencionando que debe hacerse de adelante hacia atrás y con papel higiénico. 	

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
f) Mencionar al niño que debe reportar cualquier alteración que presente como dolor, sangrado, o malestar en la región peri anal. g) Hacer mención a la mamá que revise la región peri anal durante o después del baño en busca de alteraciones como lesiones de la piel, presencia de sangre, olores desagradables.	

EVALUACIÓN

Las intervenciones de Enfermería que se realizaron para conservar la independencia en la necesidad de higiene lograron que el paciente y el cuidador primario adquirieran nuevos conocimientos para mejorar aun más la higiene personal.

Para realizar las intervenciones se tuvo la disposición de la madre y el paciente para realizar las actividades en el hospital y en el hogar.

Al momento de realizar la valoración de la necesidad de higiene el paciente se encontraba en independencia y a través de las intervenciones de enfermería se potencializaron las conductas generadoras de salud del paciente y de la mamá conservando de esta manera su independencia.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Necesidad: Recreación.
 Nombre: Juan Martín Moreno Molina.
 Servicio: Quimioterapia Ambulatoria
 Edad: 9 años 8 meses.
 Sexo: Masc. Dx. médico: leucemia linfoblástica aguda (LLA)
 Reg. 774252.

Diagnostico de Enfermería.	Independencia en la necesidad de recreación
Fecha de identificación.	03 de noviembre de 2008.
Fuentes de la dificultad.	Ninguna.

Duración y grado de dependencia e Independencia.	Ninguna.
Tipo de prioridad.	Baja.
Rol de la Enfermera:	De ayuda
Objetivo.	El niño mantendrá su independencia en la necesidad de recreación continuando con sus actividades recreativas y reforzando con otras en el hospital durante su quimioterapia.
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN.
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>1. Programar y llevar a cabo actividades de esparcimiento en el área de quimioterapia.</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Preguntar al niño y a la mamá que actividades recreativas le gusta realizar al paciente como juegos de mesa, películas, lecturas, etc.</p> <p>b) Programar la actividad a realizar de acuerdo al tiempo de estancia en la sala de quimioterapia.</p> <p>c) Reunir el material necesario como juegos, películas o libros, y si fuera necesario pedirlo prestado al patronato.</p> <p>d) Durante las quimioterapias cortas realizar juegos de mesa como lotería, serpientes y escaleras o leer cuentos.</p> <p>e) Durante quimioterapias largas llevar películas del agrado del niño.</p> <p>f) Observar el estado de ánimo del paciente durante la quimioterapia, acercarse y platicar, contar cuentos o jugar con el cuando proceda.</p> <p>g) Permitir al paciente participar en las actividades organizadas por el patronato en el servicio de quimioterapia.</p>	<p>Definimos la “Recreación” como una manifestación humana que dinamiza el desarrollo del potencial lúdico creativo, hacia un equilibrio social, mental y físico, descubriendo la propia esencia del hombre.</p> <p>http://www.redcreacion.org/documentos//Recreavalle.htm</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>a) Fomentar la participación del paciente en los paseos organizados por el patronato, contactándolo con ellos.</p> <p>b) Informar al paciente de las actividades recreativas organizadas en el hospital para que este asista cuando sea posible.</p> <p>Favorecer la participación del familiar (mamá) al realizar las actividades</p>	
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>2. Fomentar la continuación de las actividades recreativas en el hogar.</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Pedir a la mamá continúe el niño con sus actividades recreativas acostumbradas en el hogar como jugar con la bicicleta siempre y cuando sea posible.</p> <p>b) Informar a la mamá de otras actividades de esparcimiento como son el cine, los días de campo, juegos infantiles en los que el paciente pueda participar.</p> <p>c) Pedir a la mamá que programe las actividades recreativas de acuerdo al estado de salud del paciente.</p> <p>d) Recordar a la mamá le permita al niño ver sus programas favoritos de televisión y jugar lo que prefiera siempre que sea posible.</p> <p>e) Pedir a la mamá observe frecuentemente el estado de ánimo del paciente en busca de aburrimiento, tristeza, etc.</p>	<p>La Recreación toma en cuenta todo el concepto de integralidad del hombre como un ente biológico - psicológico - social en toda su extensión y aspectos donde se desenvuelve el individuo en edad escolar, siendo la Recreación una necesidad del ser humano, se considera fundamental en el mejoramiento de la calidad de vida del hombre. Se presenta como un medio no convencional de la educación, donde el individuo aprende haciendo sobre sus propias experiencias convirtiéndose en un medio de Integral aprendizaje.</p> <p>http://incarbonate.portalfitness.com/congreso_mujer3/congreso_mujer/34.htm</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>f) Cuando el niño se observe aburrido pedir a la mamá se acerque a el, juegue con el o lo lleve a algún lugar para que se distraiga.</p> <p>g) Recordar a la mamá que debe participar en las actividades recreativas, así como la familia si es posible.</p> <p>h) Pedir a la mamá programe actividades en familia, como paseos, juegos que favorezcan la convivencia familiar y la recreación.</p> <p>i) Mencionar a la mamá que es importante escuchar los intereses o inquietudes del niño acerca de las actividades recreativas que le gusta realizar.</p> <p>j) Recordar a la mamá que le proporcione al niño juguetes, juegos de acuerdo a su edad y preferencias, siempre que sea posible.</p>	

EVALUACIÓN

Las intervenciones de enfermería realizadas para conservar la independencia en la necesidad de recreación, permitieron la conservación de esta y el conocimiento por parte del paciente y familiar de las actividades con fines recreativos que se realizan en el hospital. Para realizar dichas intervenciones se contó con la disposición del paciente, familiar (mamá) y el personal del servicio de quimioterapia, quienes nos facilitaron el material con el que cuentan (juegos de mesa, películas, etc.).

En la valoración inicial el paciente se encontraba en independencia, y después de realizar las intervenciones el paciente conservó esta independencia y adquirió otros conocimientos que le permitieron mejorarla aun más.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Necesidad: Valores y creencias.
 Nombre: Juan Martín Moreno Molina.
 Servicio: Quimioterapia Ambulatoria
 Edad: 9 años 8 meses.
 Sexo: Masc. Dx. médico: leucemia linfoblástica aguda (LLA)
 Reg. 774252.

Diagnóstico de Enfermería.	Conductas generadoras de salud por parte del cuidador primario (mamá) para enseñarle a rezar e ir a misa.
Fecha de identificación.	03 de noviembre de 2008.
Fuentes de la dificultad.	Ninguna.
Duración y grado de dependencia e Independencia.	Independencia.
Tipo de prioridad.	Baja.
Rol de la Enfermera:	De ayuda
Objetivo.	La mamá y el niño continuaran con sus prácticas religiosas, sus valores propios en la familia para conservar su independencia durante el tratamiento del niño.
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN.
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>1. Fomentar el crecimiento espiritual del paciente en el hospital.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Acercarse al paciente con respeto y abordar el tema de la espiritualidad y valores. b) Permitir al paciente exprese sus ideas acerca del tema, escuchando atentamente y dando el tiempo necesario para ello. c) Identificar los intereses del paciente con la información proporcionada por el. d) Permitir la participación de la mamá e identificar intereses y valores del paciente y familia. 	<p>La espiritualidad se refiere a aquella parte del ser humano que busca significados mediante las conexiones intrapersonal, interpersonal y transpersonal, supone creer en una relación con algún poder superior, fuerza creativa, ser divino o fuente infinita de energía. A menudo las necesidades espirituales se plantean a causa de una enfermedad u otra crisis de salud.</p> <p>(B. Kozier Pág. 1087.)</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>e) Permitir el uso de objetos e indumentaria, religiosos, cuando sea posible.</p> <p>f) Favorecer la oración y la asistencia a rituales espirituales como la misa, la lectura de textos religiosos cuando sea posible.</p> <p>g) Proporcionar el entorno favorable para que realice sus oraciones. (menor ruido posible, mantener el respeto por sus creencias, dejarlo solo o acompañarlo, etc.</p> <p>h) Dar el tiempo que necesite el paciente y el familiar para llevar a cabo sus actividades espirituales.</p> <p>i) Permitir la asistencia de sacerdotes, religiosas u otra persona relacionada con el tema, si el paciente lo desea.</p> <p>j) Informar al paciente y al familiar de los servicios religiosos con que cuenta el hospital, como son misa dominical y capilla u oratorio.</p> <p>k) Motivar al paciente a utilizar sus creencias (buscar a dios) en los momentos difíciles.</p> <p>l) Estimular a la mamá a continuar dando enseñanza al niño sobre su religión y los valores que en su familia se fomentan.</p> <p>m) Recordar al niño que es importante que comunique verbalmente cuando necesite ayuda religiosa o ayuda para realizar oración u otros rituales dentro del hospital.</p>	

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Tipo de intervención: Independiente.</p> <p>2. Fomentar el crecimiento espiritual del paciente en el hogar.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pedir a la mamá continúe con la enseñanza espiritual y de valores en el hogar, según sus creencias. b) Permitir que la mamá exprese sus ideas, dudas, inquietudes y ayudarla en la medida de lo posible o canalizarla con la persona experta en el tema (sacerdote, teólogos, etc. c) Recordar a la mamá que el niño está en edad de asistir al catecismo. d) Mencionar a la mamá que es importante que la familia participe en los rituales religiosos. e) permitir al niño exprese sus inquietudes y dudas resolviéndolas. f) Mencionar a la mamá que puede llevarlo a algún grupo de apoyo espiritual de su religión si así lo desea. g) Mencionar al cuidador primario que es importante que en casa dediquen un tiempo para platicar, hacer oración, leer textos religiosos, etc. h) Mencionar a la mamá que pueden utilizar sus creencias para motivar al niño a continuar con su tratamiento y para superar situaciones difíciles que pudieran presentarse. i) Pedir a la mamá que fomente en el niño sus valores que conservan en su familia. 	<p>Al mismo tiempo que las personas desarrollan física, cognitiva y moralmente, también se desarrollan moralmente. La fe es una forma de comportarse que evoluciona desde una fe dirigida por los padres en la infancia hasta una fe propia en la edad adulta y sirve como guía de actuación. (B. Koziar Pág. 1089).</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>j) Mencionar a la mamá cuales son los datos del bienestar espiritual como son: sentimiento y expresión verbal de paz, gratitud, compasión por los demás reverencia por la vida, humor generosidad, etc.</p> <p>k) Mencionar a la mamá cuales son los datos de sufrimiento espiritual como son: falta de esperanza en dios e ira contra el, cambios bruscos en las prácticas religiosas, no mostrar interés por estas prácticas, etc. y recordarle que cuando aparezca alguno de estos datos, solicitar ayuda con un sacerdote o persona experta en el tema.</p>	

EVALUACIÓN

Con las intervenciones realizadas con el paciente se conservó la independencia de la necesidad de valores y creencias y se fomento la participación de la familia en las prácticas religiosas. Para llevar a cabo las intervenciones se contó con la colaboración del familiar (mamá y el paciente).

Al momento de la valoración inicial de esta necesidad el paciente se ubicaba en independencia, con las actividades realizadas se conservó y aprendió otras conductas generadoras de salud, que le permitieron cumplir con el objetivo.

2.5 PLAN DE ALTA

Nombre: Juan Martín Moreno Molina.

Edad: 9 años. Sexo: Masculino. Fecha de ingreso

Fecha de egreso:

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

Recordar a la mamá acerca de.

- Llevar a cabo las medidas preventivas en el hogar como son: el lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, por parte del niño y la mamá.
- Consumir alimentos preparados higiénicamente, de preferencia preparados en el hogar.
- Evitar tener mascotas dentro del hogar.
- Mantener las medidas higiénicas de limpieza en el hogar.
- Evitar que el niño asista a lugares concurridos o cerrados.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura.

2. Orientación dietética:

Mencionar a la mamá que el niño debe consumir verduras, carne, pescado o pollo, lo que este a su alcance de estos alimentos. Evitar el consumo excesivo de grasas, refrescos, picante, dulces y alimentos chatarra.

3. Medicamentos indicados:

Orientar a la mamá sobre los medicamentos indicados al momento de ser dado de alta o haber terminado su quimioterapia. Explicar cual es el medicamento, dosis, horario, vía.

4. Registro de signos y síntomas de alarma (que hacer y donde acudir cuando se presentan).

Recordar a la mamá cuales son los signos y síntomas de alarma:

- Sangrado por cualquier vía.

- Dolor intenso.
- Fiebre.
- Dificultad para respirar.
- Diarrea.
- Somnolencia.
- Cansancio excesivo.
- Aparición de petequias (puntos rojos) o hematomas (moretones).
- Cuando alguno de estos signos y síntomas aparezca acudir inmediatamente al el área de urgencias del hospital.

5. Cuidados especiales en el hogar (heridas, sondas, estomas, ejercicios, etc.).

Recordar a la mamá que el niño debe evitar:

- Jugar de manera brusca.
- Golpes en la zona del catéter.
- Si lleva aguja instalada en el catéter, evitar que se moje el área.

6. Fecha de su próxima cita: En una semana.

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

- Se proporcionara información a través de un tríptico, acerca de la enfermedad, los cuidados en el hogar y los signos y síntomas de alarma.
El tríptico se encuentra en el apartado de anexos.

2.6 RESULTADOS

Este trabajo tuvo como objetivo primordial valorar e identificar las necesidades básicas de un paciente masculino en edad escolar aplicando el Proceso de Atención de Enfermería, al cual, se le detectó como prioritaria la necesidad de seguridad y protección. Se elaboraron los diagnósticos de Enfermería correspondiente con un plan de intervenciones para cada necesidad.

Se pudieron obtener los siguientes resultados:

La necesidad que se encontró más afectada fue la de seguridad y protección, ya que el niño presenta un problema de salud en el que esta necesidad no puede ser cubierta de manera normal, por lo que las principales intervenciones fueron enfocadas a esta necesidad y esta a su vez influyó en satisfacer otras necesidades, que se vieron afectadas, como fueron movimiento y postura, eliminación y nutrición. Es importante mencionar que para cubrir algunas necesidades como son aprendizaje, vestido y desvestido, realización y oxigenación se disminuyeron los factores de riesgo que amenazaban estas necesidades, lo que evitó que estas evolucionaran hacia la dependencia, gracias a las intervenciones oportunas y a la disposición del cuidador primario para continuarlas en el hogar. El tipo de intervención de enfermería fue de ayuda.

Para las necesidades que se encontraron en independencia al momento de realizar las valoraciones focalizadas, se realizaron intervenciones de enfermería específica para conservar esta independencia y en algunos casos elevando el nivel de conocimiento del niño y la mamá que contribuyeron para favorecer la independencia del paciente.

En la necesidad de seguridad y protección las intervenciones se orientaron a evitar infección sistémica, lo cual se logró con las medidas preventivas para ello. La necesidad de movimiento y postura se observó afectada por los efectos secundarios de la quimioterapia para ello se realizaron intervenciones de enfermería orientadas a disminuir el dolor articular, el cual disminuyó con estas.

Para la necesidad de nutrición se proporcionó información a la mamá y al niño para que mejorara su alimentación, logrando un incremento de talla (2 cm.) y peso de (1 ½ Kg.) después de 3 meses. La necesidad de eliminación se consideró en riesgo por los efectos secundarios de la quimioterapia para lo cual las intervenciones se encaminaron a la prevención y mediante estas se pudo evitar la aparición de complicación en la eliminación urinaria.

En la necesidad de aprendizaje se observó en riesgo el aprendizaje formal, por lo que el plan de intervenciones se dirigió a tomar alternativas como el programa sigamos aprendiendo en el hospital, pero el objetivo se cumplió parcialmente por que el paciente no dispone del tiempo necesario para integrarse al programa.

La necesidad de vestido y desvestido se observó en riesgo, pero a través de las intervenciones de enfermería para disminuir la ansiedad del paciente al vestirse con la aguja instalada en el catéter puerto, logro realizarlo de forma fácil y con menor ansiedad. En la necesidad de realización el paciente se observó en riesgo, después de las intervenciones llevadas a cabo el niño mejoró su estado anímico y coopero con los procedimientos a realizar.

Para las necesidades en independencia (oxigenación, sueño y descanso, termorregulación, comunicación, higiene, recreación y valores y creencias). Se realizaron intervenciones de enfermería encaminadas a la prevención, para evitar que estas evolucionaran a un nivel de riesgo o dependencia, logrando de esta manera los objetivos de cada una de estas necesidades.

III.- CONCLUSIONES.

Con la realización, del estudio de caso presentado anteriormente podemos concluir que la Enfermera Especialista Infantil participa activamente en la resolución de los problemas de salud que actualmente presenta la niñez, la cual se ha modificado considerablemente y que es necesario plantear nuevas propuestas para el cuidado, y de esta manera abordar esos problemas desde una perspectiva que considere al paciente de una forma integral para de esta manera no olvidar puntos que en el pasado se pasarían por alto pero que son de relevante importancia para el paciente, la familia y para la enfermera.

Al realizar el estudio de caso se aplicaron los conocimientos teóricos de Enfermería Infantil adquiridos en el aula y por medio de las valoraciones focalizadas de las catorce necesidades básicas del ser humano propuestas por Virginia Henderson permitieron adquirir habilidad para realizar la exploración física, elaborar diagnósticos, planes de intervenciones de enfermería y finalmente mostrar la evidencia de lo que se realizó a través de la presentación escrita del estudio de caso.

IV.- SUGERENCIAS:

Se sugiere que el tiempo destinado para el estudio de caso se inicie en las primeras semanas de iniciada la especialidad.

Sugiero que se aborden pacientes de distintos diagnósticos en los estudios de caso.

Sugiero que se realicen valoraciones focalizadas con las tutoras frecuentemente.

V.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. Editorial masson.2003.
- 2.-Carpenito L.J Plan de cuidados y documentación en enfermería y problemas asociados.Edit.Mc.Graw.Hill.1994.
- 3.-Christensen P. Proceso de atención de enfermería. Editorial manual moderno.1993.
- 4.-Comisión interinstitucional de Enfermería. Código de ética para enfermeras y enfermeros de México.2001.
- 5.- Doenges M.E Planes de cuidados de enfermería Edit. Mc.Graw. Hill. 7ª.edición 2008.
- 6.-Goffey.r.w.Oncología Clínica. Editorial manual moderno.1997.
- 7.-Iyer p. proceso y diagnóstico de enfermería .editorial interamericana mc-graw.hill.1997.
- 8.-kozier B. fundamentos de enfermería 7ª. edición, editorial Mc. Graw-Hill 2005.
- 9.-Luis M. Diagnósticos enfermeros. Editorial Harcuort Brace 3ª.edición.2000.
- 10.-Manual de quimioterapia antineoplásica, Edward Chu. Edit. Jones And Bartlett Publisher's 2002.
- 11.-Mc.Closkey j. Clasificación de las intervenciones de Enfermería (NIC).editorial elsevier.4ª.edición.
- 12.-Moorhead S. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC).editorial Mosby 3a.edición.
- 13.-Morgan Kathleen s. Cuidados de Enfermería en Pediatría. Editorial ediciones Doyma.
- 14.-Phaneuf.m la planificación de los cuidados. Editorial interamericana-Mc.Graw -Hill.1999.
- 15.-Phaneuf M. Un proceso centrado en las necesidades del paciente. Editorial interamericana McGraw-Hill 1993.
- 16.-Revista de Enfermería Cardiología. Años 2000-2008
- 17.-Revista de Enfermería Clínica.2003.

- 18.-Revista de Enfermería del Desarrollo Científico. Años 2003-2008
- 19.-Revista Enfermería. Evidentia.2007.
- 20.-Revista de Enfermería del IMSS.2001
- 21.-Revista de Enfermería Index.2007.
- 22.-Revista de Enfermería Nefrología.2007.
- 23.-Salas.m.las neoplasias en los niños. Edit. Medicas HIMFG 1968.
- 24.-Sierra S. Oncología pediátrica .Editorial interamericana 1992.
- 25.- Smith Jean-T. Guía de procedimientos para enfermeras. Editorial medica panamericana.

REFERENCIAS ELECTRONICAS:

- 1.-http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/pagina7.html.
- 2.-http://www.monografias.com/trabajos61/implicaciones-eticas-cui_de_enf.Sham.
- 3.-http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_hematology_sp.
- 4.-<http://tratado.uninet.edu/c080202.html>
- 5.-<http://www.unapro.org/index.php?p=glosario&dic=d>
- 6.-<http://ar.geocities.com/indicadedrogas/dexametasona.htm>.
- 7.-http://www.vademecum.es/principios_activos.com
- 8.-<http://www.libreriamedica8a.com/productos/2509.htm>.
- 9.-<http://tratado.uninet.edu/c080202.html>
- 10.-<http://plm.wyeth.com.mx/src/Prods/50236.htm>
- 11.-<http://www.cdentalmagallanes.com/images/odontprev.gif>.
- 12.-<http://www.euroresidentes.com/vivienda/mantenimiento-casa/limpieza-casa.htm>.
- 13.-http://www.ine.gov.ar/docencia_pdfs/9.curso_capac_alim.PDF
- 14.-<http://www.conocimientosweb.net/zip/article666.html>.

- 15.-<http://www.ebalonmano.com/revista/articulos/v2n1/v2-n1-a3.pdf>.
- 16.-<http://www.fisterra.com/material/tecnicas/crioterapia/crioterapia.asp>
- 17.-http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gj_2k8/prods/PRODS/Paracetamol.htm
- 18.-http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4473
- 19.-<http://es.wikipedia.org/wiki/Musicoterapia>
- 20.-<http://www.ispch.cl/encabezado/folletos/doc/Ciclofosfamida.pdf>.
- 21.-<http://www.famguerra.com/meds/search/Meds.cfm?35541.htm>
- 22.-<http://www.libreriamedica8a.com/productos/2509.htm>.
- 23.-<http://www.saob.org.ar/index.php?operation=view&node=100>
- 24.-<http://medtempus.com/archives/los-7-signos-de-alarma-del-cancer/>
- 25.-<http://www.geocities.com/centrotecnicas/resiliencia.html>
- 26.-<http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=775>
- 27.-http://www.unizar.es/med_naturista/Ejercicio/relajacion.pdf
- 28.-<http://www.mipediatra.com/infantil/respiratorias3.htm>.
- 30.-<http://www.mpsp.org/mpsp/Documentos/Desinfec/lavamanos>.
- 31.-<http://odontologiaa.tripod.com/cepillado.html>
- 32.-http://www.odontocity.com/preventiva_hilo.htm
- 33.-<http://www.redcreacion.org/documentos//Recreavalle.htm>
- 34.-http://incarbonate.portalfitness.com/congreso_mujer3/congreso_mujer/34.htm

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ"

Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo _____, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) _____ participe en el estudio de caso _____

_____, cuyo Objetivo principal es: _____

_____ y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento. Los procedimientos consisten en: _____

_____ y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

Es de mi consentimiento que seré libre de retirar a mi hijo (a) de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución.

Nombre y firma del responsable del estudio: _____

Firma
Nombre del padre o Tutor: _____

Firma

Testigos

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

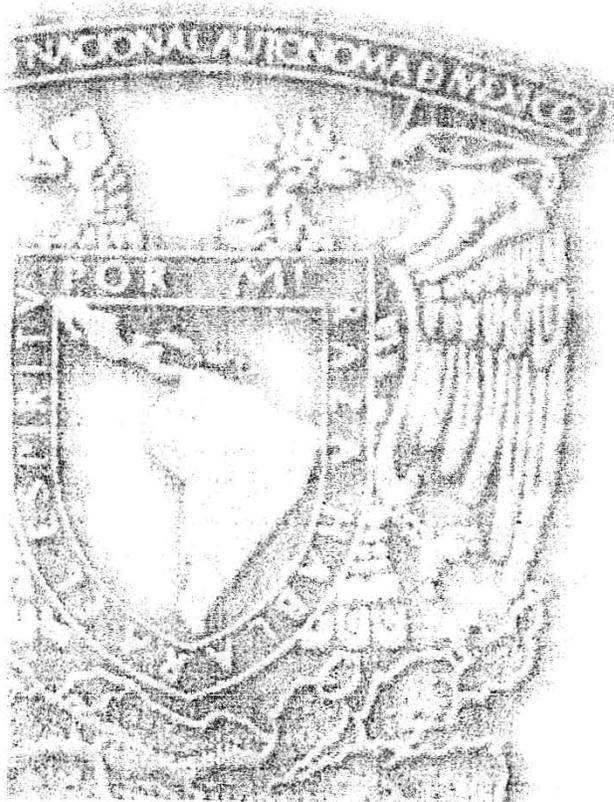
Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

México, D.F. a _____ de _____

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Plan Unico de Especialización de Enfermería

**Instrumentos de valoración
clínica en niño de 6 a 12 años**

Especialización en Enfermería Infantil



laboró:

tra. Magdalena Franco Orozco

revisor y compilador:

tra. Rosa Ma. Ostiguiñ Meléndez

México, D.F. a Octubre 2001



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BASICAS EN EL ESCOLAR

Instructivo

Para el alumno:

Este instrumento tiene como fin obtener información del estado de salud del niño y conformar una base de datos para identificar las necesidades. El método en que se basa dicho instrumento es el proceso de enfermería, se apoya en el marco conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

El instrumento contiene ocho apartados que son los datos demográficos (I), antecedentes familiares (II), orientación de la familia (III), antecedentes individuales (IV), jerarquía de necesidades (V) y prioridad de los diagnósticos de enfermería (VI), en las distintas dimensiones (biopsicosocial y espiritual) de la persona, familia o comunidad, además del plan de atención (VIII) y plan de alta.

Durante el desarrollo de la actividad académica de atención de enfermería I se hará énfasis en la valoración y el diagnóstico de enfermería, con el propósito de que el alumno adquiera habilidad y destreza en las dos primeras etapas del proceso, sin dejar de lado las de planeación, ejecución y evaluación.

Este instrumento está sujeto a las modificaciones que el alumno considere que se justifiquen para el logro de los objetivos de aprendizaje. Cada modificación deberá ser debidamente fundamentada por escrito y sometida a consideración del resto del grupo y de los tutores para su aceptación.



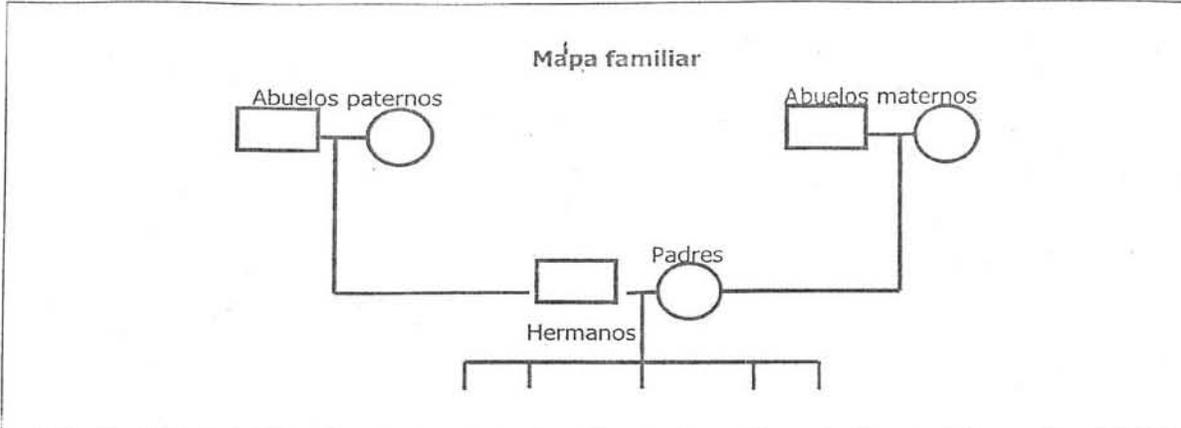
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BASICAS EN EL ESCOLAR

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

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

I D A T O S D E M O D O S G R A F I C O S	Nombre: _____ Edad _____
	Sexo: _____ Nombre del padre o tutor: _____
	Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____
	Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____
	Escolaridad del padre: _____ De la madre: _____ del Niño: _____
	Religión: _____ La información es proporcionada por: _____
	_____ Domicilio: _____
	_____ Procedencia: _____
	_____ Teléfono: _____ Diagnóstico médico: _____
	II
F A M I L I A	Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____
	_____ Servicios intradomiciliarios: _____
	Disposición de excretas: _____
	Descripción de la vivienda: _____
	Ingresos económicos de la familia: _____
Medios de transporte de la localidad: _____	



Descripción de la familia, incluyendo los antecedentes de salud de cada uno de los parientes y las relaciones afectivas de la familia nuclear y extendida.

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectiva	Enfermedades

Símbolos

	Hombre		Mujer			Paciente problema
		Fallecimiento		Relaciones fuertes		
	Relaciones débiles		Relaciones con estrés			

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

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

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

Se realizaron maniobras de resucitación: _____

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: _____ turbia: _____ Cantidad: _____ Cuántas veces orina al día: _____

Presenta molestias para orinar: _____ ¿Cuáles?: _____

2

Se orina en la cama por la noche: _____

Sabe usted la causa por la que el niño se orina en la cama: _____

Consistencia de las heces: Formada: _____ Pastosa: _____ Blanda: _____ Líquida: _____

Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con Parásitos: _____ Grumosa: _____

Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Café: _____ Negra: _____ Blanca: _____ Olor: ácida: _____

Fétida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos de alimentos: _____

Dolor al evacuar: _____ Hábitos para evacuar: _____

Oxigenación

Signos vitales: Tensión arterial _____ Frecuencia cardiaca: _____ Pulso: _____

Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____ Aleteo nasal: _____

Retracción xifoidea: _____ Disociación torácico-abdominal: _____

3

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: _____

coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diaforesis: _____

Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____

	<p style="text-align: center;">Reposo-Sueño</p> <p>Horas de sueño: _____ Qué costumbres tiene antes de dormir: Con juguetes _____ A qué hora se duerme: _____ A qué hora se levanta: _____ Cuántas horas duerme con luz: _____ Con música: _____ Otras costumbres: _____</p> <hr/> <p>4 ¿Con quién duerme?: _____ Tiene cuarto separado: _____ Despierta de noche: _____ Es sonámbulo: sí: _____ no: _____ Tiene pesadillas: _____ Duerme siesta: _____ Valoración Neurológica: Actividades motora, Activo: _____ Letárgico: _____ Tranquilo: _____ Dormido: _____ Respuesta a estímulos: Dolorosos: _____ Calor: _____ Frío: _____ Reflejos: _____</p> <hr/> <p>Respuesta pupilar: _____</p> <hr/>
	<p style="text-align: center;">Vestido</p> <p>Características de la ropa del niño: _____ Higiene: _____ Costumbre en el uso del vestido: _____</p> <p>5 Otros enseres: _____ Significado del vestido: _____ ¿Como quién te gustaría vestir? _____ ¿Tienes suficiente ropa en el hospital? _____ ¿Te vistes sólo? Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____</p>
	<p style="text-align: center;">Temperatura</p> <p>Considera usted que la temperatura de las habitaciones donde duerme el niño es: Templada: _____ Fría: _____ Caliente: _____ ¿Su niño es friolento? _____ Está acostumbrado a que le tomen la 6 Temperatura: Sí _____ No _____ Si la respuesta es sí, ¿cómo se la toman?: _____</p>

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 ortopédico: _____ Qué postura adopta al sentarse: _____</p> <p>Al caminar: _____ Al dormirse: _____ Al pararse: _____</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: _____ Algún otro aparato: _____ Describa el carácter de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <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: _____ Cuando se cepilla los dientes: _____</p> <p>Tiene prótesis dental: _____ Cuando fue la última visita al dentista: _____</p> <p>Se peina solo (a): _____ Con ayuda: _____</p>

10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> <p>¿Qué preferencia tiene el niño con los juegos? _____</p> <p>_____</p> <p>Los objetos: _____</p> <p>_____</p> <p>Con mascotas: _____</p> <p>Las personas: _____</p> <p>Mencione los programas de televisión, películas y paseos preferidos por el niño: _____</p> <p>_____</p>
	<p style="text-align: center;">Creencia y religión</p> <p>¿Cuál es la práctica religiosa de la familia? _____ Cómo participa el niño en esa práctica: _____</p> <p>Para usted (familiar) cuál cree que fue la causa de la enfermedad: _____</p> <p>_____</p> <p>Cuando alguien de la familia se enferma, qué hace usted (familiar) para mejorar el problema: _____</p> <p>_____</p> <p>Para el niño: ¿Por qué te enfermaste? _____</p> <p>_____</p>
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> <p>Ha consultado a otras personas u organismos sobre la salud de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____</p> <p>_____</p> <p>Describa los medios que tiene para resolver la enfermedad de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>Puede usted participar en los cuidados del niño: Sí _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿Cómo?: _____</p> <p>_____</p>

12 Diga 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? _____

13 **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: _____

14

Análisis

C:\ftp\Mis documentos\PUEE\Instrumentos\VALORACIONINFANTIL 2.doc



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

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	

Código: Grado de dependencia
 Total = Dt
 Temporal = Dtm
 Parcial = Dp
 Permanente = D or.

Causas de la dificultad
 Falta de Fuerza = FF
 Falta de Voluntad = FV
 Falta de conocimiento = FC



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

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

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



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: _____ Servicio: _____

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

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Realizadas por	Evaluación



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

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

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

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

6. Fecha de su próxima cita: _____

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

ANEXO 3



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería Infantil I

REPORTE DIARIO

Alumno: _____ Servicio: _____ Fecha: _____
Paciente: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Valoración focalizada de la necesidad de: _____

Datos Históricos (Interrogatorio):

Datos Objetivos:

Peso: _____ Talla: _____ FC: _____ FR: _____ TA: _____ Temp.: _____

Otros:

Datos Subjetivos:

A) Observación general:

B) Exploración de la necesidad (exploración física cuando corresponda)

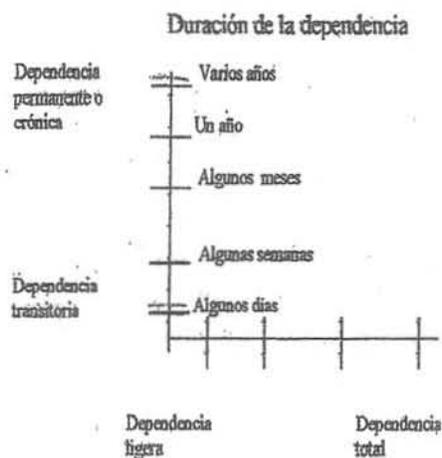
Fuentes de Dificultad (conocimientos, fuerza y voluntad):

Diagnósticos de Enfermería

1.

2.

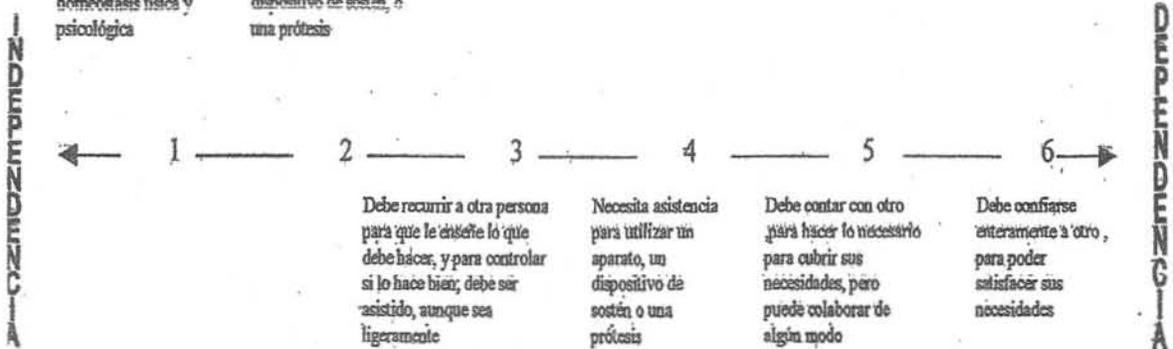
Comentarios:



El cliente respaldado por si mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar su homeostasis física y psicológica

Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén, o una prótesis

Grado de dependencia



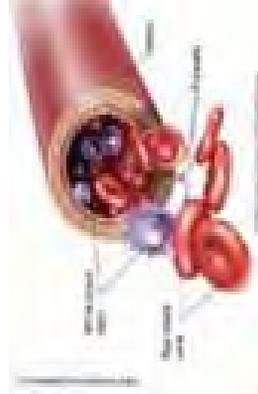
TRÍPTICO DE PLAN DE ALTA



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE H.J.M.F.G.**

QUE ES LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA?

La leucemia linfoblástica aguda es también llamada cáncer en la sangre, ya que es precisamente en las células de la sangre en donde se desarrolla.



¿CUALES SON LOS SINTOMAS QUE PUEDE PRESENTAR

- Moretones o puntos rojos en la piel sin causa aparente.
- Palidez.
- Decaimiento.
- Fiebre.
- Anorexia.
- Perdida de peso.

CUIDADOS EN EL HOGAR EN UN NIÑO CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA



ELABORO:
LIC.ENF. INÉS MARTÍNEZ GONZÁLEZ

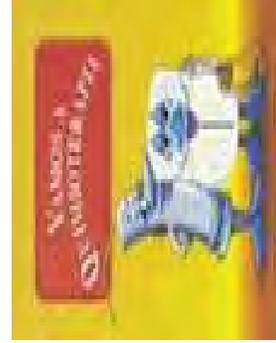
¿COMO SE DAN CUENTA QUE TENGO DE LEUCEMIA?

Se realizan varios exámenes al niño, principalmente se sangre y médula ósea.



¿CUAL ES EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA?

El tratamiento utilizado es básicamente con quimioterapia (medicamento), y algunas veces se utiliza radioterapia.



TRÍPTICO DE PLAN DE ALTA

¿QUÉ REACCIONES SECUNDARIAS PUEDO PRESENTAR POSTERIOR A LA QUIMIOTERAPIA?

- El principal efecto secundario es la náusea y vómito.
- La piel se torna seca y oscura.
- Se bajan las defensas.
- Provoca alopecia (caída del pelo).

¿QUE ACTIVIDADES PUEDO REALIZAR EN MI CASA

- Jugar.
- Ir a la escuela.
- Ir de paseo.

Etc. siempre y cuando el médico indique lo contrario



¿QUE CUIDADOS DEBO TENER EN EL HOGAR?

Llevar a cabo medidas higiénicas básicas como son:

1. Lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.
2. El niño debe realizar su higiene personal.
3. Sacudir y limpiar la casa.
4. Preparar higiénicamente los alimentos.
5. No consumir alimentos en la calle.
6. Evitar tener mascotas en el hogar.
7. Evitar que el niño asista a lugares concurridos y cerrados.
8. Evitar cambios bruscos de temperatura.
9. Evitar contacto con personas enfermas.
10. No automedicarse.

¿CUÁNDO DEBO ACUDIR AL HOSPITAL?

CUANDO PRESENTE:

- Sangrado por cualquier vía.
- Dolor intenso.
- Fiebre.
- Dificultad para respirar.
- Diarrea.
- Aparición de puntos rojos o moretones en la piel, sin causa aparente.

Cuando alguno de estos signos y síntomas de alarma aparezcan en el niño acudir inmediatamente al servicio de urgencias del hospital.