



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

ESTUDIO DE CASO;

CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA A LAS NECESIDADES BÁSICAS
DE UN ESCOLAR CON LINFOMA NO HODGKIN

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA:

L.E ALEJANDRA GÓMEZ GÓMEZ

ASESORA:

E.E.I VERÓNICA ESPINOZA MENESES

México DF, Enero 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

INTRODUCCION

OBJETIVOS

I. MARCO TEORICO

1.1. Estudios relacionados	4
1.2. Propuesta filosófica de Virginia Henderson	9
1.3. Proceso Atención de Enfermería	20
1.4. Ética en los cuidados de enfermería.	43
1.5. Factor de dependencia	48

II. METODOLOGÍA

2.1. Presentación del caso	56
2.2. Métodos e instrumentos	64
2.3. Proceso de construcción de diagnósticos	65
2.4. Proceso de planeación	72

III.CONCLUSIONES	132
----------------------------	-----

IV.SUGERENCIAS	134
--------------------------	-----

VI. BIBLIOGRAFIA	135
----------------------------	-----

VII. ANEXOS	137
-----------------------	-----

7.1. Formato de Historia clínica	138
--	-----

7.2. Hoja de reporte diario	144
---------------------------------------	-----

7.3. Consentimiento informado	146
---	-----

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el desarrollo de la enfermería ha sido innegable, los estudios demuestran que cada vez más enfermeros y enfermeras ingresan a los programas de posgrado fortaleciendo el desarrollo del conocimiento y la investigación. Como consecuencia de esto la aplicación de modelos y teorías de enfermería se ha acrecentado lo cual es muy importante si consideramos que los principios científicos, filosóficos y los valores contenidos en estos modelos explican la razón de ser de la profesión. Sin embargo, pese a estos intentos por llevar a la práctica diaria estos conceptos, aun podemos observar que existen diferentes escenarios en que muchas enfermeras continúan fundamentando su práctica en el modelo médico, lo que dificulta profundizar sobre aspectos que son de especial interés para el desarrollo del conocimiento de enfermería. Quizá uno de los motivos sea que aún no nos ha quedado claro que los modelos son esquemas mentales que orientan la práctica y favorecen la toma de decisiones relacionadas con el cuidado del paciente.

Por lo que se hace indispensable que cada día se generen estudios en donde se apliquen estas propuestas con el objetivo de demostrar la importancia de que nuestra práctica diaria tenga un fundamento científico.

En el presente trabajo se desarrolla un plan de cuidados de enfermería mediante las cinco etapas del proceso de atención utilizando el enfoque filosófico de Virginia Henderson que esta basada en las catorce necesidades fundamentales del individuo. La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva el cliente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Elaborar un plan de cuidados utilizando la propuesta filosófica de Virginia Henderson para atender las necesidades básicas de un paciente escolar con Linfoma no Hodgkin.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ◇ Utilizar el método clínico para la exploración física del paciente.
- ◇ Elaborar una historia clínica mediante el interrogatorio y los estudios médicos complementarios.
- ◇ Realizar valoraciones focalizadas de las necesidades fundamentales y hacer una jerarquización.
- ◇ Elaborar los diagnósticos de enfermería.

I. MARCO TEORICO

1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS.

Para poder establecer un plan de acción de enfermería es necesario contar con conocimientos de manera que se contemple a la persona en sus esferas biológica, psicológica, espiritual y social enmarcados en un modelo conceptual que organice toda la información recogida, nos marque la filosofía y establezca líneas de acción, en el contexto del proceso atención de enfermería como un método científico que sistematice el trabajo y lo lleve a la práctica.

Para dar sustento a este trabajo se realizó una revisión hemerográfica de los estudios publicados en los que se utilizó el enfoque filosófico de Virginia Henderson para desarrollar un plan de intervenciones de enfermería, como resultado se encontraron un total de diez publicaciones aplicadas en la etapa infantil que a continuación se mencionan.

Para el año 2008 los autores Alonso Fernández y Ros Elvirant a través de la valoración de las 14 necesidades realizadas desde el modelo conceptual de Virginia Henderson, definieron los diagnósticos utilizando la taxonomía NANDA (La North American Nursing Diagnosis Association) , NIC (La Nursing Interventions Classification), y NOC (La Nursing Outcomes Classification) para desarrollar un plan de cuidados personalizado a un lactante de 8 meses de edad que ingreso a la unidad de cuidados intensivos pediátricos en situación de postoperatorio inmediato de cirugía cardiaca de corrección de defecto de canal aurículo ventricular completo, en un Hospital de Barcelona, España. Mediante el cual concluyeron que el uso del lenguaje enfermero común y estandarizado favorece el desarrollo del conocimiento enfermero y facilita la mejora de los cuidados.¹

En otro estudio se encontró que el proceso atención de enfermería se realizo con el modelo conceptual de las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson, a un

¹ Alonso Fernández S., Ros Elvirant MT, (2008), Plan de cuidados al niño con cardiopatía congénita utilizando NANDA, NIC, NOC, Enfermería cardiológica 44(2): 33-36

lactante de 1 año 4 meses de edad con dependencia en la necesidad de oxigenación, en un Hospital del Distrito Federal, México. Obteniendo como resultado la independencia en la necesidad, y se concluye que con el proceso atención de enfermería pueden planearse cuidados individualizados de acuerdo a la alteración que presente el paciente, la familia o la comunidad.²

Se reviso también otra publicación en la revista "*Desarrollo Científico de Enfermería*" encontrando que Mariano Sánchez N. y Espinosa Meneses V. utilizaron el proceso atención de enfermería en conjunto con el modelo de atención de las catorce necesidades de Virginia Henderson, la historia clínica, el consentimiento informado, esquemas gráficos propuestos por Margot Phaneuf para determinar el grado de dependencia de cada necesidad; con el objetivo de lograr la independencia en una adolescente femenino de 11 años de edad originaria del estado de México con amputación bilateral de miembros pélvicos en el Hospital Infantil de México, Federico Gómez. Dando como resultado disminuir el grado de dependencia de un nivel 5 a un nivel 2. Por lo que llegaron a la conclusión de que aplicando el proceso atención de enfermería en conjunto con el modelo de V. Henderson se logra tener herramientas de mucha utilidad al momento de brindar los cuidados, pero se requiere contar con los conocimientos y destrezas para que los resultados sean los esperados.³

En el año 2006, Zapatero G. y colaboradores realizaron una valoración por necesidades según el modelo de Virginia Henderson a un niño de 6 años de edad con diagnostico de hipospadias que ingreso a la unidad de cirugía pediátrica del Hospital General Yague de Burgos, España. La información se obtuvo mediante una entrevista realizada tanto a los padres como al niño, con los datos obtenidos se formularon diagnósticos de enfermería con sus respectivos objetivos e intervenciones. Obteniendo como conclusiones que una actuación de enfermería planificada en función de necesidades consigue una evolución adecuada y evita la

² Solis Mohedano (2008), Proceso de Atención de Enfermería a un lactante con dependencia en la necesidad de oxigenación, *Desarrollo Científico de Enfermería* 13(9): 414-417

³ Mariano Sánchez, N; Espinosa Meneses V. Atención Especializada de Enfermería para una Adolescente con Amputación Bilateral Pélvica. *Desarrollo Científ Enferm.* 2008 julio, 16(6): 276-279

aparición de complicaciones a corto y largo plazo, tanto físicas como mentales en un niño con hipospadias.⁴

En ese mismo año pero en la ciudad de México Cruz y Martínez tuvieron a bien elaborar una valoración focalizada de las necesidades en dependencia con el enfoque teórico del modelo de Virginia Henderson a una paciente femenina de 51 días de vida, originaria del estado de México con diagnóstico de cardiopatía congénita cianógena en el servicio de pediatría del Hospital Central Militar de la ciudad de México. En el que se concluyó que a través del plan de cuidados se logró optimizar las actividades con el objetivo de satisfacer al máximo las necesidades en este tipo de pacientes y proporcionar apoyo a los familiares para una mejor aceptación del pronóstico y tratamiento médico, ya que la paciente después de una estancia hospitalaria de 10 días fue egresada con la función respiratoria recuperada, sin embargo presenta deterioro súbito y reingresa pero no se logran avances significativos en su recuperación y fallece.⁵ Como podemos darnos cuenta, aquí no se alcanzó la independencia, pero cabe recordar que la propuesta de Virginia Henderson enfatiza la atención de enfermería al individuo sano o enfermo para llevarlo a la independencia o a una muerte tranquila, según sea el caso.

En el año 2003 se revisó otra publicación en la que se aplicó el proceso de atención de enfermería desarrollado por necesidades según el modelo de V, Henderson con problemas de colaboración, diagnósticos de enfermería reales y de riesgo incluyendo la taxonomía NANDA a una paciente de 5 años post operada de un quiste de colédoco que desarrolló una pancreatitis y múltiples complicaciones durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos pediátricos en un Hospital de Barcelona España. Con el objetivo de fomentar la autonomía y participación de la madre respecto a los cuidados de su hija. Concluyendo que es imprescindible la inclusión de los padres en la planificación de los cuidados ya que ellos como cuidadores principales pueden generar necesidades alteradas y salir afectados al igual que el

⁴ Zapatero G./ Quilchano G./ Ausin Gómez, (2006), plan de cuidados de enfermería a un niño con hipospadias, Asociación Española de Enfermería en Urología, *Enfuro* 97 (enero-marzo): 6-9.

⁵ Cruz L./ Martínez P. (2006). Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena, *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 14(29): 56-61

paciente. El plan de cuidados consiguió disminuir el grado de ansiedad inicial que se había generado en la madre.⁶

La enfermera especialista infantil Verónica Espinosa M. y cols, en el año 2003 realizó un estudio de caso a un lactante mayor masculino de 1 año 4 meses de edad con neumonía, en un Hospital de tercer nivel de la ciudad de México. Para la recolección de datos utilizó un instrumento diseñado por las autoridades de la Especialidad en Enfermería Infantil de la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENEO-UNAM) basado en las necesidades básicas del niño de 0 a 5 años con orientación en la propuesta filosófica de V. Henderson. Se realizaron 22 seguimientos diarios y se determinó el grado de dependencia de cada variable de acuerdo a la propuesta hecha por Phaneuf a través del gráfico *Continuum Independencia – dependencia*. Obteniendo como resultado la independencia de las necesidades, por lo que se llegó a la conclusión de que llevar a la práctica conceptos abstractos como la propuesta filosófica de Virginia Henderson a través del proceso de atención de enfermería demuestra que para proporcionar cuidados de enfermería se requiere la adquisición de habilidades y conocimientos y además permite ver al individuo como un ser integrante en su entorno familiar con diferentes necesidades.⁷

En otro estudio realizado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez se encontró que mediante el sistema de enseñanza tutorial durante el curso de especialización de Enfermería Infantil Sánchez León V. desarrolló un estudio de caso a un adolescente masculino de 13 años con alteración en la necesidad de movimiento y postura. La recolección de datos se hizo mediante un instrumento con el modelo de las 14 necesidades básicas de V. Henderson, orientada con el proceso de enfermería como el método científico de resolución de problemas, mediante el método clínico se culminó en un plan de intervenciones de enfermería. La identificación de las diferentes necesidades alteradas llevó a establecer los 11 diagnósticos y a practicar la valoración focalizada e identificar las fuentes de la dificultad y detectar así el grado

⁶ Partera Luque M. Molina Pacheco. Gesti Senar (2003) Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre, *Enfermería Clínica* 13(5): 313-319

⁷ Espinoza Meneses V. Franco Orozco M. (2003) Cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un lactante con neumonía, *Desarrollo Científico de Enf.* 11(1): 24-29

de dependencia, y de esta manera cubrir los objetivos planeados, llegando a la conclusión de que al aplicar una metodología basada en la detección de las 14 necesidades logra ser un aspecto que cambia la práctica tradicional.⁸

En ese mismo año se realizó otro estudio de caso a un paciente preescolar portador de VIH con alteración en la necesidad de seguridad y protección que ingresa al Hospital Infantil de México Federico Gómez, en diciembre de 2001, teniendo como base el proceso atención de enfermería y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson. Se realizaron 8 valoraciones focalizadas y posteriormente se estructuraron los diagnósticos pertinentes con el formato PES diseñándose las intervenciones y un plan de alta. Se concluyó que la utilización conjunta del proceso atención de enfermería con la filosofía de V. Henderson permitió que los cuidados proporcionados al niño fueron resultado de una valoración continuada y específica de las necesidades básicas, fuentes de dificultad y problemas de dependencia.⁹

Y para concluir, en la revisión de otra publicación menos reciente se analizó otro estudio de caso que se hizo basado en el Modelo Conceptual de V. Henderson a un recién nacido femenino pretérmino ingresada en la Unidad de Neonatología del Hospital Saint Joan de Déu, Esplugues, Barcelona. Los cuidados de enfermería se planificaron y ejecutaron a partir de proceso de atención centrado en las necesidades de la recién nacida y de sus padres de acuerdo al modelo conceptual de Virginia Henderson.

Llegando a la conclusión de que el proceso de atención de enfermería basado en las necesidades en las unidades de cuidados intensivos neonatales permite trabajar de forma sistemática y organizada con el fin de identificar y aplicar cuidados individualizados para no caer en el puro tecnicismo y cuidar a los recién nacidos y a los padres de una forma integral.¹⁰

⁸ Sánchez León V (2001) Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener buena postura. Revista de Enfermería del IMSS, 9(2): 91-96

⁹ Franco Orozco M. Benitez Trejo M.A, Proceso del cuidado a un preescolar con VIH, Enfermería Universitaria,

¹⁰ Monterde Guallart M. Capara Roca, (1994) Cuidados de enfermería a un recién nacido pretermino. Enfermería Clínica 8(2): 44

Después de esta revisión se concluye que la propuesta filosófica de Virginia Henderson es aplicable a los procesos de atención de enfermería (PAE) ya que mediante las valoraciones de las 14 necesidades básicas es posible jerarquizar las necesidades y elaborar un plan de acción que permita satisfacer las necesidades alteradas y llevarlas a la independencia en el menor tiempo posible.

1.2 PROPUESTA FILOSÓFICA DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de la enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda. Henderson concibe el papel de la enfermera como realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital.

Este modelo da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva el cliente. Para poder planificar los cuidados a partir del concepto de Virginia Henderson, hay que profundizar en los conceptos claves de este modelo.¹¹

CONCEPTOS FUNDAMENTALES DEL METAPARADIGMA

PERSONA: Para Virginia Henderson “es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre si y tienden hacia la independencia”.¹²

La persona es un todo complejo y compuesto con catorce necesidades básicas. El paciente es un individuo que requiere asistencia para recuperar independencia o para tener una muerte tranquila. El paciente y su familia conforman una unidad en el modelo Henderson.

¹¹ Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M, Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades, España 1997, Mc- Graw Hill Interamericana, pag 2

¹² Luis Rodríguez MT, Fernández Ferrin C, Navarro Gómez MV, De la teoría a la practica, el pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI, 3ª edición, España 2005, Elsevier, Masson, pag 49

ENTORNO: Henderson no da una definición propia de entorno, sino que hace acopio de la definición ofrecida por el "Websters New Collegiate dictionary de 1961", que define el entorno como "el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo".

SALUD. Henderson no da una definición propia de salud, pero esta puede interferirse de su definición de enfermería en el contexto de su aportación. De acuerdo a esto su concepción de salud se equipara a la idea de independencia. Así, el estado óptimo de salud se daría cuando el individuo es capaz de satisfacer por sí mismo las catorce necesidades fundamentales. En el otro extremo se sitúa la dependencia, que en su manifestación más severa, sería aquella situación en la que la persona es incapaz de satisfacer las necesidades básicas por sí mismo.

ENFERMERIA. "Consiste principalmente en ayudar a las personas (sanas o enfermas) a llevar a cabo aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o bien a una muerte tranquila), las cuales podrían efectuar sin ayuda si contaran con la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento. Posiblemente, la contribución específica de la enfermería es ayudar a las personas a que se vuelvan independientes de tal ayuda lo más pronto posible"¹³

Además, las enfermeras ayudan al paciente a llevar a cabo el plan terapéutico establecido por el médico; y, en general, participan y cooperan con otros profesionales sanitarios dentro de un equipo multidisciplinar.¹⁴

DEFINICIONES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

¹³ Henderson Virginia, Gladys Nite;[traducida: Roberto Carrasco R], Enfermería teórica y práctica. Vol.1, Papel de la enfermera en la atención del paciente /.- 3a.ed, México D.F; La Prensa Médica Mexicana, 1987; pág. 7

¹⁴ García González Ma. De Jesús, El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, Ed progreso, México 2004, pag 50

Concepto de independencia

Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.¹⁵ Este nivel viene determinado por las características de la persona, como ser único y holístico, y que el modo de satisfacer sus necesidades básicas se ve influido positiva o negativamente por los procesos y experiencias que vive.

Concepto de dependencia

Se refiere al desarrollo insuficiente del potencial de la persona, debido a una falta de fuerza, conocimientos o voluntad que dificulta o impide la realización de las actividades adecuadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.¹⁶

Independencia en el niño

Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él, de acuerdo con la fase de crecimientos y desarrollo en que se encuentran.

Dependencia en el niño

Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento, o incapacidad de realizar por si mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades cuando llega a la edad normal de hacerlo.

CONTINUUM INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA

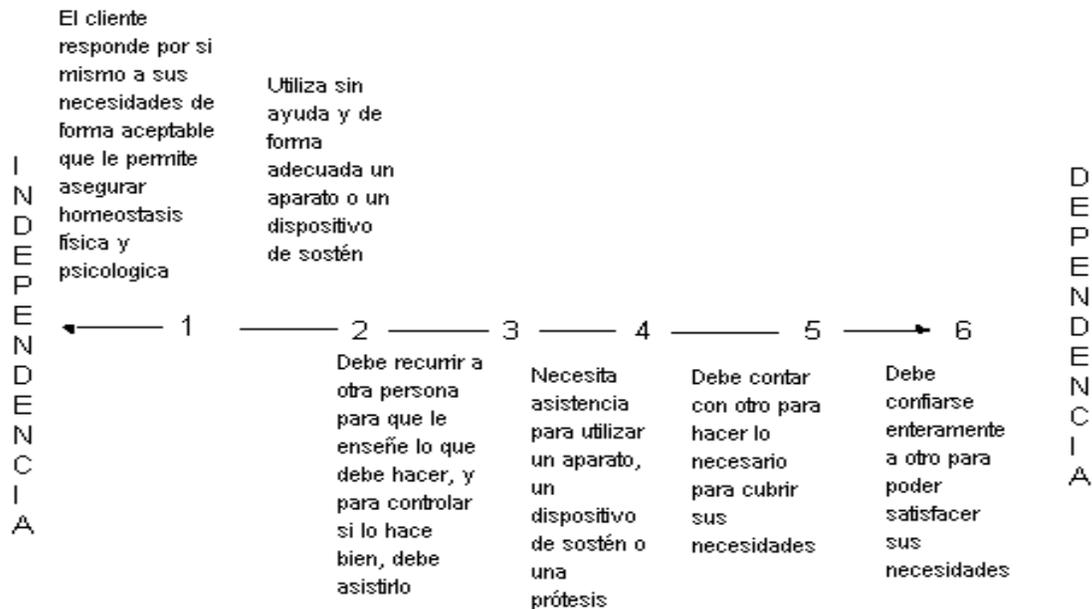
La dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que lo asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por si mismo. Por lo tanto es importante evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por si mismo sus necesidades, ya que así se puede evitar, en la medida de lo posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión o hacer que disminuya.

¹⁵ Fernandez F, Op cit p 53

¹⁶ Ibidem

En la siguiente figura se observa la relación entre la duración y el nivel de dependencia:

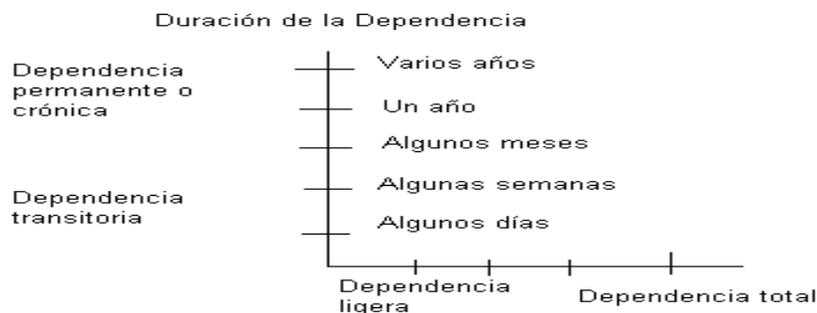
RELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN Y EL GRADO DE DEPENDENCIA.



Fuente: tomado de Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería. Ed. Interamericana McGraw Hill p. 31

La dependencia de una persona debe ser considerada pero no solo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente.¹⁷

Grafica que relaciona la duración y el grado de dependencia de una persona.



Fuente: tomado de Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería. Ed. Interamericana McGraw Hill p. 31

¹⁷ Phaneuf M, Op cit, pag 7

FUENTES DE DIFICULTAD

Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

Falta de fuerza. Se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

Falta de conocimientos. Los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad. Compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

NECESIDADES FUNDAMENTALES

A continuación se describen las catorce necesidades fundamentales del individuo.¹⁸ Cada necesidad es un todo compuesto por los aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona. Y aunque solo algunas podrían considerarse esenciales en el sentido de la supervivencia, todas son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad.

1. NECESIDAD DE RESPIRACIÓN.

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 alveolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

¹⁸ Phaneuf M, op cit, p32

2. NECESIDAD DE BEBER Y COMER.

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.

3. NECESIDAD DE ELIMINAR.

Es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de los desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar. Al igual que la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

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

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR.

Es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

Es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del rigor del clima y permita la libertad de movimientos.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

Es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura mas o menos constante (36.1 grados C A 38 grados C) para mantener un buen estado.

8. NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

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

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10. NECESIDAD DE COMUNICAR.

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 con otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

11. NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Es una necesidad para todo individuo, hacer gestos, actos conforme a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.

12. OCUPARSE PARA REALIZARSE.

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

13. NECESIDAD DE RECREARSE.

Es una necesidad para el ser humano. Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14. NECESIDAD DE APRENDER.

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

PRINCIPIOS

La relación enfermera-paciente.

Se puede establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica independencia:

- 1) La enfermera como una sustituta del paciente.
- 2) La enfermera como un auxiliar del paciente.
- 3) La enfermera como una compañera del paciente.

En el momento de una enfermedad grave se contempla la enfermera como un sustituto de las carencias del paciente para ser completo, integro o independiente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

Henderson reflejó este punto de vista al declarar que la enfermera(o) es temporalmente la conciencia de inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiado débiles o privados del habla, etc.

Durante los estados de convalecencia la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmó que la independencia es un término relativo nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma.

Como compañeros la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia. Con independencia del diagnóstico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico, la posición social o cultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera debe de ser capaz de valorar no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. Henderson afirmaba que la enfermera debe de meterse en la piel de cada paciente para conocer cuáles son sus necesidades, luego debe contrastarlas con él.

La enfermera debe de modificar el entorno siempre que lo considere indispensable. Henderson opinaba que en cada situación, las enfermeras que conocen las situaciones psicológicas y fisiológicas; la temperatura y la humedad, la luz y el color, la presión, los olores, el ruido, las impurezas químicas y los microorganismos, pueden organizar y aprovechar al máximo las instalaciones disponibles.

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe de ser mantener la vida cotidiana del paciente lo más normal posible, otro de los fines importantes para enfermería es favorecer la salud. Henderson señalaba que se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender cómo mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que la ayuden en los momentos de crisis.

La relación enfermera-médico.

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial diferente a los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico, ni a las que den a los pacientes y a los empleados sanitarios. Yendo más allá, recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos, asimismo, indicaba que muchas de las funciones de la enfermera y el médico se solapan. (Henderson, V. The basic principles of Nursing care. Nursing Mirror, P. 103-104)

La enfermera como miembro del equipo sanitario.

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos aquellos ayudan mutuamente para complementar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas Henderson recordaba que ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no pueda llevar a cabo dentro de su función especializada.

A medida de que cambian las necesidades del paciente, también puede hacerlo la definición de enfermería. Henderson admitía que esto no quiere decir que la definición sea definitiva. Creo que la enfermería cambiará según la época en la que se practique y que depende en gran medida de lo que haga el resto del personal sanitario.

La enfermería no existe en un vacío. Debe desarrollarse y progresar para satisfacer los nuevos requisitos sanitarios del público según se vayan presentando.

SUPUESTOS

“Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud”. Un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar a comodidad, del cual nos hacemos mas conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo mas rápido posible.

“Cada individuo es una totalidad compleja que requiere satisfacer necesidades fundamentales. “

“Cuando una necesidad no se satisface el individuo no esta completo, en su integridad, ni es independiente”. El termino independiente significa que el individuo tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarios, para ejecutar las acciones que requieren para conservar o recuperar la salud.¹⁹

¹⁹ Garcia G. Op cit p 11

POSTULADOS O ASUNCIONES CIENTIFICAS.

Son los que aportan el soporte teórico al modelo. Sus aportaciones sobre los conceptos que constituyen el meta paradigma enfermero.

En el modelo de Virginia Henderson los postulados son.

1. la persona es un todo complejo con catorce necesidades básicas
2. la persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla
3. cuando una necesidad no está satisfecha, la persona no es un todo, no es independiente.

LOS VALORES O ASUNCIONES FILOSOFICAS.

Son las creencias, desde la perspectiva personal e individual de la autora, acerca de la naturaleza del ser humano y de las metas profesionales.

Para Virginia Henderson son.

1. la enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales
2. cuando la enfermera asume el papel del medico, delega su función propia en personal no calificado
3. la sociedad espera un servicio de la enfermera, que ningún otro profesional puede darle.²⁰

²⁰ Phaneuf M, Op cit p 3

1.3 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

A partir de la segunda mitad del siglo pasado con el reconocimiento de la enfermería como ciencia constituida con su propio cuerpo teórico conceptual y su método de actuación (Proceso de Atención de Enfermería PAE), la profesión elevó su rango académico y al alcanzar el nivel universitario, se vinculó, en un plano de igualdad, con otras profesiones, en la atención de las personas, familias y comunidades en el proceso de salud enfermedad.

El Proceso Atención de Enfermería es un instrumento para evaluar la eficacia de la intervención y demostrar el interés de la enfermera.²¹

Para Alfaro el PAE “es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos centrados en unos objetivos (resultados) eficaces”. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo.²²

El proceso enfermero permite a la enfermera organizar y prestar cuidados enfermeros, debe integrar los pensamientos críticos para poder emitir juicios y poner en práctica acciones basadas en la razón, a través de este se puede identificar, diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y enfermedad. El proceso incluye 5 pasos valoración, diagnóstico enfermero, planificación, implementación y evaluación.²³

Los profesionales de enfermería utilizan diversas habilidades de pensamiento crítico para llevar a cabo el proceso de enfermería.

²¹ Griffit, JW.; Christensen, Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México 1993, Ed Manual Moderno, p 30

²² Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona: Elsevier doyma, S.L; 2003. p. 4

²³ Potter/ Perry. Fundamentos De Enfermería; volumen 1,5ª edición. Ed. Harcourt, España 2003, pág.301

OBJETIVOS

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad.²⁴ Pero también podemos encontrar otros:

- Aportar continuidad a los cuidados de enfermería.
- Fungir como instrumento de racionalización de los cuidados.
- Coordinar más eficazmente las intervenciones del equipo de cuidado.
- Establecer prioridades.

El Proceso Atención de Enfermería tiene varias características:

- Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo
- Es sistemático: parte de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: puede adaptarse al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades y sus fases pueden utilizarse sucesivas o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades. Se puede adaptar a cualquier modelo teórico de enfermería.

FASES O COMPONENTES DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

FASE DE VALORACIÓN.

La obtención de datos es el fundamento de los procesos de atención de enfermería. Una valoración exacta conduce a la identificación del estado de salud del paciente, a los temas de incumbencia de enfermería y al diagnóstico de la misma.²⁵

²⁴ Iyer Patricia W, Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª ed. Interamericana, México 1995, Pág 11

²⁵ Griffit, JW.; Op cit p 30

Tipos de valoración.

- ◇ Valoración inicial Se realiza durante el primer contacto de la persona con el servicio de salud, puede ser al momento de su ingreso o también cuando el profesional de enfermería ingresa a su turno. Se realiza con el propósito de establecer una base de datos completa para identificar el problema, las referencias y las futuras comparaciones.
- ◇ Valoración focalizada. Se centran sobre un grupo de signos que nos indican que existe un problema específico real o potencial. La valoración focalizada marca el camino para la valoración continuada. Si se ha identificado un problema real o potencial, deberán realizarse valoraciones periódicas para actualizar los datos. El estado de dependencia – independencia del paciente y la familia.²⁶
- ◇ Valoración urgente. Se realiza durante cualquier crisis fisiológica o psicológica de la persona para identificar problemas que amenazan la vida.
- ◇ Valoración después de un tiempo. Se realiza varios meses después de la valoración inicial para comparar la evolución de la persona con los datos basales obtenidos anteriormente.²⁷

El proceso de valoración conlleva cuatro actividades estrechamente relacionadas: obtención de datos, organización de datos, validación y registro de datos.

OBTENCION DE DATOS

Fuentes de la información.

Para llevar a cabo la recogida de datos, la enfermera deberá acudir a distintas fuentes; la fuente primaria o directa quien será siempre el cliente; y las fuentes secundarias o indirectas, que se pueden añadir a la primaria, tales como:

- ◇ Historia clínica del cliente, actual o anterior
- ◇ La familia y el entorno del cliente
- ◇ El intercambio de información con los demás miembros del equipo de salud
- ◇ Libros, artículos y obras referidas al tema

²⁶ Garcia G, Op cit p.23

²⁷ Kozier Barbara, Fundamentos de enfermería, Vol I, España 2005, McGraw Hill Interamericana, P 288

Métodos de recogida de datos.

Los principales métodos para la obtención de datos son la observación, la entrevista y la exploración.²⁸

Observación: es el proceso de obtención de datos utilizando los sentidos, es una actividad consciente y deliberada que se desarrolla mediante el esfuerzo y con un enfoque organizado.

Desde el primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Entrevista: es un modelo de comunicación iniciado para un fin específico y centrado en un área de contenido específica. Una entrevista puede ser focalizada, la enfermera escucha y considera la información compartida y puede dirigirse al cliente para que otorgue datos más detallados, estos datos serán subjetivos y serán validados con los datos objetivos. La enfermera utiliza habilidades de comunicación para centrar la atención en los grados del bienestar del cliente.²⁹

Para que la entrevista sea eficaz se requiere tener en cuenta algunas condiciones como: buscar el momento oportuno, respetando horas de comida, momentos de fatiga, de reposo, periodos de sufrimiento, y planificar el tiempo a fin de ofrecer el tiempo necesario para que el cliente se exprese cómodamente, sin olvidar brindar intimidad y confort ya que de esto dependerá el éxito de la entrevista, pues facilitará una comunicación clara y eficaz. La enfermera deberá manifestar actitudes como aceptación, escucha, respeto y empatía.³⁰

La entrevista consta de tres partes: Introducción, cuerpo y cierre

²⁸ Ibidem P 290

²⁹ Potter P, Op cit p 308

³⁰ Phaneuf M, Cuidados de enfermería: El proceso de atención de enfermería. 1ra Edición, España 1993. Interamericana McGraw Hill. Pp50. 69

- **Introducción:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semi estructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Exploración Física: es un método sistemático de recogida de datos que va desde la toma de signos vitales y otras mediciones así como el examen corporal mediante el método clínico, con el fin de buscar anomalías que brinden información de problemas de salud anteriores o actuales. Los datos estándares se comparan con los obtenidos para determinar si los hallazgos son normales o no³¹.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.

En esta etapa se trata de agrupar la información de tal manera que nos ayude en la identificación de problemas, es este caso la agrupación de los datos se realizará tomando como referencia las catorce necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson.

VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información recogida debe ser completa, objetiva y exacta, ya que de esta se basarán los diagnósticos y las intervenciones de enfermería.

Verificar que la información sea real y completa es un paso esencial en el pensamiento crítico ayudando a evitar:

³¹ Potter P, Op cit p 316

- ◇ Hacer asunciones
- ◇ Omitir información pertinente.
- ◇ Malinterpretar las situaciones
- ◇ Extraer conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada
- ◇ Cometer errores en la identificación equivocada³²

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Es esencial realizar un registro exacto e incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del paciente. El registro será de forma objetiva y sin interpretaciones.

Algunas recomendaciones al hacer los registros de enfermería son:

- ◇ Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- ◇ Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- ◇ Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- ◇ Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- ◇ La anotación debe ser clara y concisa.
- ◇ Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- ◇ Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común. ³³

FASE DE DIAGNÓSTICO.

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera. Deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de

³² Alfaro R, Op cit p 63

³³ Iyer P, Op cit p 8

las percepciones, sigue una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o a una opinión.³⁴

NORMAS Y ERRORES MÁS COMUNES AL FORMULAR LOS DIAGNOSTICOS

Es importante que los profesionales de la enfermería realicen diagnósticos con un elevado nivel de exactitud, es posible evitar algunos errores comunes de razonamiento identificándolos y aplicando las habilidades de pensamiento crítico adecuadas, Puede ocurrir un error en cualquier momento del proceso.³⁵

- ◇ **Errores en la recogida de datos.** Ocurre durante el proceso de la valoración, la enfermera debe estar formada y experimentada en exploración física, debe valorar su propio grado de confianza y competencia en sus habilidades para la entrevista y la exploración física además de determinar la exactitud de los datos recogidos y comprobar la totalidad de los datos de la valoración, para evitar los errores la enfermera debe contar con el equipo y los formularios adecuados en un entorno tranquilo y cómodo para el cliente.
- ◇ **Errores en la interpretación y el análisis de datos,** la enfermera determina si los datos son exactos y completos, cerciorarse que los datos subjetivos coinciden con los hallazgos físicos medible. También puede revisarse la bibliografía para tener una base adecuada para el diagnostico correcto.
- ◇ **Errores en la agrupación de datos.** Sucede al realizar diagnósticos antes de tener todos los datos del cliente.
- ◇ **Errores en la afirmación diagnóstica.** La formulación se debe expresar en un lenguaje adecuado, conciso y exacto empleando una terminología correcta que refleje la respuesta del cliente a la enfermedad o alteración.³⁶

³⁴ Christensen, Op cit, p 141

³⁵ Kozier, Op cit, p 318

³⁶ Potter, Op cit p 331

TIPOS Y COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS.

Un diagnóstico de enfermería está formado por dos enunciados unidos por la frase relacionado con. El primer enunciado es la respuesta humana (forma en que el cliente responde a un estado de salud o de enfermedad) y segundo enunciado factores relacionados o de riesgo (etiología); se llama factores de riesgo a aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.

Diagnósticos con tres enunciados; respuesta humana, factores relacionados o de riesgo y el tercero los indicios, signos y síntomas o características definitorias presentes, antes del tercer enunciado de la exposición se ponen las palabras “como se demuestra por”³⁷

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS

- ◇ **Diagnósticos reales:** Los datos de la persona contiene evidencias de signos y síntomas o características definitorias del diagnóstico.
- ◇ **Diagnósticos de riesgo:** Los datos de la persona contiene evidencia de factores relacionados (de riesgo) del diagnóstico, pero no hay evidencias de las características definitorias.
- ◇ **Diagnósticos de bienestar.** Describe las respuestas humanas a los niveles de bienestar de un individuo, una familia, una comunidad que tienen una disposición para mejorar.
- ◇ **Diagnósticos posibles:** Los datos de la persona no indican la presencia de características definitorias o factores relacionados del diagnóstico pero su intuición le dice que el diagnóstico puede estar presente.
- ◇ **Diagnósticos de salud:** Se basa en reconocer cuándo los clientes sanos indican un deseo de lograr un nivel más alto de funcionamiento en un área específica.³⁸

³⁷ Iyer, Op cit, p 137

³⁸ Alfaro, Op cit 106

FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

La mayoría de los diagnósticos de enfermería se redacta como enunciados de dos o tres partes.

Enunciado básico de dos partes:

1. Problema (P): enunciado de la respuesta del paciente.
2. Etiología (E): factores que contribuyen a la respuesta o que son la causa probable de la misma. Las 2 partes se unen mediante la expresión: relacionado.

Enunciados básicos de tres partes recibe el nombre de formato **PES** y consta de:

1. Problema (P): enunciado de la respuesta del paciente.
2. Etiología (E): factores que contribuyen a la respuesta o causa probable de la misma
3. Signos y Síntomas (S): características definitorias manifestadas por el paciente.

Enunciados de una parte: algunos enunciados diagnósticos como los de bienestar o de síndromes, constan exclusivamente de una etiqueta de la North American Nursing Diagnosis Association.³⁹

ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Para establecer un diagnóstico se puede utilizar una etiqueta diagnóstica, seguida de la formulación de factores relacionados este puede cambiar o resolver el problema por las acciones otorgadas, la frase "relacionada con" identifica la causa de la enfermedad y debe ser una condición que responda a las intervenciones de enfermería y no a los diagnósticos médicos, las intervenciones de enfermería no modifica el diagnóstico médico. A medida que cambia el estado de salud del cliente se modifican los diagnósticos enfermeros.⁴⁰

³⁹ Kozier, Op cit p 317

⁴⁰ Potter, Op cit p 328

DIRECTRICES PARA LA REDACCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA NANDA

La NANDA se creó en 1973, con el propósito de definir, perfeccionar y fomentar una taxonomía de la terminología de los diagnósticos de enfermería de uso generalizado. Los nombres estandarizados de la NANDA para los diagnósticos reciben el nombre de etiquetas diagnósticas.⁴¹

La última edición de los *Diagnósticos de Enfermería de la NANDA* es la edición 2009-2011, con los 208 diagnósticos enfermeros, utilizados a nivel mundial y los que más han ayudado al desarrollo de la profesión.

⁴¹ NANDA INTERNATIONAL, DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2009-2011

Es una de las clasificaciones que constituye el lenguaje propio enfermero, paso primero y esencial para definir la actividad enfermera, desarrollar el rol propio, facilitar la comunicación entre los cuidadores e intercambio de opiniones sobre las necesidades de la persona cuidada y poder definir un plan de cuidados.

COMPONENTES DE UN DIAGNOSTICO ENFERMERO.

Etiqueta diagnóstica: proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificaciones.

Definición. Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

Características definitorias. Claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o de promoción a la salud.

Factores de riesgo. Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable.

Factores relacionados. Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o adyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.⁴²

⁴² NANDA, Ibidem p 415

Los diagnósticos enfermeros NANDA I 2009-2011 se ha dividido en los siguientes dominios.

1 - Promoción de la salud	Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función.
2 - Nutrición	Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.
3 - Eliminación / Intercambio	Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.
4 - Actividad / reposo	Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.
5 - Percepción / cognición	Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.
6 - Autopercepción	Consciencia del propio ser.
7 - Rol / relaciones	Conexiones y asociaciones positivas y negativas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.
8 - Sexualidad	Identidad sexual, función sexual y reproducción.
9 - Afrontamiento / tolerancia al estrés	Forma de hacer frente a los acontecimientos / procesos vitales.
10 - Principios vitales	Principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedoras de un valor intrínseco.
11 - Seguridad / protección	Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.
12 - Contort	Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.
13 - Crecimiento / desarrollo	Aumento de las dimensiones físicas, maduración de los órganos y sistemas o logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.

Fuente: NANDA INTERNATIONAL, DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2009-2011

FASE DE PLANEACIÓN.

La planificación consiste en la “elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería”. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.⁴³

TIPOS.

La planificación comienza desde el primer contacto con el paciente hasta que finaliza la relación profesional enfermera – paciente.

- ◇ Planificación inicial. Debe iniciarse tan pronto como sea posible tras la valoración inicial, el profesional de enfermería tiene la ventaja de poder observar el lenguaje corporal del paciente, así como de poder obtener información intuitiva.
- ◇ Planificación continuada. Corre a cargo de todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente ya que a medida que se va obteniendo nueva información y se va evaluando la respuesta del paciente a los cuidados se puede individualizar más el plan de cuidados inicial.
- ◇ Planificación del alta. El proceso de prever y planificar las necesidades tras el alta, es una parte esencial de los cuidados integrales de salud y debe abordarse en cada plan de cuidados.⁴⁴

ACTIVIDADES.

En el proceso de desarrollo de los planes de cuidados se llevan a cabo las siguientes actividades: establecimiento de prioridades, establecimiento de los objetivos del paciente/resultados esperados, selección de las intervenciones de enfermería y redacción de las prescripciones de enfermería.

⁴³ Iyer, Op cit p 158

⁴⁴ Kozier, Op cit p 324

Establecimiento de prioridades

Es el proceso dirigido a establecer una secuencia preferente para abordar los diagnósticos y las intervenciones.⁴⁵

Se pueden agrupar en tres categorías:

1. Prioridad alta: problemas que amenazan la salud y la vida, como una enfermedad aguda o una capacidad de afrontamiento reducida.
2. Prioridad intermedia: necesidades que no amenazan la vida, pero pueden tener como consecuencia un retraso del desarrollo o causar alteraciones físicas o emocionales destructivas.
3. Prioridad baja: problemas que surgen de necesidades del desarrollo normales o que solo requieren un soporte de enfermería mínimo.

Establecimiento de los objetivos.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

PLANIFICACIÓN PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS

Sirven para tres propósitos principales:

1. Son la vara de medir del plan de cuidados. Se mide el éxito del plan de cuidados determinando si se han logrado los resultados deseados.
2. Dirigen las intervenciones. Que pretende conseguir antes de poder decidir cómo lograrlo.
3. Son factores de motivación. Tener un marco temporal específico para hacer las cosas pone a todos en marcha.

OBJETIVOS E INDICADORES

El objetivo describe lo que usted espera observar en el cliente que demostrara que se ha beneficiado de los cuidados enfermeros.

⁴⁵ *Ibíd*em p 331

Objetivos a corto plazo: Describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones.

Objetivos a largo plazo: Describen los beneficios que se espera ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan (10 días después de la cirugía, será capaz de andar independientemente hasta el final del pasillo tres veces al día).⁴⁶

CINCO COMPONENTES DE LOS OBJETIVOS:

- Sujeto: Que espera que alcance el resultado.
- Verbo: Que acción debe hacer la persona para demostrar el logro del objetivo.
- Condición: En qué circunstancias tiene la persona que llevar a cabo la acción.
- Criterios de la ejecución: En qué grado va a realizar la acción.
- Momento para lograrlo: Cuando se espera que esa persona sea capaz de hacerlo.

Características de los objetivos.

Realización. Una realización es cualquier actividad emprendida en y para el paciente. Puede ser una actividad directamente observable o una que no puede observarse pero que es valorable. Las primeras, o realizaciones evidentes son aquellas visibles o audibles directamente; los verbos que indican realizaciones evidentes, es decir que son conductas directamente observables son: *narrar, enlistar, clasificar, dar expresión verbal, demostrar, nombrar, seleccionar y establecer*. Las realizaciones encubiertas son mentales, invisibles, cognoscitivas o internas, los verbos que se utilizan son: *identificar, resolver, usar, comparar y determinar*.

Condiciones. Un objetivo puede indicar las condiciones bajo las cuales el paciente concluye la realización, estas condiciones pueden incluir las experiencias que se espera haya tenido el paciente antes de terminar el objetivo.

⁴⁶ Alfaro, Op cit p 132

Criterio. El criterio es la norma bajo la cual se evalúa el desempeño o realización. Los criterios o normas en el objetivo pueden exponerse en una de las cuatro maneras.

1. Velocidad. Asignar un límite de tiempo que sea razonable de acuerdo al estado de salud del paciente y a las capacidades y limitaciones tanto de la enfermera como del paciente.
2. Precisión. Identificar un grado específico cuantitativo del desempeño.
3. Calidad. Indicar la norma que se espera en términos de los procedimientos aceptables.
4. Con referencia al criterio. Utilizar un libro, panfleto u otros recursos como guía. Los criterios dan dirección a los planes para alcanzar el objetivo y proporcionar una medida para evaluar el logro del mismo⁴⁷

Selección de las intervenciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería son las acciones que se realizan para alcanzar los objetivos del paciente. 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.⁴⁸

TIPOS DE INTERVENCIONES

- ◇ 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

⁴⁷ Christensen, Op cit p 170

⁴⁸ Iyer Op cit p 186

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.
- Estarán basadas en principios científicos.
- 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.
- Serán congruentes con los valores y creencias del paciente.

ORDENES DE ENFERMERÍA

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos.

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

Redacción de las intervenciones de enfermería.

Es necesario realizar un registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados e intervenciones de enfermería. Un plan bien redactado proporciona dirección, guía y significado al cuidado de enfermería. Es una fuente central de información para todos los que intervienen en la atención de un paciente dado. Es el medio primario de

comunicación, sincronización y organización de las acciones de todo el personal de enfermería.⁴⁹

DOCUMENTACIÓN DEL PLAN.

El plan de cuidados es un método de comunicación de la información importante sobre el cliente. Sirve como ante proyecto para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del cliente. Deberán llevar firma y fecha, verbo de acción y especificación de “quién, qué, dónde, cuándo, cómo y con qué frecuencia”.⁵⁰

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

El plan de cuidados enfermeros favorece la continuidad de cuidados por medio de listas de acciones necesarias para alcanzar los objetivos del cuidado⁵¹

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

Individualizado: permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda mas tiempo en elaborar.

Estandarizado. Un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnostico concreto o una enfermedad.

⁴⁹ Christensen Op cit p 176

⁵⁰ Iyer Op cit p 197

⁵¹ Potter Op cit p 346

Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

CLASIFICACIÓN NIC

Joanne McCloskey y Gloria Bulechek desarrollaron la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras.⁵²

Una intervención se define como “todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente” (McCloskey, 2000).

El lenguaje NIC incluye todas las intervenciones ejecutadas, tanto independientes como de colaboración, así como cuidados directos e indirectos.

Cada intervención NIC consta de:

- ◇ Una etiqueta
- ◇ Una definición
- ◇ Un conjunto de actividades que indica las acciones
- ◇ Una breve lista de referencias

La etiqueta y la definición de la intervención son el contenido de la intervención que esta estandarizado y que no debe cambiarse cuando se utilice NIC para documentar los cuidados.

Las 486 intervenciones de la tercera edición están agrupadas en 30 clases y 7 campos para facilitar su uso.⁵³

1. Fisiológico: básico
2. Fisiológico: complejo
3. Conductual

⁵² Bulechek G, McCloskey J, Diagnósticos Enfermeros, Resultado e Intervenciones, España 2002, Ediciones Harcourt Mosby, pag 6

⁵³ Ibidem p 7

4. Seguridad
5. Familia
6. Sistema sanitario
7. Comunidad

FASE DE EJECUCIÓN.

Es la fase en la cual el profesional de enfermería ejecuta las intervenciones de enfermería. Consiste en hacer y registrar las actividades que son actuaciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones (o prescripciones de enfermería).⁵⁴

El proceso de ejecución consta normalmente de los siguientes pasos:

- ◇ Nueva valoración del paciente. Los nuevos datos pueden indicar la necesidad de cambiar las prioridades de cuidados.
- ◇ Determinar la necesidad de intervención del profesional de enfermería. El profesional de enfermería puede requerir ayuda de otros colegas.
- ◇ Ejecutar las intervenciones de enfermería.
- ◇ Supervisar los cuidados delegados. Si se han delegado cuidados el profesional de enfermería debe asegurarse que las actividades se hicieron de acuerdo al plan.
- ◇ Registrar las intervenciones de enfermería. Se completa la fase de ejecución registrando las intervenciones y las respuestas del paciente en las notas de evolución de enfermería.

Sistema de prestación de cuidados.

Hay tres categorías de funciones que son inherentes a la práctica enfermera profesional: cuidado directo del cliente, delegación y coordinación, estas funciones asumen valores variables de importancia en función del sistema enfermero.

Un sistema enfermero de equipo es un método de prestación de cuidados en un pequeño grupo de profesionales supervisado por una enfermera profesional, esta

⁵⁴ Kozier, Op cit p 351

presta el cuidado a cierto número de clientes. La líder del equipo es la responsable del cliente y del plan de cuidados del cliente a los diferentes miembros del equipo y coordina el trabajo de este. La cooperación es la colaboración son los puntos característicos de un buen equipo enfermero.⁵⁵

FASE DE EVALUACIÓN.

La evaluación es un proceso activo, sistemático, planeado que compara el estado de salud del paciente con los objetivos y las metas. Tiene lugar primariamente durante las interacciones enfermera-paciente. La evaluación abarca la comparación de las respuestas actuales del paciente con las respuestas previas para determinar el progreso en el logro de las metas y los objetivos. Los juicios acerca del progreso del paciente se hacen sobre las observaciones, interacciones y medidas de la enfermera, el paciente, la familia y los miembros del personal del cuidado de salud. Si el progreso hacia los objetivos y las metas es insuficiente, el paciente y la enfermera revisarán el plan de cuidados,⁵⁶

FORMAS DE EVALUACION

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas: estructura, proceso y resultado.

Evaluación de los resultados. Se centra en los resultados u objetivos de los cuidados. ¿Se alcanzaron los objetivos? ¿Las personas están satisfechas con los cuidados?

Evaluación del proceso. Se centra en como se brindaron los cuidados. ¿Se hicieron consistentemente y a tiempo?

Evaluación de la estructura. Se centra en el entorno en el que tienen lugar los cuidados ¿fueron los adecuados para un eficaz manejo de los cuidados?⁵⁷

⁵⁵ Potter Op cit p 364

⁵⁶ Christensen, Op cit p 205

⁵⁷ Alfaro, Op cit p 195

Formas de evaluación

Estructura	Proceso	Resultado
<p>Propósito.</p> <p>La evaluación de la estructura mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades del paciente.</p>	<p>La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso.</p>	<p>La evaluación del resultado mide los cambios en la conducta del paciente en la comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente y enfermería</p>
<p>Instrumentos o medios.</p> <p>Forma de la comisión de la junta sobre hospitales</p>	<p>escala de clasificación de competencia de enfermería</p>	<p>Sistema Wisconsin de procedimientos de evaluación parcial del rendimiento.</p>
<p>Auditorias</p>	<p>Escala de la calidad de cuidados de enfermería</p>	
<p>Fuentes de datos.</p> <p>Manuales de procedimientos. Enunciados de la política de la Institución, Descripción de posiciones. Planes de atención de enfermería.</p>	<p>Concurrente. La enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus habilidades. La grafica contiene la evidencia de las acciones de enfermería realizadas</p>	<p>Concurrente. El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud fisiológica y psicológica.</p>
<p>Planes de orientación y programas en servicio.</p> <p>Nivel educativo del</p>	<p>Retrospectivo. La grafica cita los procedimientos</p>	<p>Retrospectivo. La grafica cita la evidencia de los cambios en la</p>

personal. Instalaciones y equipo disponibles. Gráficas y Kárdex	implementados, como verificar los signos vitales y enseñar.	conducta, las destrezas y los conocimientos del paciente.
---	---	---

Fuente. Tomado de Griffit, JW.; Christensen, Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México 1993, Ed Manual Moderno, pág. 195

CLASIFICACIÓN. NOC

En 1991 un equipo de investigación conducido por Marion Johnson y Meridean Maas de la Universidad de Iowa, desarrollaron la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones de las enfermeras.⁵⁸

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención de enfermería.

La NOC incluye resultados individuales, familiares y comunitarios influidos por intervenciones de enfermería independientes y de colaboración.

Cada resultado NOC tiene:

- ◇ Una etiqueta
- ◇ Una definición
- ◇ Una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado
- ◇ Una escala de Likert de 5 puntos para medir el estado del paciente
- ◇ Una breve lista de referencias utilizada en el desarrollo del resultado

⁵⁸ Bulechek, Op cit, pag 8

1.4. ETICA EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque esta bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal. La ética estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos, por lo tanto el objeto material de la ética es el acto humano, entendido éste como el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad. Las personas durante todo los tiempos se han regido por las exigencias, principios y valores que sustentan el comportamiento humano en forma individual y colectiva.

La ética también estudia la moralidad de los actos humanos con el fin de considerar o definir si un acto es bueno o moral. La moral es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como validos porque son deberes y obligaciones para con la sociedad. Debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado. La moral es la regla de las costumbres dirigidas o encaminadas hacia el bien de las personas. El bien del hombre consiste en orientar su conducta hacia el perfeccionamiento como persona, ya que se le reconoce por su actuación consciente expresada en los múltiples actos de su vida, todos condicionados por los valores que en ética se derivan del principio del respeto igual y reciproco a la dignidad humana, considerando que la dignidad es un valor universal, inviolable, que todo hombre tiene como persona en tanto que es racional, perfectible, inviolable, único, autónomo y sensible por lo cual merece todo respeto.⁵⁹

En este sentido, respetar la dignidad del hombre, comprender la vida y entender al ser ajeno es la mejor forma de ser humano y de aspirar a la forma mas elevada de vida humana. Esta premisa constituye un sustento a la enfermería, si consideramos que el objetivo principal de esta profesión es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, que además tiene derecho a recibir un cuidado integral de calidad, para lo cual se requiere de

⁵⁹ México. Secretaría de Salud. Comité Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para los enfermeros y enfermeras en México, 2001, pág. 6

enfermeras profesionales con una estimación y respeto de si mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia.

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así, cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos resumidos en la capacidad de trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

Para esto se requiere de un código que represente el ideal del ejercicio como orientación general, que inspire la correcta conducta profesional.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería de tal forma que se considere al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad; a la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve valores superiores de su ordenamiento jurídico: libertad, justicia, igualdad y pluralismo político; a la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive; y a la enfermería, constituida como un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de las personas sanas o enfermas, individual y colectivamente.

Para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales para el apego y desempeño correcto de todas las intervenciones de enfermería.⁶⁰

PRINCIPIOS

Beneficencia y no maleficencia. Es la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona.

Justicia. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades básicas en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico sin distinción de la persona.

Autonomía. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones, 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 y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

Valor fundamental de la vida humana. Se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

⁶⁰ Código de Ética, Op cit p 11

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.

Fidelidad. Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona.

Veracidad. Principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ellas se refiera.

Confiabilidad. El profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

Solidaridad. Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones.

Tolerancia. Hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.

Terapéutico de totalidad. Principio capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección.

Doble efecto. Este principio orienta al razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.

Es por ello especialmente importante que el profesional de enfermería tenga claros los conceptos y principios éticos generales que rigen el comportamiento del hombre en la sociedad, ya que ello le permitirá fundamentar este aspecto tan importante en una profesión que es un servicio de humanos, para humanos.

DECALOGO DE ETICA DE LAS ENFERMERAS MEXICANAS

La observancia de código de ética para enfermería nos compromete a

- 1.- Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- 2.- Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgo.
- 3.- Mantener la relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencias religiosas y preferencia política.
- 4.- Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- 5.- Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o 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 estudiantes y colegas experiencias y conocimientos de beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería
- 8.- Asumir el compromiso responsable 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.⁶¹:

⁶¹ Código de Etica, Op cit p 19

1.5 FACTOR DE DEPENDENCIA

LINFOMA NO HODKIN

Los linfomas son las neoplasias del sistema linfoide. El termino linfoma no hodgkiniano (LNH) abarca diversas neoplasias de origen linfoide que se desarrollan como consecuencia de la expansión clonal de una u otra línea linfoide como resultado de mecanismos patogénicos diferentes. Constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades definidas por aspectos morfológicos, inmuno fenotípicos y genéticos y tienen rasgos diferenciales epidemiológicos, etiológicos, clínicos, biológicos y respuestas predecibles a los tratamientos actuales.

Alrededor del 54% de los casos de cáncer de la sangre que se presentan cada año son tipos de linfoma. El linfoma ocurre cuando un linfocito sufre un cambio maligno y se multiplica, desplazando con el tiempo a las células sanas y formando tumores. Estos tumores agrandan los ganglios linfáticos y/o crecen en otros sitios que forman parte del sistema inmunitario.⁶²

El linfoma no Hodgkin infantil es una enfermedad por la cual se forman células malignas (cancerosas) en el sistema linfático. Hay más de 30 subtipos de Linfoma no Hodgkin. Estos se caracterizan por ser de progresión rápida (agresivos) o de progresión lenta (poco agresivos), de esto dependerá la base para determinar el tratamiento adecuado.

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Incidencia a nivel mundial.

Durante 2008, se diagnosticaron alrededor de 66, 120 casos de linfoma no Hodgkin en los Estados Unidos, la mayoría (un 85%) son casos de uno de los dos tipos diferentes de Linfoma no Hodgkin en los que se ven afectado los linfocitos B.

Las personas pueden padecer linfoma prácticamente a cualquier edad, pero es poco común en los niños.

⁶² <http://www.msd.com.mx>

Incidencia a nivel nacional

En México, particularmente en la población menor de 18 años de edad, junto con los linfomas de Hodgkin, constituyen las neoplasias malignas más comunes, apenas superadas por las leucemias agudas. Se ha señalado que la frecuencia de este padecimiento es de 9.1 casos nuevos por millón en menores de 15 años de edad.⁶³

Los varones son los más afectados en edades de 5 a 10 años en nuestro medio. El linfoma no Hodgkin constituye el tercer cáncer más común en el género masculino y el cuarto en el género femenino.⁶⁴

Principales tipos de cáncer diagnosticados en la Unidades Médicas Acreditadas (UMA) de la Secretaría de Salud, para la atención de niños y adolescentes con cáncer en 2007 y 2008.

Diagnóstico		2007		2008	
		Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Leucemias	<i>Linfoblástica aguda</i>	921	45.66	962	43.16
	<i>Mieloide aguda</i>	128	6.35	156	7
	<i>Granulocítica crónica</i>	7	0.35	4	0.18
Linfomas	<i>Hodgkin</i>	104	5.16	106	4.76
	<i>No Hodgkin</i>	103	5.11	100	4.49

FUENTE: Base de datos de cáncer 2007 – 2008. Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia - CeNSIA

CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA

El tipo específico de linfoma se determina por el aspecto de las células bajo un microscopio. Los cuatro tipos principales de linfoma no Hodgkin infantil son los siguientes:

- ◇ Linfoma no Hodgkin de células B (linfoma de Burkitt y linfoma de tipo Burkitt) y leucemia de Burkitt.
- ◇ Linfoma de células B grandes difuso.
- ◇ Linfoma linfoblástico.
- ◇ Linfoma de células grandes anaplásico.

⁶³ Rivera Luna R. El niño con cáncer, Teva México, 2007, p 75

⁶⁴ <http://www.censia.salud.gob.mx>

ETIOLOGIA

Aun la etiología de los LNH es desconocida, sin embargo ciertos estados de inmunodeficiencia adquiridos o congénitos, agentes infecciosos, agentes químicos y físicos, se han asociado a una mayor incidencia de estos tumores.

FACTORES DE RIESGO

- tener afecciones que debilitan el sistema inmunológico.
- tomar medicamentos supresores del sistema inmunológico con posterioridad a un trasplante de órganos.
- la exposición a algunos virus, como el Epstein-Barr virus.
- tener un hermano con la enfermedad.
- ser hombre de raza Blanca.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El linfoma no Hodgkin de la población pediátrica, con excepción del linfoma de células grandes anaplásico, la mayor parte de las veces tiene presentación extraganglionar. Las manifestaciones clínicas no específicas se caracterizan por ataque al estado general, sobre todo en las de presentación de mediastino e intraabdominal, además se puede observar anorexia, fiebre sin causa aparente y astenia. También se puede presentar disnea, sonidos respiratorios de tono agudo, inflamación sin dolor de los ganglios linfáticos, diaforesis nocturna, pérdida de peso sin causa conocida. Todos estos hallazgos están relacionados con el crecimiento agudo de tales linfomas. El sitio de presentación anatómica depende de la histopatología. En México el sitio mas común es el abdomen, así lo reporto un estudio realizado por Rivera Luna.

Sitios de presentación del linfoma no Hodgkin

Región ganglionar	%
Abdomen	32.6
Mediastino	25.8
Cuello	13.6

Piel	4.7
Nasofaringe	4.7
Paravertebral	4.0
Otras áreas	14.6

Fuente: Rivera Luna R, el niño con cáncer, México 2007

DIAGNÓSTICO

Existe una serie de estudios rutinarios y especiales que se deben efectuar. Esto se debe sobre todo a las características de cada uno de los diferentes tipos de linfomas. Estos estudios se basan principalmente en la evolución natural de estas enfermedades y, por tanto de la diseminación y sitios de infiltración de los linfomas en la infancia.

En primer lugar se realizará un examen físico y antecedentes para verificar si existen signos generales de salud, incluido el control de signos de enfermedad, como masas o cualquier otra cosa que parezca anormal. Se toma también los antecedentes médicos de las enfermedades y los tratamientos previos del paciente.

Posteriormente se realizará:

- Exámenes de laboratorio: Biometría hemática, Examen General de Orina, Creatinina, Ácido úrico, Pruebas de función hepática, deshidrogenasa láctica, Electrolitos séricos Calcio- fósforo.
- Radiografías para generar imágenes de tejidos internos, huesos y órganos en una placa.
- Tomografía computarizada para obtener imágenes de cortes transversales del cuerpo, tanto horizontales como verticales
- Biopsia del ganglio linfático. La biopsia es el único método que permite obtener un diagnóstico definitivo de linfoma y determinar el subtipo.
- Linfangiograma - Estudio por imágenes que puede detectar células cancerosas o anomalías en el sistema y estructuras linfáticas.
- Biopsia por aspiración y por punción de la médula ósea para estudiar la cantidad, tamaño y madurez de los glóbulos y, o de las células anormales.

- Punción lumbar para determinar si hay células cancerosas en enfermedades del sistema nervioso central

PRONÓSTICO

La supervivencia de los linfomas no Hodgkin (LNH) dependerá de la histología y el estadio. En términos generales tienen una supervivencia de 75 a 90%, según el estadio.⁶⁵

Sistema de estadificación de San Judas para niños con LNH

Estadio	Definición
I	Tumor único extraganglionar o en una sola región anatómica (ganglionar), con exclusión de mediastino o abdomen.
II	Tumor único (extraganglionar) con afectación linfática regional de un mismo lado del diafragma o dos tumores únicos extralinfáticos. Tumor gastrointestinal primario con o sin afectación de los ganglios mesentéricos, resecado completamente.
III	De ambos lados del diafragma, dos tumores únicos extraganglionares, dos o mas áreas ganglionares, todos los tumores intratorácicos, enfermedad abdominal extensa. Tumores paraespinales o epidurales.
IV	Cualquiera de las presentaciones anteriores con infiltración inicial al sistema nervioso central o a la medula ósea, o a ambos.

Tomado de: Rivera Luna R. Hemato-Oncología Pediátrica, Méx. 2006, p 327

TRATAMIENTO.

El tratamiento inicial debe basarse en la definición de la estadificación para subsecuentemente ofrecer una terapéutica apropiada de acuerdo con estos parámetros. El manejo específico de estos linfomas tiene como base la destrucción de las células tumorales tanto del sitio primario como de las que se ubican a distancia.

⁶⁵ Rivera, Ibidem p 89

Dentro de los parámetros del tratamiento inicial, se debe comenzar con sobre hidratación de por lo menos 250 ml/m²/h con la adición de alopurinol el cual es un inhibidor de la xantina oxidasa por vía oral. Los pacientes con gran carga tumoral deben someterse a una sobre hidratación en las primeras 24 a 48 horas del diagnóstico, tratando de producir una uresis alcalina con bicarbonato de sodio a razón de 20 a 30 mEq/L de solución. De preferencia estas medidas se deben hacer por lo menos 4 horas antes de la quimioterapia.

La modalidad terapéutica primaria para todos los linfomas no Hodgkin de la población infantil es la quimioterapia.⁶⁶

Todos los linfomas de células B y linfoma anaplásico de células grandes pueden ser tratados de la misma manera.

- ▶ ciclos de quimioterapia múltiple, ciclofosfamida, vincristina, metotrexato, adriamicina, corticoesteroides.

Los resultados de varios protocolos donde se utilizan los principios de estratificación de riesgo, se usan para demostrar los resultados excelentes que se pueden obtener. Los pacientes de linfoma anaplásico de células grandes registran una supervivencia de entre 70 y 80%.

Algunos protocolos de tratamiento.

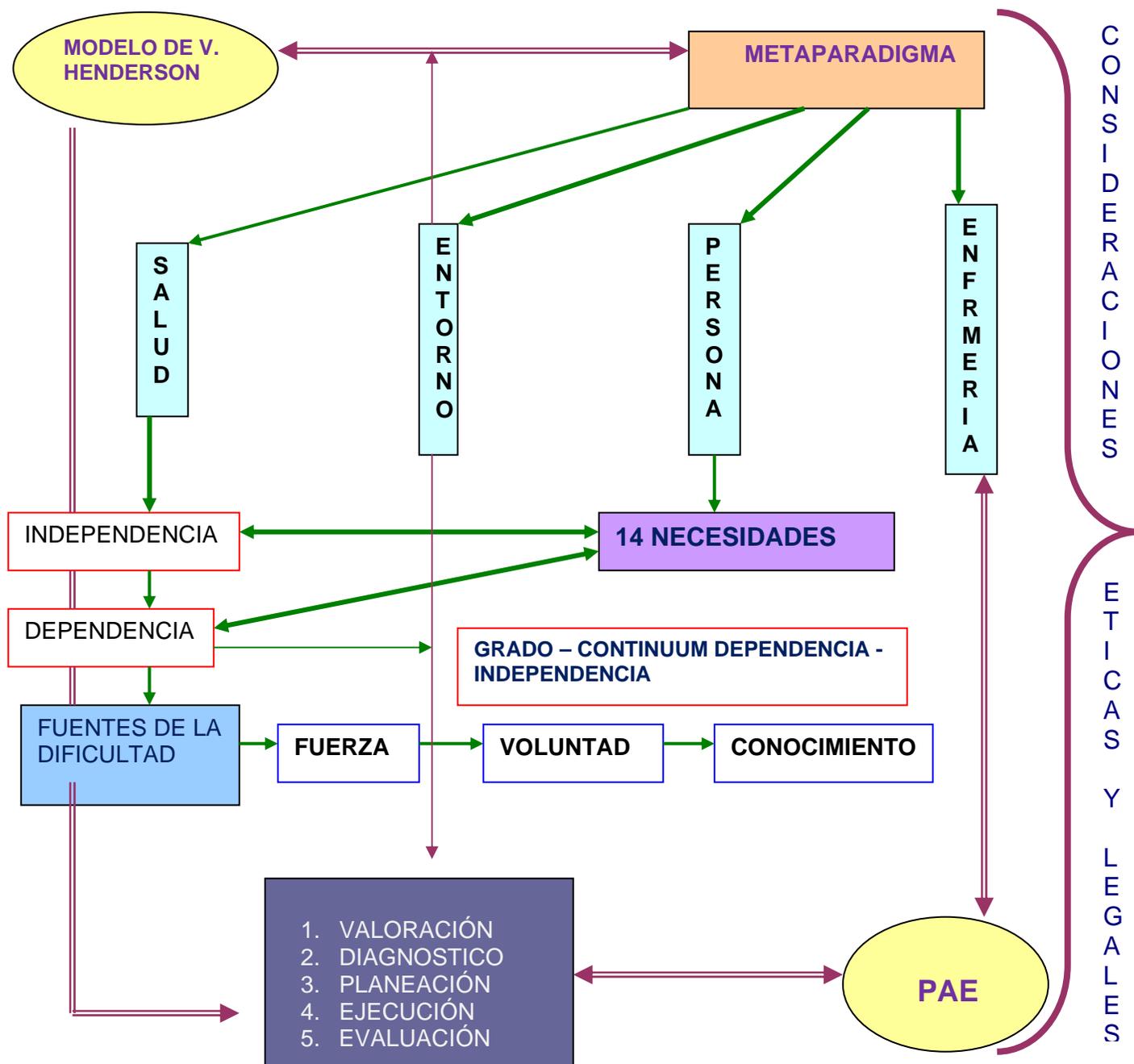
Esquema de tratamiento del protocolo BFM-NHL para linfomas de células B		Esquema de tratamiento en el protocolo Franco-Americano-Británico LMB 96	
GRUPO	CARACTERÍSTICAS	Grupo A	2 Ciclos de COPAD
Grupo de riesgo 1	Ciclos A y B (sin prefase, se omite la vincristina)	Grupo B	COP
Grupo de riesgo 2	Prefase seguida de 4 ciclos: A-B-A-B		COPADM 1
Grupo de riesgo 3	Prefase seguida de 5 ciclos: AA-BB-CC-AA-BB		COPADM 2
Grupo de riesgo 4	Prefase seguida de 6 ciclos: AA-BB-CC-AA-BB-CC		COPADM 2 (se reduce la ciclofosfamida)
		Grupo C	CYM 1 y 2
			COPADM 3
			COP
			COPADM 1
			COPADM 2

⁶⁶ Rivera Luna R. Hemato-Oncología Pediátrica, Méx 2006, ETM, p 327

		<p>CYVE 1 y 2 CYVE y terapéutica intratecal con altas dosis de metotrexato. Sostén 1 Sostén 2-4 COPADM 3</p>
<p>Protocolo 1 consiste en la administración de prednisona, vincristina, dauxorrubicina, L-asparginasa, ciclofosfamida, ARA-C, 6-MP y metotrexato intratecal.</p> <p>Protocolo M consiste en el uso de 4 dosis altas de metotrexato con 6-MP y metotrexato intratecal.</p> <p>Protocolo II comprende la utilización de dexametasona, vincristina, adriamicina, L-asparginasa, ciclofosfamida, ARA-C y metotrexato intratecal.</p> <p>Ciclo A incluye dexametasona, VP-16, ARA-C, dosis intermedias de metotrexato, ifosfamida y triple terapia intratecal.</p> <p>Ciclo B abarca dexametasona, adriamicina, dosis intermedias de metotrexato, ciclofosfamida y triple terapéutica intratecal.</p> <p>En los ciclos AA y BB, las dosis altas de metotrexato se administran en lugar de las dosis intermedias y se agrega vincristina al esquema.</p> <p>Los ciclos CC incluyen dexametasona, vindestina, altas dosis de ARA-C, VP-16 y triple terapéutica intratecal.</p>		<p>C – ciclofosfamida. O- vincristina P – prednisona AD- doxorubicina M- metotrexato con rescate de leucovorin. CY – citarabina (ARA-C) VE- etopósido</p>

Tomado de: Rivera Luna R, Hemato-Oncología Pediátrica. México 2006 p329

ESQUEMA: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON



ELABORÓ: ALEJANDRA GOMEZ G. (2010).

El Proceso Atención de Enfermería es realizado utilizando la propuesta filosófica de V. Henderson, que contempla en su paradigma a la persona con 14 necesidades básicas las cuales pueden estar en independencia o dependencia, el grado de dependencia se modificará mediante las etapas del PAE.

II. METODOLOGIA

2.1 PRESENTACION DEL CASO

Paciente escolar masculino de 9 años de edad, originario y residente de Cuautitlán Izcalli, Estado de México, forma parte de una familia nuclear integrada por mamá de 33 años, papá de 38 años y una hermana de 4 años. Mantiene relaciones afectivas fuertes con cada uno de los integrantes de su familia. La madre es portadora de diabetes mellitus tipo II aparentemente controlada, es ama de casa. El padre aparentemente sano, dedicado al comercio, vendedor de pizzas. Habitan en casa propia construida de materiales perdurables, consta de 3 recamaras, 1 cocina-comedor, 1 baño, aparente con buena iluminación y ventilación, cuenta con los servicios básicos de urbanización: agua potable, energía eléctrica, drenaje. Manifiestan profesar la religión católica.

Inicio su padecimiento en septiembre de 2010, con fiebre, hiporexia, perdida de peso, fue llevado a medico particular donde fue tratado con cefalosporinas, antiinflamatorios, fue llevado también con medico homeópata quien sugiere sea llevado a hospital de tercer nivel para que le realicen el diagnóstico.

Es conocido por primera vez en el Hospital Infantil de México el 11 de octubre de 2010 por presentar aumento de volumen de región cervical bilateral, pérdida de peso progresivo de 8 kilos aproximadamente de un mes de evolución y fiebre de una semana de evolución de inicio súbito cuantificada hasta 40° C.

A su ingreso presenta temperatura de 38° C, adenomegalias cervicales bilateral de aproximadamente 5 cm de consistencia dura, no desplazable ni doloroso, adenopatía supraclavicular izquierda de 1 cm de diámetro aproximadamente, adenomegalia de 3 cm aproximadamente en hueso axilar derecho. Se inicia protocolo de estudio para descartar linfoma de Hodgkin, la Biometría Hemática(BH) reporta: Hemoglobina 13.6, Hematocrito 39.6, Leucocitos 11000, Neutrofilos 70, Bandas 3, Linfocitos 11, Monocitos 16, Plaquetas 185000, los tiempos de coagulación: TP 14, TPT 28.4 y la

Química Sanguínea: Glucosa 111, BUN 9, Creatinina 0.4, Albumina 2.5, FA 162, DHL 307, Triglicéridos 254, Colesterol 118, y los electrolitos séricos: AU 5.8, Ca 8.5, Na 134, K 3.9, Cl 97, P 4.6. La tomografía axial computarizada simple muestra lesión a nivel de riñón izquierdo y bazo.

El 12/10/10 se le toma biopsia excisional, los hallazgos reportan conglomerado ganglionar cervical derecho

El 14 de octubre se le realiza serología viral el cual se reporta negativo para Hepatitis A, B, C, negativo también para Citomegalovirus.

También se le practica un aspirado de médula ósea cuyo resultado es negativo a infiltración neoplásica.

Una nueva BH realizada el 19 de octubre se encuentra hemoglobina de 13.1, hematocrito 37.1, leucocitos de 14900, Neutrófilos 75, Bandas 3, Linfocitos 10, Monocitos 12, Plaquetas 180000.

El 19 de octubre el reporte de patología de los ganglios cervicales da como resultado: LINFOMA NO HODGKIN ANAPLÁSICO K I1positivo, este tipo de linfoma es una entidad bien reconocida. La característica clínica usual es la linfadenopatía con extensión mediastinal y en la enfermedad extranodal, que ocurre en la mitad de los casos, es la piel el sitio más común, con afección poco frecuente a médula ósea, pulmón y sistema nervioso.

El 20 de octubre es valorado por cardiología, reportando función ventricular conservada. Ese mismo día le colocan un catéter venoso central en la vena subclavia izquierda.

El 22 de octubre inicia su tratamiento con quimioterapia intratecal a base de metotrexato, dexametasona y Ara C.

El 19 de octubre de 2010 se iniciaron los seguimientos del paciente encontrándose como a continuación se describe.

HABITUS EXTERNO: paciente escolar masculino de edad aparente mayor a la cronológica, consciente, orientado, en posición libremente escogida en cama hospitalaria, facies de dolor y angustia, ojos llorosos, viste ropa hospitalaria no acorde

con su talla ya que se observa pequeña, se encuentra con apoyo ventilatorio con mascarilla facial y nebulizador al 40%, se observa aseado, despeinado, edema palpebral, cuenta con un acceso venoso periférico en falange de mano derecha, físicamente integro, no se observan movimientos anormales, marcha no es valorable por el momento.

La valoración de las necesidades se realizó en diferentes momentos utilizando fuentes primarias como fue la valoración del paciente mediante la exploración física y el interrogatorio, fuentes secundarias como la entrevista a los familiares, el expediente clínico, referencias bibliográficas para la fundamentación teórica, indagación documental sobre el factor de dependencia, hoja de consentimiento informado.

A continuación se describen las necesidades para lo cual se han jerarquizado, en primer lugar están las necesidades en dependencia, posteriormente las de riesgo para finalizar con las que se encuentran en independencia.

Necesidad de seguridad y protección. El 22/10/10 se realiza la valoración, al interrogatorio se refiere que Mauricio cuenta con esquema completo de vacunación, no enferma con facilidad, acostumbran practicar medidas higiénicas tanto personales como en los alimentos. El familiar refiere temor por lo que le pasa a Mauricio y por que no sabe cuales son las posibles complicaciones. A la exploración física se encuentra paciente angustiado, ojos llorosos, refiere tener temor por los procedimientos médicos invasivos que le han realizado (aspirado de médula ósea, colocación de catéter venoso central) y que le harán (administración de quimioterapia ingraticia). Los estudios de laboratorio reportan en la Biometría Hemática (BH): hemoglobina de 13.1, hematocrito de 37.1, leucocitos de 14,900, neutrófilos de 75% y plaquetas de 180,000. Tiempos de coagulación: TP de 14 segundos, TPT de 28.4 segundos. Esta recibiendo quimioterapia intravenosa con Daxorrubicina 60mg/m²/do, Ciclofosfamida 350mg/m²/do y metotrexato 1gr/m²/do y Prednisona 1mg/kg/do. Se realiza valoración de Norton con resultado de 16 puntos, teniendo riesgo mínimo para úlceras por presión.

Por el momento se encuentra en un nivel de dependencia 3, transitoria por varios meses en tanto dure el tratamiento con quimioterapia.

Se realiza una segunda valoración el 29 de octubre en la que se encuentra a paciente decaído, facies de tristeza y enojo. Refiere el familiar que fue dado de alta posterior al primer ciclo de quimioterapia, y al llegar a su casa inicia con malestar general, fiebre, por lo que acude al servicio de urgencias, se decide su ingreso por presentar neutropenia.

La dependencia cambia a un nivel 5, ya que el perfil hematológico esta alterado (hemoglobina: 7.1, Hematocrito: 19.6, neutrofilos 53%, plaquetas: 82 000, TP: 13.1, TPT: 39.2) aumentado considerablemente la susceptibilidad a infecciones, sangrado, etc. Recibió transfusión de una unidad de concentrado eritrocitario, y dos unidades de plaquetas. Se observa catéter venoso central en región subclavia lado derecho.

El 17 de mayo de 2011 nuevamente ingresa por presentar neutropenia profunda.

Necesidad de oxigenación. Se realiza la valoración el día 19/10/10. Durante la exploración física se encuentra paciente con aleteo nasal, faringe hiperhemica, a nivel de cuello se palpa adenomegalias bilaterales que dificultan la ventilación, campos pulmonares se auscultan ventilados, sin embargo se registra desaturación de 86%.

Refiere el familiar que desde hace varias semanas empezó a tener dificultad para respirar por el dolor en la garganta, fue tratado con antibióticos y antiinflamatorios. En general Mauricio no se enferma de las vías respiratorias con frecuencia. Su vivienda esta aparentemente bien ventilada, nadie fuma.

No se cuenta con estudios de laboratorio y radiografías. El paciente expresa dificultad para respirar, encontrándose en dependencia de la necesidad en un nivel 5, transitoria de algunos días.

Para el día 29 de octubre, Mauricio se encuentra en independencia de la necesidad de oxigenación permaneciendo así hasta el momento.

Necesidad de nutrición. 19/10/10. Al interrogatorio se refiere que es alimentado con dieta en que no se incluyen los 4 grupos de alimentos porque no le gustan las verduras y las frutas las acepta en ocasiones. Tiene preferencia por la comida que se

vende en la calle como tacos, hamburguesas, pizzas, su comida favorita son las enchiladas, ingiere muchos líquidos a base de jugos, agua de sabor y ocasionalmente refrescos, no le gusta el agua natural. A la exploración física se observa integridad en la mucosa oral, dentadura completa, no se observa caries, premolar en proceso de mudarse, el abdomen se palpa blando globuloso a expensas de tejido adiposo, se auscultan ruidos intestinales activos, el peso para la edad esta en el percentil 97. Refiere dificultad para deglutir por el aumento ganglionar cervical, por lo que se encuentra en nivel 3 de dependencia, la cual será transitoria por algunos días.

Para el 29 de octubre se realiza valoración focalizada cambiando el grado de dependencia de un nivel 3 a uno 5 transitoria, ya que a la exploración física se observa: cavidad oral con presencia de lesiones blanquecinas, faringe irritada, con dolor de moderado a intenso, escala del dolor (EVA de 6). Se quedo en ayuno con soluciones parenterales. Presenta pérdida de peso de 3 kilogramos.

El 13 de abril de 2011 se realizar una nueva valoración, se encuentra a Mauricio, hospitalizado para recibir quimioterapia, esta consciente, facies relajadas, se observa palidez de piel, cuenta con acceso venoso periférico en mano izquierda, a la exploración física se observa cavidad oral sin lesiones, piezas dentales completas, abdomen es blando, depresible, peristalsis activa, 6 ruidos intestinales por minuto. Tiene un peso de 41 Kg, talla de 145 cm. Ha presentado hiporexia. Por lo que se determina que la necesidad en ese momento se encuentra en riesgo.

Necesidad de termorregulación. En la valoración realizada el 29/10/10 durante el interrogatorio el cuidador primario refiere que un día anterior comenzó con aumento de la temperatura corporal, no le administran ningún medicamento. A la exploración física se observa despierto, decaído, reactivo, piel con pilo erección, escalofríos, se palpa piel caliente en cara, tórax, abdomen y fría en extremidades inferiores, se ausculta frecuencia cardiaca (140x´) y respiratoria (36x´) elevada, se mide temperatura por método axilar registrando 39.5 ° C. Se palpan pulsos periféricos débiles, rítmicos, el llenado capilar distal es de 2 a 3 segundos. La hipertermia tiene una duración de 48 horas. Se determino un nivel de dependencia transitoria grado 3.

Necesidad de eliminación: 26/10/10. Refiere tener un patrón de eliminación regular, evacua 1 o 2 veces al día, siendo las heces de consistencia blanda, formada, color amarillo – café, orina de 4 0 5 veces al día, ocasionalmente orina durante la noche. Presente diaforesis solo cuando juega.

Durante la exploración física se encuentra hidratado, no se observan datos de retención de líquidas, el balance de líquidas en 24 horas se reporta positivo en 93 ml. Ha presentado vómito en dos ocasiones escaso de contenido gástrico.

En una segunda valoración realizada el 29 de octubre, a la exploración física se encuentra a Mauricio con mucosas orales hidratadas, aumento en el número de evacuaciones las cuales son de consistencia líquidas, presentado irritación anal. Ubicándose en dependencia grado 3, transitoria por algunos días.

Necesidad de higiene y protección de tegumentos. 10/11/10. Acostumbra bañarse diariamente, el cepillado de dientes lo hace una vez al día, lo omite algunas veces. El corte de uñas lo realiza cuando ya están largas. A la exploración se observa aseado, palidez de piel, manchas hipercrómicas asimétricas en hemicara, oreja izquierda, cuello, hombro lado izquierdo, cicatriz quirúrgica en cuello. Equimosis en extremidades superiores en sitios de venopunción. Cavidad oral con presencia restos alimenticios en encías, piezas dentales con fina capa amarilla, lengua con delgada capa blanquecina. Uñas largas de manos y pies con discreto acúmulo de mugre.

Necesidad de descanso y sueño: el día 11/11/10 se valora ésta necesidad. Mauricio refiere mantener un patrón de sueño normal en su domicilio, duerme de 8 a 9 horas diarias, con un horario de 10 pm a 7 am, pero en el hospital despierta muchas veces durante la noche cada vez que escucha ruidos fuertes o el llanto de algún niño o cuando de miden signos vitales, pese a eso durante la exploración física no se observa cansado, no hay ojeras, los ojos son brillantes, expresivos, por lo tanto se mantiene en independencia.

Necesidad de comunicación. 11/11/10. El padre manifiesta que es un niño sencillo, alegre, independiente, le gusta ser sociable, tener amigos, expresa fácilmente sus sentimientos, es apegado a su madre. Durante el interrogatorio el paciente habla en

voz baja, en ocasiones levanta la mirada y sonrío. Se identifica tristeza cuando se le pregunta si le gustaría hablar con su hermana y sus amigos.

Durante la exploración física no se encuentra ninguna alteración en los sentidos.

Necesidad de recreación. 01/12/10. Le gusta jugar fut bol, pertenece a un equipo en la colonia donde habita, le entristece no poder asistir por su enfermedad. Le gusta ver televisión, sus programas favoritos son las caricaturas, no le agrada mucho leer. Tiene una mascota (perro). Durante su hospitalización cuenta con un reproductor de películas DVD, libros escolares, libros de cuentos, libros para iluminar y colores.

Necesidad de moverse y mantener buena postura. 26/10/10. No ha presentado alteraciones en el movimiento, ha sufrido caídas de su propia altura durante el juego sin presentar lesiones osteoarticulares ni musculares. Se valoran los arcos de movimiento de cuello, hombro y extremidades superiores e inferiores los cuales se encuentran sin alteraciones aparentes. La flexión lateral del cuello ligeramente disminuido relacionado con la presencia de catéter venoso central en región subclavia lado izquierdo. Reflejos osteotendinosos normoreflexivos. La marcha es coordinada, postura alineada.

Necesidad de vestido y desvestido: 10/11/10. Expresa que le gusta vestir con pantalones de mezclilla y playeras y calzar zapato deportivo, su ropa favorita es el pants porque es fácil de poner y es cómoda, le gusta usar gorra, no le agrada usar chamarra. Su color preferido es el azul y rojo. Se viste solo. Al momento de la valoración porta pijama hospitalaria no acorde con su talla, es mas grande y holgada, sin embargo manifiesta que es cómoda y abrigadora. Le gustaría poder usar su ropa durante la hospitalización.

Necesidad de vivir de acuerdo a sus creencias y valores. 30/11/10. Refiere que sus padres le han enseñado la importancia del respeto, de decir la verdad, de compartir, también la importancia de creer en Dios, de orar, de asistir a eventos religiosos. Han orado en familia para que se recupere. En el buró de su cama hay una biblia y objetos religiosos, le gusta que su papá le lea pasajes bíblicos.

Necesidad de realización. 30/11/10. Durante el interrogatorio se muestra relajado, cooperador, contesta de manera segura, se identifica confianza entre su papá y él. Expresa que le gusta asistir a la escuela y pertenecer a un grupo de fut bol. Le gusta tener amigos. Pocas veces participa en las labores del hogar porque no le gustan. Asegura tener confianza en que se recupere pronto de su enfermedad para que pueda seguir haciendo sus actividades, quiere seguir estudiando, le gustaría ser medico aunque le parece que los años de estudio son bastantes y que es carrera muy pesada porque duermen muy poco.

El 14/03/11 se hace otra valoración focalizada en la que se encuentra en dependencia ligera transitoria nivel 3, debido a que el familiar informa que Mauricio no quiere que sus amigos de la escuela lo vean con los cambios que ha tenido como consecuencia de la quimioterapia, que son caída del cabello, manchas hipercromicas, perdida de peso.

Necesidad de aprendizaje. 01/12/10. Cursa el 4º año de primaria, mantiene buen aprovechamiento escolar. Aunque por el momento no asiste a clases espera poder recuperar el tiempo. Aparentemente no presenta ningún problema para aprendizaje. No se identifica ninguna alteración sensorial. Muestra interés por aprender lo relacionado con su padecimiento para poder cuidarse mejor. En el buró tiene sus libros escolares. Acepta orientación sobre su enfermedad y como cuidarse, ya que refiere no saber nada sobre lo que le esta pasando. Se determina un nivel 3 de dependencia, transitoria y ligera.

El 14/03/11 se revalora esta necesidad, Mauricio refiere que ya no fue a la escuela, no fue posible continuar con clases en casa, por lo que perdió el año escolar, se va a reincorporar a la escuela cuando termine su tratamiento.

Una vez realizada la valoración focalizada de las necesidades se continuó con el análisis de los datos obtenidos para identificar los diagnósticos y determinar el grado de dependencia de las necesidades alteradas, y continuar con las siguientes etapas del proceso de enfermería.

2.2 METODOS E INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos del presente estudio de caso se utilizó un instrumento diseñado por las autoridades de la Especialidad en Enfermería Infantil de la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México basado en las catorce necesidades fundamentales del escolar de 6 a 12 años utilizando la propuesta filosófica de Virginia Henderson. El instrumento contiene ocho apartados que guían la obtención de la información, el plan de atención así como el plan de alta. (Anexo 1).

La valoración exhaustiva se llevo a cabo mediante la exploración física utilizando el método clínico, así mismo se utilizo la hoja de reporte diario para la valoración focalizada de las necesidades en las que se determino el grado de dependencia de las necesidades alteradas de acuerdo a la propuesta de Phaneuf a través del gráfico *Continuum Independencia – dependencia*. (Anexo 2).

Para las consideraciones éticas y legales se tomo en consideración el código de ética de enfermería y se utilizo el formato de consentimiento informado. (Anexo 3)

2.3 PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE DIAGNÓSTICOS

Para el proceso de construcción de diagnósticos se utilizó la taxonomía de la NANDA versión 2009 – 2011, así como el formato PES obteniendo un total de 20 diagnósticos los cuales corresponden 10 reales, 1 potenciales, 4 de riesgo y 5 de salud, como se describen en el siguiente cuadro, se ordenaron por jerarquía para fines de presentación de este estudio.

JERARQUIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS

NECESIDAD: Seguridad y protección					
Fecha en que se identifica	Diagnóstico	Fuente de la dificultad	Nivel/grado de dependencia	Prioridad	Tipo de relación
30/11/10	Protección ineficaz r/c perfiles hematológicos anormales	Fuerza	Permanente Nivel 5	Alta	Suplencia Ayuda
14/03/11	(leucopenia, trombocitopenia, plaquetopenia), efectos secundarios de la quimioterapia, m/p deficiencia inmunitaria, fatiga, debilidad. (NANDA, Dominio 11, Clase 2, 00043).				
22/10/10	Alto riesgo de infección a cualquier nivel r/c cambios en la primera	Fuerza	Permanente	Alta	Ayuda

	<p>línea de defensa del organismo (múltiples procedimientos invasivos)</p> <p>Potencial de: náuseas, colitis neutropénica, mucositis r/c efectos secundarios de quimioterapia.</p>				
NECESIDAD: nutrición					
29/10/10	<p>Desequilibrio nutricional por defecto: r/c aumento de las demandas metabólicas, vómito, alteraciones del gusto, estomatitis, náuseas, anorexia, m/p pérdida de peso, (41 kg a 37 kg), debilidad, fatiga, palidez de piel.</p>	Fuerza	Permanente Nivel 5	Alta	Ayuda
19/10/10	<p>Riesgo de desequilibrio nutricional r/c ingesta inferior a las necesidades por</p>	Fuerza	Permanente Nivel 3	Media	Ayuda

	alteración en la deglución.				
NECESIDAD: Termorregulación.					
29/10/10	Alteración del bienestar físico r/c aumento de la temperatura corporal (38.7 oC) m/p taquicardia (136 latidos por minutos), polipnea (32 respiraciones por minuto), escalofrió, piel caliente, extremidades frías, piloerección.	Fuerza	Transitoria Nivel 5	Alta	Suplencia Ayuda
NECESIDAD: Eliminación.					
29/10/10	Diarrea r/c efectos adversos de los medicamentos (quimioterapia) m/p dolor abdominal, sonidos intestinales hiperactivos, urgencia para defecar. (NANDA Dominio 3, Clase 2, 00013)	Fuerza	Transitoria Nivel 5	Alta	Ayuda

26/10/10	Independencia en la necesidad de eliminación urinaria		Nivel 1	Baja	Acompañamiento
NECESIDAD: Oxigenación.					
19/10/10	Patrón respiratorio anormal r/c obstrucción mecánica (aumento de volumen de ganglios cervicales) m/p aleteo nasal, polipnea, desaturación.	Fuerza	Transitoria Nivel 4	Alta	Ayuda
NECESIDAD: Higiene y protección de la piel y mucosas.					
29/10/10	Deterioro de la integridad tisular r/c efectos secundarios de la quimioterapia m/p lesiones blanquecinas en encías, eritema de la mucosa oral, dolor.	Fuerza	Transitoria Nivel 3	Media	Ayuda
10/11/10	Dependencia en la higiene personal r/c falta de voluntad del paciente para el	Voluntad y conocimiento	Transitoria Nivel 3	Media	Ayuda

	corte de uñas, cepillado de dientes m/p dientes con acumulo de placa amarilla, uñas largas y sucias.				
NECESIDAD: Aprendizaje					
19/10/10	Dependencia en la necesidad de aprendizaje r/c falta de conocimientos sobre su enfermedad, tratamiento y reacciones adversas m/p: expresa verbalmente interés por aprender sobre el linfoma y como cuidarse.	Conocimiento	Transitoria Nivel 3	Media	Ayuda
19/10/10	Riesgo de deterioro de las actividades de aprendizaje r/c inasistencia a la escuela	Fuerza	Permanente Nivel 3	Media	Ayuda
NECESIDAD: Realización					
30/11/10	Independencia en la necesidad de realización		Nivel 1	Baja	Acompañamiento

14/03/11	Deterioro de la imagen corporal r/c caída del cabello, perdida de peso, m/p expresa verbalmente sentir pena que sus amigos lo vean así.	Conocimiento	Permanente Nivel 4	Media	Ayuda
NECESIDAD: Comunicación.					
19/10/10	Deterioro de la interacción social-familiar r/c barreras ambientales m/p: expresa el deseo de hablar con su hermana y amigos.	Conocimiento	Transitoria Nivel 3	Media	Ayuda
NECESIDAD: Recreación.					
01/12/10	Riesgo de deterioro de actividades recreativas r/c falta de conocimientos para suplir su actividad habitual de recreación. Riesgo de deterioro de actividades recreativas r/c falta de conocimientos para suplir su	Conocimiento	Transitoria Nivel 3	Media	Ayuda

	actividad habitual de recreación.				
NECESIDAD: Descanso y sueño.					
11/11/10	Independencia en la necesidad de descanso y sueño.		Nivel 1	Baja	Acompañamiento
NECESIDAD: Movimiento y postura.					
26/10/10	Disposición para mantener la movilidad postural.		Nivel 1	Baja	Acompañamiento
NECESIDAD: Vestido y desvestido.					
10/11/10	Independencia en la necesidad de vestido y desvestido		Nivel 1	Baja	Acompañamiento
NECESIDAD: Creencias y valores.					
30/11/10	Disposición para mejorar la religiosidad m/p: expresa el deseo de reforzar las costumbres religiosas que le han proporcionado confort en el pasado.		Nivel 1	Baja	Acompañamiento

2.4. PROCESO DE PLANEACIÓN

El proceso de planeación se realizó a partir de los diagnósticos que se elaboraron previa valoración de las 14 necesidades fundamentales propuestas por Virginia Henderson, posteriormente se hizo una revisión de los diagnósticos reales, de riesgo, potenciales y de independencia para determinar el grado de dependencia y el tipo de prioridad.

Se establecieron los objetivos a corto y mediano plazo por cada uno de los diagnósticos con el propósito de resolver la fuente de la dificultad encontrada en el menor tiempo, para la redacción de los objetivos se tomo en cuenta los criterios propuestos por Alfaro: sujeto, verbo, criterio, condición y tiempo para lograrlo.

Se definieron las intervenciones de enfermería en independientes, dependientes e interdependientes. Las acciones de enfermería se fundamentaron científicamente y se llevaron a cabo tomando en cuenta la disponibilidad de recursos humanos, físicos y materiales. Se tomo como base el NIC para algunas intervenciones y acciones.

La evaluación de las intervenciones es realizada a través de la estructura, el proceso y el resultado así como por el alcance de los objetivos planteados, Se tomaron dos diagnósticos de las necesidades mayormente afectadas y uno de las necesidades de menor prioridad.

Para la presentación de los planes de intervenciones se utilizaron tablas y cuadros, la primera tabla contiene los datos generales de la necesidad valorada, como son: fuente de dificultad, fecha en que se identifico, grado de dependencia, tipo de prioridad y rol de la enfermera. Posteriormente se plasma el diagnóstico y el objetivo, para luego en una segunda tabla definir el tipo de intervenciones, acciones y fundamento científico de cada una de ellas.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GÓMEZ

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

DATOS GENERALES

- Nombre: M.F.F
- Edad:9 años
- Sexo: Masculino
- Procedencia: Cuautitlán Izcalli
- Diagnóstico médico: Linfoma No Hodgkin

PLANEACIÓN DEL CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA

1. PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

Fuente de la dificultad: **Fuerza** Fecha de identificación: **29/10/10**

Nivel y grado de dependencia: **5, permanente, varios meses.**

Tipo de prioridad: **Alta** Rol de la enfermera: **Ayuda**

Diagnóstico: Protección ineficaz r/c perfiles hematológicos anormales (leucopenia: 1.8, neutropenia: 26, plaquetopenia: 55 000), efectos secundarios de la quimioterapia, m/p deficiencia inmunitaria, fatiga, debilidad. (NANDA, Dominio 11, Clase 2, 00043)

Objetivo: Mauricio tendrá una protección eficaz mediante un programa de atención integral y multidisciplinario que incluya prioritariamente la ejecución de las medidas universales de seguridad, para evitar complicaciones durante la hospitalización.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>1. Identificación de riesgos. (NIC 4V – 6610)</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar. (NIC 4V – 6610, 7)• Determinar los recursos económicos. (NIC 4V – 6610, 8)• Determinar el nivel educativo. (NIC 4V – 6610, 9)• Planificar las actividades de disminución de riesgos en colaboración con el paciente y familia. (NIC 4V – 6610,)	<p>El personal de enfermería esta implicado directamente en la provisión de un ambiente biológico sano, por lo que la identificación de riesgos favorece la toma precoz de acciones para minimizarlos. (Audrey/Kozier 2008: 669)</p>

<p>2. Monitorización de los signos vitales. (NIC 4V – 6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar cada 4 horas la presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio.(NIC 4V- 6680, 1) • Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. (NIC 4V – 6680, 8) • Observar la presencia y calidad de los pulsos.(NIC 4V – 6680, 9) • Observar si hay relleno capilar normal. NIC 4V – 6680, 22) 	<p>Los signos vitales son muy útiles para detectar o monitorizar problemas de salud, la modificación de estos en un gran numero de casos el grado de perturbación general o específica de un órgano o sistema, el cual nos permite tomar las medidas necesarias para corregir las deficiencias y evitar complicaciones. (Rodríguez 2004: 107)</p>
<p>3. Protección contra las infecciones. (NIC 4V – 6550)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. NIC 4V – 6550, 1) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Fiebre, taquicardia, polipnea, malestar general, anorexia, nauseas, vómito. • Observar el grado de vulnerabilidad de Mauricio a las infecciones (inspeccionar todos los sitios de incisión, punción y heridas) (NIC, 4V-6550, 02). • Vigilar el recuento de granulocitos, glóbulos rojos y blancos y los resultados diferenciales. (NIC, 4V-6550, 3) 	<p>Los pacientes inmunodeprimidos se infectan a menudo por sus propios microorganismos, o por los que están presentes en las manos mal limpiadas del personal sanitario y por objetos no esterilizados. (Audrey/Kozier 2008: 690)</p> <p>Las infecciones se originan cuando hay una interacción entre un agente infeccioso y un huésped a través de un medio o transporte. (www.paho.org)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Seguir las indicaciones de una neutropenia. (NIC, 4V-6550, 4) • Limitar el número de visitas. • Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas (NIC, 4V-6550, 10) • Fomentar una ingesta nutricional suficiente (NIC, 4V-6550, 13) • Facilitar el descanso. (NIC, 4V-6550, 15) • Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones. (NIC, 4V-6550, 20) • Eliminar frutas frescas, verduras y pimientos de la dieta. (NIC, 4V-6550, 21) <p>4. Control de infecciones. (NIC 4V- 6540)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al personal y familiares el lavado de manos apropiado. (NIC 4V- 6540,8) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mojarse las manos y colocar jabón en ellas. ▶ Frotar palma con palma. ▶ Frotar dorso con palma y frotar enérgicamente los espacios interdigitales. ▶ Frotar en oposición dedos con palmas. ▶ Frotar enérgicamente el pulgar de cada mano. ▶ Frotar las puntas de los dedos girándolos contra la palma. ▶ Enjuagar muy bien las manos y secar con papel 	<p>Las precauciones universales previenen la propagación de las infecciones o de los microorganismos potencialmente infecciosos. Pretenden interrumpir la cadena de transmisión, disminuir la incidencia de infección nosocomial y mantener una alta calidad de atención. (Potter 2000: 158)</p>
---	--

<p>acuerdo a indicación medica. Administrar 2 unidades de plaquetas IV p/ 30 minutos cada 12 hrs. (NIC 2N-4030)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar las órdenes medicas.(NIC 2N-4030, 1) • Verificar que el producto sanguíneo ha sido preparado para el receptor. (NIC 2N-4030, 4) • Verificar el paciente correcto, el tipo de sangre, el tipo de Rh, el número de unidad y fecha de caducidad y registrar en el banco de sangre. • Enseñar a la paciente los signos y síntomas de las reacciones a una transfusión (picazón, vértigo, falta de aliento y dolor torácico (NIC, 2N-4030, 06) • Vigilar signos vitales durante y después de la transfusión.(NIC 2N-4030, 10) 	<p>es la restitución intravenosa de productos sanguíneos compatibles.</p> <p>La transfusión de plaquetas esta indicada para la prevención o el tratamiento de la hemorragia en pacientes con trombocitopenia por falla medular de cualquier etiología. (Ortega/Suarez 2009:67)</p> <p>La indicación de transfundir plaquetas a un paciente viene determinada no solo de la cifra de éstas, sino también de una serie de factores añadidos que incrementan el consumo plaquetario tales como: infección activa, fiebre, sangrado masivo, antibióticos, esplenomegalia. Las plaquetas deben ser infundidas, habitualmente en 20 – 40 minutos. (Ruza F.2002:2209)</p>
<p>6. Manejo de la quimioterapia. (NIC 3S – 2240)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Administrar vincristina 2mg IV en bolo. ▶ Prednisona 20 mg vo c/ 8 hrs. 	<p>La quimioterapia consiste en la administración de fármacos antineoplásicos que provocan la destrucción de células tumorales al obstaculizar sus funciones, incluida la división celular. (Brunner y Suddarth 1999: 286)</p> <p>La vincristina es un agente</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Doxorubicina 80 mg diluidos en 400 ml de glucosada 5% para 4 horas ▶ Ciclofosfamida 655 mg diluidos en 400 ml de glucosada 5% para una hora. <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay efectos tóxicos y efectos secundarios derivados de la quimioterapia.(NIC 3S – 2240, 3) • Proporcionar información al familiar y al paciente sobre el funcionamiento de los fármacos antineoplásicos sobre las células malignas. (NIC 3S – 2240, 4) • Informar la paciente y familiar que notifique sobre inmediatamente la existencia de fiebre, epistaxis, hematomas, petequias, y heces de color oscuro.(NIC 3S-2240, 7) • Administrar medicación para controlar los efectos secundarios. (NIC 3S – 2240, 11) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ondasetrón 8 mg IV c/8 hrs. 	<p>oncolítico, el mecanismo de acción se ha relacionado con la inhibición de la formación de microtúbulos en el huso mitótico, lo que da como resultado la interrupción de la división celular en la etapa de la metafase.</p> <p>(http://www.facmed.unam.mx/bmn d/plm)</p> <p>El mecanismo de acción de la doxorubicina está relacionado con su capacidad de ligarse al ADN e inhibir su síntesis. (http://www.facmed.unam.mx/bmn d/plm)</p> <p>La ciclofosfamida interfiere en la función normal del ADN por alquilación, impidiendo la división celular mediante la formación de enlaces cruzados entre las cadenas de ADN, lo cual desequilibra el crecimiento intracelular y da por resultado la muerte celular. La ciclofosfamida también tiene una actividad inmunosupresora importante. (http://www.facmed.unam.mx/bmn d/plm)</p> <p>Ondansetrón es un antagonista potente, altamente selectivo de los receptores tipo 3 de la serotonina</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer a Mauricio una dieta blanda y de fácil digestión. (NIC 3S – 2240, 14) • Asegurar una ingesta adecuada de líquidos para evitar la deshidratación. (NIC 3S – 2240, 16) • Vigilar el estado nutricional y el peso de Mauricio cada semana. (NIC 3S – 2240,22) • Seguir las normas recomendadas para la manipulación de fármacos antineoplásicos parenterales durante la preparación y administración. 	<p>(5HT3). El efecto de ondansetrón en la prevención de la náusea y vómito se debe al antagonismo de la serotonina en los receptores 5HT3 localizados a niveles central y periférico. (http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm)</p>
<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>7. Fomentar y supervisar una higiene personal eficaz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baño general preferentemente por la mañana. • Cepillado dental posterior a la ingesta de alimentos o 3 veces al día con cepillo suave. • Enjuagues bucales con agua fría carbonatada antes y después de los alimentos, alternados con enjuagues con gelclair. • Aseo del área perianal con agua tibia y jabón posterior a cada evacuación. 	<p>La piel intacta y la mucosa constituyen una barrera frente a los microorganismos que entran al cuerpo. (Audrey/Kozier 2008:686)</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</p>

<p>8. Capacitar al cuidador primario sobre la importancia de realizar actividades de la vida diaria con precaución.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restringir el uso de objetos punzocortante: tijeras, cortaúñas, palillos, tenedores. • Evitar actividades extenuantes como correr, saltar, juegos rudos. • Evitar la automedicación, sobre todo de analgésicos antipiréticos. (aspirina) 	<p>terminaciones nerviosas expuestas, así protege a la mucosa lesionada y evita la irritación. Además, hidrata y lubrica la boca.</p> <p>(www.facmed.unam.mx/bmnd/plm_2k8/)</p> <p>La enseñanza al paciente y familiar es de vital importancia para asegurar un cuidado eficaz. La comprensión del propósito de los cuidados permite disminuir la ansiedad y aumenta la colaboración del niño, así como la integración de los padres en el seguimiento. (Morgan 1993: 93)</p>
--	---

EVALUACIÓN. Posterior al primer ciclo de quimioterapia Mauricio presentó trombocitopenia, neutropenia, fiebre, por lo que requirió estar hospitalizado, recibió transfusión de 2 unidades de plaquetas, se llevaron a cabo las intervenciones planeadas logrando evitar complicaciones mayores, continúa en nivel 4 de dependencia en tanto este recibiendo quimioterapia. El 13 de Marzo de 2011 fue nuevamente hospitalizado por neutropenia profunda, se volvió a aplicar el plan de intervenciones, no se presentaron complicaciones mayores, no hubo datos de sangrado aparentes.

2. PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE NUTRICION

Fuente de la dificultad: **Fuerza** Fecha de identificación: **29/10/10**

Nivel y grado de dependencia: **4, permanente, varios meses.**

Tipo de prioridad: **Alta** Rol de la enfermera: **Ayuda**

Diagnóstico: desequilibrio nutricional por defecto: r/c aumento de las demandas metabólicas, vómito, alteraciones del gusto, estomatitis, náuseas, anorexia, m/p pérdida de peso, (41 kg a 37 kg), debilidad, fatiga, palidez de piel.

Objetivo: Mauricio mantendrá un equilibrio nutricional óptimo mediante un programa de alimentación acorde a sus necesidades durante su hospitalización continuando en su domicilio.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>1. Valorar el estado nutricional de Mauricio cada semana.</p> <ul style="list-style-type: none">• Exploración física, medidas antropométricas: peso, talla, pliegue cutáneo, IMC.• Exploración del sistema gastrointestinal.• Exploración de la boca y garganta. Mucosa oral y encías, velo palatino y úvula, dientes, amígdalas, faringe, secreción salival.	<p>La valoración del estado nutricional proporciona información con respecto a los signos adecuados de la nutrición y las deficiencias o excesos de la misma. (Wilson 2008: 129)</p> <p>La valoración como etapa del proceso de enfermería es fundamental para establecer una base de datos confiables que permita enunciar los diagnósticos para la estructura de un plan de intervenciones que pueda ser evaluado.</p>

- Exploración abdominal: (Franco/ Espinoza, 2003)
principios generales de la valoración abdominal. El orden recomendado para la valoración es la inspección, auscultación, palpación y percusión.

- Las técnicas de valoración del examen abdominal son:

- ▶ Inspección: evaluar tamaño, contorno, simetría, integridad de la piel, peristaltismo.

- ▶ Auscultación: establece presencia, ausencia y características de los ruidos intestinales.

- ▶ Palpación: se inicia con palpación superficial para valorar resistencia o hipersensibilidad, la palpación profunda evalúa el tono muscular, masas, líquido y megalías.

- ▶ Percusión: permite percibir el tamaño de los órganos abdominales.

- Valoración de pruebas bioquímicas.

- ▶ Hemoglobina y



hematocrito: un nivel bajo de hemoglobina puede indicar anemia, en tanto que el hematocrito elevado puede reflejar un cuadro de deshidratación.

- ▶ Transferrina.
- ▶ Recuento linfocitario total.
- ▶ Balance de nitrógeno.
- ▶ Creatinina.

Interdependiente.

2. Ayuda con los cuidados: alimentación. (NIC 1D-1803)

- Evaluar el apetito del paciente.
- Identificar dieta prescrita: dieta blanda a complacencia. (NIC 1D-1803, 2)
- Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y deglución: posición fowler o semifowler. (NIC 1D-1803, 5)
- Proporcionar alivio del dolor antes de las comidas. (NIC 1D-1803, 7):



La alimentación es una necesidad básica del ser humano, indispensable para mantener la vida.

Una dieta es un proceso de alimentación establecido en el que los alimentos pueden considerarse como agentes terapéuticos. La dieta blanda comprende alimentos fáciles de masticar y digerir. (Zambrano Sánchez, 2003; 75)

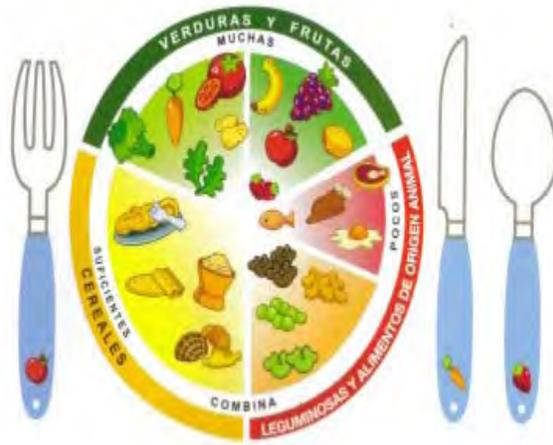
<ul style="list-style-type: none"> - Naproxeno sódico 500 mg VO c/ 8 hrs. • Proporcionar los alimentos y bebidas preferidas; jugos, gelatinas.(NIC 1D-1803,17) • Administrar aporte de glucosa y electrolitos intravenoso. <ul style="list-style-type: none"> - SDB 1500/2:1/30 - Glucosada 5% 330 ml - Sol fca. 0.9% 165 ml - Kcl 4.9 ml 	<p>El naproxen sódico es un antiinflamatorio, analgésico y antipirético no esteroideo que se absorbe rápido y completamente. Inhibe la síntesis de las prostaglandinas. (www.facmed.unam.mx)</p> <p>Cada litro de solución glucosada al 5 % aporta 50 gramos de glucosa, que equivale a 200 kcal. Este aporte calórico reduce el catabolismo protéico, y actúa por otra parte como protector hepático y como material de combustible de los tejidos del organismo más necesitados (sistema nervioso central y miocardio). La solución salina al 0.9 % es la sustancia cristaloides estándar, es levemente hipertónica respecto al líquido extracelular y tiene un pH ácido. (www.facmed.unam.mx)</p>
<p>3. Manejo de la nutrición. (NIC 1D - 1100)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntar al cuidador primario si Mauricio tiene alguna alergia a algún alimento. (NIC 1D -1100, 1) • Determinar las preferencias de comidas del paciente. (NIC 1D -1100, 2) 	<p>La forma de alimentación y los requerimientos energéticos se basan en situaciones/necesidades individuales con el fin de aportar la cantidad máxima de nutrientes con el mínimo esfuerzo del paciente. (Doenges M, 2008; 125)</p>

- Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. (NIC 1D -1100, 4)
- Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.(NIC 1D - 1100, 10)
- Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico. (NIC 1D -1100, 16)
- Proporcionar información adecuada tanto al paciente como al cuidador primario acerca de las necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.(NIC 1D - 1100,19)

4. Manejo de las nauseas. (NIC 1E-1450)

- Evaluar el impacto de las nauseas sobre la calidad de vida. (NIC 1E-1450, 8)
- Asegurarse de que se haya administrado antieméticos eficaces para el control de la nausea.(NIC 1E-1450, 10)

▶ Ondasetrón. 8 mg IV



Las nauseas y los vómitos inducidos por la quimioterapia son efectos adversos que hoy en día deben controlarse completamente, con el objetivo de prevenir su aparición mas que tratar, con el fin de mejorar la calidad de vida, evitar complicaciones y facilitar la adhesión al tratamiento quimioterápico. (Gonzales B, 2007:233)

c/ 8 hrs.

- Identificar estrategias exitosas en el manejo de las náuseas. (NIC 1E-1450, 13)
- Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas antes, después y posterior a la quimioterapia, antes de que se produzcan las náuseas o aumenten. (NIC 1E-1450, 18)
- Utilizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad. (NIC 1E-1450, 20)
- Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas.
- Favorecer la ingesta con una presentación atractiva de los alimentos, poco calientes, evitando sabores ácidos o amargos y olores intensos (no destapar la bandeja delante del niño).
- Promover de ser posible, la participación del niño en la elección del menú de acuerdo a sus gustos y preferencias.



<p>del paciente durante la hipertermia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar los signos vitales cada hora: <ul style="list-style-type: none"> ▶ T/A ▶ FC ▶ FR ▶ Oximetría. <p>2. Tratamiento de la fiebre. (NIC 2N – 3740)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar la temperatura cada hora. (NIC 2N – 3740,1) • Vigilar pos si hubiera pérdidas imperceptibles de líquidos. (NIC 2N – 3740, 2) • Observar el color de la piel y la temperatura. NIC 2N – 3740, 4) • Comprobar los valores de recuento de leucocitos, hemoglobina y hematocrito. (NIC 2N – 3740, 8) • Administrar medicación antipirética: paracetamol 550 mg IV PRN, PVM. (NIC 2N-3740, 13) • Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos orales. (NIC 2N-3740, 17) 	<p>a deshidratación o bien a la imposibilidad de aumentar el gasto cardiaco. La disminución de la temperatura corporal de más de 2° en 15 minutos puede desencadenar contracciones ventriculares prematuras, así como disminución precipitada de la frecuencia cardiaca. (Rodríguez 2002: 234)</p> <p>La fiebre es producida por la estimulación de interleucinas que estimulan el hipotálamo, esta elevación de temperatura corporal se manifiesta por alteraciones que compensan demandas metabólicas de organismo provocando vasodilatación de los vasos cutáneos, aumento de la respiración.</p> <p>La fiebre actúa como mecanismo de defensa que hace aumentar la producción de anticuerpos. (Rodríguez 2002: 234)</p> <p>El paracetamol es un antitérmico-analgésico no antiinflamatorio, porque inhibe la síntesis de las prostaglandinas en el hipotálamo, carece de efectos sobre la agregación plaquetaria. (Velazco M. 1988)</p>
---	---

<p>3. Control de la temperatura corporal de Mauricio por medios físicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar el exceso de ropa o mantas y cubrir al paciente con una sábana fina. • Mantener una temperatura ambiental cálida. (20 oC) • Colocar paños húmedos en la cabeza, axilas, ingles del paciente. • Dar un baño con agua tibia que no exceda los 20 minutos. • Verificar la temperatura corporal posterior al baño. <p>4. Orientar al cuidador primario sobre las medidas para el control de la temperatura en el hogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar al familiar el mecanismo de la fiebre. • Enseñar a medir la temperatura. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Encender el termómetro y esperar a que en la pantalla aparezca °C. ▶ Colocar el termómetro en la axila. ▶ Que el paciente mantenga el brazo fuertemente sujeto contra el pecho, para mantener el termómetro en su lugar. 	<p>La aplicación de ciertas medidas físicas como desnudar parcialmente al paciente, crear una temperatura ambiental cálida y aumentar la ingesta de líquidos, contribuyen a un descenso natural de la temperatura y a una mejoría de la confortabilidad. (Inarejos M. 2001: 225)</p> <p>La educación de los padres acerca del control de la temperatura elevada es esencial, pues muchos ignoran el significado de la fiebre, tienen temores infundados sobre sus peligros y son propensos a sobremedicar al niño febril.(Waley/Wong 1995:615)</p> <p>La explicación detallada, concreta y comprensible, permite aumentar los conocimientos, fomentando el control de la situación. (Morgan K, 1993: 184)</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mantener el termómetro puesto hasta que lo indique la alarma y de que la pantalla deje de parpadear. ▶ Retirar el termómetro. ▶ Leer la temperatura. ▶ Limpiar el termómetro con solución jabonosa ya que es necesario eliminar la materia orgánica, antes de guardar el termómetro o usarlo otra vez. ▶ Apagar el termómetro. <ul style="list-style-type: none"> • Supervisar la realización de las medidas planeadas para el control de la fiebre. • Aclarar dudas y reforzar el conocimiento. 	 
--	---

EVALUACION: Mauricio logró recuperar el bienestar físico, ya que la temperatura descendió en las primeras 24 horas, a través de los cuidados que se le proporcionaron, bajando de un nivel 5 a 3.

4. PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Fuente de la dificultad: **Fuerza**

Fecha de identificación: **29/10/10**

Nivel y grado de dependencia: **4, transitoria.**

Tipo de prioridad: **Alta**

Rol de la enfermera: **Ayuda**

Diagnóstico: diarrea r/c efectos adversos de los medicamentos (quimioterapia) m/p dolor abdominal, sonidos intestinales hiperactivos, urgencia para defecar. (NANDA Dominio 3, Clase 2, 00013)

Objetivo: Mauricio no presentara datos de deshidratación normal ni desequilibrio hidroelectrolítico mediante estrategias de hidratación oral y parenteral en las primeras 24 horas.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>1. Realizar valoración inicial del estado de hidratación y función gastrointestinal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el estado de hidratación: mucosas húmedas, turgencia de la piel. • Auscultar sonidos intestinales. • Medir el perímetro abdominal. • Realizar una exploración física del abdomen, recto y ano. • Observar y registrar la frecuencia, consistencia y olor de las evacuaciones, así como los factores desencadenantes. 	<p>La valoración de la función intestinal revela datos que pueden indicar un problema real o potencial de eliminación, o un problema resultante de una alteración en la eliminación. (Potter 2002; 1479)</p>
<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>2. Manejo de la diarrea. NIC 1B-0460</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ordenar al paciente y familiar que notifique cada episodio de diarrea que se presente. NIC 0460, 12 • Notificar al medico cualquier aumento 	<p>La diarrea es una alteración que afecta la digestión, la absorción y la secreción en el tracto gastrointestinal. El contenido intestinal pasa a través del intestino delgado y grueso</p>

<p>de de frecuencia o tono de los sonidos intestinales. NIC 0460, 17</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar la turgencia de la piel regularmente. NIC 0460, 13 • Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración. (NIC 0460, 14) • Fomentar la realización de comidas en pequeñas cantidades. NIC 0460, 7 • Evitar el consumo de líquidos como jugos de frutas, bebidas gaseosas ligeras y gelatinas. • Fomentar el reposo en cama. • Buscar la presencia de sangre en heces a través de tiras reactivas de labstix. • Administrar medicamentos como se indique. Omeprazol 20 mg IV c/ 12 hrs. 	<p>demasiado deprisa para permitir la normal absorción de líquidos y nutrientes. La irritación del colon puede ocasionar un incremento en la secreción de moco y como resultado las heces se vuelven acuosas alterando la capacidad de controlar el reflejo de la defecación. (Potter 2002; 1468)</p>
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>3. Mantener un estado de hidratación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar signos de deshidratación: coloración grisácea, sequedad de mucosas, disminución de la turgencia de la piel. 	<p>El omeprazol es una base débil que es absorbida a un PH alcalino en el intestino delgado, de ahí es transportado a las células parietales del estomago mediante el torrente sanguíneo. El pico plasmático de concentración se alcanza de 2 – 3 horas y su duración de acción es mayor de 24 horas. (Ruza T.F 2003; 1186)</p> <p>La prevención del estado de deshidratación se hace suministrando a los niños más líquidos de lo normal.</p> <p>El desequilibrio o alteraciones de</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Constatar que la diuresis sea superior a 1 ml/kg/hr. • Rehidratar al niño mediante una solución electrolítica por vía oral e intravenosa. <ul style="list-style-type: none"> - Vida suero oral: una taza posterior a cada evacuación. - Soluciones IV. S. Glucosada, mas S. Fisiologica al 0.9% mas KCL para 8 hrs - <p>4. Controlar el balance hídrico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control estricto de líquidos. • Vigilar el gasto urinario, medir densidad urinaria. Comprobar si hay oliguria. • Comprobar presencia de sangre, proteínas y glucosa en orina mediante labstix. • Control del peso corporal diario. <p>INDEPENDIENTE.</p> <p>5. Cuidado estricto del área perianal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener el área seca. • Recomendar el uso de papel higiénico lo mas suave posible. 	<p>los líquidos y electrólitos pueden originarse por un estado patológico preexistente o un episodio traumático inesperado o súbito, como diarrea, vómito, disminución o privación de la ingesta de líquidos, succión gástrica, quemaduras, fiebre, hiperventilación, entre otras. El indicador para determinar las condiciones hídricas de un paciente es a través del balance de líquidos, para lo cual se tendrán que considerar los ingresos y egresos, incluyendo las pérdidas insensibles. La responsabilidad del personal de enfermería para contribuir a mantener un equilibrio de líquidos en el organismo del paciente es preponderante, ya que depende primordialmente de la precisión con la cual realice este procedimiento, que repercutirá en el tratamiento y recuperación de su paciente.(www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria)</p> <p>Los efectos irritantes de las heces diarreicas aumentan el riesgo de ulceraciones cutáneas, por lo cual la zona que rodea la región</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Lavar la zona perianal posterior a cada evacuación con agua tibia y jabones blandos no alcalinos • Vigilar constantemente la integridad de la piel. • Aplicar ungüentos de barrera: oxido de zinc en el área. 	<p>perianal debe mantenerse limpia y seca.(Berman/Snyder 2008 ; 1329)</p> <p>El oxido de zinc es un emoliente protector y astringente cutáneo. Está indicado en quemaduras leves, raspones, sedante del ardor y del prurito en eccemas, eritrodermias, rozadura por pañal. Prevención de maceraciones. (http://www.facmed.unam.mx/)</p>
---	--

EVALUACIÓN. Mauricio no presentó datos de desequilibrio hidroelectrolítico, la diarrea persistió 36 horas posteriores a la identificación de la necesidad. Se remitió la diarrea sin complicaciones. Actualmente Mauricio se encuentra en independencia de la necesidad de eliminación.

5. PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Fuente de la dificultad: **Fuerza** Fecha de identificación: **19/10/10**

Nivel y grado de dependencia: **5 transitoria.**

Tipo de prioridad: **Alta** Rol de la enfermera: **Ayuda**

Diagnóstico: patrón respiratorio anormal r/c obstrucción mecánica (aumento de volumen de los ganglios cervicales) m/p aleteo nasal, polipnea, desaturación.

Objetivo: Mauricio recuperara la independencia en la necesidad de oxigenación en el menor tiempo posible con el trabajo coordinado del equipo multidisciplinario y cuidador.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar y vigilar el patrón respiratorio por turno. <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la velocidad y profundidad de las respiraciones y de los movimientos torácicos. Vigilar en busca de signos de insuficiencia respiratoria. • Auscultar los campos pulmonares, considerando zonas de disminución o ausencia de flujo de aire y ruidos respiratorios accesorios. • Observar el color de la piel, las membranas mucosas y los lechos ungueales, registrando la presencia de cianosis periférica o central. 2. Vigilar los signos vitales y el ritmo cardiaco. 3. Ayuda a la ventilación: (NIC 2K- 	<p>La vigilancia continua del patrón respiratorio permite identificar oportunamente datos de posibles alteraciones o complicaciones. (Doenges M. 2008 p 125)</p>  <p>La presencia de taquicardia, arritmias y cambios en la presión arterial puede reflejar los efectos de la hipoxemia sistémica sobre la función cardíaca. (Doenges M. 2008 p 125)</p>

3390)

- Mantener una vía aérea permeable. (NIC 3390, 1)
- Colocar al paciente de modo que alivie la disnea. (NIC 3390, 2)
- Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos (posición semifowler).(NIC 3390, 5)
- Observar si hay fatiga muscular respiratoria. (NIC 3390, 11)
- Iniciar y mantener suplemento de oxígeno. (NIC 3390, 12). Nebulizador con mascarilla facial, FiO₂ al 45%.
- Administrar medicación adecuada contra el dolor para evitar la hipoventilación. (NIC 3390 13).

4. Oxigenoterapia. (NIC 2K-3320)

- Administrar oxígeno suplementario. Nebulizador al 45% con mascarilla facial. (NIC 3320, 5)
- Vigilar el flujo de litro de oxígeno. (NIC 3320, 6)

La ventilación es un proceso cíclico, de inspiración y espiración, mediante el cual el oxígeno es llevado a los alvéolos a través del aire inspirado y el dióxido de carbono es eliminado de los pulmones por el aire espirado. La eficiencia de la ventilación depende del volumen de aire inspirado y la distribución de aire en los alvéolos. (Brunner y Suddarth, 1999 p 441)



La oxigenoterapia es la administración de oxígeno con fines terapéuticos y debe seguir criterios establecidos. La saturación de la sangre con oxígeno y la concentración del oxígeno administrado deben ser monitoreados para evitar la administración innecesaria o de altas

<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la eficacia de la oxigenoterapia, colocar el pulsioxímetro. (NIC 3320, 10) • Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno 	concentraciones que pudieran producir otras complicaciones. (Tellez/Silva 2002 p-63)
---	--

EVALUACIÓN. Se realizaron las intervenciones planeadas logrando que Mauricio recuperara la independencia en la necesidad de oxigenación. Actualmente se mantiene en independencia.

6. PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN.

Fuente de la dificultad: **Fuerza** Fecha de identificación: **10/11/10**

Nivel y grado de dependencia: **3, transitoria**

Tipo de prioridad: **Media** Rol de la enfermera: **Ayuda**

Diagnóstico: Dependencia en la higiene personal r/c falta de voluntad del paciente para el corte de uñas y cepillado de dientes m/p dientes con acúmulo de placa amarilla, lengua con fina capa amarilla.

Objetivo: Mauricio logrará la independencia en la necesidad de higiene personal mediante acciones de motivación y enseñanza para el aseo personal

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTE.	

<p>1. Cuidado de las uñas cada que sea necesario. (NIC 1F-1680)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar o ayudar en la limpieza de las uñas. • Controlar o ayudar a cortar las uñas • Empapar las uñas con agua caliente, limpiar debajo de las uñas con un palillo y empujar la cutícula. • Humedecer las zonas alrededor de las uñas para evitar resequedad. 	<p>La uña es una placa córnea que se origina a partir del endurecimiento de las células de la epidermis, se trata de un tejido vivo que requiere cuidados como cualquier otra parte del organismo. (L. Savatoure, 2006: 5)</p>
<p>2. Fomentar la salud bucal. (NIC 1F-1720)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como habito. • Inspeccionar la mucosa bucal con regularidad. • Fomentar las revisiones dentales regulares. • Enseñar y estimular el uso del hilo dental. • Explicar y ayudar al cepillado de dientes después de las comidas de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Utilizar un cepillo suave de puntas redondeadas con una superficie de cepillado plana y un mango ancho y 	<p>La higiene bucal frecuente elimina o previene la instalación de microorganismos oportunistas, y evita la sequedad e incremento de las lesiones en la mucosa oral. (Carpenito 1994: 603)</p> <p>La acción mecánica del cepillado elimina la placa dentobacteriana evitando la acumulación de depósitos blandos bacterianos que se adhieren a los dientes causando caries e inflamación de las encías, además el cepillado dental permite estimular la</p>

recto.

- ▶ Cepillar los dientes anteriores colocando las cerdas sobre la encía en un ángulo de 45 grados.

Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía.

- ▶ Cepillar suavemente la superficie dental externa de 2 o 3 dientes por vez con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mover el cepillo al próximo grupo de 2 o 3 dientes y repetir la operación.

- ▶ Mantener un ángulo de 45 grados con las fibras en contacto con la superficie dental y la encía. Para el cepillado de los molares, cepillar suavemente con un movimiento circular al mismo tiempo realizar un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna.

- ▶ Inclinar el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Hacer

circulación gingival y estimula la queratinización de los tejidos haciéndolos mas resistentes a cualquier tipo de agresión.

(Waley/Wong 1995:329)



varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo.

- ▶ Poner el cepillo sobre la superficie masticatoria y hacer un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepillar la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen el mal aliento.

- Realizar enjuagues al menos cada 4 horas y después de las comidas.
- Aplicar lubricante en los labios cada que sea necesario.
- Orientar la cuidador primario para que insista en estas medidas cuando se encuentre en su domicilio



EVALUACION: Mauricio recupero la independencia a través del asesoramiento y la motivación para tener una higiene bucal frecuentemente.

7. PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Fuente de la dificultad: **Fuerza**

Fecha de identificación: **19/10/10**

Nivel y grado de dependencia: **3, transitoria**

Tipo de prioridad: **Alta**

Rol de la enfermera: **Ayuda**

Diagnóstico: Dependencia en la necesidad de aprendizaje r/c falta de conocimientos sobre su enfermedad, tratamiento y reacciones adversas m/p: expresa verbalmente interés por aprender sobre el linfoma y como cuidarse.

Objetivo: Mauricio obtendrá los conocimientos necesarios sobre el linfoma no hodgkin y las medidas para cuidarse mediante un sistema de enseñanza acorde a su nivel de desarrollo en el menor tiempo posible.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>1. Facilitar el aprendizaje. (NIC 3S 5520)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comenzar la instrucción solo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender. (NIC 3S 5520, 1) • Ajustar la enseñanza al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. (NIC 3S 5520, 4) • Utilizar un lenguaje familiar. (NIC 3S 5520, 18) • Definir la terminología que no sea familiar: ganglio, neoplasia, linfoma, quimioterapia. (NIC 3S 5520, 19) • Presentar la información de manera estimulante. (NIC 3S 5520, 21) • Fomentar la participación activa del paciente. 	<p>Como todas las personas, los pacientes pueden tener diversas necesidades de aprendizaje; la necesidad de aprendizaje es un deseo o necesidad de conocer algo que en la actualidad desconoce el individuo; incluye nuevo conocimiento o información pero también puede abarcar una capacidad o habilidad física nueva o diferente, una conducta nueva o un cambio en la conducta.</p> <p>(Kozier, 2008:.488)</p>

<p>2. Enseñanza: proceso de enfermedad del linfoma no Hodgkin. (NIC 3S-5602)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad del Linfoma. (NIC 3S-5602, 1) • Describir los signos y síntomas comunes del Linfoma No Hodgking. (NIC 3S-5602, 5) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Crecimiento de los ganglios linfáticos. ▶ Dolor, fiebre, perdida de peso. • Identificar cambios en el estado físico del paciente. (NIC 3S-5602, 10) • Reforzar la información proporcionada por los otros miembros del equipo de salud. • Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones. (NIC 3S-5602, 15) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Informar que se suspenderá la participación en actividades recreativas como el juego de futbol, 	<p>Para favorecer la adaptación a nuevas situaciones es imprescindible conocer a qué nos enfrentamos, qué cabe esperar y qué podemos hacer para afrontar la experiencia positivamente con lo que se conseguirá cierta sensación de control y mayor colaboración de la familia y en consecuencia, del paciente.</p> <p>La información deberá ser clara, honesta, concisa, comprensible, pertinente en función del estadio de la enfermedad y adaptada a la edad del niño y al nivel socio-cultural de su familia.</p> <p>En relación con el proceso oncológico la magnitud de la información obliga a ofrecerla de modo gradual asegurándonos que va siendo asimilada de forma correcta.</p> <p>La explicación detallada, concreta y comprensible, permite aumentar los conocimientos, fomentando el control de la situación. (Morgan K, 1993: 184)</p>
---	--

<p>por el riesgo de sangrado por golpes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Informar que será necesario evitar asistir a lugares muy concurridos para evitar el contagio de infecciones respiratorias. ▶ De ser necesario dejará temporalmente la escuela. <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir o minimizar los efectos secundarios del tratamiento: Quimioterapia. (NIC 3S-5602, 20) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Medidas de seguridad para evitar infecciones. ▶ Control de la alimentación para disminuir las alteraciones gastrointestinales. ▶ Cambios en el estilo de vida por el riesgo de sangrado. (evitar golpes, cepillado de dientes con cepillos suaves) 	
---	--

EVALUACION: Mauricio obtuvo conocimientos sobre su enfermedad, las posibles complicaciones y aspectos para su cuidado diario, se disminuyo la dependencia de un nivel 3 a 1, se evaluó el aprendizaje. Algunas veces no pone en prácticas las precauciones por falta de voluntad.

8. PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE REALIZACIÓN

Fuente de la dificultad: **Fuerza** Fecha de identificación: **14/03/11**

Nivel y grado de dependencia: **4, permanente, varios meses.**

Tipo de prioridad: **Alta** Rol de la enfermera: **Ayuda**

Diagnóstico: Deterioro de la imagen corporal r/c cambios en la apariencia física por los efectos adversos de la quimioterapia m/p caída del cabello, pérdida de peso, expresa verbalmente sentir pena que sus amigos lo vean así.

Objetivo: Mauricio expresará un concepto positivo de si mismo durante el periodo hospitalario y posterior a el, mediante acciones de reforzamiento de autoconcepto.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>1. Potenciación de la imagen corporal. (NIC 3R-5220)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las expectativas corporales del escolar, en función del estado de desarrollo.(NIC 3R-5220, 1) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Identificar como espera ser: estatura, complexión, cabello, tono de piel. • Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por el tratamiento del Linfoma. (Quimioterapia). (NIC 3R-5220, 4) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Caída de cabello. 	<p>Los niños en edad escolar se comparan con los demás, reconocen las similitudes y las diferencias entre ellos. Los que tienen éxito y ven reconocido su esfuerzo se sienten competentes y que tienen el control sobre si mismos y su entorno.</p> <p>El hogar sigue siendo el sitio principal en el se desarrolla el autoestima del niño. (Audrey 2008: 381)</p>

- ▶ Perdida de peso
- ▶ Cambios de coloración de la piel.

- Ayudar al escolar a separar es aspecto físico de los sentimientos de valía personal. (NIC 3R-5220,7)
- Observar la frecuencia de las frases de autocrítica. (NIC 3R-5220, 15)
- Identificar las estrategias de adaptación utilizadas por los padres en respuesta a los cambios de aspecto de su hijo. (NIC 3R-5220, 21)
- Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido al aislamiento social. (NIC 3R-5220, 25)
- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.(NIC 3R-5220, 28)
 - ▶ Utilizar gorra.
 - ▶ Informar sobre la existencia de pelucas.

2. Potenciación de la autoestima (NIC 3R- 5400)

- Animar al paciente a identificar sus propias virtudes. (NIC 3R-5400, 4)



- Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente. (NIC 3R- 5400,6)
- Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse. (NIC 3R- 5400, 9)
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. (NIC 3R- 5400,11)
- Fomentar el aumento de la responsabilidad de si mismo. (NIC 3R- 5400,15)
- Animar al paciente a evaluar su propia conducta
- Enseñar a los padres a reconocer las conquistas de sus hijos.(NIC 3R- 5400,26)



EVALUACION: Pese a que se han llevado a cabo las intervenciones planeadas Mauricio no ha logrado la independencia de esta necesidad, ya que al momento de trabajar con el, se muestra dispuesto a aceptar sin problemas su imagen corporal, pero cuando ya esta en su casa, refiere el familiar que continua con esa sensación de molestia y angustia por su apariencia. Fluctúa entre la independencia y la dependencia.

9. PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Fuente de la dificultad: **Fuerza**

Fecha de identificación: **19/10/10**

Nivel y grado de dependencia: **4, transitoria**

Tipo de prioridad: **Media**

Rol de la enfermera: **Ayuda**

Diagnóstico: Deterioro de la interacción social familiar r/c barreras físicas ambientales m/p expresa el deseo de hablar con sus amigos y hermana.

Objetivo: Mauricio lograra una comunicación eficaz con personas significativas a través de la elaboración de estrategias para comunicarse en el menor tiempo posible.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>1. Valorar la necesidad de comunicarse</p> <ul style="list-style-type: none">• Establecer una relación terapéutica enfermera – paciente mediante escucha activa, estar disponible para resolver problemas.• Colocarse frente a la persona: esa posición dice: estoy disponible para ti.• Adoptar una postura franca: la postura no defensiva es aquella en la que no se cruzan los brazos ni las piernas. Transmite el deseo de la persona de facilitar la comunicación, al igual que la puerta abierta del hogar o de la oficina.	<p>La comunicación es la vía básica que la enfermera utiliza en el marco de la relación terapéutica y a través de la cual realiza la intervención sicosocial de enfermería. Una buena comunicación, un buen contacto entre las personas implicadas (enfermera, paciente, familia) asegura una predisposición saludable hacia comportamientos de salud tanto internos (pensamientos y sentimientos) como externos (conductas). (Navarro G. 2005; 11)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Mantener buen contacto ocular: el contacto ocular mutuo, preferiblemente al mismo nivel, reconoce a la otra persona y denota voluntad de mantener la comunicación. 	
<p>2. Potenciación de la comunicación. (NIC 3Q – 4920)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer el propósito de la interacción (NIC, 3Q-4920, 01) • Mostrar interés en escolar. (NIC, 3Q-4920, 02) • Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones (NIC, 3Q-4920, 03) • Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones (NIC, 3Q-4920, 04) • Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones (NIC, 3Q-4920, 05) • Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (utilizar formas adecuadas de contacto para reforzar los sentimientos de cuidado) (NIC, 3Q-4920, 06) • Identificar los temas predominantes 	<p>La comunicación es un proceso interpersonal bidireccional, con participación del emisor, del mensaje y su receptor. También conlleva mensajes intrapersonales o hablar consigo mismo. (Audrey 2008: 483)</p> <p>La persona, tanto en situación de salud como de enfermedad, necesita intercambiar información personal de todo tipo con los demás. Necesita poder expresar a alguien de su confianza cuales son sus sentimientos y pensamientos en una situación – problema para diferentes cometidos como: sacar al exterior dudas, miedos, temores enfados, obtener información precisa sobre cuestiones determinadas, obtener estímulos positivos que ayuden en la mejora de su autoestima, obtener retroalimentación acerca de su forma de sentir, pensar, actuar; obtener apoyo ante las situaciones de estrés</p>

(escuchar activamente el mensaje básico del adolescente y después repetir los pensamientos y/o sentimientos en palabras similares) (NIC, 3Q-4920, 10)

- Calcular una respuesta de forma que refleje la comprensión del mensaje recibido (NIC, 3Q-4920, 12)
- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación (la enfermera puede reexponer el mensaje básico o confesar confusión y pedir al paciente que repita o vuelva a expresar el mensaje) (NIC, 3Q-4920, 13)
- Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones (aceptación de pausas o silencio que se pueden prolongar durante varios segundos o minutos sin introducir ninguna respuesta verbal) (NIC, 3Q-4920, 17)

3. Potenciación de la socialización. (NIC 3Q- 5100)

- Animar al paciente a desarrollar relaciones, entre los compañeros de sala. (NIC 3Q- 5100,2)
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y

y manifestarse como ser social que es. (Navarro G. 2005; 12)



<p>objetivos comunes.(NIC 3Q- 5100,3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar compartir problemas con los demás.(NIC 3Q- 5100,5) • Fomentar el respeto de los derechos de los demás(NIC 3Q- 5100, 8) • Solicitar y esperar comunicaciones verbales <p>4. Favorecer la comunicación verbal y no verbal con personas significativas ausentes durante la hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al escolar a que se comunique con sus amigos mediante mensajes de texto SMS. • Enviar y recibir cartas, notas, tarjetas de sus amigos y hermana. • Hacer y recibir llamadas telefónicas con sus amigos y hermana de ser posible. 	
---	--

EVALUACION: Mauricio logro mantener una comunicación eficaz con personas significativas durante la hospitalización a través de llamadas telefónicas, además aprendió a interactuar con otros niños en circunstancias similares. Se encuentra actualmente en independencia.

10. PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE RECREACIÓN

Fuente de la dificultad: **Fuerza** Fecha de identificación: **01/12/10**
Nivel y grado de dependencia: **4, permanente, varios meses.**
Tipo de prioridad: **Alta** Rol de la enfermera: **Ayuda**

Diagnóstico: Riesgo de deterioro de actividades recreativas r/c falta de conocimientos para suplir su actividad habitual de recreación. (fut bol).

Objetivo: Mauricio participara durante el tiempo de hospitalización en actividades lúdicas propias de su edad que le permitan aumentar sus habilidades físicas, mentales y sociales.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una valoración diaria para identificar: <ul style="list-style-type: none"> • Estado emocional mediante una entrevista. • Capacidades físicas para realizar actividades. • Gustos y áreas de interés para recrearse, así como los recursos humanos y materiales con que se cuenta para ello. • Interés por realizar una actividad específica. 2. Terapia con juegos. (NIC 3O – 4430) <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar el objeto de la sesión de juegos. 4 • Disponer de un ambiente tranquilo 	<p>Permite establecer un perfil de juego adecuado a sus necesidades, intereses y a los recursos.</p> <p>Los niños en edad escolar están motivados por actividades que proporcionan un sentimiento de valor, se concentran en el dominio de destrezas que les ayuden a desenvolverse en el mundo mayor. (Kozier 2004: 426)</p> <p>Al entrar los niños en edad escolar, su juego torna en otras dimensiones, eligen aquellas en donde se requiera mayor capacidad física e intelectual, también incluye formación de grupos, donde comienzan a desarrollar un sentido de pertenencia. (Waley 1995: 426)</p>

<p>que este libre de interrupciones. 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estructurar la sesión de juegos para facilitar el resultado deseado. <p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Los juegos recomendados durante la hospitalización son acordes a la edad son: memoramas, cartas, videojuegos, ajedrez, domino. <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a que comparta sentimientos, conocimientos y percepciones. 14 • Registrar las observaciones realizadas durante la sesión de juegos. <p>3. Terapia de entretenimiento. (NIC 3R-5360)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un ambiente adecuado para la distracción: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Luz, temperatura, TV, material lúdico, libros. • Incluir al paciente en la planificación de las actividades recreativas. 4 <ul style="list-style-type: none"> ▶ Definir en que juego se va a entretener. ▶ Planear la asistencia al área de juego del hospital (ARCA) para favorecer 	<p>Aunque el juego escolar suele ser muy activo, también se divierten en actividades tranquilas y solitarias. (Waley/Wong 1995: 401)</p> <p>Quando los niños crecen, aprenden a jugar en equipo. Durante este periodo de socialización con los demás niños, se van volviendo menos egocéntricos y más participativos con el grupo. (Audrey/Kozier 2008: 381)</p>
--	--

habilidades motoras y cognitivas.

- Ayudar al paciente a identificar las actividades recreativas que tengan sentido para él. 7
 - ▶ Dibujar con lápices de colores.
 - ▶ Realización de manualidades.
 - ▶ Juegos de mesa: rompecabezas, memoramas, cartas.

4. Fomentar las relaciones interpersonales con los niños de la sala.

- Favorecer la conversación entre Mauricio y los compañeros de sala.
- Integrar al paciente con niños hospitalizados en la misma sala para la realización de juegos grupales y de destreza.
- Intercambiar videojuegos o películas.



EVALUACIÓN. A través de la realización de otras actividades de recreación como juegos de mesa, pintar, ver películas, Mauricio no la presentado dependencia en la necesidad de recreación, aunque le gustaría regresar ya a su actividad recreativa sabe que debe esperar, y ha encontrado otras maneras de sustituirla.

11. PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Fuente de la dificultad: **no hay**

Fecha de identificación: **11/11/10**

Nivel y grado de dependencia: **1**

Tipo de prioridad: **baja**

Rol de la enfermera: **acompañamiento**

Diagnóstico: Disposición para mejorar el sueño. (NANDA Dominio 4, Clase 1, 00165)

Objetivo: Mauricio dormirá un periodo de 8 a 10 horas diarias mediante el reforzamiento de conductas en el patrón de sueño habitual en el hospital y en su domicilio continuamente.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>1. Realizar la valoración del patrón del sueño cada semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el patrón del sueño normal. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Horas que duerme. ▶ Hora de acostarse. ▶ Siestas durante el día. ▶ Características del sueño. ▶ Hábitos o rutinas antes de dormir. • Revisar los factores que afectan el patrón del sueño. 	<p>El sueño es una necesidad humana básica. Se trata de un proceso biológico universal común a todas las personas.</p> <p>Un patrón de sueño adecuado ayuda a afrontar el estrés cotidiano, previene el cansancio, conserva la energía, restaura mente y cuerpo, mejora la funcionalidad diurna, es vital para mantener una funcionalidad psicológica y fisiológica. El sueño es un factor importante para la calidad de vida de una persona. (Berman Audrey, 2008, p-1164)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las respuestas del cliente a la alteración del sueño. <p>INDEPENDIENTE</p> <p>2. Determinar el ciclo sueño-vigilia de acuerdo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La etapa de crecimiento y desarrollo • El nivel de actividad • Estado de salud. <p>3. Fomentar el mantenimiento de los hábitos que son adecuados para mantener un patrón de sueño acorde a sus necesidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un horario regular para acostarse y levantarse. De 9 pm a 7 am. • Evitar tomar alimentos y líquidos abundantes antes de acostarse. • Evitar dormirse delante de la televisión. 	<p>El sueño es un ritmo biológico complejo. El ritmo biológico mas conocido es el ritmo circadiano. Cuando el reloj biológico de una persona coincide con los ciclos de sueño – vigilia, se dice que la persona esta en sincronización circadiana. Los niños en edad escolar necesitan de 10 a 12 horas de sueño. (Audrey Berman 2008, p-1167)</p> <p>Las personas enfermas con frecuencia requieren más reposo y sueño de lo normal, ya que gastan cantidades inusuales de energía para recobrar la salud. (Kozier 2004, p 1219)</p> <p>La mayoría de las personas están acostumbradas a seguir una serie de de rituales o rutinas previas que producen confort y relajación. Si se alteran o eliminan se puede afectar el sueño del paciente. (Audrey/Kozier 2008:1178)</p> <p>Todas las personas necesitan un entorno para dormir en el que el ruido</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos higiénicos antes de dormir como el cepillado de dientes, vaciamiento vesical. • Realizar técnicas de relajación para favorecer el sueño: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Elegir un entorno tranquilo y confortable. ▶ Comentar una imagen con la que Mauricio haya obtenido placer y relajación, como estar en la playa, en un lugar preferido, mirar un evento cautivante. ▶ Elegir una escena en la que se incluyan tantas sensaciones como sea posible. ▶ Hacer que Mauricio viaje mentalmente a esa escena y que diga como la percibe, que aspecto tiene, que sensaciones le produce. ▶ Permanecer en ese lugar unos instantes. ▶ Ayudar a desarrollar un método para terminar con esas imágenes mientras respira profundamente. <p>4. Utilizar medidas o técnicas que ayuden a conciliar el sueño.</p>	<p>sea mínimo, la temperatura ambiente sea confortable y la ventilación y luz sean apropiados. Las distracciones del entorno, como ruidos o comunicación entre el personal son particularmente problemáticos para los pacientes hospitalizados.</p> <p>Para crear un entorno apacible, la enfermera tiene que reducir las distracciones, las interrupciones del sueño, garantizar un entorno seguro y proporcionar una temperatura ambiente satisfactoria para el paciente. (Audrey/Kozier 2008: 1178)</p>
--	--

<p>a) En su casa:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bebidas calientes.• Lectura (cuentos, historietas, evitar lo relacionado con espantos o terror)• Música (preferentemente instrumental)• Mantener las luces tenues antes de acostarse.• Reforzar la conveniencia de mantener la máxima comodidad:<ul style="list-style-type: none">▶ cama confortable,▶ temperatura agradable,▶ ambiente tranquilo.▶ Ropa de dormir limpia y cómoda. <p>b) En el hospital:</p> <ul style="list-style-type: none">• Revisar que la ropa de cama este limpia y sin arrugas.• Verificar que la ropa de dormir sea holgada, este limpia y sea confortable.• Ajustar horarios para toma de signos vitales y de medicamentos orales para reducir las interrupciones del sueño.• Verificar con oportunidad que las vías de acceso venoso estén permeables.	
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir las distracciones ambientales: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Apagar las luces que no sean necesarias. ▶ Bajar el volumen del teléfono. ▶ Cierre brusco de puertas ▶ Transporte de mesas o carros pasteur con el menor ruido posible. ▶ Conversaciones en voz baja. ▶ Música suave y volumen bajo. ▶ 	
--	---

EVALUACION: durante la hospitalización, Mauricio logro mantener un patrón de sueño adecuado, mas por las recomendaciones que se le hicieron que por las condiciones ambientales, ya que refiere que durante la noche no siempre es posible mantener un ambiente apropiado por las necesidades de los demás paciente.

12.PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA.

Fuente de la dificultad: **No hay**

Fecha de identificación: **26/10/10**

Nivel y grado de dependencia: **1**

Tipo de prioridad: **baja**

Rol de la enfermera: **acompañamiento**

Diagnóstico: independencia en la necesidad de movimiento y postura.

Objetivo: El escolar mantendrá una adecuada movilidad y buena postura a través de actividades que favorezcan la fuerza, coordinación, equilibrio y control postural adaptadas al área en tanto este hospitalizado.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>1. Valoración del movimiento y buena postura del escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar interrogatorio: Durante la entrevista preguntar : Problemas o limitaciones relacionadas con la movilidad, si necesita ayuda, cuál es su limitación, si hay dolor, que lo describa, problemas relacionados con las actividades de la vida diaria, ejercicio físico habitual de mantenimiento, nivel de actividad., importancia que tiene el hecho de mantenerse en forma, y como influyen las emociones. • Examen físico-comportamental y observación del entorno. Observar: <ul style="list-style-type: none"> ▶ La alineación corporal, la postura y la movilidad. Cuando un segmento del cuerpo se desvía de la alineación correcta, se produce una desviación 	<p>La postura o alineación corporal habitual del individuo puede influir de forma considerable en la morfología y tamaño del tórax y del abdomen, dificultando la respiración normal y alterando la posición y presión que se ejerce sobre diferentes órganos del cuerpo. A pesar de que la postura o la ali-neación corporal no sea la causante directa de enfermedades, sí puede favorecer su aparición o su evolución. Algunas enfermedades o trastornos crónicos pueden mejorar considerablemente si se corrigen las posturas defectuosas que han dado lugar a deformidades o incapacidades de determi-nadas partes del cuerpo.</p> <p>Del mismo modo, la alineación corporal influye en el equilibrio y la estabilidad, ya que la posición que adopta el individuo determina la distribución del peso y la presión que</p>

compensatoria en otros segmentos del cuerpo; el resultado supone tensión y lesiones en los ligamentos mal alineados y en las estructuras articulares que soportan el peso corporal.

► Para valorar la marcha, debemos conocer las dos fases de la marcha normal (apoyo y balanceo) y observar

:

- Que la cabeza está erguida, mirada de frente y columna enderezada.
- Dedos de los pies y rótulas señalan hacia delante.
- El talón contacta con el suelo antes que los dedos del pie(fase de apoyo)
- Los pies están en flexión dorsal en la fase de balanceo.
- El brazo opuesto al pie en balanceo avanza al mismo tiempo.
- Los pies están paralelos.
- Marcha coordinada rítmica con el peso distribuido equitativamente entre ambos pies.
- La marcha se inicia y detiene

se ejerce sobre las articulaciones, modificando el centro de gravedad del cuerpo.(Berman/Snyder 2008 p 1108)



con facilidad

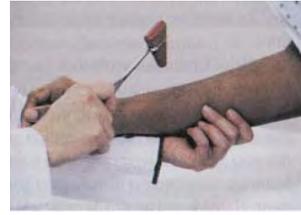
- Las respuestas de los sistemas corporales a la actividad y el ejercicio. Para valorar la tolerancia recogemos frecuencia, fuerza y ritmo cardíaco, respiratorio y de TA antes de una actividad, durante la actividad, inmediatamente después y tres minutos después. Si a los 5 minutos retorna a la normalidad esta actividad es segura pero si hay muchos cambios (palidez, mareo, elevación anormal de FC y FR, disnea...) se debe suspender
- Los patrones de ejercicio habitual.
- La amplitud de movimientos:
 - ▶ **Circundicción:** Movimiento en círculo de la parte distal del hueso.
 - ▶ **Eversión:** Girar planta del pie hacia fuera.
 - ▶ **Inversión:** Girar planta del pie hacia dentro.
 - ▶ **Pronación:** Girar dorso de la mano hacia abajo.
 - ▶ **Supinación:** Girar dorso de la mano hacia arriba.
- Valoración de los reflejos

La actividad física es el movimiento corporal producido por la contracción del musculo esquelético que aumenta el gasto de energía y el ejercicio es un tipo de actividad física definido como un movimiento corporal planificado, estructurado y repetitivo para mejorar o mantener uno o mas componentes de la buena forma física. (Audrey/Kozier 2008: 1107)



osteotendinosos:

- ▶ Reflejo braquioradial: Con la palma del hacia abajo, golpear con el martillo de reflejos la apófisis estiloides del radio en la muñeca se producirá flexión y supinación del antebrazo.
- ▶ Reflejo bicipital: Flexionar el brazo, presionar su pulgar contra el tendón de bíceps en el espacio ante cubital, se golpea el martillo sobre el pulgar del examinador produciendo una contracción de bíceps.
- ▶ Reflejo tricipital: Flexionar el brazo sobre la mano de la enfermera. El martillo se golpea sobre el tendón del músculo del tríceps por detrás del codo, se produce una contracción de tríceps que debe extender el codo.
- ▶ Reflejo rotuliano: Con el niño sentado o acostado boca abajo sostener las rodillas en alguna posición flexionada y golpear bruscamente el tendón rotuliano, justo por debajo de la rotula se produce la contracción del cuádriceps con extensión resultante en la rodilla o una



acción de patada.

- ▶ Reflejo pedial: Golpear el tendón de Aquiles mientras se sostiene el pie de la adolescente se produce la flexión plantar del pie.

:

INDEPENDIENTE

2. Fomentar los mecanismos corporales.

(NIC 1A -0140)

- Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender posturas correctas. NIC 0140, 1
- Instruir al paciente sobre la necesidad de corregir posturas para evitar fatigas, tensiones o lesiones. (NIC 0140, 5)
- Ayudar a mostrar las posiciones correctas para dormir. (NIC 0140, 9)
- Ayudar a evitar sentarse en la misma posición durante tiempos prolongados.
- Utilizar los principios de mecánica corporal junto con el manejo seguro del paciente y ayudar para el movimiento.

3. Enseñar sobre la actividad, ejercicio y movilidad diariamente. (NIC 1A- 5612)

- Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad o ejercicio prescrito (NIC 1a- 5616, 01)



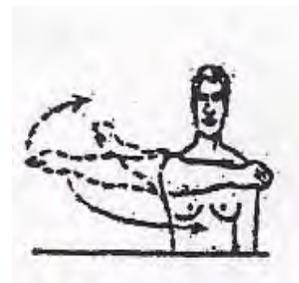
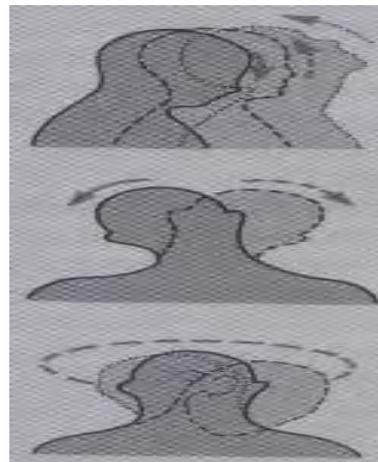
La mecánica corporal es el uso eficiente, coordinado y seguro del cuerpo para mover objetos y realizar las actividades de la vida diaria. (Berman/Snyder 2008: 1127)

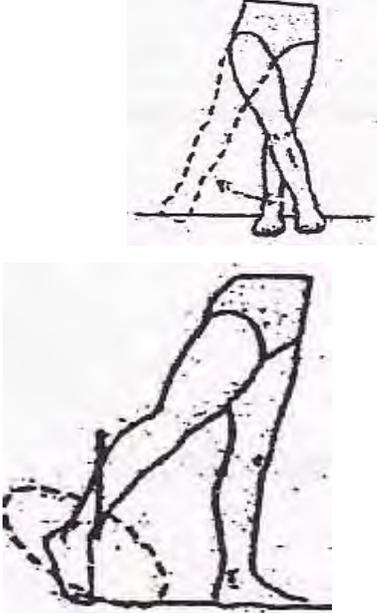
El uso de la mecánica corporal adecuada reduce el riesgo de lesión del sistema musculoesquelético. Facilita que los movimientos sean fáciles y permite un uso eficiente de la energía. (Potter 2002: 1511)

La movilidad, la capacidad de moverse libremente con facilidad y con ritmo y con un fin determinado en el entorno, es un componente esencial de la vida. Las personas

- Informar a Mauricio sobre el propósito y los beneficios de las actividades y ejercicios prescritos (NIC 1A – 5612, 02)
- Enseñar a Mauricio a realizar las actividades y ejercicios adecuados de acuerdo a su tolerancia (NIC 1A - 5612, 03).
 - ▶ Cuello: mover la cabeza desde la posición de la línea media vertical hacia delante, de manera que la barbilla se apoye en el pecho, luego desde la posición de flexión a la posición vertical. Mover la cabeza lateralmente hacia los hombros.
 - ▶ Hombros: levantar el brazo hacia arriba y hacia delante. Mover el brazo lateralmente desde una posición en reposo a los lados a una posición por encima de la cabeza.
 - ▶ Cadera: mover la pierna hacia atrás, por detrás del cuerpo, luego hacia el exterior. Y mover la pierna hacia atrás, hacia arriba y hacia fuera haciendo un círculo.
 - ▶ Rodilla: doblar la pierna, acercando el talón a la parte

deben moverse para protegerse de traumatismos y cubrir sus necesidades básicas. La movilidad es fundamental para mantener la independencia. (Audrey/Kozier 2008: 1107)



<p>posterior del muslo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Tobillo: inclinar los dedos del pie hacia abajo y hacia arriba. ▶ Tronco: doblar el tronco hacia los dedos de los pies, luego enderezar desde una posición en flexión. Doblar el tronco hacia atrás, hacia la derecha y hacia la izquierda, y girar la parte superior del tronco de un lado a otro. <ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador primario sobre la importancia de que Mauricio tenga una rutina de ejercicios para mantener una condición física óptima. 	
---	--

EVALUACION: Mauricio se mantiene en independencia de la necesidad de movimiento y postura, aunque habitualmente no realiza los ejercicios recomendados, solo los hace cuando tiene ganas o cuando le insiste el cuidador primario.

13.PLAN DE INTERVENCIONES DE LA NECESIDAD DE VESTIDO Y DESVESTIDO.

ROL DE LA ENFERMERA: Acompañamiento.

Fuente de la dificultad: **No hay** Fecha de identificación: **10/11/10**

Nivel y grado de dependencia: **1**

Tipo de prioridad: **baja** Rol de la enfermera: **acompañamiento**

Diagnóstico: Independencia en la necesidad de vestido y desvestido.

Objetivo: Mauricio continuara en independencia de la necesidad de vestido y desvestido al participar activamente en la elección de su ropa de acuerdo a su etapa del desarrollo, condiciones ambientales mediante la estimulación y orientación de la enfermera y cuidador primario.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayuda con el vestir. (NIC 1F, 1802) <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar. (NIC 1F, 1802-3) • Mantener la intimidad mientras el paciente se viste • Reafirmar los esfuerzos por vestirse a si mismo. • Propiciar que el escolar maneje botones, cordones y cremalleras. 2. Manejo del ambiente. <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer un ambiente de privacidad para el vestido y desvestido • Mantener la intimidad mientras el paciente se viste. • Favorecer un entorno limpio. 3. Orientar al paciente y cuidador primario sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Características de la ropa en la edad 	<p>La enfermera debe procurar ropa adecuada y dar seguridad para ayudar al paciente a vestirse y desvestirse, respetando siempre su intimidad.</p> <p>Según Erickson, la tarea central de los niños en edad escolar es la laboriosidad frente a la inferioridad. Les motivan las actividades que les dan sensación de valía. (Audrey/Kozier 2008: 381)</p> <p>El vestido y desvestido son actividades que el paciente realiza en soledad o en compañía de alguien muy cercano.</p> <p>Las características de la ropa en la edad escolar puede ser de cualquier tipo de tela, colores, figuras, texturas</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una valoración de la necesidad de creencias y valores. <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la afiliación religiosa de la familia así como de los rituales y creencias asociadas. • Disponer de tiempo para conversaciones sin juicios de temas filosóficos relacionados con patrones y costumbres de creencias religiosas. • Explorar las alternativas o modificaciones al ritual a causa del marco y las limitaciones individuales. 2. Facilitar el crecimiento espiritual. (NIC 3R – 5426) <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente.(NIC 3R – 5426, 1) • Fomentar la conversación que ayude al paciente a separar los intereses espirituales. (NIC 3R – 5426, 2) • Fomentar la relación con los otros para el compañerismo y el servicio.(NIC 3R – 5426, 7) • Alentar al cuidador primario a integrar al paciente en actividades religiosas propias de su edad. (asistir a misa, participar en coros, reuniones 	<p>Las creencias y valores de la persona son la base para toma de decisiones importante a lo largo de la vida, incluidas las del ámbito de la salud, así mismo determinan la conducta humana basada en la escala de valores individuales. Por ello es muy importante conocer y respetar estos valores en la planificación de los cuidados. (Ortiz de Zarate/ Alonso Durana 2010: 23)</p> <p>El desarrollo de la espiritualidad en los niños es paralelo a su desarrollo cognitivo y psicosocial, a menudo que los niños maduran, son cada vez más capaces de comprender los asuntos espirituales, declarar sus creencias espirituales e incorporar la espiritualidad a sus vidas. (Kozier, 2008, P 1054)</p>

con otros niños de su edad)

3. Apoyo espiritual. (NIC 3R - 5420)

- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía. (NIC 3R-5420,1)
- Tratar al paciente con dignidad y respeto. (NIC 3R – 5420, 4)
- Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales. (NIC 3R-5420,7)
- Dar oportunidad para discutir sobre diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo(NIC, 3R-5420, 12)
- Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo. (NIC 3R – 5420,17)
- Informar de las actividades religiosas que se realizan dentro de la institución: celebración de misa los domingos a las 12 hrs.
- Permitir y favorecer el uso de objetos que favorezcan la religiosidad y/o la espiritualidad. (imágenes, biblia, amuletos, etc).
- Facilitar que el cuidador primario refuerce sus creencias y valores para que sepa orientar a Mauricio si fuera necesario.

Favorece la expresión de los miedos internos y preocupaciones, y enseña a la paciente la utilidad de enfrentarse a los problemas. La naturaleza de la asistencia espiritual puede afectar directamente a la velocidad y a la calidad de la recuperación y/o a redefinir la esperanza y encontrar un significado a la muerte.

(Kozier, 2008, P 1055)



EVALUACIÓN: Mauricio se mantiene en independencia de la necesidad de creencias y valores, mediante platicas continuas con él ha reforzado conductas relacionadas a la necesidad. Refiere que el cuidado que le da su familia es muy importante para que el pueda recuperarse. Sabe que el apoyo de las personas es necesario para no sentirse solos.

III. CONCLUSIONES.

Después de la realización del presente trabajo mediante la metodología planteada se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Aplicar el Proceso de Atención de enfermería (PAE) permite tener una base científica que sustenta el ser y quehacer de la enfermería actual, además permite planificar los cuidados, y al utilizar la propuesta filosófica de Virginia Henderson se facilita definir las necesidades en dependencia del paciente escolar con Linfoma No Hodgkin, identificando en factor de dependencia y las fuentes de dificultad, esto conlleva a brindar los cuidados de una forma sistemática, oportuna y eficaz.
2. La propuesta filosófica de Virginia Henderson promueve una valoración del paciente en todas sus esferas y entornos, con el objetivo de determinar con oportunidad situaciones que condicionan dependencia al momento de satisfacer las necesidades, así como, identificar factores potenciales de riesgo, y con ello intervenir para recuperar, disminuir o mantener la independencia.
3. El Proceso de Atención de enfermería bajo la perspectiva de Virginia Henderson da como resultado el análisis profundo de las 14 necesidades fundamentales propiciando que el profesional de la enfermería logre un pensamiento crítico y pragmático, al mismo tiempo que se tiene una guía que orienta la práctica hacia una evolución, es decir, ir dejando de lado el modelo tradicional de prestación de cuidados totalmente dependiente de indicaciones médicas, para ir hacia la búsqueda de una enfermería basada en la reflexión, la concientización y un análisis crítico, sin perder de vista la esencia de la enfermería.
4. El logro de los objetivos planteados al inicio del estudio de caso se logró en un gran porcentaje (95%), poniendo de manifiesto que, si es factible llevar a la práctica el enfoque filosófico de Virginia Henderson y aplicarlo al PAE, ya que fue

posible identificar oportunamente las fuentes de dificultad que condicionaban dependencia en el paciente escolar con Linfoma No Hodgkin, y elaborar, ejecutar y evaluar planes de acción, pero si bien es cierto que se detectaron las necesidades alteradas y se trabajo en ello, no ha sido posible llevarlo a la independencia en todas las necesidades, pues en tanto continúe con el tratamiento medico (quimioterapia) existen factores de riesgo implícitos que a pesar de actuar oportunamente puede llegar a caer en dependencia de necesidades antes alteradas y resueltas.

IV. SUGERENCIAS

1. Motivar y sensibilizar a todos los profesionales de la enfermería a utilizar el método científico con un enfoque filosófico para guiar los cuidados integrales de enfermería.
2. Promover y facilitar la difusión de los trabajos realizados con la propuesta filosófica de Virginia Henderson y otras teorías en espacios donde puedan ser consultados.
3. Facilitar el tiempo necesario para llevar a cabo todos los planes de intervención de enfermería en el paciente.
4. Ofrecer mayor difusión sobre el sistema de enseñanza tutorial a los alumnos de posgrado para sacar el mayor provecho y reflejarlo en los trabajos finales.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Audrey/Kozier Barbará, Fundamentos de Enfermería, Vol I y II, España 2008, Mc Graw Hill.
2. Alfaro Lefevre R. *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración.* 5 ed. Barcelona: Elsevier doyma, S.L; 2003. p 4
3. Bulecheck Gloria, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ª edición, Elsevier, España 2009.
4. Carrasco Jiménez Ma. Sol, Tratado de Emergencias Medicas, ediciones aran, Madrid 2000, p 1455.
5. García González Ma. De Jesús, *El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson*, Ed progreso, México 2004, p 50
6. Gonzales Baron M, tratado de medicina paliativa, España 2007, panamericana, p 233
7. Griffit, JW.; Christensen, *Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos.* México 1993, Ed Manual Moderno, p 30
8. Henderson Virginia, Nite Gladys. Enfermería teórica y práctica. Vol.1, *Papel de la enfermera en la atención del paciente*; [traducida por Roberto Carrasco Ruiz].- 3a.ed.- México D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1987;
9. Inarejos García María, enfermería pediátrica, elsevier doyma, España 2001, p 225
10. Iyer W. Patricia, Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª ed. Interamericana, México 1995, P 11
11. Kozier Barbará, *Fundamentos de enfermería*, Vol I, España 2005, McGraw Hill Interamericana, P 288
12. Lewis/Keitkember, Enfermería Medico Quirúrgica, Vol I, España 2004, Elsevier.
13. Luis Rodríguez MT, Fernández Ferrin C, Navarro Gómez MV, *De la teoría a la practica, el pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI*, 3ª edición, España 2005, Elsevier, Masson, p 49
14. México. Secretaría de Salud. Comité Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para los enfermeros y enfermeras en México, 2001
15. NANDA INTERNATIONAL, DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2009-2011, Elsevier, España 2010.

16. Navarro Gómez Victoria, Enfermería médico quirúrgica: necesidad de comunicación y seguridad, 2ª edición, España 2005, Masson p 11 – 21
17. Ortiz de Zarate San Agustín Amaia, Guías de cuidados de enfermería en salud mental, Vol II, Elsevier, España 2010
18. Phaneuf M, *Cuidados de enfermería: El proceso de atención de enfermería*. 1a Edición, España 1993. Interamericana McGraw Hill. P 50- 69
19. Potter, P. *Fundamentos De Enfermería*; volumen 1,5 edición. Barcelona, España.p.301
20. Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M, *Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona*, España 1997, Mc- Graw Hill Interamericana,
21. Rivera Luna R. *El niño con cáncer*, Teva México, 2007, p 75
22. Rivera Luna R. *Hemato-Oncología Pediátrica*, Méx 2006, ETM, p 327
23. Velazco Martín Alfonso, compendio de psiconeurofarmacología, Díaz de Santos, Madrid 1988, p 275
24. http://www.msd.com.mx/assets/hcp/biblioteca/manual_merck/content_mmerck/MM_11_139.htm
25. <http://www.censia.salud.gob.mx>
26. <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/>
27. www.infodoctor.org/vademecum/index.php

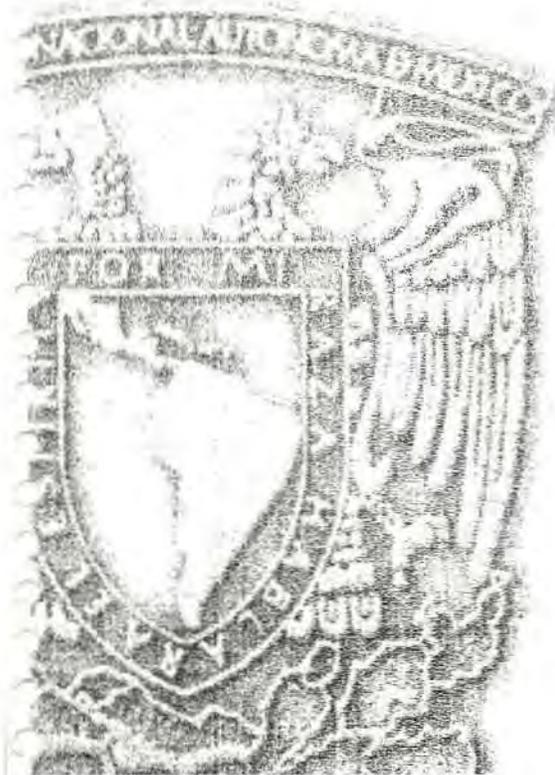
ANEXOS

7.1 FORMATO PARA LA HISTORIA CLÍNICA

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



Trabajo:

1tra. Magdalena Franco Orozco

Revisor y compilador:

1tra. Rosa Ma. Ostigüin Meléndez
México, D.F. a Octubre 2001



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 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	Antecedentes familiares: Problemas de salud de padres, hermanos, tíos y abuelos: _____
	Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____
	_____ Servicios intradomésticos: _____
	Disposición de excretas: _____
	Descripción de la vivienda: _____

	Ingresos económicos de la familia: _____
Medios de transporte de la localidad: _____	

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

Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____ Lloró al nacer: _____ Respiró: _____
 Se realizaron maniobras de resucitación: _____
 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: _____

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

Alimentación

Peso: 32 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: _____

I

2	<p style="text-align: center;">Eliminación</p> <p>Orina: Clara:___ Con sangre:___ turbia:___ Cantidad:___ Cuántas veces orina al día:___ Presenta molestias para orinar:___ ¿Cuáles?:___ _____ 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:___</p>															
	3	<p style="text-align: center;">Oxigenación</p> <p>Signos vitales: Tensión arterial___ Frecuencia cardíaca:___ Pulso:___ Regular:___ Irregular:___ Respiración:___ Regular:___ Irregular:___ Aleteo nasal:___ Retracción xifoidea:___ Disociación torácico-abdominal:___ Ruidos respiratorios:___ Lado izquierdo:___ Lado derecho:___ Ventilación:___ Respiración asistida:___ Controlada:___ Secreciones bronquiales</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%;">Cantidad</th> <th style="width: 15%;">Consistencia</th> <th style="width: 10%;">Color</th> <th style="width: 10%;">Olor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por tubo Tranqueal/Nasal: _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Por cavidad Oral/Nasal: _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Humidificación y oxigenación:___ _____ _____ Tiene dificultad para respirar:___ Cuando camina:___ Otros:___ coloración de la piel: Color:___ Integridad:___ Diaforesis:___ Petequias:___ Rash:___ Escoriaciones:___</p>		Cantidad	Consistencia	Color	Olor	Por tubo Tranqueal/Nasal: _____	_____	_____	_____	_____	Por cavidad Oral/Nasal: _____	_____	_____	_____
		Cantidad	Consistencia	Color	Olor											
Por tubo Tranqueal/Nasal: _____	_____	_____	_____	_____												
Por cavidad Oral/Nasal: _____	_____	_____	_____	_____												

	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: _____ Describe 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>

7.2 Hoja de reporte diario



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

Reporte Diario (Seguimiento)

Nombre del alumno: _____ Fecha _____ Servicio _____
Nombre del niño: _____ Edad _____ Reg. De Exp _____
Valoración focalizada de la necesidad de: _____

Datos subjetivos:

Datos Objetivos:

Peso _____ Talla _____ FC _____ FR _____ T/A _____ TEMP _____
Otros:

Habitus Externo:

Exploración física de la necesidad (cuando corresponda)

Tipo de relación:

Acompañamiento:

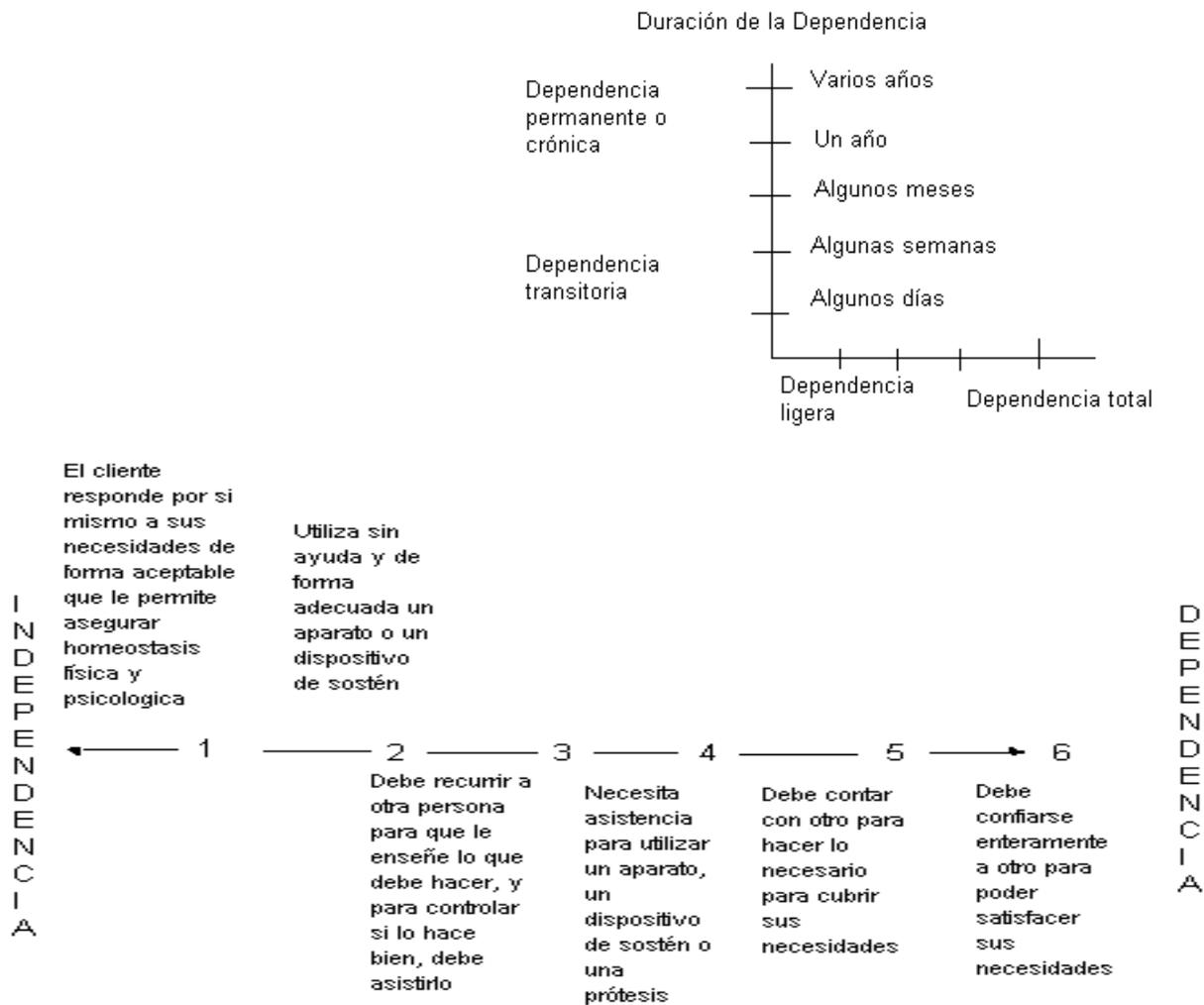
Suplencia:

Ayuda:

Fuente de la dificultad (conocimiento, fuerza, voluntad)

Diagnóstico de enfermería:

Comentarios:



7.3 Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBETETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
“FEDERICO GÓMEZ”

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 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 momentos
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 _____