



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

ESTUDIO DE CASO A UN ESCOLAR CON ALTERACION
DE LAS NECESIDADES BASICAS POR LEUCEMIA
LINFOBLASTICA AGUDA.

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA INFANTIL

PRESENTA.

L.E. MARIA GRACIELA GUERRERO ZUÑIGA.

COORDINADORA.

E.E.I. LUZ DE LOURDES SANCHEZ N.



LEON GTO. 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.

INTRODUCCION

La certificación de los servicios de salud exige al personal de enfermería la capacitación constante para dar la respuesta a las nuevas exigencias de la sociedad así como a los nuevos padecimientos, por lo cual es necesario e indispensable en enfermería que adopte un modelo o teoría que guie su práctica.

Hay una variedad de estas que se pueden aplicarse en la atención del paciente pediátrico, como es la teórica Virginia Henderson que mediante sus 14 necesidades localiza la independencia y dependencia del paciente pediátrico. Por lo cual la especialidad de enfermería infantil que nos compete en este momento toma la propuesta filosófica de Virginia Henderson que nos permitió hacer una valoración a partir de sus 14 necesidades con guías ya prediseñadas, identificando el estado de independencia y dependencia, con los cuales se construyeron diagnósticos de enfermería que dieron pauta a un plan de intervenciones especializado con el objetivo de mejorar o minimizar el problema real, así como trabajar las fortalezas con las que cuente el paciente. En este caso se trata de un paciente escolar que fue identificado en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío de León gto, con diagnóstico médico de leucemia linfoblástica aguda, en el cual se implementan las 14 necesidades básicas y se identifico el grado de independencia y dependencia con los cuales se construyeron diagnósticos de enfermería y planes de intervenciones especializado.

En el siguiente trabajo se presenta el marco teórico y la metodología con que se construyó este proyecto así como la elaboración de un plan de cuidados especializados que me permitió dar respuesta al estado de dependencia y independencia del paciente escolar con leucemia linfoblástica aguda.

INDICE

INTRODUCCION

OBJETIVOS

I.- MARCO TEORICO

1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS	7
1.2 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	15
1.2.1 CONCEPTOS	
1.2.2 OBJETIVOS	
1.2.3 1 ra ETAPA VALORACION.....	16
1.2.3.1 TIPOS DE VALORACION	
1.2.3.2 FUENTE DE INFORMACION	
1.2.3.3 METODOS DE OBTENCION DE LOS DATOS	
1.2.3.4 VALIDACION DE LA INFORMACION	
1.2.3.5 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS	
1.2.4 2 da ETAPA DIAGNOSTICO.....	25
1.2.4.1 CONCEPTO	
1.2.4.2 NORMAS Y ERRORES MÁS COMUNES	
1.2.4.3 TIPOS Y COMPONENTES	
1.2.4.4 CLASIFICACION SEGÚN LA NANDA	
1.2.5 3ra ETAPA PLANEACION.....	33
1.2.5.1 PLANEACION INICIAL	
1.2.5.2 PLANEACION EN CURSO	
1.2.5.3 PLANEACION PARA EL ALTA	
1.2.5.4 ACTIVIDADES	
1.2.5.4.1 ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA ETIQUETA DIAGNOSTICA	
1.2.5.4.2 ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA CAUSA	
1.2.5.5 TIPOS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	

- 1.2.5.6 OBJETIVOS
 - 1.2.5.6.1 OBJETIVO FINAL
 - 1.2.5.6.2 OBJETIVO ESPECIFICOS O INTERMEDIOS
- 1.2.5.7 CLASIFICACION (NIC)
- 1.2.5.8 PRIORIDADES
- 1.2.6 4ta ETAPA EJECUCION.....42**
 - 1.2.6.1 SISTEMA DE PRESTACION DE CUIDADOS
 - 1.2.6.1.1 ASIGNACION DE TAREAS
 - 1.2.6.1.2 EQUIPOS DE ENFERMERIA
 - 1.2.6.1.3 ENFERMERIA DE CUIDADOS BASICOS
 - 1.2.6.1.4 CONTROL DE CASOS
 - 1.2.6.1.5 ATENCION ENFOCADO AL PACIENTE
- 1.2.7 5ta ETAPA EVALUACION.....52**
 - 1.2.7.1 FORMAS DE EVALUACION
 - 1.2.7.1.1 ESTRUCTURA
 - 1.2.7.1.2 PROCESO
 - 1.2.7.1.3 RESULTADO
 - 1.2.7.2 NORMAS Y CANONES
 - 1.2.7.3 CARACTERISTICAS GENERALES DE EVALUACION
 - 1.2.7.4 EVALUACION FORMATIVA Y ACUMULATIVA
 - 1.2.7.5 LINEAMIENTOS PARA LA EVALUACION
- 1.2.8 CLASIFICACION (NOC).....59**
- 1.3 PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON..... 61**
 - 1.3.1 CONCEPTOS PRINCIPALES
 - 1.3.1.1 ENFERMERIA
 - 1.3.1.2 INDEPENDENCIA
 - 1.3.1.3. DEPENDENCIA
 - 1.3.2 FUENTES DE LA DIFUCULTAD

1.3.3 NECESIDADES	
1.3.4 ENTORNO	
1.3.5 RELACION CON OTROS PROFESIONALES	
1.3.6 SUPUESTOS PRINCIPALES	
1.3.7 POSTULADOS	
1.3.8 VALORES	
1.3.9 AFIRMACIONES TEORICAS	
1.4 ASPECTOS ETICOS EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA.....	74
1.4.1 CODIGO DE ETICA DE LA ENFERMERAS EN MEXICO	
1.4.2 PRINCIPIOS	
1.4.3 DECALOGO DE LA ENFERMERIA	
1.4.4 APLICACIÓN EN ESTUDIO DE CASO	
1.5. FACTORES DE DEPENDENCIA.....	80
1.5.1 EPIDEMIOLOGIA	
1.5.2 PATOGENESIS	
1.5.3 FACTORES PREDISPONENTES	
1.5.4 TRATAMINETO	
1.5.5 APENDICITIS	
1.5.6 ABCESO HEPATICO	
1.6 RELACION PROCESO DE ENFERMERIA ETICA Y VIRGINIA HENDERSON.....	99
II.- METODOLOGIA	
2.1 DESCRIPCION DEL CASO	101
2.2. METODOS E INSTRUMENTOS.....	110
2.3 PROCESO DE CONSTRUCCION DEL DIAGNOSTICO.....	111
2.4 PROCESO DE PLANEACION.....	117
2.4.1 PLAN DE INTERVENCIONES	
2.5 RESULTADOS	152

2.5.1 ANALISIS NIVEL DE DEPENDENCIA

III.- PLAN DE ALTA	155
IV.- CONCLUSIONES	158
V.-SUGERENCIAS	159
BIBLIOGRAFIA	160
ANEXOS	162

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un estudio de caso enfocado a un escolar con alteración de las necesidades básicas por leucemia linfoblástica aguda utilizando la propuesta filosófica de Virginia Henderson mediante el proceso de atención de enfermería en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío octubre del 2011 a junio del 2012 de la Especialidad en Enfermería Infantil IV.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar valoración exhaustiva y focalizada utilizando el método clínico.
- Elaboración de diagnósticos de enfermería a partir de un juicio clínico de la información obtenida en la valoración.
- Identificar el grado de independencia y dependencia del paciente escolar.
- Diseñar y aplicar un plan de intervenciones especializado que den respuesta a las alteraciones.
- Realizar la evaluación del plan de intervenciones para conocer la efectividad de las acciones implementadas.

I.- MARCO TEORICO.

1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS

Realice una búsqueda de artículos que tuvieran las características de ser científicos, que incluyeran la teoría de Virginia Henderson aplicada con el proceso de enfermería en pacientes pediátricos. La búsqueda se realizó vía electrónica en base de datos como lo son ebsco, cuiden, revistas de diferentes especialidades donde se encontró una variedad de artículos de los cuales solo se seleccionaron los que cumplieran con los puntos ya mencionados. Los artículos son de las diferentes edades va desde lactantes hasta adolescentes, de los cuales 9 se encuentran en una área hospitalaria, y uno que se trata de forma externa el plan de cuidados, van desde el 2002 hasta el 2010 de diferentes países como lo es México, Perú y España. Se logran los objetivos establecidos en cada uno de los planes. Con la revisión de estos artículos contribuyeron a la fundamentación de la teoría de Virginia Henderson y el enlace con el proceso de enfermería en los pacientes pediátricos y dándome herramientas para la elaboración del presente trabajo.

El siguiente estudio de caso se trata de una lactante de 13 meses de edad que acude a la unidad de lactantes del Hospital Teresa Herrera del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo de A. Coruña, por presentar estancamiento ponderal e hipertermia, paciente ya conocida por previo internamiento a los 6 meses de edad fue intervenida de su cardiopatía cuando recuperó peso, con un diagnóstico médico de cardiopatía congénita y síndrome Down. Una enfermera coordina el equipo y es la que establece la comunicación terapéutica principal con la madre y el resto del equipo multidisciplinario. Utilizando el modelo de Virginia Henderson define los diagnósticos enfermeros y el resto del plan de cuidados. Los principales objetivos de este artículo es reflexionar sobre el cuidado y la relación de ayuda en el ámbito enfermero. Establecer la vinculación existente entre el proceso- atención- enfermero y la relación de ayuda centrándolo en un caso real. La transmitir la importancia de su integración en los cuidados,

basándose en los resultados. Concluyendo que las necesidad e importancia de la relación de ayuda, o interrelación enfermera- paciente, es una parte fundamental en nuestra práctica clínica¹.

En la unidad de cuidados intensivos pediátricos se encuentra una niña pos operada de un quiste de colédoco que posteriormente desarrollo una pancreatitis y múltiples complicaciones (ascitis, fistulas pancreática, derrame pleural, paniculitis del tejido graso, necrosis epidérmica toxica y trombosis de la vena femoral derecha). Como podemos darnos cuenta es un caso difícil con muchas complicaciones, por lo cual el grupo de enfermeras de la UCIP se ven en la necesidad de hacer una valoración por Virginia Henderson a través de sus necesidades donde omitieron aquellas en las que no se presentan manifestaciones de dependencia. Encontrando en los más afectados la necesidad de evitar el peligro entre otras necesidades pero en esta fue la que tuvo varias intervenciones cubriendo las necesidades principales de la niña, padres y personal de salud, donde se pretende fomentar la autonomía y la participación de la madre respecto a los cuidados de su hija, conseguir la independencia desvinculación de la madre del equipo asistencial. Aunque llama la atención que un plan de cuidados de enfermería logra su objetivo pero a la vez genera otras afectaciones como bien lo refiere el artículo aunque le dan una solución (disminuyen la ansiedad de la madre y mejoran la confianza en el equipo de salud pero a la vez provocan una dependencia excesiva manifestación por el temor al traslado de unidad) y concluye el artículo que en una unidad de UCIP se debe tomar en cuenta las necesidades biopsicosociales de las personas².

Los celos de los niños al nacer de un hermano pequeño es un tema que siempre se ha tratado con la naturalidad de convivencia familiar. Los celos son el desajuste emocional que altera anímicamente al niño al percibir que ha perdido la

¹ Ferrer pardavila, et al (2003) el proceso de atención y la relación de ayuda en enfermería pediátrica. Hospital Teresa Herrera. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. España Pág. 52-62.

²Partera Luque M. Carmen et al (2002) Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre. Barcelona España pág. 313-320.

exclusividad ante el nuevo hermano. Este problema se presenta en el siguiente caso de un niño de tres años y medio que acude a la consulta junto a sus padres como acompañante de la hermana pequeña de nueve meses de edad para hacer la revisión por parte de enfermería a la niña donde mediante la valoración con el modelo de Virginia Henderson se detecta la situación de los celos del niño hacia la nueva hermana manifestado por cambios de la conducta, hace rabietas, rechaza hacer cosas que antes hacía cuando se le indicaban, da vuelta como buscando algo sin saber porque, enfadado, y no quiere dormir en su habitación como hacía antes de nacer la niña. A partir de esta detección de cambios de conductas se realiza un plan de cuidados enfocada a los padres y al niño para cambio de conductas ante el cambio del rol, es valorado a los cuatro meses donde se conseguido los cambios deseados tanto en el niño como en los padres. Como conclusión personal los celos son algo natural pero requieren de un manejo para posibles problemas en el futuro y requiere hacer consciencia de la gravedad si no son tratados de forma oportuna³.

El modelo de Virginia Henderson permite vislumbrar la vinculación teórico- práctica de la disciplina de enfermería; esta revisión incluye como variables las necesidades humanas alteradas en un adolescente en el periodo postoperatorio tardía de cirugía cardíaca con síndrome de deleción 22q11. Es el caso de nuestro paciente de 14 años de edad (adolescencia) residente de Nayarit. Es conocido en el instituto Nacional de cardiología Ignacio Chávez desde 1997 por una Tetralogía de Falot y síndrome de deleción del cromosoma 22q11, sin tratamiento quirúrgico. En marzo de 2009 ingreso por disnea de grandes esfuerzos aunada a cianosis peri bucal y acrocianosis y es operado de corrección total de TF, ampliación del tronco de la arteria pulmonar con implante de una válvula biológica egresa el día 29 de abril en buenas condiciones a su domicilio. Reingresando el 7 de mayo de 2009 a urgencias por una comunicación intervenido quirúrgicamente para cierre de dos comunicaciones interventriculares. Ingresa al servicio de cardiopediatria el día 22

³ Puig-Plana María Pilar (2010) Peligro de los celos en la primera infancia. Valoración enfermera a propósito de un caso. Elsevier Doyma, Barcelona España. Pag.260-263.

de junio de 2009; a la valoración se observa confuso, con alucinaciones y se diagnostica cuadro confusional agudo tipo delirium y se inicia tratamiento. Se realiza la valoración por las 14 necesidades de Virginia Henderson y se implementa plan de cuidados, tratando de dar solución a los problemas y prevenir algunos otros. Concluye el artículo que es poco frecuente que se encuentre este tipo de pacientes hospitalizado en esta área por lo cual requiere que la enfermera identifique los datos subjetivos y objetivos, para iniciar un tratamiento oportuno⁴.

El implementar un plan de intervenciones de enfermería de alta calidad y calidez humana en la atención al paciente pediátrico con ventrículo único, con el enfoque teórico del modelo de Virginia Henderson, es el objetivo de este artículo donde hace referencia a una paciente femenina de 51 días de nacido que ingresa al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez por presentar crisis de hipoxia ya diagnosticada se encuentra con apoyo ventilatorio, se realiza una valoración focalizada por necesidades más afectadas en este caso oxigenación, nutrición, movimiento y postura, termorregulación y evitar peligro y riesgo. A partir de estos se inicia un plan de cuidados encaminado a dar mejoría, mantenimiento dentro de las posibilidades ya que estos pacientes tienen un mal pronóstico, como fue el caso de esta paciente que falleció y concluye el artículo que nos encontramos en una situación muy compleja en nuestro trabajo diario; la cardiopatía congénita del ventrículo único como la de este paciente tenía múltiples variables no descritas en la bibliografía, nos damos cuenta con esto que aun con todos los avances científicos es muy difícil su tratamiento por las múltiples complicaciones que presentan⁵.

El personal de enfermería tiene un papel fundamental en el tratamiento de los pacientes pediátricos con cardiopatía de origen congénito, ya que la aplicación

⁴ Mondragón Romero Adriana et al (2010) proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de deleción 22q11. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México pag.82-86.

⁵ Enf. Card. Cruz López Luz María et al (2006) Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógeno por ventrículo único. México. Revista mexicana de enfermería cardiológica vol. 14. Num2 mayo-agosto 2006 pág. 56-61.

clínica de conocimientos cardiológicos y pediátricos junto con la utilización del proceso de intervenciones de enfermería como herramienta básica en el trabajo asistencial del profesional. Mediante la utilización del modelo conceptual de Virginia Henderson y los diagnósticos de enfermería conforme a la taxonomía de la Asociación Norte Americana de Diagnósticos en Enfermería (NANDA) se implementa en este caso que se trata de un masculino de 3 meses de edad prematuro de 33 SDG por Ballard desarrollando una complicación pulmonar crónica asociada a la ventilación mecánica es trasladado al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez donde se le realiza una corrección quirúrgica con coartectomía y ampliación del arco aórtico por anastomosis extendida con sección y sutura del conducto arterioso. Días posteriores presenta un derrame pericardio por lo cual es intervenido presentando al inicio del procedimiento bradicardia severa hasta llegar a asistolia por lo que amerita maniobras de reanimación durante 15 minutos y revierte a ritmo sinusal. Se realiza una valoración focalizada por necesidades detectando los principales problemas y implementando un plan de cuidados para proporcionar una atención de calidad y calidez humana, sin embargo cabe mencionar que las necesidades problema cambian de forma constante y dinámica, por lo que el plan de atención se debe ir modificando con respecto al problema actual, por lo que una valoración constante ayuda a que se identifique los problemas a resolver. Por último en este caso en particular se pudo resolver el problema cardiaco sin embargo la estancia hospitalaria del paciente fue más prolongada por complicaciones que comprometieron a su salud gravemente, ya que en el paciente pediátrico existen factores que influyen en el tratamiento y avance hacia la recuperación de la salud⁶.

A continuación se presenta un caso de un lactante mayor de 1 año 4 meses de edad, miembro de una familia nuclear de tres integrantes, originario del Distrito Federal, habita en casa propia, cuenta con todos los servicios públicos, profesan la religión católica; la madre ,con estudios profesionales, dedica al hogar; padre

⁶ LEO Sierra Pacheco Magdalena (2006) Paciente pediátrico con cardiopatía congénita aciano gena. Revista mexicana de cardiología enfermería cardiológica vol. 14 núm. 1 enero-abril pág. 16-23.

empresario, proveedor económico de la familia. El 16 de septiembre es llevado a médico particular por presentar vomito, fiebre no cuantificada, el diagnóstico médico fue amigdalitis, el tratamiento fue con antibióticos. El 18 de septiembre es llevado a urgencias de un hospital privado por presentar dificultad respiratoria. El diagnóstico médico fue bronquiolitis. En este caso se realizó una valoración con el modelo conceptual de las catorce necesidades propuestas por V. Henderson, detectando la necesidad de oxigenación alterada los cuidados van encaminados a dar una solución a dichos problemas. Por lo cual concluye que con el proceso de atención de enfermería pueden planearse cuidados individualizados de acuerdo a la alteración que presenta el paciente, mediante la aplicación del modelo de V. Henderson permitiendo que la enfermera tenga un lenguaje propio y se pueda llevar un seguimiento al paciente durante su estancia hospitalaria⁷.

Se realizó un estudio de caso, para brindar los cuidados de enfermería a una niña en etapa escolar, con influenza AH1N1, y con parálisis cerebral infantil (PCI) internada en el Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" de Chiclayo, Perú, en septiembre de 2009. Se utilizó el proceso de cuidados de enfermería; la valoración, con instrumento como la entrevista, la exploración física, la observación y la visita domiciliaria, luego se estableció y priorizó las necesidades alteradas según Virginia Henderson en un segundo momento se realizan diagnósticos también se revisa la teoría de Regina Waldow, quien se centra en el cuidado humano. Obteniendo un total de 10 diagnósticos se implementa un plan de cuidados para dar solución a los problemas encontrados. Por conclusión la influenza AH1N1, es una enfermedad altamente contagiosa y que muchas veces adquiere las características de mortal en personas que son inmunodeprimidas. La intervención temprana puede evitar desenlaces fatales. La enfermería es la profesión que brinda cuidados íntegros a estos pacientes, y que contribuye con su desempeño científico y técnico, al bienestar del paciente y su familia⁸.

⁷ Solís Mohedano María Eugenia (2008) proceso de atención de enfermería en un lactante con dependencia de oxigenación. Desarrollo científico enfermería vol. 16 pag.414-417.

⁸ Angeles-oblitás Yahaira. et al (2010) proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un hospital Nacional de Chiclayo, Perú.pag.43-48.

Virginia Sánchez León que es la autora de este caso tiene como objetivo principal identificar las necesidades básicas de un adolescente con la alteración en la necesidad de la movilidad realizó un plan de intervenciones basada en diferentes tipos de diagnósticos de enfermería y practicar la valoración focalizada de cada una de las necesidades básicas del adolescente, reconociendo las fuentes de dificultad que afectaron esas necesidades, además de proporcionar al adolescente orientación específica que contribuyen a lograr su independencia aplicando el modelo de Virginia Henderson conjuntamente con el proceso de atención de enfermería, se favoreció el análisis y reflexión sobre los cuidados que proporciona la enfermera. Por lo tanto se puede dar un plan de cuidados al paciente de 13 años masculino, con problemas de sobre peso además de su diagnóstico médico de Desplazamiento Epifisiario Femoral Bilateral⁹.

La mayoría de los artículos revisados van enfocados a brindar cuidados específicos este no es la excepción se trata de un lactante mayor masculino que ingresa a un hospital de tercer nivel por presentar fiebre de 38.5 grados, dificultad respiratoria, tos productiva, con un silverman-Anderson de 6 requiere de apoyo ventilatorio con un diagnóstico médico final de neumonía con derrame y empiema pleural. Se realiza una valoración por las catorce necesidades de Virginia Henderson incluyendo el proceso de atención de enfermería detectando 17 diagnósticos de enfermería que guiaron en plan de atención, de los cuales, 11 correspondieron a dependencia, 5 a independencia y 1 de alto riesgo. Se trabajó con 4 diagnósticos de alta prioridad para este caso. Cumpliendo con el principal objetivo que es dar un cuidado integral con alto sentido humano y comprobando que es factible la aplicación de la propuesta de Virginia Henderson en la enfermería infantil¹⁰.

⁹ Sánchez León Virginia (2001) Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura México Hospital De Pediatría CMN siglo XXI pág. 91-96.

¹⁰ Espinoza Meneses Verónica et al (2003) Cuidados de enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía. México Desarrollo científico enfermería vol.11 N 1 pag.24-29.

El análisis de estos artículos me ha brindado nuevos conocimientos y herramientas ha cercas de la propuesta filosófica de Virginia Henderson y el proceso de atención de enfermería como estos se van enlace y originan diagnósticos de Enfermería específicos que permiten realizar planes de cuidados especializados que cubre las necesidades dependencia y mantiene las que se encuentran en independencia obteniendo una respuesta satisfactoria para el paciente pediátrico.

1.2 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. ¹¹

“El proceso de enfermería es un método ordeno y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Permitiendo al profesional de enfermería tener una herramienta para aplicar su cuidado.”¹²

El uso del proceso de atención de enfermería es un método que todo profesional del área de enfermería tiene que conocer para aplicar diariamente en su hacer ya que hoy en día se ha vuelto elemental manejarlo para guiar los cuidados de enfermería. Dando una aportación a la profesión y unificando los cuidados, teniendo una propia metodología y lo mejor beneficiando al usuario con cuidados específicos.

Cada una de sus etapas tiene una gran importancia ya que no se puede concebir por separado requieren de un análisis cada una para que el resultado sea el mejor.

¹¹ Iyer P.W.et al (1996) Proceso y Diagnósticos de Enfermería 3 edición. España. editorial McGraw-Hill interamericana pag.9

¹² Pérez Hernández M. J.(2002) *Operacionalización del proceso de atención de enfermería* Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica volumen 10 numero 2 pag: 63

1.2.1 Conceptos:

“Método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales”¹³

“Proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un paciente” (Iyer, 1997).

1.2.2 Objetivos:

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

1.2.3.- 1ra ETAPA: VALORACION

Esta etapa se define como la recogida de datos objetivos y subjetivos. Consta de cuatro pasos que son recogida de los datos, su validación, su organización y su registro.

En la valoración se incluye la recogida de datos, su verificación, organización, comprobación de las primeras impresiones y su anotación, y en ella se incluye los métodos de entrevista, observación y valoración física.¹⁴

¹³ Alfaro-Lefevre, Rosalinda (2003) Aplicaciones del proceso enfermero. Barcelona (España)

¹⁴ W. Iyer Patricia et al (1993) proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería Mc Graw-Hill/interamericana, Madrid.

1.2.3.1.- TIPOS DE VALORACION:

- Valoración inicial.- se realiza en el momento especificado después del ingreso en una institución sanitaria, tiene como objetivo establecer una base de datos completa para la identificación del problema, referencias y futuras comparaciones, un ejemplo es la valoración de ingreso que realiza enfermería.
- Valoración centrada en el problema.- esta es un proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería, tiene como objetivo determinar el estado de un problema identificado en la primera valoración, un ejemplo de esto es valoración horaria del ingreso de líquidos y la diuresis en una UCI valoración de la capacidad del paciente de cuidarse a si mismo mientras se le ayuda con el baño.
- Valoración urgente.- durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente, esta identifica problemas peligrosos para la vida, identifica problemas nuevos o que se pasaron por alto, un ejemplo de estas es un valoración rápida de la vía respiratoria, estado respiratorio y circulatorio de una persona durante una parada cardiaca, valoración de las tendencias suicidas o potencial de violencia.
- Revaloración al cabo de un tiempo.- varios meses después de la valoración inicial, la finalidad de esta es comparar el estado actual del paciente con los datos basales obtenidos antes, un ejemplo de esta es revaloración de los patrones funcionales del paciente en el marco domiciliario o ambulatorio o, en un hospital, en el cambio de turno.

1.2.3.2.- FUENTE DE INFORMACION.

Los datos pueden proceder de fuentes primarias o secundarias. El paciente es la base primaria de datos, mientras que los familiares, otras personas de apoyo, los profesionales sanitarios, las historias o registros previos, los estudios de laboratorio u otros análisis y la bibliografía importante son fuente secundaria de

datos. De hecho, todas las fuentes distintas del propio paciente se consideran secundarias. Todas las fuentes secundarias deben validarse, si es posible.

PACIENTE.- La mejor fuente de datos suele ser el paciente, a no ser que este demasiado enfermo, sea demasiado joven o este confundido como para comunicarse claramente. El paciente puede proporcionar datos subjetivos que nadie más puede ofrecer. Los datos primarios suelen ser las declaraciones hechas por el paciente, pero también incluyen aquellos datos objetivos que puede obtener directamente el profesional de enfermería del paciente, como el sexo. Algunos pacientes no pueden o no desean proporcionar datos precisos. Entre ellos los niños pequeños y los pacientes confundidos, asustados, avergonzados o desconfiados, o que no hablan la lengua del profesional de enfermería.

PERSONAS DE APOYO.- Los familiares, los amigos y los cuidadores que conocen al paciente pueden a menudo completar o verificar la información dada por este. Podrían transmitir información sobre la respuesta del paciente a la enfermedad, el estrés que experimento antes de la enfermedad, las actitudes de la familia sobre la enfermedad y la salud y el ambiente domiciliario del paciente. Las personas de apoyo son una fuente especialmente importante de datos en el caso de un paciente muy joven o que esta inconsciente o confundido. La información proporcionada por los familiares, allegados y otros profesionales sanitarios se considera subjetiva si no se basa en hechos.

HISTORIAS DEL PACIENTE.- La historia del paciente incluye información registrada por varios profesionales sanitarios. La historia del paciente también contiene datos respecto a la ocupación, la religión y el estado marital del paciente. Al revisar esta historia antes de entrevistar al paciente, el profesional de enfermería puede evitar plantear preguntas para las que ya tiene respuesta. Los tipos de historia de los pacientes son la historia médica, la historia terapéutica y la historia de laboratorio.

PROFESIONALES SANITARIOS.- Como la valoración es un proceso continuo, los informes verbales de otros profesionales sanitarios sirven de posibles fuentes

de información sobre la salud del paciente. Los profesionales de enfermería, los trabajadores sociales, los médicos y los fisioterapeutas, por ejemplo, pueden tener información de un contacto previo o actual con el paciente. Compartir la información entre profesionales es especialmente importante para asegurar la continuidad de la asistencia cuando los pacientes son transferidos a su hogar o de su hogar a la institución sanitaria.

BIBLIOGRAFIA.- La revisión de la bibliografía de enfermería y relacionada, como las revistas profesionales y los textos de referencia, puede proporcionar información adicional para la base de datos.

1.2.3.3.- METODOS DE OBTENCION DE LOS DATOS:

Los principales métodos usados para la recoger los datos son la observación, la entrevista y la exploración. La observación tiene lugar siempre que el profesional de enfermería tiene contacto con el paciente o las personas de apoyo. La entrevista se usa sobre todo mientras se recoge la anamnesis de enfermería. La exploración es el principal método utilizado en la valoración física de la salud.

OBSERVACION.- Es obtener datos usando los sentidos. La observación es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado

La observación tiene dos aspectos: a) fijarse en los datos y b) seleccionar, organizar e interpreta los datos. Un profesional de enfermería que observa que la cara de un paciente se enrojece debe relacionar la observación con datos como la temperatura corporal, la actividad, la temperatura ambiental y la presión arterial.

Las observaciones de enfermería deben organizarse de manera que no se pase por alto nada importante. La mayoría de los profesionales de enfermería desarrolla una secuencia particular de acontecimientos observadores, habitualmente centrados primero en el paciente.

ENTREVISTA.- Es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo, por ejemplo, para obtener o dar información, identificar problemas mutuos, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo o dar consejo o tratamiento.

Existen dos métodos para entrevistar: dirigido y no dirigido. La entrevista dirigida está muy estructurada y obtiene información específica. El profesional de enfermería establece el objetivo de la entrevista y la controla, al menos al comienzo. La entrevista no dirigida o entrevista construida sobre la buena relación, por el contrario, el profesional de enfermería permite al paciente controlar el objeto, el tema y el ritmo. La buena relación es la comprensión entre dos o más personas.

Tipos de preguntas para la entrevista. Clasifican en *cerradas* y *abiertas* y en neutras o dirigidas. Las preguntas cerradas; que se usan en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente solicitan un sí o no o respuesta corta directa que dan información específica. Las preguntas cerradas comienzan con cuando, donde, quien, que haces (o hiciste) o eres (o fuiste). Ejemplo de preguntas cerradas son ¿qué medicamento tomo? Las preguntas abiertas asociadas a una entrevista no dirigida; invitan a los pacientes a descubrir y explorar, elaborar, aclarar o ilustrar sus pensamientos o sensaciones. Una pregunta abierta especifica solo el tema amplio a comentar e invita a respuestas más largas que una o dos palabras. Tales preguntas dan a los pacientes libertad para divulgar solo información que están dispuestas a revelar. Las preguntas abiertas pueden comenzar con un porque o como. El tipo de pregunta que un profesional de enfermería elige depende de las necesidades del paciente. Una pregunta neutra es una pregunta que el paciente puede responder sin dirección ni presión por parte del profesional de enfermería, es una pregunta abierta y se usa en las entrevistas no dirigidas. Una pregunta dirigida en cambio suele usarse en una entrevista dirigida y con ello dirige la respuesta del paciente. La pregunta dirigida da al paciente la oportunidad de decidir si la respuesta es o no cierto.

Planificación de la entrevista y marco. Antes de comenzar una entrevista, el profesional de enfermería revisa la información disponible, por ejemplo, el informe quirúrgico, la información sobre la enfermedad actual o la bibliografía sobre el problema de salud del paciente. Los profesionales de enfermería y los pacientes deben sentirse cómodos para fomentar una entrevista eficaz equilibrando varios factores. Cada entrevista está influenciada por el momento, el lugar, la disposición de los asientos o las distancias y el lenguaje.

Momento los profesionales de enfermería deben planificar las entrevistas con los pacientes cuando el paciente se sienta cómodo y sin dolor y cuando las interrupciones por amigos, familiares y otros profesionales sanitarios sean mínimas. Lugar debe ser en una sala bien iluminada y ventilada que este relativamente libre de ruido, movimiento y distracciones fomenta la comunicación. Además, es deseable un lugar donde nadie pueda escuchar ni ver al paciente.

Disposición de los asientos al estar de pie y mirar al paciente que está en la cama silla desde arriba, el profesional de enfermería intimida al paciente. Durante una entrevista del ingreso inicial, un paciente puede sentirse menos asustado si se coloca una mesa sobre la cama entre el paciente y el profesional de enfermería. La distancia entre el entrevistados y el entrevistado no debe ser demasiado grande ni demasiado pequeño, porque las personas se sienten incómodas cuando hablan con alguien que está demasiado cerca o lejos. Lenguaje él no comunicarse en un lenguaje que el paciente pueda reconocer en es una forma de discriminación.

Estadios de una entrevista. Una entrevista tiene tres estadios principales: la apertura o introducción, el cuerpo o desarrollo y el cierre. La apertura puede ser la parte más importante de la entrevista porque lo que se dice y se hace en ese momento establece el tono para el resto de la misma. El cuerpo de la entrevista, el paciente comunica lo que piensa y percibe en respuesta a preguntas del profesional de enfermería. El desarrollo eficaz de la entrevista exige que el profesional de enfermería use técnicas de comunicación que hagan que las dos

partes se sientan confortables y sirvan al objetivo de la entrevista. El cierre el profesional de enfermería termina la entrevista cuando ha obtenido la información necesaria. Pero en algunos casos, la termina el paciente, por ejemplo, cuando decide no dar más información o es incapaz de hacerlo por algunas razones, por ejemplo se fatiga.

EXPLORACION.- La exploración física o la valoración física es un método sistemático de recogida de datos que usa la observación (es decir, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto) para detectar problemas de salud. Para realizar la exploración, el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos, mates: aparecen sobre el hígado y el bazo; hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire; y timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar

ciertos ruidos aplicando sólo la oreja sobre la zona a explorar. Validación de datos. Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

1.2.3.4.- VALIDACION DE LA INFORMACION:

Es asegurarnos que la información obtenida en la etapa anterior es exacta y completa, a fin de evitar prejuicios y conclusiones precipitadas que nos pueden llevar a un error diagnóstico. La validación de los datos no esperados o incongruentes así como los que sean de gran importancia en la formulación del diagnóstico o la planificación de la intervención enfermera, ha de hacerse siempre. Para validar los datos disponemos de técnicas tales como:

- **Dobles comprobaciones**

En todas las acepciones del término doble, es decir repitiendo de nuevo la toma, Repitiendo la toma de otra forma o con otro instrumento, haciendo que otra persona repita la toma por Vd.,.... Ejemplo toma de signos vitales.

- **Haciendo clarificaciones mediante técnicas adecuadas de pregunta.**

Ejemplo: Pregunta => ¿Se toma Vd. la medicación que le mando el médico?

Respuesta => Yo para eso de tomar medicinas soy muy malo.

Clarificación => ¿Con eso qué quiere decirme, que la toma, que no la toma o con que frecuencia la toma?

- Verificando hipótesis mediante la comprobación de los hechos observados con los argumentos del paciente.

Ejemplo: Observo papeles de caramelos en la papelera de un paciente diabético, antes de dar por hecho que se los ha comido debo verificar que esto ha sido así.

1.2.3.5.- ORGANIZACIÓN DE DATOS:

Es la agrupación sistemática de los datos en categorías o conjuntos de información relacionada, lo que ayuda a empezar a tener una imagen nítida de los diversos aspectos de la situación que se está viviendo. Organizar los datos de una u otra forma influirá en el tipo de información que se obtiene. Organizar los datos por órganos, aparatos y sistemas biológicos, ayudará a identificar problemas corporales; organizar los datos por patrones de respuestas humanas ayudará a la identificación de problemas y diagnósticos enfermeros. Hoy ya es muy frecuente hacer una recogida de datos en soportes de registros, denominadas generalmente historias u hojas de valoración enfermera, donde al mismo tiempo que se van recogiendo los datos se van organizando y registrando éstos. Estas hojas suelen ser instrumentos muy útiles para principiantes porque van guiando a esta en su quehacer, no obstante pueden tener el riesgo de que si no sabemos utilizarlas con soltura, sean tan rígidas que no permitan la individualización que toda valoración enfermera requiere y nos quedemos en el nivel de hacer tomas rutinarias de datos, sin llegar realmente a valorar situaciones de salud y sobre todo respuestas Humanas a estas. En nuestro caso y dado que el modelo de Virginia Henderson hace una parcelación de la recogida de la información en torno a esas 14 necesidades básicas que hemos mencionado, es muy importante que consideremos que dado el concepto integrador de la persona que defiende el modelo, a la hora de la identificación de los problemas no podemos interpretar estas necesidades aisladas sino interrelacionadas entre sí de manera que configuren una unidad, y esta idea de globalidad ha de estar presente cuando organicemos los datos.

- Ejemplo: No podemos estar identificando un problema de incontinencia urinaria porque tenemos datos que así lo avalan en la necesidad 3, y otro de aislamiento y/o falta de comunicación en la necesidad 10, porque hemos comprobado que la persona se niega a salir de la casa, ¿no puede ser que ambos estén relacionados o que uno sea la causa del otro? La idea de la globalidad obliga a hacer un estudio de la incidencia de un problema o de un área de dependencia en el resto de las necesidades y en la totalidad de la respuesta humana que esta persona, como ser unitario que es, está elaborando.¹⁵

1.2.4.- 2da ETAPA: DIAGNOSTICO

1.2.4.1.- CONCEPTO: Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.¹⁶

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales y/o problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr a los objetivos de los que la enfermera es responsable (aprobado en la novena conferencia 1990).

1.2.4.2.- NORMAS Y ERRORES MÁS COMUNES:

Escribir el diagnóstico con palabras que expresen respuestas del individuo y no a la actuación de la enfermera

- Utilizar la expresión “ relacionado con” mejor que “debido a”

¹⁵ Kosier Barbará (2008) Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practica vol. 1 octava edición. Madrid España. Pag.180

¹⁶ Pérez HMJ. *Operacionalización del proceso de atención de enfermería*
Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002;10 (2): 62-66

- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor
- Escribir el diagnóstico con expresiones convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal. (Es decir, registrar de forma objetiva, sin juicios de valor)
- Evitar invertir el orden de los componentes del enunciado diagnóstico. (En 1º lugar se pone el problema “Etiqueta”, a continuación se pone la causa y por último las manifestaciones)
- Evitar formular dos problemas a la vez
- Evitar expresar el diagnóstico y la etiología utilizando conceptos que estén dentro del campo de actuación de la enfermera

Errores potenciales en las redacciones de diagnósticos de enfermería:

Inversión de las cláusulas.- En la declaración diagnóstico, la respuesta del paciente es la primera parte de la declaración y la etiología es la segunda. La inversión de las partes causa dificultad en la comunicación y la planeación, debido a que la etiología es la base de intervención de enfermería para modificar o aliviar la respuesta. Enseguida se presentan ejemplos.

Incorrecto: Inmovilización física relacionada con paternidad alterada.

Correcto: Deterioro de la integridad de la piel relacionada con la inmovilización física.

Restablecer la respuesta en la etiología.- No debe decirse la misma cosa en ambas partes de la declaración diagnóstica. En la declaración “termorregulación ineficaz relacionada con fluctuaciones de temperatura del individuo”, la parte etiológica es realmente la definición de la respuesta o parte descriptiva; ambas partes tienen el mismo significado. Enseguida se da ejemplo.

Incorrecto: Incontinencia funcional r/c micción involuntaria.

Correcto: Incontinencia funcional r/c ambiente alterado.

Incluir más de una relación en la cláusula descriptiva.- algunas veces, mas de una relación real o potencial puede estar relacionada con la misma etiología. Sin embargo, ya que las consecuencias son diferentes para cada relación, es necesario escribir cada una de ellas por separado. Por ejemplo, en vez de escribir “deficiencia de actividad recreativa y deterioro de la administración del hogar en relación con inmovilidad física”, estas deberían establecerse como dos relaciones separadas debido a que las consecuencias son diferentes para cada una de ellas. Las declaraciones correctas seria “deficiencia de actividad recreativa relacionada con inmovilidad física” y “deterioro de la administración del hogar relacionado con inmovilidad física”.

No Incluir juicios de valores en la declaración.- la declaración de diagnósticos se obtiene de los juicios hechos a partir de datos verificables. Las declaraciones también deben quedar libres de tendencias y no reflejar el juicio de valores de la enfermera. Hay una diferencia entre el juicio clínico y el de valores. El juicio de valores incluye palabras como pobre, bueno, malo y no saludable. Una declaración incorrecta de diagnostico de enfermería es “desempeño alterado del rol relacionado con un deficiente progreso evolutivo”. Una correcta es “desempeño del rol alterado en relación con un desarrollo retardado”.

Establecer la misma respuesta varias veces cuando hay más de una etiología para una respuesta.- Usualmente, las relacionadas con la salud del paciente son complejos y pueden deducirse con más de un factor etiológico. En otras palabras, varios factores pueden contribuir a una respuesta. Por ejemplo, un paciente con diabetes puede tener varios factores que conducen a una respuesta de “mantenimiento de salud alterado”. Los factores contribuyentes relacionados pueden ser la falta de conocimiento, falta de recursos financieros y alteración espiritual. En vez de escribir “mantenimiento de salud alterado” tres veces (una parte para cada etiología), debido a que la consecuencia es la misma (que el paciente mejor el mantenimiento de su salud), es necesario elaborar solo una declaración de diagnósticos de enfermería enlistando todos los factores contribuyentes.

Elaborar una declaración legalmente no aconsejable.- Una manera de evitar hacer una declaración legalmente no aconsejable consiste en usar la frase relacionado(a) con, en vez de debido(a) a o como resultado de cuando se une la respuesta a la etiología. Otra manera es no hacer declaraciones potencialmente difamatorias en la etiología tales como síndrome del trauma de la violación relacionado con la falta de apoyo del esposo, adaptación ineficaz del individuo en relación con la interferencia de la suegra o excesivo volumen de fluidos en relación con un error de medicación. Las enfermeras son responsables de las declaraciones diagnósticas, de modo que deben considerarse las implicaciones legales.

1.2.4.3.- TIPOS Y COMPONENTES.

Los diagnósticos pueden ser reales, de riesgo, de salud y de promoción de la salud presentando cada uno de ellos unas características diferenciadoras.

Diagnóstico real: Describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad ante una situación de salud o a un proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos) que indican su presencia en el momento de la valoración.

Para escribirlos se aconseja un formato en tres partes.

Problema
+
Factor relacionado (causa)
+
Datos objetivos y subjetivos

El problema se une al factor o factores relacionados mediante la fórmula «relacionado con» (r/c) que, a su vez, se une a las características definitorias (datos objetivos y subjetivos) mediante la fórmula «manifestado por» (m/p).

Diagnóstico de riesgo: Describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables. Su identificación se apoya en la presencia de los factores de riesgo que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad. En este caso, se escribirá sólo con dos partes:

Problema

+

Factor de riesgo (causa)

Puesto que no existen las características definitorias del problema (datos objetivos y subjetivos que, de haberlos, convertirían el problema en real). Al inicio del diagnóstico debe incluirse la frase «Riesgo de».

En los diagnósticos reales y de riesgo es importante la identificación de la causa, ya que en la medida en que ésta pueda ser eliminada o reducida, o se modifiquen sus efectos, el problema desaparecerá o se reducirá. No obstante, hay situaciones en que se desconoce la causa aun cuando es evidente la presencia del problema; en tales casos puede formularse el diagnóstico poniendo detrás de la etiqueta diagnóstica «r/c causa desconocida». Cabe destacar dos hechos: el primero de ellos es que cuando se identifican síndromes diagnósticos no es necesario explicitar la segunda parte de la formación diagnóstica (r/c factores causales o de riesgo) puesto que la causa probable está implícita en la propia etiqueta; por ejemplo, riesgo de síndrome de estrés del traslado, síndrome postraumático. El segundo de los hechos a que hacía referencia es que todos los diagnósticos incluidos en la taxonomía como reales pueden formularse también como diagnósticos de riesgo aunque no estén explícitamente identificados como tales, basta para ello con considerar los factores relacionados como factores de riesgo. Sin embargo, no es posible la situación inversa, es decir, los diagnósticos identificados *únicamente* como diagnósticos de riesgo (p. ej., Riesgo de traumatismo, Riesgo de asfixia, Riesgo de intoxicación, etc.) no pueden identificarse como diagnósticos reales (p. ej., traumatismo, asfixia, intoxicación),

ya que en tal caso se convierten en diagnósticos médicos o problemas de colaboración.

Diagnóstico de salud y diagnóstico de promoción de la salud

Se trata de diagnósticos reales que se formulan cuando la persona, familia o comunidad gozan ya de un nivel aceptable de salud o bienestar pero quieren y pueden alcanzar un nivel mayor. La terminología diagnóstica de la NANDA-I incluye cada vez más diagnósticos enfermeros de salud (p. ej., «Lactancia materna efectiva», «Manejo efectivo del régimen terapéutico») y de promoción de la salud (p. ej., «Disposición para mejorar la nutrición», «Disposición para mejorar el auto cuidado»), aunque la mayoría de las etiquetas diagnósticas pueden formularse como diagnóstico de salud (p. ej., «Afrontamiento efectivo», «Limpieza eficaz de las vías aéreas») o como diagnóstico de promoción de la salud («Disposición para mejorar las actividades recreativas», «Disposición para mejorar el rol de cuidador»).

La identificación de ambos tipos de diagnósticos se sustenta en las características definitorias y se formulan con un solo componente: la etiqueta diagnóstica, por ejemplo «Disposición para mejorar el bienestar espiritual».¹⁷

1.2.4.4.- CLASIFICACION SEGUN LA NANDA.

La Taxonomía II se diseñó para tener una forma multiaxial, lo que mejora sustancialmente la flexibilidad de la nomenclatura y permite, por una parte, hacer con facilidad adiciones y modificaciones y por otra, facilita su inclusión en los sistemas informáticos. Consta de siete ejes:

- Eje 1. Concepto diagnóstico.
- Eje 2. Sujeto del diagnóstico (persona, familia y comunidad).
- Eje 3. Juicio (deteriorado, inefectivo).

¹⁷ Luis Rodríguez María Teresa (2008) Los diagnósticos enfermeros. 8 edición. Editorial el Sevier Masson. Pág. 35-39.

- Eje 4. Localización (urinario, auditivo, cerebral).
- Eje 5 Edad (lactante, niño, adulto).
- Eje 6 Tiempo (agudo, crónico, intermitente).
- Eje 7. Estado del diagnóstico real, de riesgo, de salud, de promoción de la salud).

Definición de los ejes

Un eje, para el propósito de la taxonomía de la NANDA-I, se define operacionalmente como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico.

Los ejes pueden aparecer de forma explícita o implícita. Por ejemplo, en los diagnósticos afrontamiento inefectivo de la comunidad y afrontamiento familiar comprometido, aparece explícitamente el eje 1 (concepto diagnóstico: afrontamiento), el eje 2 (sujeto del diagnóstico: en el primer caso “comunidad” y en el segundo “familia”), mientras que “inefectivo” y “comprometido” son dos de los valores contenidos en el eje 3 (juicio).

Eje 1 concepto diagnóstico.

El concepto diagnóstico se define como el elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz de la formulación diagnóstica. Describe la “respuesta humana” y es el núcleo del diagnóstico; puede constar de una o más palabras. Cuando se emplea más de una (p.ej. intolerancia a la actividad) cada una de ellas contribuye a dar al conjunto un significado único como si todas fueran un solo término.

Eje 2. Sujeto del diagnóstico

El sujeto del diagnóstico se define como la persona o personas concretas para las que se formula un diagnóstico determinado. Los valores del eje 2 son persona, familia, grupo y comunidad:

- Persona: ser humano singular, distinto de los demás.

- Familia: dos o más personas que mantienen relaciones continuas o sostenidas, perciben obligaciones recíprocas, otorgan significados comunes y comparten ciertas obligaciones hacia otros; relacionadas por consanguinidad o elección.
- Grupo: varias personas que comparten características.
- Comunidad: grupo de personas que viven en el mismo lugar bajo el mismo gobierno, por ejemplo, vecindarios y ciudades.

Cuando la unidad de cuidados no se explicita, por defecto se considera que es la persona.

Eje 3. Juicio

El juicio es el descriptor o modificador que limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero.

Eje 4. Localización

La localización describe las partes o regiones corporales y las funciones relacionadas (todos los tejidos, órganos, regiones o estructuras anatómicas)

Eje 5. Edad

La edad se refiere a la edad de la persona sujeto del diagnóstico.

Eje 6. Tiempo

Describe la duración del concepto diagnóstico (Eje 1).

Eje 7. Estado del diagnóstico

El estado del diagnóstico se refiere a la actualidad o potencialidad del problema o a la categorización del diagnóstico como de salud/promoción de la salud. Los valores del eje 7 son:

- Promoción de la salud: comportamiento motivado por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano en materia de salud.
- Real: existente de hecho o en la realidad, existente en ese momento.

- Riesgo: vulnerabilidad, especialmente como resultado de la exposición a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.
- Salud: calidad o estado de estar sano.¹⁸

1.2.5.- 3ra ETAPA: PLANEACION

“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.”¹⁹

Determinar los resultados deseados (objetivos específicos) e identificar las intervenciones para lograr los resultados.²⁰

Planeación inicial

El profesional de enfermería que realiza la valoración de ingreso suele llevar a cabo el plan de asistencia inicial completo. Este profesional tiene el beneficio del lenguaje corporal del paciente, así como algunos tipos intuitivos de información que no quedan reflejados en la base de datos escrita. La planificación debe iniciarse lo antes posible tras la valoración inicial, en especial debido a la tendencia hacia las instancias hospitalarias más cortas.

Planeación en curso

Esta planificación la hacen todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente. A medida que los profesionales de enfermería obtienen información nueva y evalúan los resultados del paciente a la asistencia, pueden individualizar más el plan inicial e asistencia. La planificación en curso también tiene lugar al inicio de un turno ya que el profesional de enfermería planifica la asistencia para

¹⁸ Luis Rodríguez María Teresa (2008) Los diagnósticos enfermeros. 8 edición. Editorial el Sevier Masson. Pág. 13-17.

¹⁹ Iyer P.W.et al (1996) Proceso y Diagnósticos de Enfermería 3 edición. España. editorial McGraw-Hill interamericana pág. 157

²⁰ Alfaro-Lefevre, Rosalinda (2003) Aplicaciones del proceso enfermero. Barcelona (España)

ese día. Usando los datos de valoración continua, el profesional de enfermería hace planificaciones diarias con los siguientes propósitos:

1. Determinar si el estado de salud del paciente ha cambiado.
2. Establecer prioridades para la asistencia del paciente durante el turno.
3. Decidir en qué problema situarse durante el turno.
4. Coordinar las actividades de enfermería de tal manera que puedan abordarse más de un problema en cada contacto con el paciente.

Planificación para el alta

El proceso de planificación y anticipación de las necesidades que surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia sanitaria completa y debe realizarse en el plan de asistencias de todos los pacientes. La planificación eficaz del alta comienza en el primer contacto del paciente e implica una valoración completa y continua para obtener información²¹

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers (1983), “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 diagnóstico concreto o una enfermedad.
- 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.

²¹ Kosier Barbará (2008) Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practica vol. 1 octava edición. Madrid España. Pag. 211.

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

1.2.5.4.- ACTIVIDADES.

Dentro de las actividades enfermeras que hay que planificar tras la identificación del diagnóstico y la formulación de los objetivos se distinguen dos grandes grupos: las que guardan relación con la etiqueta diagnóstica y las que guardan relación con la causa.

1.2.5.4.1.- ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA

Diagnósticos reales

Las actividades se dirigirán a la reducción, control o eliminación de las manifestaciones. Por ejemplo, en el diagnóstico de «Deterioro de la integridad cutánea r/c...m/p úlcera sacra no infectada de 2 cm de diámetro» una parte de la actuación enfermera se dirigirá a la cura local de la úlcera y a la prevención de infecciones secundarias.

Diagnósticos de riesgo

La actuación enfermera se orientará hacia la detección temprana de posibles datos objetivos y subjetivos indicadores de que el problema ha pasado a ser real. Por ejemplo, ante el diagnóstico de «Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c...» se programarán actividades de control del estado de la piel en las zonas susceptibles de aparición de lesiones con el fin de detectar pronto las primeras manifestaciones, si es que llegan a producirse.

Diagnósticos de salud y diagnósticos de promoción de la salud

Ya que en este tipo de situaciones no hay ni una causa ni unas manifestaciones que se deban modificar, los cuidados enfermeros se basarán únicamente en la etiqueta diagnóstica. Por ejemplo, en el diagnóstico de «Disposición para mejorar la movilidad física» las actividades enfermeras se centrarán en añadir, aumentar, reforzar o completar los conocimientos o habilidades necesarias para aumentar la capacidad de movimiento.

Diagnósticos en los que sólo es posible incidir sobre la etiqueta

En aquellos diagnósticos reales o de riesgo en que la causa no puede ser modificada ni eliminada, pero sin embargo el problema sí es controlable mediante actividades independientes, éstas se centrarán en la reducción, control o eliminación de las manifestaciones. Por ejemplo, ante el diagnóstico «Duelo r/c la enfermedad terminal del cónyuge m/p negación del significado de la pérdida y trastornos alimentarios y del sueño» es evidente que no se puede actuar sobre la causa (no es posible evitar la pérdida inminente), pero sí se puede ayudar a la persona a progresar en las etapas del proceso del duelo hasta llegar a la aceptación de la pérdida.

1.2.5.4.2.- ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA CAUSA

El tratamiento enfermero será eficaz en la medida en que logre eliminar, controlar o reducir la causa identificada como responsable o coadyuvante, aunque eso no siempre es posible. Hay ocasiones en que la causa no puede ser eliminada ni reducida, pero es posible modificar sus efectos sobre la persona. Por ejemplo, ante el DxE «Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad, incontinencia urinaria y deshidratación» se programarán actividades para modificar los efectos de la inmovilidad y de la incontinencia (agentes causales que no podemos eliminar ni reducir), por ejemplo, cambios posturales frecuentes, protección de las zonas Susceptibles de lesiones; mantenimiento de la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas, uso de dispositivos colectores o empapadores, etc. No obstante, sobre el tercer factor causal identificado, la deshidratación, sí que puede actuarse directamente (rehidratando a la persona) y para ello se programará un aumento de los líquidos ingeridos en 24 horas hasta alcanzar el nivel adecuado.

En otras ocasiones se detecta la existencia de un problema pero se desconoce su origen («...r/c causa desconocida»), en cuyo caso las actividades enfermeras se dirigirán a la identificación de ésta.

1.2.5.5.- TIPOS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

● Interdependientes

Definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Las intervenciones pueden suponer la colaboración con asistentes sociales, dietistas, terapeutas, técnicos y médicos, y pueden añadir detalles acerca de cómo se van a llevar a cabo las indicaciones promovidas por el médico.

● Independientes

Son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico. El tipo de actividades que el profesional de enfermería puede ordenar de forma independiente están definidas por los diagnósticos de enfermería.

1.2.5.6.- OBJETIVOS.

Al formular los objetivos que hay que alcanzar debe tenerse en cuenta que mientras el objetivo final debe describir una conducta observable que indique una mejora o resolución de la situación, esto es, que derive directamente de la etiqueta diagnóstica, los objetivos específicos o intermedios deben indicar la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos.

Por ejemplo:

El diagnóstico. Estreñimiento r/c una dieta pobre en fibras y líquidos m/p una evacuación cada 4-5 días de heces duras y secas y quejas de dolor y esfuerzo excesivo.

1.2.5.6.1.- Objetivo final

_ En el plazo de 3 meses, el usuario tendrá una evacuación regular de heces de consistencia blanda, sin excesivo esfuerzo ni dolor.

1.2.5.6.2.- Objetivos específicos o intermedios

– Qué hacer (cognoscitivo). En el plazo de 1 semana identificará, en una lista de alimentos, aquellos con más alto contenido en fibras y residuos.

- Cómo hacerlo (cognoscitivo). En el plazo de 10 días confeccionará el menú de 1 semana incluyendo la cantidad recomendada de residuos y líquidos diarios.
- Por qué o para qué hacerlo (cognoscitivo). En el plazo de 15 días discutirá con la enfermera los beneficios de una evacuación intestinal regular.
- Poder hacerlo (psicomotor). En el plazo de 3 semanas demostrará cómo contraer activamente la musculatura abdominal.
- Mantener la conducta el tiempo necesario y con la intensidad requerida (volitivo). Se comprometerá a mantener los cambios dietéticos pactados hasta la próxima visita. Evidentemente, el objetivo final es modificar el patrón de evacuación intestinal, pero para conseguirlo antes habrá que reducir o eliminar las causas que lo provocan. Los objetivos parciales pueden servir como «mojones» indicadores de que se está en el buen camino para conseguir el cambio de conducta deseado. Esta pauta varía cuando se trata de diagnósticos de salud, ya que la conducta final deseada no es la desaparición o reducción de un problema (inexistente en este caso) sino el logro de un mayor nivel de salud y bienestar. Por otra parte, los objetivos intermedios se formularán en términos de la adquisición de los conocimientos o habilidades requeridos para el logro del resultado final deseado.

Por ejemplo:

El diagnóstico

Disposición para mejorar la tolerancia a la actividad.

Objetivo final

_ La usuaria manifestará que al acabar las tareas domésticas se siente con energías suficientes para hacer alguna actividad de ocio.

Objetivos intermedios

- Qué hacer (cognoscitivo). Explicará los principios en que se basan las técnicas para la conservación de la energía.
- Cómo hacerlo (cognoscitivo). Seleccionará aquellas técnicas que le resultan más útiles en su caso.
- Poder hacerlo (psicomotor). Demostrará habilidad en la aplicación a las tareas domésticas de las técnicas de ahorro de energía.

Componentes de los objetivos para los diagnósticos enfermeros.- En cualquier caso, y ya se trate de objetivos finales o intermedios, para que sean operativos y permitan valorar la eficacia de la intervención enfermera, deben tener los siguientes componentes.

- Sujeto. Quien tiene que lograr el objetivo. Dado que el plan de cuidados es del usuario, el sujeto está implícito y solo es necesario especificarlo cuando se trate de una persona distinta.
- Verbo. Que debe hacer el sujeto para evidenciar que se ha logrado el objetivo, lo que necesariamente conlleva el empleo de verbos de acción (verbos que indiquen una conducta observable).
- Tiempo. Cuando hay que valorar si se ha logrado o no el resultado esperado.
- Modo. Como debe realizar la acción el sujeto para considerar que se ha logrado el objetivo propuesto. Este componente es preciso solo cuando la acción sea posible realizarla de diversas formas, por ejemplo. Deambular con andador, con dos muletas o con una, apoyado en el brazo de otra persona, sin ayuda, etc.
- Medida. Hasta cuándo o hasta donde, cuando en el objetivo que debe alcanzar sea posible identificar grados o niveles distintos. Por ejemplo Juan (sujeto) adelgazara (verbo) 5 kg (medida) en el plazo de 5 meses (tiempo) siguiendo una dieta de 1.800 calorías (modo).²²

1.2.5.7.- CLASIFICACION (NIC)

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras inicio en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey (actualmente Joanne Dochterman)

²² Luis Rodríguez María Teresa (1998) De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.. Editorial Masson S. A. Barcelona Pág. 8-13

y Gloria Bulechek en la Universidad of Iowa. El equipo desarrollo la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por primera vez en el año de 1992. A diferencia de los diagnósticos enfermeros o del resultado del paciente, donde este es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente avanzar hacia el resultado deseado.

(Nursing Interventions Classification)

Estandariza las intervenciones que realiza la enfermera, teniendo como centro de Interés la toma de decisión para llevar al paciente al resultado esperado. Incluye intervenciones y actividades.²³

¿Qué son Intervenciones y que son actividades?

- Intervención de enfermería:

Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un Profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

- Actividades de enfermería:

Actividades o acciones específicas que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente avanzar hacia el resultado.

¿Cómo selecciono una intervención y sus actividades?

1. Localice en el libro de la NIC la etiqueta
2. Seleccione la(s) intervención(es), relacionadas al caso.
3. Localice la intervención y seleccione las actividades específicas.

²³ Kosier Barbará (2008) Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practica vol. 1 octava edición. Madrid España. Pag. 225.

Recomendaciones para seleccionar las intervenciones y actividades:

Para seleccionar una intervención, se debe tomar en consideración los siguientes factores:

- Resultados deseados en el individuo
- Características del diagnóstico de enfermería
- Viabilidad de la intervención
- Aceptación por el paciente
- Capacidad del profesional de enfermería.

1.2.5.8.-PRIORIDADES.

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuada mente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades

humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

1.2.6.- 4ta ETAPA: EJECUCION

“Es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos.”²⁴

Puesta en práctica del plan y observaciones de las respuestas iniciales.²⁵

En la cuarta fase del proceso de atención se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería. Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

1) Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.

2) Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.

3) Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención. La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan

²⁴ Iyer P.W.et al (1996) Proceso y Diagnósticos de Enfermería 3 edición. España. editorial McGraw-Hill interamericana. Pág. 224.

²⁵ Alfaro-Lefevre, Rosalinda (2003) Aplicaciones del proceso enfermero. Barcelona (España)

terapéutico, requiere un razonamiento enfermero previo. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al mantenimiento/restablecimiento de la salud del paciente o a una muerte serena.

1.2.6.1.-SISTEMA DE PRESTACION DE CUIDADOS

Independientemente del tipo de marco en el que ejerce el profesional de enfermería, en la ejecución de las intervenciones de enfermería se utiliza uno de cinco modelos principales. Estos cinco enfoques son

1. Asignación por tareas
2. Enfermería de equipo
3. Enfermería de cuidados básicos y sus variaciones
4. Control de casos
5. Atención enfocada al paciente

1.2.6.1.1.- ASIGNACIÓN POR TAREAS

En la asignación por tareas, las responsabilidades de enfermería se dividen por tareas y son realizadas por diversos niveles profesionales de enfermería. Todos los cuidadores participan en la atención del cliente, aunque cada individuo es asignado a una selección completa de funciones, como la monitorización de las constantes vitales, la administración de medicamentos o la prestación de tratamiento.

Ventajas:

- En este modelo, se da gran importancia a la prestación eficaz de las intervenciones de enfermería.
- También se puede conseguir una disminución del volumen de suministro y material necesario, ya que será menos el número de personas que lo utilicen.

- Este modelo tiende también a facilitar la organización del trabajo, ya que las asignaciones están claramente definidas.

Inconvenientes:

- La principal preocupación que plantea el modelo funcional es la fragmentación de la intervención.
- La continuidad de la intervención resulta difícil, si no imposible, ya que no hay un único miembro del equipo que tenga una imagen completa de las necesidades del cliente y de las respuestas a las intervenciones de enfermería o medicas.
- Desde la perspectiva del profesional de enfermería este tipo de prestación de intervenciones puede llegar a ser monótona.
- También la satisfacción por el trabajador puede estar disminuido con un enfoque funcional, ya que puede no estar claramente definido el papel que desempeña el profesional de enfermería en la recuperación del cliente o bien no ser percibido como valioso por parte del cliente.
- Se puede poner en peligro la comunicación y la toma decisiones, ya que los prestadores de la intervención sanitaria se centra en aspectos individuales de la intervención del cliente.

1.2.6.1.2.- EQUIPOS DE ENFERMERIA

Es un sistema de prestación de cuidados de enfermería en el que un grupo de profesionales titulados universitarios y no universitarios que trabajan juntos para prestar cuidados de enfermería a algunos clientes.

Ventajas:

- Aunque en un enfoque en equipo los cuidados de enfermería se dividen entre miembros del equipo, la fragmentación es menor que en el modelo funcional.

- Desde la perspectiva del profesional de enfermería, el modelo en equipo resulta más satisfactorio ya que con frecuencia se identifica, reconocen y utilizan las habilidades de cada miembro del equipo.

Inconvenientes:

- Este modelo se puede convertir fácilmente en un duplicado del método funcional. Por ejemplo, si los miembros del equipo son responsables de funciones individualizadas, como la administración de medicamentos, el control de las constantes vitales o la administración de baño, resulta difícil diferenciar este sistema de la enfermería en equipo funcional.
- Puede ser menos eficaz que un sistema funcional. La comunicación y coordinación necesaria para el éxito del sistema se ponen en peligro si el coordinador de enfermería no tiene habilidades para la organización, el liderazgo, la motivación y la prestación de cuidados de enfermería.
- En un enfoque no se reduce de forma notable el número de profesionales que cuida a los clientes. Estos puede no tener una buena relación entre coste y eficacia y puede diluir la calidad de la atención prestada.
- También la dilución de la responsabilidad y autoría individuales puede reducir la calidad de la intervención prestada.
- Puede favorecer también un enfoque orientado a la tarea de las intervenciones al cliente.
- La asignación constante de la administración de medicamentos al coordinador de los cuidados de enfermería, puede dar lugar a una disminución de la habilidad en la administración de los mismos en el profesional de enfermería.

1.2.6.1.3.-ENFERMERIA DE CUIDADOS BASICOS:

La enfermera de cuidados básicos es un sistema de prestación de cuidados que se desarrollo en la década de los 80, en el profesional de enfermería es el responsable y el encargado de dirigir la atención de un cliente o un grupo de clientes. La enfermería de cuidados básicos se puede utilizar en diversos marcos

incluidos los hospitalarios y las agencias de salud pública. Los sistemas de enfermería de cuidados básicos subrayan:

- La responsabilidad y autoría del profesional de enfermería en el tratamiento de los cuidados.
- La descentralización en la toma de decisiones, manteniéndose la autoría en el profesional de enfermería de cuidados básicos.
- La importancia de una valoración, un diagnóstico y una planificación completa.
- La participación del cliente en la validación y el establecimiento de objetivos.
- La necesidad de comunicación entre el profesional de enfermería de cuidados básicos y otro profesional de enfermería, miembros del equipo de atención sanitaria, los clientes y sus familiares.
- La preparación para el alta mediante la educación del cliente y de la familia, la identificación de los recursos disponibles y el envío a otros sistemas cuando sea necesario.
- La continuidad de las intervenciones asignadas al cliente al profesional de enfermería de cuidados básicos de forma constante.

Variación de la enfermería de cuidados básicos. En la atención total al paciente, el profesional de enfermería asignado al cliente debe ser un titulado universitario. Por lo general, en los hospitales los auxiliares de enfermería no suelen tener clientes asignados, sino que prestan servicios tan útiles como responder a los timbres de llamadas, ofrecer agua y aperitivos, transporte de clientes y muestras. El profesional de enfermería al cliente administra los medicamentos, ayuda al cliente en las actividades de la vida diaria.

Enfermería modular.- En este sistema de prestación de cuidados, se ha intentado asignar al profesional de enfermería un grupo de clientes de un distrito o módulo. Un módulo está formado por clientes localizados en una misma sección de la unidad de enfermería, en habitaciones cercanas.

Ventajas

- Los métodos de prestación de enfermería de cuidados básicos y enfermería modular favorece una atención al cliente gracias a la calidad y frecuencia de las interacciones entre el cliente y el enfermo.
- Este modelo favorece una mayor autonomía y responsabilidad en la práctica de la enfermería individual.
- La enfermera de cuidados básicos ofrece también la oportunidad de desarrollo profesional. La participación del equipo de enfermería en todos los aspectos del cuidado del cliente, especialmente en cuanto al componente de toma de decisiones, facilita la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades.
- Por lo general, también los clientes están más satisfechos debido a la mayor frecuencia de interacción con un miembro del equipo de enfermería en concreto, que además conoce particularmente su caso.
- Otros prestadores de las intervenciones sanitarias, como médicos terapeutas y dietistas aprecian también la capacidad de interacción con una persona que está informada cerca del cliente.
- La intervención al paciente total es un modelo útil cuando resulta difícil contar con el profesional de enfermería de cuidados básicos constantemente.

Inconvenientes

- La asistencia integral al paciente, tanto en la enfermería modular como en la enfermería de cuidados básicos exigen profesionales competentes que puedan trabajar de forma independiente en la ejecución del proceso de enfermería.
- En algún caso, la enfermería de cuidados básicos puede ser menos rentable que la asignación por tareas o en equipo, ya que este modelo puede necesitar un mayor porcentaje de profesionales de enfermería titulados.

1.2.6.1.4.- CONTROL DE CASOS

En el control de casos es la segunda generación de enfermería principal. Se desarrollo en los años 80, a partir de la insistencia en acortar la duración de las estancias y en enfocarse en la consecución oportuna de los resultados del cliente y en la necesidad de mejorar la efectividad y eficacia de la prestación de la intervención sanitaria. El control de casos es la organización de la atención para conseguir resultados concretos del cliente dentro de un margen de tiempo compatible con la duración de la estancia diseñada por el diagnostico del cliente. Algunos objetivos del control de casos son:

- Facilitar la consecución de resultados del cliente esperados o estandarizados.
- Facilitar el alta inmediata o dentro de una duración suficiente de la estancia.
- Favorecer la utilización adecuada o reducida de recursos
- Favorecer el ejercicio en colaboración, la coordinación de la atención y la continuidad de la misma.
- Favorece el desarrollo profesional y la satisfacción del profesional de enfermería que trabaja en el medio hospitalario.
- Dirigir las contribuciones de todos los prestadores de atención hacia la consecución de los resultados del paciente.

Ventajas.

- Se produce una mayor comunicación entre los profesionales de enfermería y otros profesionales de la atención sanitaria, clientes y familiares.
- La vía crítica define la atención prestada incluso aunque cambie el cuidador o no este localizable el director de caso.
- El directos del caso es capaz de coordinar la atención de forma mas eficaz rompiendo barreras entre departamentos.
- El profesional de enfermería experimenta un aumento de la profesionalidad, de la satisfacción por el trabajo y una mejora de la imagen, cuando otro profesional les reconoce como planificador de cuidados.

- La planificación del alta y la educación del cliente comienza al principio del proceso, a menudo antes del ingreso en el hospital.
- Se favorece la consecución de los resultados del cliente dentro de un marco de tiempo económicamente responsable.
- Los recursos de la agencia de intervención sanitaria se utilizan de forma más eficaz, consiguiendo un ahorro de los costes y una reducción en la duración de la estancia.
- Las vías críticas sirven como herramientas para la educación, especialmente en hospitales con profesionales de enfermería inexpertos que no están familiarizados con las directrices de intervenciones de determinadas poblaciones de clientes.
- Los clientes están bien informados y participan activamente en su progreso.
- El control de casos favorece el establecimiento de directrices de intervenciones para tipos concretos de casos.
- Los profesionales de enfermería a tiempo parcial tienen una indicación más clara de las necesidades a cubrir durante el paso hacia la consecución de los resultados del cliente.
- Se facilita el alta oportuna de los pacientes.
- El profesional de enfermería tiene un mayor conocimiento del efecto económico de la duración de la estancia hospitalaria de los clientes.

Inconvenientes.

- El modelo exige una gran cantidad de planificación y cooperación para establecer el sistema.
- Puede resultar difícil conseguir la cooperación de los médicos para definir como tratar ciertos tipos de casos y para colaborar con la enfermería a nivel profesional.
- Algunos coordinadores de cuidados tienen dificultades para ajustarse a este modelo, pues renuncian a sus deberes clínicos y actúan más como directores.

- Algunos miembros del equipo de enfermería tienen dificultades para aceptar la mayor responsabilidad que lleva consigo ser un directos de casos, mientras que otro se resiste a renunciar a los roles de coordinación, educación dl cliente y planificación del alta en a favor de un directos de casos.

1.2.6.1.5.- ATENCION ENFOCADA AL PACIENTE

Como resultado de las presiones para la contención de los costes y del deseo de mejorar la prestación de la intervención, a principios de los años 90 surgió un nuevo modelo de prestación, de atención enfocada al paciente.

Principios de este modelo son los siguientes:

1. Dotar a la unidad de enfermería de tantos servicios como sea posible para reducir al mínimo los desplazamientos del cliente para hacerse pruebas o ir a otros servicios.
2. Combinar profesionales de la enfermería con otros profesionales para que asuman nuevas responsabilidades.
3. Potencia la colaboración y comunicación entre todos los niveles dentro de la organización.
4. Aumente la proporción de cuidados directos del cliente, al tiempo que reduce el número de personas con las que tiene que interaccionar.
5. Diseña de nuevo descripción del trabajo y elimina algunos de los departamentos del hospital.
6. A menudo se diseña de nuevo la unidad de enfermería, eliminando o reduciendo el tamaño del control del equipo de enfermería.
7. La intervención enfocada en el cliente estará regida por los principios y actividades del control de casos, incluidos los coordinadores de caos y las vías críticas.

Ventajas

Los clientes refieren una mayor satisfacción con la atención, por ser esta individual y personalizada, como consecuencia de la reducción en el número de interacciones con el equipo y de la disminución en la espera de realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas.

- Los profesionales del hospital se sienten más satisfechos por la mejora de la eficacia y de la profesionalidad, debido a la autonomía en la resolución de problemas y a la eficacia y de la profesionalidad debido a la autonomía en la resolución de problemas y a la eficiencia de las interacciones con los clientes.
- El modelo favorece la creación de un equipo eficaz de prestadores de atención de salud con una mejora de la comunicación.
- Disminuye los juicios clínicos inexactos.
- Aumenta la continuidad de la atención.
- Se reduce la duración de la estancia en el centro.
- Se consigue reducir los costes al disminuir los juicios clínicos inexactos y mejora la eficacia.

Inconvenientes.

- Conseguir que el médico acepte los cambios puede convertirse en un reto importante.
- La formación de los profesionales para asumir sus nuevos roles, lleva asociado un elevado coste.
- El profesional de enfermería debe aprender a ser coordinador de sus colegas de atención.
- La remodelación de la unidad de enfermería lleva asociado importantes costes.
- El paso a una atención enfocada al paciente constituye un cambio radical del modelo tradicional de organización de un hospital en rígidas unidades de hospitalización.

- Otras profesionales de la salud temen que el profesional de enfermería no pueda asumir sus competencias tan bien como el resto de los profesionales relacionados.
- En este contexto puede existir riesgo de falta de identidad profesional dentro de equipo de enfermería²⁶.

1.2.7.- 5ta ETAPA: EVALUACION

“La evaluación es una comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidas, es una actividad deliberada, progresiva, que comprende al paciente, la enfermera y a otros miembros del equipo del cuidado de la salud. Requiere el conocimiento de la salud, la fisiopatología y las estrategias de evolución. ”.²⁷

1.2.7.1.-FORMAS DE EVALUACION:

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas: estructura, proceso y resultado. El proceso y el resultado pueden ser subdivididos en dos categorías, concurrente (presente) y retrospectiva (pasada), como se muestra en el siguiente cuadro.

La última etapa del proceso la constituye la evaluación de los cuidados prodigados al cliente. Se trata de una etapa difícil, Porque en ella hay que conjugar un conjunto de elementos humanos particularmente complejos.²⁸

²⁶ P.W. Iyer et al Proceso y diagnostico de enfermería. 3 edición. Editorial McGraw-Hill interamericana 1995 pág. 269-283.

²⁷ Griffith Janet W. – Christensen Paula J. (1993), Proceso de Atención de Enfermería. Editorial Manuel Moderno, S.A de C. V. México D.F. pág. 193

²⁸ M. Phaneuf. Margot. (1993) cuidados de Enfermería el proceso de atención de enfermería. Editorial McGraw-Hill. España.

Estructura	Proceso	Resultado
Propósito: 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.	La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso.	La evaluación del resultado mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente y enfermería.
Instrumentos o medios: Formas de la comisión de la junta sobre hospitales.	Escala de clasificación de competencia de enfermería.	Sistema Wisconsin Procedimiento de evaluación parcial del rendimiento.
Auditorias	Escala de la calidad de cuidados de enfermería.	
Fuente de datos: Manuales de procedimientos. Enunciados de la política de la institución. Descripción de posiciones planes de atención de enfermería	Concurrente. La enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus habilidades. La grafica contiene la evidencia de las acciones de enfermería realizadas.	Concurrente. El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud fisiológica y psicológica.
Planes de orientación y programas en servicio nivel educativo del personal instalaciones y equipo disponible. Graficas y kardex	Retrospectivo. La grafica cita los procedimientos implementados, como verificar los signos vitales y enseñar.	Retrospectivo. La grafica cita la evidencia de los cambios en la conducta, las destrezas y los conocimientos del paciente.

Griffith Janet W. – Christensen Paula J. (1993), Proceso de Atención de Enfermería. Editorial Manuel Moderno, S.A de C. V. México D.F. pág. 195.

1.2.7.1.1.-ESTRUCTURA.

El enfoque de evaluación de la estructura se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización del centro de salud. Ejemplo de evaluación de la estructura son las auditorias de enfermería por parte de organizaciones específicas. La mayor parte de los hospitales han establecido lineamientos para evaluar la estructura.

1.2.7.1.2.- PROCESO.

La evaluación del proceso se centra en las actividades de enfermería, estas actividades pueden juzgarse observando el rendimiento, preguntando a los

pacientes o revisando las notas de enfermería en las hojas de evolución. Esta forma de evaluación que se concentra en el hecho de que los procedimientos se realicen con propiedad, hace interrogaciones como: ¿la enfermera identifica al paciente cuando le administra medicaciones?, ¿fue firmada la hoja de consentimiento antes de la cirugía?, ¿se explica los procedimientos al enfermo?, Los cánones para valorar la calidad del cuidado de enfermería han sido desarrollados pero requieren un refinamiento ulterior.

La evaluación concurrente del proceso examina el rendimiento de la enfermera en el momento en que tiene lugar; los ejemplos incluyen la observación de su capacidad para enseñar la administración de la insulina y juzgar si las comprobaciones neurológicas se realizan con precisión y a tiempo. También puede revisarse las hojas o graficas de evolución par evidencias de las acciones de enfermería mientras que el paciente esta recibíendolas.

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

1.2.7.1.3.-RESULTADO.

La evolución del resultado se centra en los cambios en las conductas y el estado de salud del paciente, la enfermera busca la evidencia de la mejoría en el estado de salud que resulta de su intervención; por ejemplo, un paciente libre se signos de infección o un paciente que manifiesta haber recibido con precisión ya tiempo la dosis correcta de los medicamentos.

La evaluación concurrente del resultado juzga la capacidad del paciente para demostrar progresos de conducta medibles en su estado de salud, sus destrezas o su conocimiento. Los ejemplos de conducta pertinentes incluyen la demostración del paciente que camina con muletas, la preparación y administración precisa de la insulina o la planeación de una dieta escasa en sodio.

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

Métodos de evaluación del proceso y el resultado: *Proceso (evaluación de enfermería)*.

● Concurrente:

Paciente: preguntar al paciente las acciones realizadas por la enfermera.

Enfermera: observar a la enfermera al cuidar, enseñar y examinar al paciente.

Graficar: examinar la grafica o la hoja de evolución para documentar la acción, planes y evolución apropiada mientras que el paciente recibe servicio.

● Retrospectivo :

Examen de la grafica: buscar los datos que documenten las acciones de enfermería, los antecedentes, los objetivos y las metas del paciente, los planes de enfermería como los signos vitales, los medicamentos administrados y la enseñanza realizada, después de que el paciente ha sido dado de alta del servicio de salud.

Resultado (evaluación del paciente).

● Paciente.

Observar los cambios del paciente que siguen una dirección de mejoría en el estado de salud a través de conocimientos, destrezas o habilidades nuevos. Observar el estado fisiológico del paciente o los efectos psicosociales y las conductas en busca de signos de mejoría.

● Examen de la grafica:

Busca los datos que documenten los cambios en el estado de salud del paciente, en sus conocimientos, habilidades o destrezas. Los cambios fisiológicos y las

conductas psicológicas hacia una mejoría en la salud, también son evidencia apropiada, después de que el paciente haya sido dado de alta del servicio de salud.

1.2.7.2.- NORMAS Y CANONES.

Los conceptos de normas y cánones con frecuencia se usan de manera en distinta en la evaluación, pero son diferentes. Las normas o criterios son cualidades, atributos o características medibles que especifican destreza, conocimientos o estados de salud; describen los niveles aceptables de rendimiento al establecer las conductas esperadas de la enfermera o el paciente.

En las normas escritas o resultados conductuales para los pacientes, pueden incluirse las categorías siguientes:

- Las respuestas fisiológicas del paciente, como temperatura normal, curaciones de las heridas, presión sanguínea dentro de límites normales o una respuesta apropiada a los estímulos.
- El paciente demostrara una destreza, como caminar con muletas o administrar la insulina con precisión.
- El nivel de conocimiento del paciente acerca de la enfermedad, incluyendo las medidas de tratamiento y los medicamentos.
- El nivel del paciente de las conductas adaptativas, como la habilidad para realizar las actividades de la vida diaria, el ejercicio o resolver su aflicción.

Los cánones o estándares representan niveles aceptables, esperados de rendimiento del personal de enfermería o de otros miembros del equipo de salud. Son establecidos por la autoridad por la costumbre o por consenso general.

1.2.7.3.-CARACTERISTICAS GENERALES DE LA EVALUCION.

Varios factores influyen en el proceso de la evaluación y necesitan ser considerados antes de definir las fases de la evaluación.

QUIEN, QUE Y CUANDO DE LA EVALUACION.

¿Quién determina lo que se va evaluar?. Las reglas formuladas en los estándares de la práctica de enfermería manejan este asunto exponiendo. “El progreso del paciente/cliente hacia el logro de la meta o falta de progreso, están determinados por el propio paciente y por la enfermera”.

¿Qué se evalúa? En el proceso de atención de enfermería, el paciente es el centro y sus metas y objetivos definen lo que se evalúa.

¿Cuándo hace la enfermera la evaluación? La evaluación es un proceso activo, comienza con la valoración inicial para obtener la información básica y continua durante las interacciones con el paciente.

1.2.7.4.- EVALUACION FORMATIVA Y ACUMULATIVA.

La evaluación es formativa y acumulativa. La evaluación formativa es progresiva, juzgando cada etapa en el plan conforme se realiza, para medir el progreso del paciente hacia el logro del objetivo; cuando el plan es implementado, la enfermera evalúa la respuesta del paciente para determinar la eficacia del plan o la necesidad de un cambio.

La evaluación acumulativa describe el progreso o la falta de progreso del paciente. Se escribe después de que se han realizado varios objetivos; en ocasiones los objetivos son inadecuados o los recursos no están disponibles y aunque los objetivos se hayan alcanzado, el paciente no ha logrado la meta.

1.2.7.5.-LINEAMIENTOS PARA LA EVALUACION.

Los lineamientos describen las etapas o fases de la evaluación. Estos presuponen el logro de los componentes procedentes en el proceso de atención de enfermería.

1.- Si los objetivos carecen de especificidad se dan normas para la evaluación: La normas para la evaluación son indicadores de las conductas esperadas del paciente; se escriben del mismo modo que los objetivos, pero aclaran las

conductas con mayor especificación. Cuando las normas se redactan, es importante recordar que son:

- Apropriadas al objetivo, la situación del paciente, sus capacidades y limitaciones y sus recursos.
- Observables y medibles, distinguiendo el rendimiento satisfactorio del no satisfactorio.
- Realistas y asequibles dentro del tiempo y los recursos disponibles.
- Pertinentes al dominio (cognitivo, psicomotor o afectivo) enunciado en el objetivo.

2.- La evaluación formativa describe si hasta qué grado el paciente y la enfermera han alcanzado los planes y objetivos enunciados: durante cada interacción, la enfermera observa y compara la conducta del paciente con las normas para los objetivos; la eficacia del plan está determinada por los cambios en la conducta del paciente.

3.- La evaluación acumulativa describe el progreso del paciente para lograr las metas o la carencia de progreso: La enfermera evalúa la respuesta del paciente en el logro de los objetivos y juzga si la conducta del paciente muestra progreso hacia la obtención de la meta.

4.- El plan de atención de enfermería indica revisiones si las metas y los objetivos no se han logrado de manera adecuada: La modificación de los planes, normas, objetivos o metas, es la última etapa en el proceso de evaluación.

Algunas razones para modificar los planes son:

- Los planes no eran realistas en tiempo o recursos.
- Los planes sobreestiman o subestiman las capacidades del paciente.
- Se ha hecho disponible un número mayor de datos, lo cual altera el problema o interés.
- Aparecieron problemas nuevos o se resolvieron problemas antiguos.
- Se disponen de nuevos recursos.

La enfermera determina las razones posibles para las cuales los planes, objetivos o metas eran ineficaces y entonces decide una nueva valoración del paciente o revisa el plan de cuidados.²⁹

1.2.8.-CLASIFICACION (NOC).

La utilización de los criterios de resultados para analizar y medir la efectividad y la eficacia de los cuidados se remontan a mediados de los años sesenta, cuando Aydelotte toma como referencia de la calidad de los cuidados, “los cambios que se producen en los clientes tanto en el comportamiento como en los aspectos físicos”. Utilizado como punto de partida, se han llevado a cabo numerosos esfuerzos para estructurar los resultados. Los primeros trabajos de clasificación de resultados relacionados con intervenciones enfermeras fueron realizados por Hover y Zimmer a finales de la década de los 70. Se utilizaron cinco medidas generales: “el conocimiento que tenía el paciente sobre la enfermedad y sus tratamientos; el conocimiento que tenía sobre las medicaciones; sus habilidades de autocuidado; las conductas adaptativas y el estado de salud”. A partir de este momento, otros trabajos de investigación fueron ampliando las categorías de resultados, para describir con mayor exactitud las situaciones de cuidados de los pacientes. Entre ellos podemos destacar los llevados a cabo por Horn y Swain, que categorizaron más de 300 indicadores. Posteriormente se han desarrollado numerosas investigaciones, que han ido aportando elementos diferenciadores, ampliando las categorías de resultados que describen la situación del paciente y los recursos empleados. Si bien es cierto que muchos de los resultados que se obtienen de los pacientes en un proceso clínico no son específicos únicamente de una sola competencia profesional, puesto que en estos resultados confluyen la praxis de todo un equipo, es totalmente necesario que las enfermeras determinen aquellos resultados que derivan exclusivamente de sus acciones cuidadoras, para así determinar su cartera de servicios, evaluar su efectividad y los costes dentro del Sistema Sanitario. Johnson, Maas y Moorhead, de la Universidad de Iowa, cuentan con un equipo de investigadores, formado en 1991, cuyo objetivo de

²⁹ Janet W. griffith et al .Proceso de atención de enfermería aplicación de teorías guías y modelos. Editorial manual moderno s.a de c.v 1993. Pág. 193-205.

partida fue “el conceptualizar, denominar, someter a validación y clasificar los resultados que se obtuvieran de las acciones cuidadoras de las enfermeras, sobre los clientes”. En este momento el NOC (Nursing Outcomes Classification) ha clasificado 260 criterios de resultados, añadiendo a la primera edición cincuenta y siete criterios nuevos relacionados con la persona y siete con la familia.

La clasificación de NOC contiene cuatro términos que son claves para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación. Estos términos son:

Dominio

Es el nivel más abstracto de la clasificación. Con los dominios se trata de identificar y describir resultados de comportamiento y/o conducta de la persona que tienen relación con su salud, desde una perspectiva integral y tanto individual como colectiva.

Clase

Es el segundo nivel de la clasificación y describe resultados más concretos de los dominios.

Resultados

Representa el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o mantenidos que se quieren alcanzar en los pacientes como consecuencia de los cuidados enfermeros.

Indicador

Se refiere a los criterios que permiten valorar los resultados, incluyendo una escala para su valoración.

1.3 PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON

La profesión de enfermería a estado en un continuo cambio buscando su independencia a través del tiempo. Desde la pionera Florence Nightingale que buscaba la autonomía en enfermería. A partir de aquí se ha iniciado toda una gama de filosofías y teorías que pretenden alcanzar una independencia en la profesión.

Entre las filosofías más conocidas se encuentra el de Virginia Henderson el cual adoptamos ella se da conocer por sus catorce necesidades que engloban al cliente como un todo teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades a partir de esta realizar una planeación dirigida a resolver el problema tomado en cuenta su dependencia o independencia, y las dificultades que se pueda presentar.

Las necesidades de Virginia se adaptan a todas las edades y al estado del cliente ya sea salud o enfermedad ya que también se enfoca a mantener la salud.

A continuación se dará una reseña de su filosofía donde se da conocer su meta paradigma, supuesto, valores, principios, postulados y desarrollo de sus necesidades con el fin de lograr la curiosidad del profesional para adopción como método para aplicación del cuidado y continuar con el avance en enfermería.

1.3.1.- CONCEPTOS PRINCIPALES:

1.3.1.1.-ENFERMERIA

Henderson define la enfermería en términos funcionales.

“La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y

hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible” (Alexander., 1966).

1.3.1.2.- INDEPENDENCIA

La independencia es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la personas para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.

Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por el de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.³⁰

1.3.1.3.- DEPENDENCIA

Desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.³¹

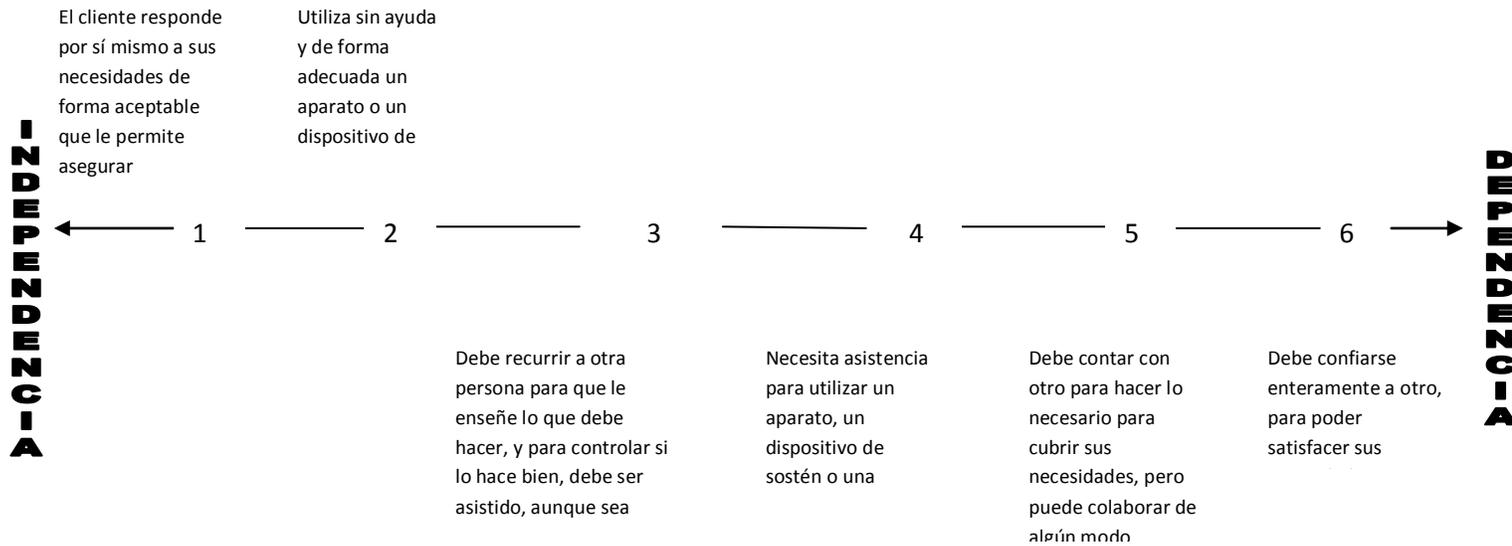
Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por si mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.³²

³⁰ M. Phaneuf. Margot. (1993) cuidados de Enfermería el proceso de atención de enfermería. Editorial McGraw-Hill. España. Pag. 30.

³¹ Luis Rodríguez María Teresa (1998) De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.. Editorial Masson S. A. Barcelona Pág. 37

³² M. Phaneuf. Margot. (1993) cuidados de Enfermería el proceso de atención de enfermería. Editorial McGraw-Hill. España.

A continuación la tabla donde se ilustra los niveles del continuum independencia-dependencia:

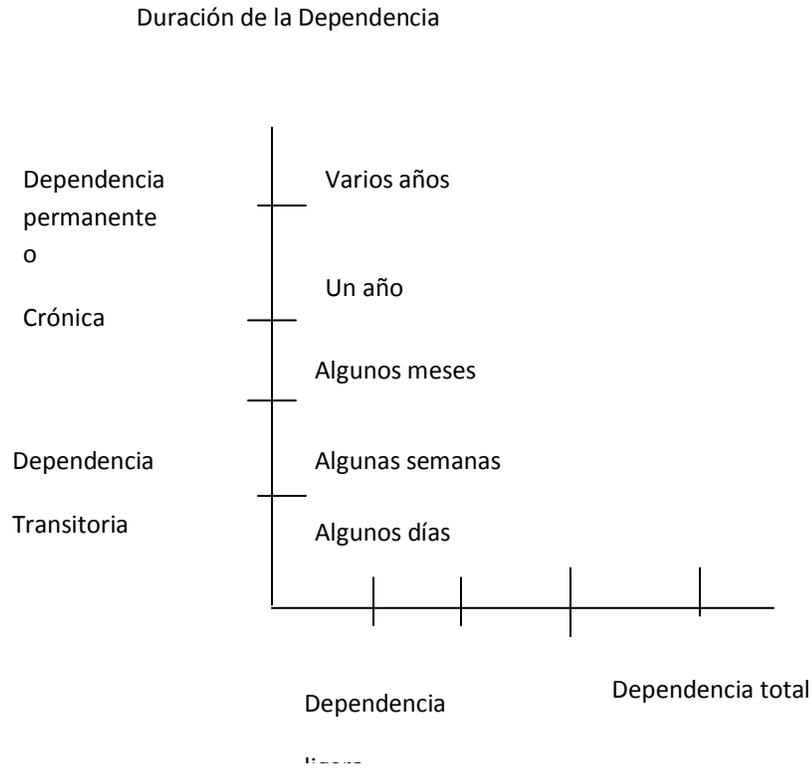


Fuente (dos gráficas): Phaneuf M, (1993), El Proceso. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana.

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena.

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

Relación entre la duración y el grado de dependencia.



Fuente (dos gráficas): Phaneuf M, (1993), El Proceso. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana.

La dependencia de una persona debe ser considerada 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. En anterior grafico nos permite ver esta relación.

1.3.2.-FUENTES DE LA DIFICULTAD

Uno de los conceptos más importantes de este modelo consiste en lo que denominamos fuentes de dificultad. Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra eventualidades ciertos obstáculos que le impiden

responder a ellas de forma autónoma. Son las fuentes de dificultad o causas de la dependencia. En otras palabras, estos obstáculos constituyen los factores etiológicos responsables del problema de salud.

FUENTES DE DIFICULTAD DE ORDEN FISICO:

Comprenden cualquier impedimento físico, de naturaleza intrínseca o extrínseca, que entorpece la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales.

Las fuentes intrínsecas de dificultad provienen del propio individuo, es decir que son causadas por factores orgánicos, genéticos y fisiológicos propios del sujeto.

Las fuentes extrínsecas de dificultad comprenden los agentes exteriores que, en contacto con el organismo humano, dañan el desarrollo normal de una de sus funciones o la conducen a reaccionar de tal forma que constituyen un problema para el sujeto.

FUENTES DE DIFICULTAD DE ORDEN PSICOLOGICO:

Comprende los sentimientos y las emociones, o en otras palabras, los estados de ánimo y del intelecto, que puede influir en la satisfacción de ciertas necesidades fundamentales.

FUENTES DE DIFICULTAD DE ORDEN SOCIOLOGICO:

Por su naturaleza el hombre debe vivir en sociedad para satisfacer sus necesidades fundamentales. Crece en el seno del grupo familiar (u otro) y ha de recurrir a las instituciones o empresas creadas por la sociedad para instruirse, trabajar, procurarse el aprovisionamiento, o cuidarse.³³

Área de dependencia está relacionada con la fuerza, los conocimientos o la voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

³³ Phaneuf M, (1993), El Proceso. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana. Pag.36-42

- Los conocimientos se refiere a la situación de salud y cómo manejarla, y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber que hacer y cómo hacerlo.
- La fuerza puede ser física e intelectual.
- La voluntad implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario.³⁴

1.3.3.- NECESIDADES

Necesidades: Virginia Henderson define necesidad fundamental como " todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar", siendo concebida esta necesidad como un requisito más que como una carencia. Todos los seres humanos tiene las mismas necesidades comunes de satisfacer, independiente de la situación en que se encuentre cada uno de ellos, puede variar el modo de satisfacerlas por cuestiones culturales, modos de vida, motivaciones.

1. Respirar normalmente.

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.

2. Comer y beber de forma adecuada.

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.

³⁴ Luis Rodríguez María Teresa (1998) De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.. Editorial Masson S. A. Barcelona Pág. 34-35

3. Evacuar los desechos corporales.

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

4. Moverse y mantener una postura adecuada.

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

5. Dormir y descansar.

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. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).

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

7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Esta debe conservar una temperatura más o menos constante.

8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.

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

9. Evitar peligros y no dañar a los demás.

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. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.

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

11. Profesar su fe.

Actuar según sus creencias y sus 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. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.

Ocuparse para realizar es una necesidad para todo individuo; este 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 permitirán desarrollar su sentido creador y utilizar su potencia al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitir llegar a una total plenitud.³⁵

1.3.4.-ENTORNO

Es el conjunto de todas las condiciones externas

- Las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un Organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961).
- Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

1.3.5.- RELACION CON OTROS PROFESIONALES

La relación enfermera-medico. Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de la de 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.

³⁵ Phaneuf M, (1993), El Proceso. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana.

La enfermera como miembro del equipo sanitario. La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todo ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no deben realizarse las tareas ajenas.

1.3.6.- SUPUESTOS PRINCIPALES

La *enfermera* tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología

Como sociológicas, puede evaluar las necesidades humanas básicas.

La *persona* debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

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

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

1.3.7.- POSTULADOS

Representan el núcleo del modelo conceptual y aportan un soporte teórico y científico. Son afirmaciones sobre la persona, el entorno, la salud y el rol profesional, que se aceptan como verdaderas y que pueden ser contrastadas en el mundo real, es decir que son cuestionables.

- La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo, no es independiente.
- Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son

para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

- Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.
- Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.
- Manifestaciones: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- 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.
- Fuerza: Se entienda 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.
- 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.
- 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.

1.3.8.- VALORES

Constituye el porqué del modelo y se refieren a las creencias sobre la naturaleza del ser humano y las metas profesionales desde la perspectiva de la autora. Al contrario que los postulados, estas afirmaciones no son cuestionables.

ELEMENTOS:

Conforme el que del modelo y en la cada uno de ellos se hacen afirmaciones específicas que orientan su adopción en la práctica. Este componente incluye las siguientes conceptualizaciones:

- El objetivo de los cuidados: identifica el fin que se persigue con los cuidados enfermeros y que debe ser distinto de la meta que pretende alcanzar los restantes componentes del equipo de salud pero al tiempo debe ser congruente con ella.
- El usuario del servicio: describe las características que debe tener este para que requiera el servicio específico de las enfermeras.
- El rol profesional: delimita el área de competencia y de responsabilidad profesional ante la sociedad.
- La fuente de dificultad: indica el origen real o probable de las dificultades vividas por el usuario de las cuales la enfermera puede y debe ocuparse.
- La intervención de la enfermería. Hace referencia al centro de atención y a los modos generales de la actuación enfermera.
- Las consecuencias de la intervención: son los resultados que se espera que alcance el usuario; permiten evaluar la calidad y la eficacia de los cuidados prescritos y, mediante el establecimiento de las medidas de control adecuado, introducir las modificaciones necesarias.³⁶

³⁶ Luis Rodríguez María Teresa (1998) De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.. Editorial Masson S. A. Barcelona Pág. 33-38.

1.3.9.- AFIRMACIONES TEORICAS.

La relación enfermera paciente se puede establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica independiente:

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

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

Henderson reflejo este punto de vista al declarar que la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, al experiencia y la confianza para un 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 afirmo que 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 una necesidad básicas que puedan estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico, la posición social o cultural y la capacidad física e intelectual.

1.4 ASPECTOS ETICOS EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA

Toda acción tiene una repercusión por tal hecho cada intervención que se realice tiene que estar dentro de normas y códigos establecidos para que ambas partes obtengan los mejores beneficios.

En el trabajo diario las enfermeras abordan acontecimientos humanos íntimos y fundamentales como el nacimiento, la muerte y el sufrimiento, deben decidir la moralidad de sus acciones cuando se enfrentan a las numerosas cuestiones éticas que rodean a estos ámbitos tan sensibles. Debido a la especial relación entre profesional de enfermería y pacientes, el primero se sitúa en una posición excepcional para apoyar y defender a los pacientes y sus familiares que se ven frente a elecciones difíciles, y a quienes viven los resultados de las decisiones que toman otros por y para ellos.³⁷

1.4.1.- CÓDIGO DE ETICA DE LA ENFERMERA EN MEXICO.

- La enfermera proporcionará servicios respetando la dignidad humana e individualidad de su paciente, sin reparo en el nivel socioeconómico, atributos personales o naturaleza de los problemas de salud.
- La enfermera defenderá el derecho de que el paciente tiene a la discreción, protegiendo información confidencial juiciosamente.
- La enfermera actuará para salvaguardar al paciente cuando su salud y seguridad se vean afectadas por la práctica incompetente, poco ética o ilegal de cualquier persona.
- La enfermera asumirá responsabilidad y exigibilidad en las acciones y juicios individuales de la enfermería.
- La enfermera siempre realizará con eficiencia las tareas asignadas.

³⁷ Kosier Barbará (2008) Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practica vol. 1 octava edición. Madrid España. Pag. 80.

- La enfermera ejercerá juicio y empleará su capacidad y habilidad individual como criterio para buscar asesoría, aceptar responsabilidades y delegar actividades a otros.
- La enfermera participará en actividades que contribuyan a la evolución continua de los conocimientos del equipo profesional.
- La enfermera participará en los esfuerzos profesionales para poner en práctica y mejorar las normas de enfermería.
- La enfermera participará en los esfuerzos del gremio para establecer y conservar condiciones de trabajo que redunde en una asistencia de mejor calidad.
- La enfermera participará en el esfuerzo profesional para proteger al público contra la mala información e interpretación falsa y mantener la integridad de su profesión.
- La enfermera colaborará con miembros del equipo médico y paramédico y otros ciudadanos para promover los esfuerzos nacionales y comunitarios por satisfacer las necesidades asistenciales del público.

1.4.2.- PRINCIPIOS

Para los fines específicos del código de Enfermería, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de

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

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

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

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.- Se define como el 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. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.- Este principio se refiere a que 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. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

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. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

Terapéutico de totalidad.- Este principio es 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. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

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

1.4.3.- DECÁLOGO DE LA ENFERMERA La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa 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 en 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.³⁸

1.4.4.- APLICACIÓN EN ESTUDIO DE CASO:

En cada acercamiento con el paciente se toman en cuenta los códigos de ética para no incurrir en ninguna de ellos, en el presente caso que se trata de un escolar con L.L.A. con el cual se mantuvo una relación empática tanto con el niño como con la madre durante todo este procedimiento se presentaron situaciones que requerían ejercer un juicio y emplear las capacidades y habilidades individuales para la mejoría del paciente tomando en cuenta la autonomía, privacidad y veracidad.

Se participa con el resto del equipo multidisciplinario para buscar el bien estar del paciente y llevar a buenos términos la relación.

³⁸ Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética. Para las Enfermeras y Enfermero en México. México, D. F. diciembre 2001.

1.5. FACTORE DE DEPENDENCIA.

LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA.

La leucemia linfoblástica aguda es la neoplasia más frecuente en la infancia, Constituyendo el 80% de todas las leucemias agudas de la edad pediátrica.³⁹

Los progresos obtenidos en el tratamiento de la L. L. A en la infancia y la adolescencia son destacados como un área de gran éxito en el contexto de la medicina moderna. De hecho, el aumento en la tasa de supervivencia en niños menores de 15 años de edad ha sido impresionante, pasando de menos del 10% al principio de los años 60 a aproximadamente el 75% a finales de los años 90. A partir de aquí las mejoras han sido continuas, jugando un papel muy importante en esta mejora las medidas de soporte. El valor pronostico de la caracterización citogenética, inmunofenotípica, molecular y de una respuesta temprana al tratamiento han permitido la esterificación de los pacientes en diferentes grupos de riesgo, desarrollando de esta manera estrategias de tratamiento adaptadas a cada grupo de riesgo.⁴⁰

1.5.1.- Epidemiologia

La leucemia aguda LA es la enfermedad neoplasia más frecuente en niños a nivel mundial y es la causa de muerte más común en niños menores de 15 años, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, por lo que se considera un problema de salud pública. Se ha estimado que en cifras absolutas la leucemia aguda y el cáncer se presentan cinco veces más frecuentemente en países en vías de desarrollo que en naciones desarrolladas. En la República Mexicana sólo se dispone de datos aislados provenientes particularmente de instituciones de la Ciudad de México y hay muy poca información sobre la frecuencia de las neoplasias malignas en los estados. En México, en base al censo de población nacional de 2005 que reveló una población de 103 millones de habitantes, de los cuales 42% eran niños menores de 15 años de edad, se calculó una incidencia de cáncer de 130 casos nuevos/millón de niños/año, lo que de acuerdo a los datos

³⁹ A. Lassaletta Atienza (2004) Leucemia. Leucemias linfoblásticas agudas. Departamento de Hematología Pediátrica Hospital Universitario Niño de Jesús Madrid- España. Volumen: VII (5) PAG.435.

⁴⁰ Sierra Sesumaga Luis (2006) Tratado de oncología pediátrica. Enfermedades malignas del niño y del adolescente. Editorial Pearson Prentice Hall. Madrid España primera edición pag. 252.

del censo representarían 4160 casos de cáncer/año y, de LA, entre 1000 y 1200 casos nuevos/año, en niños de población abierta. *Base de datos de la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la infancia y la adolescencia, 2007-2008*⁴¹

**Principales causas de mortalidad en edad escolar (de 5 a 14 años), 2008.
Nacional**

Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
	A00-Y98	Total	6,565	30.4	100.0
1	^{2/}	Accidentes de vehículo de motor	878	4.1	13.4
2	C91-C95	Leucemia	574	2.7	8.7
3	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	317	1.5	4.8
4	X60-X84, Y87.0	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	191	0.9	2.9
5	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	189	0.9	2.9
6	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	184	0.9	2.8
7	N00-N19	Nefritis y nefrosis	170	0.8	2.6
8	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	145	0.7	2.2
9	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	112	0.5	1.7
10	G40-G41	Epilepsia	111	0.5	1.7
11	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	101	0.5	1.5
12	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	93	0.4	1.4
13	C81-C90	Linfomas y mieloma múltiple	92	0.4	1.4
14	W00-W19	Cáidas accidentales	78	0.4	1.2
15	D50-D64	Anemia	70	0.3	1.1
16	J45-J46	Asma	52	0.2	0.8
17	I30-I33, I38, I40, I42	Enfermedades inflamatorias del corazón (excluye Fiebre reumática)	43	0.2	0.7
18	X40-X49	Envenenamiento accidental	36	0.2	0.5
19	Q05, Q07.0	Espina bífida	34	0.2	0.5
20	X00-X09	Exposición al fuego, humo y llamas	31	0.1	0.5
	R00-R99	Causas mal definidas	81	0.4	1.2
		Las demás	2,983	13.8	45.4

^{1/} Tasa por 100,000 habitantes

No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero

^{2/} V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-9), V29-V79 (.4-9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86(0-3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0

Las principales causas de mortalidad están basadas en la lista GBD de 165

Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2008 INEGI/SS y de las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2050, y proyección retrospectiva CONAPO 2006.

⁴¹ Dr. Paredes Aguilera Rogelio et al (2008) Diagnósticos tempranos y oportunos de leucemia aguda en la infancia y adolescencia en el primer nivel de atención. Guías de práctica clínica SSA-061-08. Pág. 7.

1.5.2.- PATOGENESIS.

Clonalidad

El análisis molecular de las alteraciones genéticas presentes en las células leucémicas ha contribuido al entendimiento de la patogénesis de la LLA. El mecanismo general incluye la expresión aberrante de protooncogenes creados por la fusión de genes que codifican quinasa activas y alteran factores de transcripción. Estas alteraciones contribuyen a la transformación leucémica de células madre hematopoyéticas a sus progenitores por medio del cambio de las funciones celulares, tales como mantener o aumentar la capacidad para la autorregeneración, modificar los controles de la proliferación normal, impidiendo la diferenciación y promover la resistencia a los indicios de muerte (apoptosis).

Pato biología molecular

La identificación de translocaciones cromosómica en los blastos leucémicos lleva a una identificación eventual y a la clonación de los genes individuales afectados por ellas. Muchos de estos cambios moleculares tienen lugar a la localización de genes de Ig, TCR y de factores de transcripción. Además de las translocaciones cromosómicas, hay una variedad de acontecimientos genéticos que parecen ser leuquemogénicos pero son indetectables con los métodos citogenéticos clásicos.

Recientemente se ha demostrado una mutación adquirida en el gen PTPN11 pudiera jugar un papel fundamental en la leuquemogénesis. El gen PTPN11 codifica una proteína llamada SHP-2, la cual modula positivamente el flujo de señal en varias circunstancias, incluso pudiendo actuar como un regulador negativo dependiendo de su patrón de unión, esta proteína es necesaria en varios procesos de desarrollo humano, incluida la hematopoyesis.

1.5.3.- FACTORES PREDISPONENTES

Aberraciones cromosómicas constitucionales.

Los factores genéticos pueden jugar un papel en la etiología de la LLA. La evidencia de este hecho se basa en la asociación entre varias anormalidades constitucionales y al LLA infantil. La trisomía 21 (síndrome de Down) es la anormalidad constitucional más común asociada con la LLA: estos niños tienen una probabilidad 15 veces mayor de desarrollar la leucemia que los niños normales.

El cromosoma 21 ha sido mapeado recientemente y dicho mapeo ha mostrado un gran número de transcripciones oncogénicas conocidas y factores de crecimiento, tales como el AML1, un oncogén asociado con importantes tras locaciones tanto en la LMA como en la LLA.

Otras alteraciones cromosómicas preexistentes menos comunes también se han asociado a la leucemia. Entre ellas se incluye el síndrome de Klinefelter, el síndrome de Bloom y la anemia de Fanconi.

También se ha observado una cierta predisposición familiar para la leucemia: hermanos de niños con leucemia, incluyendo la LLA, tienen aproximadamente entre el doble y el cuádruple de riesgo a desarrollar la enfermedad respecto de los niños que no tienen ningún familiar afectado dentro de la población en general.

Exposición a productos químicos o a la radiación.

La radiación ionizante y algunos productos químicos tóxicos pueden jugar un importante papel en el desarrollo de la leucemia aguda. Una alta incidencia de leucemia se observa después de las explosiones de las bombas atómicas en Hiroshima y Nagasaki, siendo la LLA más frecuente en niños y la LMA más común en adultos.

Los casos de leucemia atribuidos a la radiación no son sin embargo muy frecuentes.

Más recientemente se ha sugerido que la exposición a campos electromagnéticos puede estar relacionada con el desarrollo de la LLA infantil.

Polimorfismo GST.

La glutación S-transferasa representa un conjunto de enzimas detoxificantes xenobioticos con una serie de polimorfismos conocidos que modulan su función. La baja actividad de la GST, masque la alta actividad de la GST, se ha asociado a un aumento en el riesgo de cáncer; sin embargo la deficiencia de GSTT1 y de GSTM1 también podría mejorar la eficacia de la quimioterapia en determinados pacientes.

Infecciones virales

Se ha investigado detenidamente el papel que juega la infección viral en la patogénesis de la leucemia humana. Esto refleja el hecho de que la distribución de la edad de la LLA en el diagnostico corresponde a un periodo en el cual el sistema inmune se está desarrollando y es quizás más vulnerable a los efectos oncogénicos de algunos virus.

Características clínicas y de laboratorio.

Presentación clínica

La LLA puede presentarse de forma insidiosa o bruscamente, como un hallazgo incidental en un análisis de sangre de un niño asintomático o como una hemorragia, una infección o un episodio de distres respiratorio que pueden ser mortales. Aunque la LLA es una enfermedad de medula ósea y sangre periférica principalmente, cualquier órgano o tejido puede verse afectado por células blasticas. La duración de los síntomas de presentación de la LLA en niños puede variar de días a meses. La fiebre es el hallazgo más común, que ocurre en aproximadamente del 50% al 60% de los pacientes. La fatiga y la somnolencia son manifestaciones frecuentes de anemia. Alrededor de un tercio de los pacientes pueden manifestar dolor óseo, artralgia o limitaciones al caminar debido a la infiltración del periostio, el hueso o la articulación, o al propio desarrollo de células

leucémicas en el seno de la medula ósea. Muchos pacientes también presentan sangrado. Algunos signos y síntomas menos comunes incluyen dolor de cabeza, vomito, distres respiratorio, oliguria y anuria. La exploración física puede mostrar palidez, petequias y equimosis en la piel o en las membranas mucosas. En un diagnostico inicial, del 30% al 40% de los niños tenía una dilatación del hígado o el riñón, normalmente asintomático, con órganos palpables a mas de 2 cm bajo el margen costal. Las linfadenopatias (normalmente indoloras, localizadas o generalizadas) debido a la infiltración leucemias son también un síntoma frecuente de manifestaciones de la enfermedad.

Hallazgos de laboratorio

La anemia, los recuentos anormales diferenciales y de leucocitos, y la trombocitopenia se presentan normalmente al diagnostico, reflejando el grado en el que la medula oxea ha sido reemplazada con linfoblastos leucémicos. Los recuentos de los leucocitos en el periodo de presentación de la enfermedad oscilan ampliamente, desde 0.1 a $1.500 \times 10^9/L$ (media de $15 \times 10^9/L$), y aumenta ($>10 \times 10^9 /L$) en aproximadamente la mitad de los pacientes. La hiperleucocitosis ($> 100 \times 10^9/L$) ocurre en el 10% al 15% de los pacientes. La neutropenia (menos de 500 granulocitos por mm^3) es un fenómeno común y se asocia con un aumento del riesgo de infección grave.

Para establecer definitivamente el diagnostico de leucemia, excepto en casos con hiperleucocitosis, la aspiración de medula ósea es fundamental. La medula leucémica generalmente está infiltrada completamente con blastos leucémicos.

Factores pronostico

El pronóstico para los niños afectos de LLA ha mejorado dramáticamente durante las pasadas cuatro décadas, gracias a una intensificación del tratamiento con agentes establecidos más que a la introducción de nuevas drogas. El resultado del tratamiento no depende solamente de la terapia aplicada, sino de lo que es todavía más importante, que son los factores biológicos de huésped. La identificación de dichos factores ha sido esencial en el diseño y el análisis de

ensayo terapéuticos modernos. Las características pronósticos de la LLA infantil han incluido lo siguiente: edad y recuento de leucocitos en el diagnóstico, carga leucémica, sexo, inmunofenotipo, raza, clasificación morfológica, ploidia, alteraciones cromosómicas, respuesta temprana al tratamiento, enfermedad residual mínima y estado nutricional.⁴²

1.5.4.- Tratamiento

Los cuatro elementos principales de tratamiento en los protocolos de quimioterapia seguidos por los grupos cooperativos internacionales son generalmente conocidos: la inducción, la terapia preventiva del SNC, la consolidación/reinducción y la terapia de mantenimiento. La heterogeneidad biológica que caracteriza a la LLA infantil ha determinado la necesidad de estratificar a los pacientes en grupos de riesgo y proporcionar una terapia adaptada al riesgo. Por lo tanto el tratamiento ha comenzado a ser más complejo y con altos niveles de organización, y hoy en día los conocimientos técnicos y teóricos son necesarios para lograr resultados óptimos. Por estas razones los niños con LLA deberían ser tratados en centros que puedan ofrecer personal especializado y proporcionar estrategias e instrumentos de tratamientos adaptados al diagnóstico.

Inducción

El tratamiento planeado en esta fase tiene como objetivo erradicar los signos y síntomas de la enfermedad, y restablecer una hematopoyesis normal. Este objetivo se conoce generalmente de remisión completa. Los niños en remisión completa no deben tener ninguna evidencia física de leucemia, deben tener un recuento completo de células en sangre normales y una regeneración normal de médula ósea. La definición de estado de remisión completa también incluye la ausencia de enfermedad detectable extra medular o de SNC evaluado junto con la exploración física y los hallazgos del LCR. Una respuesta rápida a la quimioterapia inicial en términos de reducción de carga de células leucémicas, es

⁴² Sierra Sesumaga Luis (2006) Tratado de oncología pediátrica. Enfermedades malignas del niño y del adolescente. Editorial Pearson Prentice Hall. Madrid España primera edición pág. 252-255.

un factor de predicción importante y fiable del éxito final del tratamiento. La intensidad del tratamiento de inducción ha aumentado durante los últimos años, consiste en una combinación de dos (vincristina mas esteroides), tres (mas antraciclina) o cuatro (mas asparaginasa) drogas que pueden llevar a una tasa de remisión completa que comprende del 85% a aproximadamente el 95%. La prednisona y prednisolona ha sido los glucocorticoides más utilizados para este fin; sin embargo recientemente los datos clínicos y de laboratorio han demostrado que la dexametasona es más potente y puede tener algunos ventajas en el tratamiento de la enfermedad del SNC.

Terapia preventiva de la leucemia del SNC.

La prevención de la reaparición de la leucemia en el SNC ha sido un concepto bien establecido desde los años 60. Desde entonces quedo claro que la reaparición de la leucemia en el SNC podía representar el primer signo de resistencia a la leucemia y su progresión. La combinación de quimioterapia intratecal triple con methotrexate intravenoso a dosis altas o moderadas parece capaz de proporcionar una protección equivalente para el SNC.

Consolidación / re inducción.

Es bien sabido que la obtención de la remisión no es suficiente para lograr la curación de la LLA y que se requiere una cantidad importante de terapias adicionales antes de que la leucemia sea totalmente erradicada. Los estudios pasados han demostrado que sin terapia adicional después de la inducción de la remisión la mayoría de los pacientes experimentarían una recaída en un plazo medio de 1 a 2 meses. La terapia de consolidación/ reducción se define como uno o más periodos de tratamiento intensificado administrados después de la inducción de la remisión y es considerada un componente fundamental en muchos protocolos quimioterapia, particularmente en los pacientes con alto riesgo. Donde se usan altas dosis de methotrexate. Aunque esto aumenta la toxicidad asociada a la terapia.

Terapia de mantenimiento y duración del tratamiento

Las drogas particularmente efectivas como los agentes de inducción no se utilizan normalmente en terapias de mantenimiento. En particular el uso de bajas dosis de methotrexate y 6-MP, administrados continuamente, es aceptado ampliamente y constituye el principal elemento en la mayoría de los programas de terapia de mantenimiento. En general, el programa mas optimo parece ser la administración de methotrexate semanalmente y 6-MP diariamente. La incorporación de dosis intermitente de vincristina a la quimioterapia de mantenimiento parece haber prolongado la duración de la remisión en algunos pacientes. La duración optima de la terapia de mantenimiento todavía no se ha establecido de forma definitiva. Sin embargo, la mayoría de los grupos tratan a los pacientes durante un periodo total de 2 años.⁴³

TRATAMIENTO MEDICO PARA LA LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA.

Inducción

El tratamiento planeado es esta fase tiene como objetivo erradicar los signos y síntomas de la enfermedad, y restablecer una hematopoyesis normal. Este objetivo se conoce generalmente de remisión completa. Los niños en remisión completa no deben tener ninguna evidencia física de leucemia, deben tener un recuento completo de células en sangre normales y una regeneración normal de medula ósea. La definición de estado de remisión completa también incluye la ausencia de enfermedad detectable extra medular o de SNC evaluado junto con la exploración física y los hallazgos del LCR. Una respuesta rápida a la quimioterapia inicial en términos de reducción de carga de células leucémicas, es un factor de predicción importante y fiable del éxito final del tratamiento. La intensidad del tratamiento de inducción ha aumentado durante los últimos años, consiste en una combinación de dos (vincristina mas esteroides), tres (mas antraciclina) o cuatro (mas asparaginasa) drogas que pueden llevar a una tasa de

⁴³ Sierra Sesumaga Luis (2006) Tratado de oncología pediátrica. Enfermedades malignas del niño y del adolescente. Editorial Pearson Prentice Hall. Madrid España primera edición pág. 266-268.

remisión completa que comprende del 85% a aproximadamente el 95%. La prednisona y prednisolona ha sido los glucocorticoides más utilizados para este fin; sin embargo recientemente los datos clínicos y de laboratorio han demostrado que la dexametasona es más potente y puede tener algunas ventajas en el tratamiento de la enfermedad del SNC.

Medicamento manejados en la etapa de la inducción son:

Prednisona:

La prednisona es uno de los corticoides más utilizados en la clínica. Se trata de un fármaco activo por vía oral que se metaboliza en el hígado a prednisolona, la forma activa. En comparación con la cortisona, la prednisona es unas cuatro veces más potente y muestra una duración de su acción intermedia entre la de la hidrocortisona y la dexametasona. La prednisona se utiliza en numerosas condiciones inflamatorias y alérgicas. Al tener sólo una pequeña actividad mineralcorticoide, no se utiliza para tratamiento de la insuficiencia adrenal a menos de utilizar concomitantemente un mineralcorticoide.

Mecanismo de acción: los glucocorticoides son hormonas naturales que previenen o inhiben la inflamación y las respuestas inmunológicas cuando se administran en dosis terapéuticas. Los glucocorticoides atraviesan con facilidad la membrana celular y se unen con alta afinidad a receptores citoplasmáticos. La activación de estos receptores induce la transcripción y la síntesis de proteínas específicas. Algunas de las acciones mediadas por los glucocorticoides son la inhibición de la infiltración de leucocitos en los lugares inflamados, la interferencia con los mediadores de la inflamación, y la supresión de las respuestas humorales. Las respuestas antiinflamatorias se deben a la producción de lipocortinas, unas proteínas inhibitoras de la fosfolipasa A2, enzima implicada en la síntesis del ácido araquidónico, intermedido de la síntesis de mediadores de la inflamación como las prostaglandinas o los leucotrienos. En consecuencia, los glucocorticoides reducen la inflamación y producen una respuesta inmunosupresora.

Farmacocinética: después de su administración oral, la prednisona se absorbe rápidamente alcanzándose los máximos niveles en sangre en 1-2 horas. El fármaco se une extensamente a las proteínas del plasma, en particular a la albúmina. Una vez en la circulación sistémica la prednisona se distribuye rápidamente en los riñones, intestinos, piel, hígado y músculos. En el hígado, la prednisona es metabolizada a prednisolona, el metabolito activo, la cual es a su vez metabolizada originando otros compuestos inactivos. Estos metabolitos inactivos, así como una pequeña cantidad del fármaco sin alterar son excretados en la orina. La semi-vida de eliminación es de 1 hora, mientras que los efectos se prolongan entre 18 y 36 horas.

Vincristina:

La vincristina es un alcaloide antitumoral extraído de la *Vinca rosae Linn*, (*Catharanthus rosea*, hierba de la doncella). La vincristina muestra una estructura química y unos efectos antitumorales similares a los de la vinblastina, pero su toxicidad y espectro de actividad difiere considerablemente. La vincristina muestra una mayor retención celular, lo que podría explicar su mayor potencia cuando se administra en forma de un bolo, mientras que ambos fármacos muestran la misma citotoxicidad cuando las células son expuestas durante períodos prolongados. El factor limitante de los tratamientos con vincristina es su neurotoxicidad, a diferencia de otros alcaloides de la vinca que son preferentemente mielosupresores. Esta diferencia en el perfil toxicológico de la vincristina se debe a que esta se fija a los micro túbulos de los axones. La vincristina se utiliza en el tratamiento de numerosos procesos malignos como la leucemia linfoblástica aguda, el carcinoma de mama, la enfermedad de Hodgkin, el mieloma múltiple, los sarcomas osteogénicos o de los tejidos blandos y los tumores cerebrales.

Mecanismo de acción: como los demás alcaloides de la vinca, la vincristina ejerce sus efectos citotóxicos interfiriendo con los micro túbulos que forman los haces mitóticos durante la metafase, interrumpiendo el ciclo celular. Los alcaloides de la vinca se unen a las subunidades a y b de la tubulina en la fase S del ciclo. En

consecuencia, la tubulina no se puede polimerizar para formar los microtúbulos que intervienen en varias funciones celulares, entre las que destacan la formación del huso mitótico, el desplazamiento de transmisores en los axones, etc. Las estructuras microtubulares sufren un proceso de agregación en espirales o protofilamentos que experimentan una desintegración creciente. Los puntos de fijación de los alcaloides de la vinca en las subunidades de tubulina son diferentes de los que utilizan los taxanos y la colchicina.

El efecto más evidente y principal responsable (aunque quizá no único) de la acción antitumoral de la vincristina es la detención de la mitosis en metafase, con dispersión y desorganización del material cromosómico. El momento de máxima sensibilidad celular a la exposición de los alcaloides de la Vinca es la fase última o tardía de la fase M. La resistencia celular puede deberse a incapacidad de los alcaloides para penetrar en las células por carencia del sistema transportador o a una disminución en la capacidad de fijación a la tubulina.

Además de sus efectos sobre la tubulina tienen otros efectos que pueden estar relacionados o no con su actividad sobre la tubulina. Algunos de estos efectos son una competición para el transporte de aminoácidos dentro de las células, inhibición de la síntesis de purinas, inhibición de las síntesis de DNA, RNA y proteínas, inhibición de la glucólisis, y destrucción de la integridad de la membrana. Las diferencias en los efectos cito tóxicos de los diferentes alcaloides de la Vinca pueden ser debidas a diferencias en la retención de las moléculas dentro de la célula cancerosa o a su farmacocinética. La resistencia a la vincristina y otros alcaloides de la vinca se debe a la sobreexpresión por parte de las células tumorales del llamado gen *mdr-1* (gen de resistencia multidroga, (MDR) que codifica una glicoproteína de membrana (P-gp) que se comporta como una bomba extractora de moléculas de alcaloides. El grado de resistencia es proporcional a la cantidad de P-gp sintetizada por las células tumorales. La P-gp se expresa en numerosos cánceres incluyendo el carcinoma renal, cáncer de colon, leucemias, mieloma múltiple y linfomas. Existe además un segundo mecanismo de resistencia consistente en la alteración de las subunidades de tubulina, que reducen su

afinidad hacia los antitumorales de la vinca y aumentan la resistencia a la desagregación de los microtúbulos. Este mecanismo de resistencia pueden conferir sensibilidad hacia los taxanos que inhiben la desagregación de los microtúbulos

Farmacocinética: la vincristina se administra exclusivamente por vía parenteral. La vincristina se distribuye ampliamente en los tejidos corporales y se fija rápidamente a los eritrocitos y plaquetas. Se admite que el fármaco experimenta una cinética tricompartmental, con semividas plasmáticas de 0.8, 7.4 y 164 min. La vincristina no atraviesa la barrera hematoencefálica, no siendo aclarada del líquido cefalorraquídeo, por lo que la administración intratecal accidental produce inexorablemente la muerte del paciente.

Aproximadamente el 50% de la dosis es metabolizada en el hígado, siendo excreta en su mayor parte en la bilis y las heces, bien como fármaco nativo, bien en forma de metabolitos. El 66% de la dosis es eliminada por vía biliar en las 72 horas siguientes a su administración. La semi-vida final de eliminación oscila entre 23 y 85 horas. Esta larga semi-vida de eliminación es la responsable de que las dosis repetidas de vincristina induzcan neurotoxicidad, por producirse acumulación del fármaco.

Debido a su extensa eliminación por vía biliar, los pacientes con obstrucciones biliares pueden necesitar un reajuste de la dosis. Se utiliza usualmente una reducción del 75% de la dosis cuando los niveles de bilirrubina directa son > 3 mg/dL⁴⁴

Doxorubicina o daurubicina: Los antibióticos antraciclina, aislados de *Streptomyces peucetius* var *caesius*, se encuentra entre los anticancerosos citotóxicos más útiles. Los dos representantes doxorubicina y daunorubicina son aprobados por la FDA y en su uso general.

⁴⁴ Vademécum 2005.

La daunorrubicina (el primer agente aislante) se utiliza en el tratamiento de la leucemia aguda. La doxorubicina tiene un amplio espectro de potente actividad contra muchos tipos diferentes de cánceres.

Mecanismo de acción: se han documentado tres principales acciones para las toxicidades orgánicas y tumorales de las antraciclinas. Esta incluye 1) fijación de alta afinidad al DNA a través de la intercalación con el bloqueo consecuente de la síntesis de DNA y RNA y la escisión de la cadena de DNA a través de efectos de la topoisomerasa II, 2) fijación a las membranas para alterar la fluidez y el transporte de iones y 3) generación del radical libre semiquinona y de radicales de oxígeno a través de procesos reductivos mediados por enzimas. Esta última acción puede ser responsable de la toxicidad cardíaca a través del daño mediado por los radicales de oxígeno a las membranas.

Farmacocinética: en uso clínico, las antraciclinas se administran por vía intravenosa. Las concentraciones sanguíneas máximas disminuyen 50% en los primeros 30 minutos después de la inyección, pero las cifras importantes persisten hasta 20 horas. Las cifras importantes persisten hasta 20 horas. Las antraciclinas se metabolizan por el hígado, con reducción e hidrólisis de los sustituyentes del anillo. Una forma alcohólica es un metabolito activo, en tanto que la aglicona es inactiva. La mayor parte del fármaco y sus metabolitos se excreta en la bilis y cerca de una sexta parte se elimina en la orina. Algunos metabolitos mantienen la actividad antitumoral. La vía de excreción biliar incluye la recirculación entero hepática de fracciones citotóxicas. En pacientes con elevación importante de las bilirrubinas séricas (>2.5 mg/dl), la dosis inicial de antraciclinas debe reducirse en 75%.

L- asparaginasa.

La asparaginasa (L-asparagina amidohidrolasa) es una enzima que es aislada para uso clínico a partir de varias bacterias. El medicamento se utiliza para tratar la leucemia aguda infantil la asparaginasa actúa de modo indirecto mediante la depleción catabólica de la asparagina sérica a ácido aspártico y amoníaco. Los

niveles de sanguíneos de glutamina también se reducen. Estos últimos en la inhibición de la síntesis de proteínas en las células neoplásicas que requieren una fuente externa de asparagina debido a las concentraciones bajas o deficientes de asparagina sintasa y es bloqueada la proliferación celular. La mayor parte de las células normales tal vez sintetizan asparagina y así resultan menos susceptibles a la acción de la asparaginasa.⁴⁵

1.5.5.- APENDICITIS

La apendicitis aguda es una causa frecuente de dolor abdominal en el niño. En el servicio de urgencia pediátrica, corresponde a la causa de intervención quirúrgica más común. La sintomatología depende de múltiples factores principalmente de la edad y las horas de evolución del cuadro. El diagnóstico es difícil de realizar ya que otras patologías tanto intra como extra abdominales pueden presentar síntomas similares. Es por ello que, ante la sospecha clínica, el médico debe solicitar exámenes complementarios de laboratorio y radiológicos que permitan realizar el diagnóstico diferencial de manera de disminuir las laparotomías negativas y evitar las complicaciones.

Etiología

El mecanismo exacto de la apendicitis aguda aun no está bien caracterizado, pero la etiología parece ser multifactorial: una combinación de daño isquémico de la mucosa con invasión bacteriana, asociado a veces con algún grado de obstrucción por un fecalito, hiperplasia folicular, cuerpo extraño o parásito. Los patólogos aceptan la ulceración focal de la mucosa y el infiltrado de neutrófilos de la mucosa con o sin abscesos de las criptas como suficiente para hacer el diagnóstico de apendicitis. Se habla de apendicitis supurativa cuando existe algún grado de ulceración de la mucosa e inflamación aguda transmural. Cuando existe trombosis vascular y necrosis hemorrágica en la pared, además de la inflamación transmural, se habla de apendicitis gangrenosa o gangrenada

⁴⁵ Bertram G. Katzung. (1999) farmacología básica y clínica. Editorial el manual moderno séptima edición México. Pág. 1026,1027, y 1033.

Sintomatología y examen físico

La sintomatología clásica de dolor peri umbilical o epigastrio que luego se localiza en la fosa ilíaca derecha, acompañado de náuseas, anorexia y/o vómitos, sólo se presenta en un tercio de los casos y especialmente en los niños mayores. Becker y col. encontraron que un 44% de las apendicitis presentaban 6 ó más signos atípicos. Sólo el 2% de las apendicitis se presenta en menores de 3 años, y en ellos, la presentación clínica, la mayoría de las veces, es atípica por lo que el diagnóstico es tardío. Los síntomas más frecuentes son vómitos, fiebre, dolor abdominal, anorexia y diarrea, lo que habitualmente se confunde con enfermedades gastrointestinales, respiratorias o del tracto urinario. Sakellaris y col. encontraron que en niños menores de 5 años un 33% consultaba tardíamente y un 66% habían sido tratados con antibióticos o antipiréticos previamente. En los menores de 3 años el porcentaje de apendicitis perforadas fue de un 100%, bajando a un 52% a los 5 años. En los escolares la incidencia de apendicitis aumenta considerablemente y la sintomatología es más fácil de detectar. El dolor abdominal puede comenzar en epigastrio y luego migrar al cuadrante inferior derecho (CID), desde un principio localizarse en CID o ser más difuso. Los síntomas que tienen mayor sensibilidad son náuseas, anorexia, vómitos y el dolor localizado en CID. La presencia de diarrea y los síntomas urinarios son menos frecuentes y no la descartan. Los signos que tienen mayor especificidad son la sensibilidad y la resistencia muscular a la palpación en el CID, signo del psoas, signo del obturador, signo de Rovsing y signo de rebote.

Exámenes de Laboratorio

Hemograma

El diagnóstico se realiza en base a la historia y el examen físico, sin embargo debido a que más del 44% de los pacientes se presenta con síntomas y signos atípicos es conveniente solicitar exámenes de laboratorio para apoyar el diagnóstico. En el proceso inflamatorio que se inicia, los leucocitos son los primeros en aumentar a expensas de los linfocitos, esto se refleja en un recuento

alto a las pocas horas de iniciada la sintomatología. Después de las 48 horas puede haber un secuestro celular en el tejido inflamado disminuyendo los leucocitos circulantes, lo que explicaría que en algunos casos existe una leucopenia relativa. Diversos trabajos muestran una alta correlación entre leucocitosis y desviación izquierda con apendicitis aguda.

Proteína C reactiva

La proteína C reactiva (PCR) es una proteína no glicosilada sintetizada por los hepatocitos en respuesta a procesos inflamatorios, infecciosos o de daño tisular. Se fija a los polisacáridos y fosforilcolina de superficies microbianas actuando como opsonina, facilitando de esta manera la fagocitosis de bacterias especialmente las encapsuladas; también actúa en la activación del sistema de complemento. El valor considerado normal no debe superar los 6 mg/dl. Se ha demostrado que la PCR aumenta significativamente después de las 24 horas de iniciado los síntomas, independientemente de la rapidez del proceso inflamatorio, por lo que su valor puede ser normal durante las primeras horas de evolución.

Exámenes Radiológicos

Radiografía de abdomen simple

La radiografía de abdomen simple es un examen económico y rápido de obtener. Ulukaya y col. en un estudio de 424 niños con diagnóstico de apendicitis, encontraron signos con alta sensibilidad pero poco específicos como la dilatación del colon ascendente, un nivel localizado en el cuadrante inferior derecho, escoliosis con concavidad hacia la derecha, borramiento de la silueta del psoas y niveles hidroaéreos múltiples en las peritonitis. La presencia de un fecalito, tiene un 100% de especificidad, pero se visualiza en menos de un 10% de los casos.

Ecografía abdominal

La ecografía abdomino-pélvica ha demostrado ser útil en el diagnóstico tanto para confirmarlo como para pesquisar otras patologías.

Tomografía axial computarizada

El TAC abdominal tiene un alto grado de precisión con una sensibilidad mayor del 95% y una especificidad entre un 95 y un 99%.

Diagnostico diferencial

Debido a la alta incidencia de apendicitis aguda, frente a un paciente con dolor abdominal agudo localizado en CID se debe pensar en esta posibilidad diagnóstica, sin embargo hay otras patologías que se pueden presentar en forma similar sobretodo en sus primeras horas de evolución. Existen algunas causas médicas que se pueden acompañar de dolor abdominal como constipación, adenitis mesentérica, faringitis, enfermedades respiratorias, e infecciones intestinales y urinarias. Se deben hacer todos los esfuerzos para descartarlas, por lo que se debe realizar una anamnesis completa, un examen físico prolijo, mantener al paciente en una observación activa y tomar exámenes de laboratorio y radiológicos si persisten dudas razonables.

Tratamiento

El tratamiento de elección consiste en la apendicetomía que se puede realizar en forma abierta o por vía laparoscópica. Esta última tiene la desventaja de tener mayor tiempo operatorio, mayor costo y mayor cantidad de abscesos intraabdominales⁴⁶.

1.5.6.- Absceso hepático:

El parénquima hepático está expuesto de forma constante a una concentración baja de bacterias entéricas a través del flujo sanguíneo portal; sin embargo, las infecciones del hígado son raras. El hígado es el depósito más grande del sistema retículo endotelial y en consecuencia es capaz de afrontar esta exposición continua. Cuando el inóculo excede la capacidad de control, sobrevienen infección

⁴⁶ Dr. Felipe Castro et al. Apendicitis aguda en el niño; como enfrentarla. Rev. Ped. Elec. [en línea] 2008, Vol. 5, N° 1.

y absceso. Estos últimos se definen como una colección localizada de pus, resultante de cualquier proceso infeccioso con destrucción del parénquima hepático. Pueden ser únicos o múltiples. Anteriormente la mortalidad fue de un 100% por dificultad de diagnóstico y tratamiento. En 1930, gracias a la introducción del drenaje quirúrgico, la mortalidad se redujo a un 50-75%. Actualmente el absceso hepático (AH) sigue siendo una patología con alta letalidad. Los avances en las últimas décadas en nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos han tenido impacto en las características epidemiológicas y en el tratamiento de los pacientes.

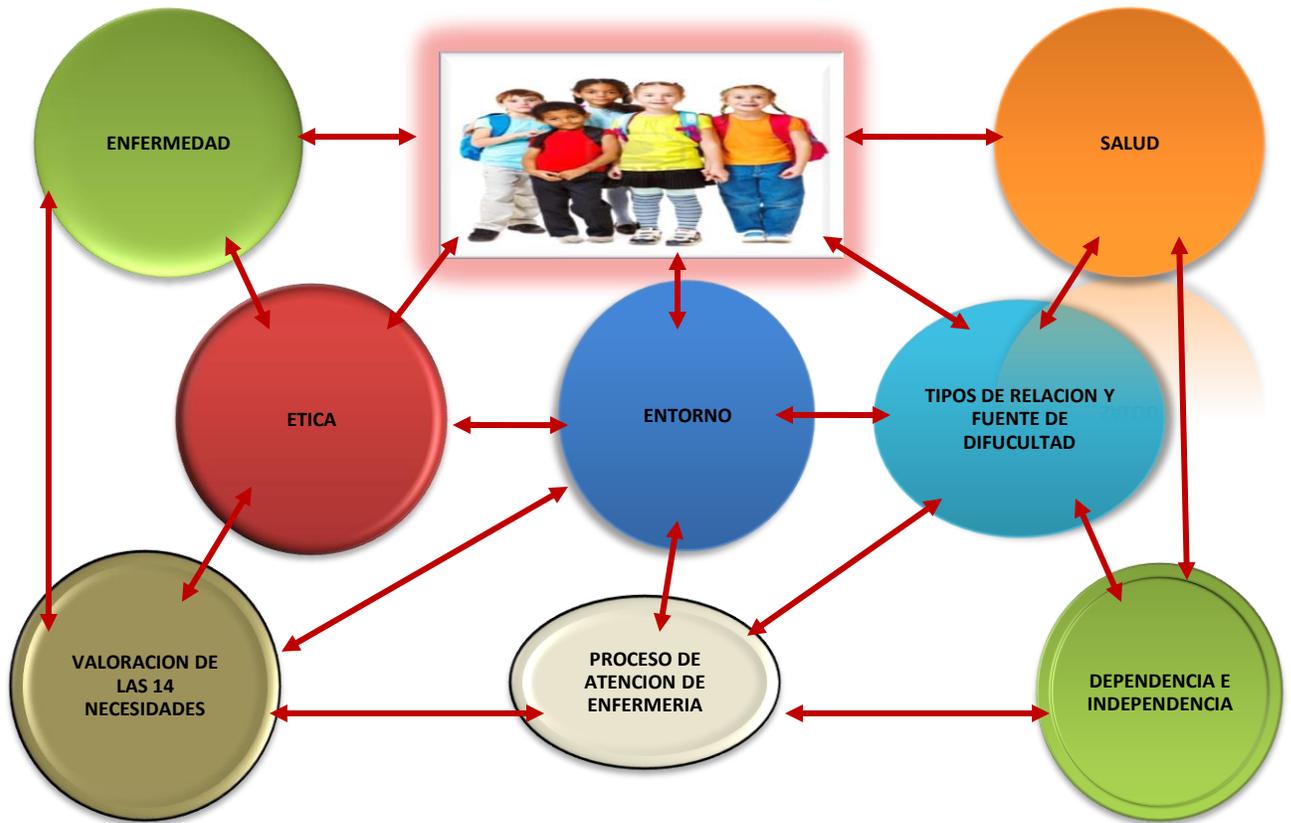
El desarrollo de la eco tomografía y de la tomografía axial computarizada (TAC) ha resuelto y revolucionado el diagnóstico de muchas enfermedades. La utilización de estas técnicas imagen lógicas para el diagnóstico de AH son significativas.

Recientemente, la introducción de técnicas de drenaje percutáneo han modificado el tratamiento de los pacientes con AH. Muchos investigadores sostienen que una proporción significativa de pacientes pueden ser tratados con una combinación de tratamiento médico antimicrobiano y drenaje percutáneo guiado por imágenes, con excelentes resultados.⁴⁷

⁴⁷ Int. María Francisca Gajardo M. Absceso hepático. Rev. Medicina y Humanidades. Vol. II N° 2-3 (Mayo-Diciembre) 2010

1.6.- RELACION PROCESO DE ENFERMERIA

A continuación se presenta el esquema que entabla la relación entre el proceso de intervenciones como la propuesta filosófica de Virginia Henderson en la cual se identifica la persona, entorno, la ética, la salud, la enfermedad, la valoración por las 14 necesidades básicas, la independencia y la dependencia, el tipo de relación y el grado de dificultad, diagnóstico, planeación, ejecución y concluyendo con la evaluación.



Esquema elaborado por L. E. María Graciela Guerrero Zúñiga.

El esquema anterior explica la relación que existe entre el modelo de Virginia Henderson, proceso de enfermería y como la ética y la dependencia se ven implicados.

En primer punto se localiza la *persona* que es un ser integro, es decir con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que

interactúan entre sí y tiende al máximo desarrollo de su potencial en un *entorno* dinámico que tendrá impacto sobre la *salud y enfermedad* que darán como resultado un grado de dependencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas a diferencia cuando se encuentra en independencia donde logra cubrir sus necesidades. En el caso de dependencia entrara la enfermera a realizar una *valoración* a través de las *14 necesidades* básicas constituye el elemento integrador de los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales de la persona y aunque solo algunos podrán considerarse esenciales en el sentido de la supervivencia, todos son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad. Donde ya identificado el grado de dependencia la enfermera relacionara la *fuerza de dificultad* que puede ser de *conocimiento* que se refiere a la situación de salud y cómo manejarla, y a los recursos internos y externos disponibles esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo, por otra parte se encuentran los de *fuerza* que pueden ser física e intelectual, y de voluntad que implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia, así como el *tipo de relación* que puede ser de *sustituto* de las carencias del paciente para ser completo, integro o independiente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento, durante los estados de convalecencia, la enfermera *ayuda* al paciente para que adquiera o recupere su independencia y como *compañera* la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia. Y ya identificado las necesidades en dependencia y independencia se dispondrán hacer *diagnósticos* tanto reales, potenciales y de salud para iniciar con la *planeación* y continuar *con la ejecución* y concluyendo con la *evaluación* que esta última se encuentra en cada paso del proceso ya que este es cíclico y por último un aspecto importante es la *ética* que se ve implicada en cada una de nuestras acciones.⁴⁸

⁴⁸ Luis Rodríguez María Teresa (1998) De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.. Editorial Masson S. A. Barcelona Pág. 33-38.

II.- METODOLOGIA

2.1 DESCRIPCION DEL CASO

Masculino de 7 años de edad proveniente de la zona urbana hijo único de madre soltera de 26 años de edad su embarazo fue a los 19 años le practicaron cesárea por DCP con llanto y respiración inmediata, la madre presenta hemorragia obstétrica durante la cesárea por lo cual amerita histerectomía, vive con sus abuelos maternos con la cual mantiene una relación efectiva con lazos fuertes, habita en una casa de ladrillo y cuenta con todos los servicios básicos, no refiere hospitalizaciones previas, comenta que había visitado al médico por presentar alergia le realizaron estudios en este hospital donde le detectaron alergia al polen, perdió la consulta por ya estar hospitalizado con esquema de vacunas completo.

Ingresa a este hospital referido de un hospital de segundo nivel. Ingresa por que tienen 15 días de presentar adinamia y en la última semana presento petequias por lo cual es llevado, donde se realizan estudios y es referido a esta unidad para descartar leucemia linfoblastica aguda. A su ingreso a esta unidad refieren notas médicas que llega con plaquetopenia por lo cual requiere componentes sanguíneos. En sus primeros días presenta un dolor en cuádrate superior derecho, se le estudios concluyendo con un diagnostico de apéndice por lo cual el día 26 de octubre del presente año es intervenido quirúrgicamente apendicetomía, con buena evolución. Actualmente se encuentra en aislamiento 239 donde se inicia el abordaje, con manejo de protección con palidez de tegumentos, cooperador y con postura libremente escogida. Es dado de alta reingresa para continuar con ciclo de quimioterapia durando un solo día donde recibe quimioterapia y aspirado de medula ósea, se egresa sin problema. Tiene un nuevo ingreso el 16 de diciembre del 2011 por presentar hipertermia con neumonía izquierda, en días posteriores le colocan sello de agua, drenando escaso liquido serohemático a succión continua el cual ya fue retirado, con drenaje a nivel hepático del día 21 de dic. Con salida de material moderado purulento.

VALORACIÓN POR NECESIDADES:

DEPENDENCIA

SEGURIDAD Y PROTECCION

Cuenta con su familia para cuidar a su hijo ya que su hermana le ayuda los fines de semana para que ella descansa y el resto de la familia está pendiente de lo que necesite, además de su pareja (novio) que también le está apoyando emocionalmente a ella y a su hijo, en cuanto se enteró de la enfermedad si informo vía internet y con una tía que es doctora que trabaja en México, coopera con las enfermeras en los cuidados de su hijo.

En una segunda valoración realizada el 28 de dic. del 2011 se encontró lo siguiente. Observación.- escolar reactivo con periodos de irritabilidad en aislamiento protector con visitas limitadas movimientos en cama, piel limpia con lesiones en región para esternal izquierdo con calor local como enrojecimiento y con salida de líquido amarillo escaso y dedo índice derecho con fase de costra y en pie izquierdo con celulitis enrojecimiento local, con drenaje a nivel hepático con salida de material escaso purulento, palidez de tegumentos y con apoyo de oxígeno por mascarilla.

Inspección.- con resequedad de mucosas, cavidad oral con cicatrización de lesiones (presento mucositis), se encuentra en región para esternal presencia de herida con licencia enrojecimiento y calor local con salida de material purulento con polipnea.

OXIGENACION

Presión arterial 110/70, frecuencia respiratoria de 28, regular sin datos de dificultad respiratoria, frecuencia cardiaca de 96, pulso regular. En la exploración física campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, con expansión pulmonar simétrica, integridad de tórax así como vías respiratorias, hidratadas, con palidez de tegumentos (+), llenado capilar 2 segundos, aun con sitios de equimosis en espalda y brazos (manipulación para la toma de muestras), el

reporte de laboratorio el 9 de noviembre es de leucocitos 1370, 301 NT, 73% linfocitos, 12, 000 plaquetas. Hb 9.2, Hto 25%. Para el día 23 de noviembre reportan laboratorios normales.

Análisis: presión arterial dentro de percentiles de acuerdo a la edad, con ligero polipnea, normocardico, leucocitos 1370 bajos, **301 NT** elevados, 73% linfocitos elevados, 12, 000 plaquetas bajas, Hb 9.2 baja, Hto 25% bajo.⁴⁹ Palidez de tegumentos (+).

En una segunda valoración el 28 de dic 2011 se reporta lo siguiente.

Observación.- se encuentra con palidez de tegumentos con respiraciones taraco abdominales y aleteo nasal con apoyo de oxigeno por mascarilla con reservorio a 5 lts por minuto con lesión en región para esternal derecha, tos seca.

Inspección.- con resequedad de mucosas, cavidad oral con cicatrización de lesiones (presento mucositis), se encuentra en región para esternal presencia de herida con licencia enrojecimiento y calor local con salida de material purulento con polipnea.

Palpación.- cuello región axilar sin presencia de masas con leve dolor en región de herida a la manipulación.

Auscultación.- campos pulmonares derecho con buena ventilación, izquierdo con hipo ventilación basal.

.hemoglobina de 11.3, Hto 34% ph 7.4 HCO₃ 14.6 DB -9.7 PCO 22 SaO₂ 97% con oxigeno y sin oxigeno 80% , acidosis metabolica. Frecuencia respiratoria de 40

ALIMENTACION

A su ingreso con un peso de 27 gramos con una talla de 1.28 quince días después con un peso de 26.500 (9 noviembre del 2011) para el 23 de noviembre con un peso de 26.500gr. Su dieta normalmente está basada en fruta, leche, caldo, sopa

⁴⁹ López falcony (2002) compendio de referencia clínica. Pág. 21.

verduras, pastas y carnes rojas, de los alimentos que no le gustan es el caldo de pollo. Niega alergias algún alimento. Durante su hospitalización come de todo lo que le taren con buen apetito. A la exploración física boca limpia integra, mudando de dientes incisivos, molares inferiores izquierdos en pastados.

Análisis: percentiles de acuerdo al peso para la edad se encuentra en 95, tomando en cuenta el último peso (23 de noviembre)⁵⁰

En una segunda valoración el 28 de diciembre se encuentra lo siguiente un escolar en su unidad con periodos de irritabilidad reactivo alerta en tiempo, persona y espacio, con palidez de tegumentos piel limpia. Cavidad oral en recuperación de mucositis, mudando de dientes incisivos, molares inferiores izquierdos en pastados, abdomen blando y depresible, con dolor leve al tacto el región hipocondrio derecho. Ruidos intestinales disminuidos. Peso_28_ Talla_1.30_____ Peso y talla dentro de percentiles para la edad. hemoglobina de 11.3, Hto 34%

La bioquímica reporta anemia, creatinina disminuida e hipoalbumina (1.6) 20/12/11, hipoproteinemia.

Se reusa a ingerir los alimentos que ofrece la institución por lo cual se le autoriza que traiga alimentos de su hogar los cuales ingiere.

MOVIMIENTO Y POSTURA

Fijo la mirada a los 3 meses, siguió objetos a los 4 a 6 meses y se sentó a los 6 meses e inicio caminar al año un mes. Actualmente camina con requiere de acompañamiento por el tripie, con postura libremente escogida, se incorpora rápido. A la exploración física con movimientos coordinados en la marcha, buen tono muscular.

En una segunda valoración el 28 de diciembre se identifico lo siguiente.
Observación.- se encuentra un escolar con periodos de irritabilidad y de

⁵⁰ Oscar Jaime Velásquez. (2011 tercera edición) pediadatos.colombia.pag.108.

indiferencia en su unidad con movimientos activos y pasivos en cama posición libremente escogida con drenaje en región en cuadrante superior derecho así como dos venoclisis en miembros superiores derecho y izquierdo con cuatro bombas de infusión como apoyo de oxígeno por mascarilla con reservorio. Eteral derecha donde se encontraba pleuro con decencia presencia con enrojecimiento, así como una laceración en dedo índice derecho con fase de costra, en pie izquierdo con presencia de una celulitis enrojecimiento local.

Inspección.- con buen tono muscular movimientos oculares respuesta a la luz, presente consensual, foto motor, abducción y extensión de extremidades, cuello con movimiento, en región de tórax con dolor a la palpación, pulsos presentes, reflejos presentes.

REPOSO-SUEÑO

Duerme 8 horas diarias normalmente por el momento que se encuentra hospitalizado refiere que no lo dejen dormir por la noche porque le tocan sus medicamentos, le gusta dormir con la luz apagada y refiere la madre que no se va dormir si no se con el adormir, comenta la madre que platica dormido. En la exploración física con reflejos pupilares presentes a la luz.

TEMPERATURA

En lugar donde está asignado su cama por el momento es caliente por las tardes, aunque no refiere ninguna molestia, cuando tiene fiebre inicia con escalofrió y se la controla con paracetamol refiere la madre. En la exploración física piel templada, pálida con buena hidratación.

En una segunda valoración el día 28 de dic. 2011 de identifico lo siguiente. Observación.- se trata de un escolar que se encuentra en aislamiento protector con palidez de tegumentos por el momento eutermico, pero días anteriores con hipertermia hasta 39 grados según reportes de enfermería. La habitación es chica templada solo tiene sabanas como bata ligeras con periodos de irritabilidad.

Inspección.- piel templada

Temp____37.2_

Otros. Leucocitos 16,400 neutrofilos 79% (elevados) PCR 249-165 (elevada)
plaquetas 104,000 (bajas)

CREENCIA Y RELIGION

Vive en un hogar católico, asistía a la doctrina antes de enfermarse, su mama refiere que la enfermedad que tiene su hijo es una prueba de vida, recibido apoyo de su familia, Antonio dice que se enfermo por que se comió una hamburguesa (comenta que un día antes de sentirse mal comió la hamburguesa y piensa que eso fue lo que le ocasiono las molestias).

RIESGO

ELIMINACION

Presentando micción y evacuación espontanea, a su ingreso presento estrías de sangre en evacuaciones, actualmente normales de 2 a 3 veces al día, orina es clara. En una segunda valoración el día 28 de dic se encontró lo siguiente se encuentra un escolar con periodos de irritabilidad y de indiferencia en su unidad con movimientos activos y pasivos en cama posición libremente escogida con drenaje en región en cuadrante superior derecho. ETERNAL derecha donde se encontraba pleuro con decencia presencia con enrojecimiento, así como una laceración en dedo índice derecho con fase de costra, en pie izquierdo con presencia de una celulitis enrojecimiento local. Palidez de tegumentos. Con presencia de micción y evacuación espontaneas con características normales. Con apoyo de oxigeno por mascarilla con reservorio a 5 lts. ph 7.4 HCO3 14.6 DB -9.7 PCO 22 SaO2 97% acidosis metabolica

APRENDIZAJE

Antonio está cursando el segundo año de primaria ya sabe leer, escribir, sumar restar y apenas iniciaba aprender las multiplicaciones, refiere la madre que es aplicado, por el momento no sabe cómo le va hacer para no perder el año escolar.

REALIZACION.

La madre espera que su hijo sea un hombre profesional y un buen ser humano, el no tiene nada claro que le gustaría ser de grande, espera de su mama que sea más buena y menos regañona. En cuanto al hospital que este la comida mas buena eso le ayudaría para que se adapte a la hospitalización.

INDEPENDENCIA

VESTIDO

Su vestido diario es un poco de todo refiérela madre que consiste en pantalón, camisas tenis etc. Por el momento tiene una bata de hospital con sus bóxer, le gustaría vestirse como Michael Jackson.

COMUNICACIÓN

Antonio vive en la casa de sus abuelos maternos con su mama (madre soltera), sus abuelos y su tío, no tiene ninguna comunicación con el padre refiere la madre, es de un carácter noble y fuerte a la vez, cuando necesita algo acude con su mama. En la exploración física sin problemas auditivos y visuales.

HIGIENE Y PIEL

El baño es diario con cambio de ropa, el aseo dental es dos veces al día en la exploración física se encuentra con cabello limpio, oído interno limpio, fosas nasales libres de secreciones, boca integra con molares empastados sin presencia de caries, piel limpia integra, uñas cortas y limpias de ambas extremidades.

RECREACION

Entre las actividades favoritas de Antonio es jugar al futbol a los coches, sus objetos preferidos son los coches y pelotas, y disfruta ir a jugar con su primo e ir al rancho, los programas de televisión que ve son caricaturas, el chavo del ocho y películas.

Notas de evolución del estado del paciente

16 de diciembre del 2011 reporte de hematología.

Erick con dxs de LLA pre B de RA post QT de IR/Se psis grave/ Neumonía basal derecha/IVU/ Celulitis y paroniquia en talón izquierdo. Se reporta con dolor en talón izquierdo únicamente. Sv persiste con fiebre, taquicardia y polipnea aunque TA conservada. A la EF consiente a febril, bien hidratado, pálido ++, cavidad oral con costras hemáticas en las comisuras, faringe sin descarga, campos pulmonares con MV muy disminuidos en región basal derecha, estertores crepitantes bilaterales, no hay datos de dificultad respiratoria, el abdomen se encuentra blando, depresible, no doloroso, no megalias, peristalsis normal, talón izquierdo con aumento de temperatura, doloroso a la palpación y a la movilización, resto sin cambios. Erick con proceso séptico grave, la BH de ingreso sin neutropenia, ya termino QT de inducción a la remisión, ayer se transfundió 1U de concentrado de eritrocitos, aunque aun luce pálido, se mantendrá vigilancia estrecha de signos vitales, para identificar datos tempranos de choque, ya cuenta con esquema antimicrobiano amplio (imipenem/vancomicina), esperamos resultado de cultivos para normar conducta, se reporta grave, pronostico reservado a evolución.

21 de diciembre del 2011 reporte de infecto logia pediátrica.

Erick tiene 7 años dx de absceso hepático. Se reporta con un pico febril de 38 grados la sonda con escaso drenaje, buen estado general a la ef los campos pulmonares con estrada bilateral de aire la sonda drenando liquido cetrino, el abdomen blando y depresible sin complicaciones agregada. Se realiza el día de hoy punción guiada con USG obteniendo material purulento, quedo el drenaje a derivación. El cultivo de la punción inicial se reporta sin crecimiento microbiológico. En suma y ante la evolución del paciente concluimos dx de absceso hepático hay que descartar involucro de anaerobio o amibas dado que el cultivo estándar se reporta negativo. Solicito en el líquido obtenido hoy amiba en fresco, cultivo para anaerobios y seramiba. Ajusto el tratamiento con metronidazol ceftriaxona dado que no tiene neutropenia. Iniciamos abordaje ante

inmunodeficiencia ante la presencia de infecciones graves no habituales.se
reporta grave se informa a la madre.

2.2. METODOS E INSTRUMENTOS

Se planea un marco teórico que consistió en estudios relacionados obteniéndose de medio electrónico así como revistas, el uso de un instrumento primario para la obtención del proceso de atención de enfermería, propuesta filosófica de Virginia Henderson y factor de dependencia, concluyendo con los aspectos de éticas.

En periodo de práctica se asigno la tarea de seleccionar un paciente pediátrico para realizarle una valoración exhaustiva mediante un instrumento de valoración de las necesidades básicas en los menores de 6-12 años de la escuela nacional de Enfermería y obstetricia de división de estudios de posgrado así como el uso de una valoración focalizada a las principales necesidades afectadas. Basado en la teoría de Virginia Henderson. Construyendo diagnostico para después establecer un plan de cuidados especializado.

El formato de valoración de las necesidades básicas en los menores de 6-12 años está conformado por datos demográficos, familiares, mapa familiar y antecedentes. Para continuar con las necesidades alimentación, eliminación, oxigenación, reposo sueño, vestido, temperatura, movimiento y postura, comunicación, higiene, recreación, creencias y religión, seguridad y protección, aprendizaje y realización. Un análisis de los datos obtenidos de cada necesidad, jerarquización de los diagnósticos, plan de atención de enfermería y un plan de alta.

Formato de reporte diario está constituido por los datos subjetivos, datos objetivos, habitus externo, exploración física de la necesidad, tipo de relación (acompañamiento, suplencia y ayuda), fuente de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad), concluyendo con un diagnostico de enfermería con su respectivo grado de dependencia y duración de la dependencia. Concluyendo con comentarios.

2.3 PROCESO DE CONSTRUCCION DEL DIAGNOSTICO

Para llegar a la etapa de diagnostico se tuvo que realizar una valoración exhaustiva mediante los formatos ya establecidos que comprendía de los 6-12 años donde se obtuvieron un total de 17 diagnósticos de los cuales 10 son reales, 3 de riesgo, y 4 de conductas generadores de salud utilizando el formato problema, etiología signos y síntomas (P.E.S) y NANDA .

NECESIDAD	DIAGNOSTICO	FECHA DE IDENTIFICACION	FUENTE DE DIFICULTAD	NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA	PRIORIDAD
<i>OXIGENACION</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Deterioro del intercambio gaseoso r/c ventilación-perfusión m/p por palidez de tegumentos, polinea. ● Patrón respiratorio ineficaz r/c hiperventilación m/f poliantea, respiraciones taraco abdominales, apoyo de oxígeno por mascarilla de reservorio a 5 lts. Saturaciones de 80 sin oxígeno. 	28 de dic. del 2011	Fuerza	5	Alta
		28 de dic. 2011	fuerza	5	Alta
<i>ALIMENTACION</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Desequilibrio nutricional por ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad para digerir los alimentos m/p cavidad oral en recuperación de mucositis, la bioquímica reporta anemia, e hipoalbumina (1.6), hipoproteinemia. 	28 de dic. 2011	Voluntad	3	Alta
<i>ELIMINACION</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Riesgo de estreñimiento r/c cambio en la dieta y el reposo. 	9 nov. 2011	Fuerza	2	Media
<i>MOVIMIENTO Y</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Deterioro de la 	28 de dic. 2011			

<i>POSTURA</i>	movilidad física r/c malestar general m/p por irritabilidad la presencia de aditamentos que limitan su movimiento.		Fuerza	5	Alta
<i>SEGURIDAD Y PROTECCION</i>	● Protección ineficaz r/c trastornos inmunitarios m/p neutrofilos 79% (elevados) disnea inmovilidad	28 de dic 2011	Fuerza	5	Alta
<i>RECREACION</i>	● Conductas generadoras de salud de la persona enfocadas a actividades recreativas m/ p por adaptarse a las nuevas situación se encuentra en la búsqueda de nuevas cosas como ver películas.	9 de nov. 2011	Conocimient o.	1	baja

CREENCIA Y RELIGION	● sufrimiento espiritual r/c cambios inesperados en el estado de salud m/p por cambios de conducta.	28 de dic. .2011	Conocimiento.	3	Alto.
TEMPERATURA	● Termorregulación ineficaz r/c proceso infeccioso m/p presentar temperatura hasta 39 grados, taquicardia.	28 dic. 2011	Fuerza	5	Alta
REPOSO-SUEÑO	● Trastornos del patrón de sueño r/c ruidos, interrupciones m/p porque lo despiertan para administrarle medicamentos y no descansar..	9 nov. 2011	voluntad	3	alta
HIGIENE	● Deterioro de la integridad tisular r/c factores nutricionales m/f mucosas, cavidad oral con cicatrización de lesiones (presento mucositis). ● Deterioro de la integridad cutánea r/c déficit inmunitario m/p lesiones en región paraesternal	28 de dic. 2011 9 nov. 2011	Conocimiento Fuerza	5 5 1	Alta Alta

	<p>izquierdo con calor local como enrojecimiento, dedo índice derecho con fase de costra y en pie izquierdo con celulitis enrojecimiento local.</p> <p>● Conductas generadoras de salud en mantenerse aseado m/p por que se preocupa por su aseo diario</p>				baja
COMUNICACIÓN	<p>● Conductas generadoras de salud para mantener una comunicación eficaz m/p cooperador mantiene una buena relación familia paciente y enfermera.</p>	9 nov. 2011		1	baja
VESTIDO	<p>● Disposición para mejorar su vestido m/p por prestar interés en sus cuidados personal.</p>	9 nov. 2011		1	baja
APRENDIZAJE	<p>● Riesgo de retraso en el aprendizaje r/c el dejar sus estudios</p>	9 nov. 2011		2	media

REALIZACION.	● Riesgo en la necesidad de realizarse r/c cambios de en su estado de salud.	9 nov. 2011		2	media
--------------	--	-------------	--	---	-------

2.4 PROCESO DE PLANEACION

Una vez identificados los diagnósticos se inicio con la planeación de cada uno en un formato que contiene los datos generales les paciente como es nombre, edad, servicio, fecha de identificación, grado de dependencia, fuente de dificultad, tipo de relación, nivel de prioridad, así como objetivos, intervención para las cuales se apoyo de las clasificaciones de intervenciones de enfermería NIC, usando solo la referencia del campo, clase y intervención, la fundamentación de las intervenciones apoyo de paginas electrónica como consulta directas de libros, concluyendo con una evaluación de cada plan de intervenciones.

Las fuentes de dificultad con predominio fueron de fuerza, siguiendo el de conocimientos, y finalizando con el de voluntad.

Las necesidades afectadas son seguridad y protección, oxigenación, alimentación, temperatura, movimiento y postura, creencias y religión, reposo sueño con una prioridad alta. Eliminación, aprendizaje y realización se encontraron con un nivel medio. Y con un nivel bajo recreación, higiene, comunicación y vestido

1.4.1.- PLAN DE INTERVENCIONES.

Necesidad : Oxygenación		Fecha de Identificación: 28 de dic. 2011	
		Tipo de relación. Suplencia	
Fuente de dificultad. Fuerza		Prioridad: Alta	
		Nivel de dependencia. 5	
DX:			
Deterioro del intercambio gaseoso r/c ventilación-perfusión m/p por palidez de tegumentos, polipnea. Saturaciones sin oxígeno 80%.			
<i>Objetivo:</i>	<i>Intervenciones:</i>	<i>Fundamentación:</i>	<i>Evaluación:</i>
Erick mantenga saturaciones 90% mediante el uso de la oxigenoterapia durante su estancia hospitalaria.	<p><i>2K- 3320-Oxigenoterapia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial). ● Eliminar las secreciones bucales. ● Administración de oxígeno húmedo. ● Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de porte 	<p>Los pacientes que tienen problemas para ventilar todas las áreas de sus pulmones, alteraciones del intercambio gases o insuficiencia cardíaca se benefician de la oxigenoterapia para prevenir la hipoxia. En la oxigenoterapia tiene que ser humidificadores que impidan que las mucosas se sequen e irriten y ablandan las secreciones para la expectoración sea más fácil.</p> <p>Se debe mantener vigilancia en las constantes vitales. Durante la administración continua de oxígeno se miden periódicamente los niveles de oxígeno y dióxido de carbono en la gasometría arterial para vigilar la hipoxemia</p>	Erick mantiene una saturación de 90% durante su estancia hospitalaria.

	<p>de oxígeno.</p> <ul style="list-style-type: none">● Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come.● Reportar coloración de tegumentos (revisar resultados de hemoglobina).● Realizar el registro correspondiente en las hojas de enfermería.	<p>así como radiografías, hemoglobina y hematocrito.⁵¹</p>	
--	--	---	--

⁵¹ Barbara Kosier. Et al (2008) fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practicas.8ª ed.vol 2 editorial Pearson. España. pag.1372-1376.

Necesidad : Oxygenación		Fecha de identificación. 28 de dic. 2011	
		Tipo de relación Acompañamiento	Prioridad : Alta
Fuente de dificultad. fuerza		Nivel de dependencia. 5	
DX:			
Patrón respiratorio ineficaz r/c hiperventilación m/p por polipnea, respiraciones taraco abdominales, apoyo de oxigeno por mascarilla de reservorio a 5 lts. Saturaciones sin oxigeno de 80%.			
<i>Objetivo:</i>	<i>Intervenciones:</i>	<i>Fundamentación:</i>	<i>Evaluación:</i>
Erick mantenga frecuencias respiratoria dentro de parámetros normales manteniendo una monitorización respiratoria Continúa durante su estancia ospitalaria.	2k-3350-Monitorización respiratorias. <ul style="list-style-type: none"> ● Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ● Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. ● Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta aire. ● Colocar en una posición 	Antes de valorar las respiraciones de un paciente, la enfermera debe considerar los siguientes aspectos: El patrón de respiración normal del paciente. La influencia de los problemas de salud del paciente sobre la respiración. La posición del cuerpo también influye sobre la cantidad de aire que puede inspirarse. En posición supina, las personas experimentan dos procesos fisiológicos que inhiben la respiración, un aumento del volumen de sangre en el interior de la cavidad torácica y la compresión del tórax.	Erick mantuvo frecuencias respiratorias dentro de parámetros normales.

	<p>que más le favorezca la ventilación.</p> <ul style="list-style-type: none">● Anotar los cambios de SaO₂ y los cambios de los valores de gases en sangre arterial.● Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.● Instaurar tratamiento de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario.	<p>La efectividad de las respiraciones se mide en parte por la captación de oxígeno del aire hacia la sangre y por la liberación de anhídrido carbónico desde la sangre al aire espirado. La cantidad de hemoglobina de la sangre arterial saturada con el oxígeno puede medirse de forma indirecta mediante la pulsioximetría⁵².</p>	
--	--	--	--

⁵² *Barbara Kosier. Et al (2008) fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practicas.8ª ed.vol 1 editorial Pearson. España. pag.548-549.*

Necesidad: Alimentación		Fecha de identificación: 28 dic. 2011	
	Tipo de relación: Acompañamiento	Prioridad: Media	
Fuente de dificultad. Voluntad.		Nivel de dependencia. 3	
DX:			
Desequilibrio nutricional por ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad para digerir los alimentos m/p cavidad oral en recuperación de mucositis, la bioquímica reporta anemia, e hipoalbumina, hipoproteinemia.			
<i>Objetivo:</i> Erick aumente su ingesta de alimentos un 40% mediante la implementación de alimentos más atractivos a su gusto y completos durante su estancia hospitalaria.	<i>Intervenciones:</i> 1D -1050- Alimentación. ● Identificar la dieta prescrita. ● Disponer la bandeja de comida y la mesa de forma atractiva. ● Facilitar la higiene bucal después de cada comida. ● Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los alimentos. ● Buscar estrategias junto con el familiar para que le pueda traer un alimento a su gusto de su casa con las medidas de higiene correspondientes. ● Proporcionar el alivio adecuado para el dolor antes de las comidas.	<i>Fundamentación:</i> Los objetivos de la alimentación del niño en edad preescolar y escolar son asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados, teniendo en cuenta su actividad física y pro-mover hábitos alimentarios saludables para prevenir enfermedades nutricionales a corto y largo plazo. Es importante mantener una dieta equilibrada, insistir en que todos los alimentos son necesarios y evitar las chucherías y la bollería industrial. Una malnutrición, ya sea por escaso aporte o por aumento de necesidades, puede suponer un pobre crecimiento del niño. ⁵³	<i>Evaluación:</i> Erick aumento un 355 la ingesta de los alimentos durante su estancia hospitalaria.

⁵³ I. Polanco Allue (2005) alimentación del niño en edad de preescolar y escolar. Monografía. España. Pág. 54.

	<p>1D-1100- Manejo de la nutrición.</p> <ul style="list-style-type: none">● Preguntar al paciente si tiene alergia algún alimento.● Determinar con la dietista el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios.● Asegurar que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para prevenir el estreñimiento.● Pesarse al paciente a intervalos adecuados. <p>1D- 1260- Manejo del peso.</p> <ul style="list-style-type: none">● Discutir con el paciente las condiciones médicas que pueden afectar al peso.● Determinar el peso corporal ideal.● Animar al individuo un método para llevar un registro diario de ingesta de alimentos y ejercicios.● Llevar un registro de las ganancias y pérdidas de peso.		
--	--	--	--

Necesidad : Eliminación		Fecha de identificación: 9 de nov. 2011	
		Tipo de relación: Acompañamiento	Prioridad: Media
Fuente de dificultad. Fuerza		Nivel de dependencia. 2	
DX:			
Riesgo de estreñimiento r/c cambio en la dieta y el reposo.			
<i>Objetivo:</i> Erick mantendrá su patrón de eliminación intestinal normal durante su estancia hospitalaria mediante el manejo intestinal.	<i>Intervenciones:</i> 1B- 0430- Manejo intestinal. ● Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal. ● Observar si hay sonidos intestinales. ● Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y / o sonidos intestinales agudos. ● Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación. ● Enseñar al paciente las comidas específicas que ayuden a conseguir un adecuado ritmo intestinal.	<i>Fundamentación:</i> El estreñimiento ocurre cuando un niño tiene excrementos duros que hace que la evacuación del intestino sea difícil y dolorosa. El estreñimiento es común en los niños. Hay una cantidad de motivos posibles del estreñimiento como ser el régimen alimenticio, insuficiente cantidad de líquidos, comportamientos de "retención fecal", y necesidades especiales. El papel del intestino grueso es mover los residuos del organismo, absorber agua y sales del contenido de los residuos hasta que se forme el excremento y luego eliminarlos durante la defecación. Los niños pueden tener defecaciones regulares (ir al baño todos los días a la misma hora) o irregulares.	<i>Evaluación:</i> Erick mantiene un patrón de eliminación normal durante su estancia hospitalaria.

		<p>Algunos niños defecan tres veces al día y para otros, lo normal es cada dos o tres días. La frecuencia no es tan importante como tener excrementos blandos y fáciles de evacuar. Las heces pequeñas, duras y secas que tienen aspectos de bolitas pueden ser un indicio de estreñimiento.</p> <p>Los niños con necesidades especiales tienen estreñimiento con más frecuencia que los niños de desarrollo típico. Esto puede ser debido a una actividad física limitada, consumo de medicamentos, bajo tono muscular, consumo inadecuado de alimentos y bebidas o retrasos en el desarrollo. Una disminución en las actividades debido a lesiones o enfermedades también puede ocasionar estreñimiento.⁵⁴</p>	
--	--	---	--

⁵⁴ Notas de salud y seguridad. Childcare health. Programa estreñimiento en los niños pequeños. Escuela de enfermería californiana.

Necesidad Movimiento y postura.		Fecha de Identificación: 28 dic. 2011	
	Tipo de relación: Suplencia	Prioridad: Alta	
Fuente de dificultad. Fuerza		Nivel de dependencia. 5	
DX: Deterioro de la movilidad física r/c malestar general m/p por irritabilidad la presencia de aditamentos que limitan su movimiento.			
<i>Objetivo:</i> Erick presentara movimientos pasivos como activos mediante la Implementación de cuidados del paciente encamado y cambios de posición durante su estancia hospitalaria.	<i>Intervenciones:</i> 1C-0740-Cuidados del paciente encamado. ● Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. ● Mantener ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas. ● Cambios de posición, según lo indique el estado de la piel. ● Vigilar el estado de la piel. ● Enseñar ejercicios en cama.	<i>Fundamentación:</i> Cualquier paciente encamado sufre el riesgo de deterioro de sus sistemas corporales ya que existe una inactividad musculo esquelética total o parcial.“ La inmovilidad es contradictoria con la vida humana”. “La movilidad nos proporciona control sobre nuestro entorno. Sin movilidad, Uno está a Merced del entorno”.(Christian, 1982). Cuanto más se prolongue esta situación, mayor riesgo de que se presenten complicaciones. Al nivel sistema musculo esquelético son. Atrofia muscular.-↓ de la fuerza / tono. Los músculos pierden aproximadamente el 3% de su fuerza original cada día que están inmóviles.- Osteoporosis.	<i>Evaluación:</i> Erick presenta movimientos pasivo y activos durante su estancia hospitalaria.

	<ul style="list-style-type: none">● Realizar ejercicios de margen de movimientos pasivos o activos de acuerdo a tolerancia del paciente.● Ayudar con las medidas de higiene. <p>1C- 0840-Cambios de posición.</p> <ul style="list-style-type: none">● Animar al paciente a participaren los cambios de posición.● Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.● Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicado.● Colocar en posición para el alivio de la disnea.● Colocar en una posición que facilite la ventilación/perfusión.	<p>Degeneración articular. Las articulaciones sin movilización desarrollan contracturas en 3-7 días. Mantener la movilidad de las extremidades y evitar contracturas: Realizar ejercicios de movilización activa y/o pasiva, mantener la correcta alineación corporal cada cambio postural y ayudarse de almohadas para ello.⁵⁵</p>	
--	---	--	--

⁵⁵ Angeli Armes Ram Chandani. Ventilación mecánica conocimientos básicos. Pag.21. <http://es.scribd.com/doc/8724233/ventilacion-mecanica-principios-basicos>.

	<ul style="list-style-type: none">● Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.● Colocar en una posición que evite tensión sobre la herida.		
--	--	--	--

Necesidad Seguridad y protección		Fecha de identificación. 28 dic. 2011	
Tipo de relación Suplencia		Prioridad Alta	
Fuente de dificultad. Fuerza.		Nivel de dependencia. 5	
DX:			
Protección ineficaz r/c trastornos inmunitarios m/p neutrofilos 79% (elevados) , disnea, inmovilidad			
<i>Objetivo:</i>	<i>Intervenciones:</i>	<i>Fundamentación:</i>	<i>Evaluación:</i>
Erick mejore su estado inmunológico mediante la implementación de medidas de aislamiento y el manejo de la infección durante su estancia hospitalaria durante su estancia hospitalaria	<p>4V-6630-Aislamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Designar un miembro del personal de cuidados para que se comunique con el paciente y dirija a los otros cuidadores. ● Explicar el procedimiento, propósito y periodo de tiempo de la intervención al paciente y sus seres queridos. ● Realizar acuerdos con el paciente. ● Ayudar con las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal. ● Vigilar la temperatura, limpieza y seguridad de la zona de aislamiento. <p>4V-6540- Control de la infección.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso parte de los pacientes. ● Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro. ● Mantener técnicas de aislamiento. 	<p>Los aislamientos son barreras físicas que se interponen entre la fuente de infección (paciente infectado o colonizado) y el sujeto susceptible (otros pacientes, familiares y personal) para disminuir la posibilidad de transmisión.</p> <p>Según las últimas recomendaciones de la CDC hay dos tipos de precauciones de aislamiento. El primer nivel, y el</p>	<p>Erick mejoro su estado inmunológico durante su estancia hospitalaria.</p>

	<ul style="list-style-type: none">● Limitar el número de visitas.● Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.● Instruir al paciente acerca de las técnicas de lavado de manos.● Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.● Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.● Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente.● Poner en práctica precauciones universales.● Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso.● Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales a pie de cama.● Administración de terapia antibióticos como está indicado. <p>4V- 6680-Monitorización de los signos vitales.</p> <ul style="list-style-type: none">● Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.● Observar si hay cianosis central y periférica.● Observar si hay llenado capilar normal.● Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.	<p>más importante, corresponden a aquellas precauciones diseñadas para el cuidado de todos los pacientes en hospitales, independientemente de su diagnóstico o su presunto estado de infección. La puesta en marcha de estas Precauciones Estándar es la estrategia fundamental para el éxito del control de la infección nosocomial.⁵⁶</p>	
--	--	--	--

⁵⁶ Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.
<http://www.elcomprimido.com/FARHSD/PROTNORMASaislamiento.pdf>

Necesidad Recreación		Fecha de identificación: 9 de nov. 2011.	
	Tipo de relación Acompañamiento.	Prioridad Media	
Fuente de dificultad. Conocimiento.		Nivel de dependencia. 1	
<p>DX: Conductas generadoras de salud de la persona enfocadas a actividades recreativas m/p por adaptarse a las nuevas situación se encuentra en la búsqueda de nuevas cosas como ver películas.</p>			
<p><i>Objetivo:</i></p> <p>Erick conserve las conductas recreativas y las refuerce mediante la búsqueda de nuevas actividades recreativas, durante su estancia hospitalaria.</p>	<p><i>Intervenciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar conjuntamente los hábitos y conductas de salud actuales, determinar cuáles son adecuados y deben, mantenerse y cuales deberán modificarse. ● Determinar las posibles dificultades para el cambio de conductas y diseño estrategias para prevenirlas o solucionarlas. ● Evitar crear falsas expectativas e identificar claramente los factores cuya modificación esta fuera del alcance de la persona. ● Ayudar a priorizar los aspectos que hay que abordar; establecer objetivos realistas a corto y largo plazo y criterios de 	<p><i>Fundamentación:</i></p> <p>El juego es el trabajo del niño. Todos los niños necesitan oportunidades para jugar. En ocasiones resulta un reto proporcionar un juego apropiado de acuerdo con los intereses y habilidades del niño. La distracción se utiliza como una forma de juego para el desarrollo intelectual y motor, pero también es</p>	<p><i>Evaluación:</i></p> <p>Erick mantiene sus actividades recreativas durante su estancia hospitalaria.</p>

	<p>evaluación.</p> <ul style="list-style-type: none">● Fomentar al máximo la participación en la toma de decisiones y en la elección de alternativas como la implementación de nuevos juegos o actividades.● Incluirlo en actividades de acuerdo a su edad (juego de carros, ver películas etc).	<p>efectivo cuando se prepara a un niño para un procedimiento o para ayudar a aliviar el dolor.⁵⁷</p>	
--	---	--	--

⁵⁷ Luanne Linnard-Palmer.(2012), notas de pediatría. Primera edición (McGraw-Hill) pág. 24-25.

Necesidad Creencias y religión.		Fecha de identificación. 28 dic 2012	
	Tipo de relación Acompañamiento	Prioridad Alta	
Fuente de dificultad. Conocimiento		Nivel de dependencia. 3	
DX:			
Sufrimiento espiritual r/c cambios inesperados en el estado de salud m/p por cambios de conducta.			
<i>Objetivo:</i> Erick presentara cambios en la conducta Mediante la implementación de apoyo emocional durante su estancia hospitalaria.	<i>Intervenciones:</i> 3R-5270- Apoyo emocional. <ul style="list-style-type: none"> ● Comentar la experiencia emocional con el paciente. ● Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones. ● Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo. ● Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. ● Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. ● Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. ● Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases de sentimientos de pena. ● Favorecer la conversación o el llanto como 	<i>Fundamentación:</i> El apoyo psicosocial es favorable en la disminución de los efectos secundarios del tratamiento, mayor adherencia al tratamiento, manejo efectivo del dolor, disminución de los efectos secundarios del tratamiento y disminución de los síntomas anticipatorios. Estos procedimientos utilizados por los profesionales de salud para la atención de los niños y niñas enfermos de cáncer ha contribuido de manera significativa a mejorar la	<i>Evaluación:</i> Erick presenta cambios en su conducta durante su estancia hospitalaria.

	<p>medio de disminuir la respuesta emocional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. <p>3R-5420-Apoyo espiritual.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía. ● Tratar al paciente con dignidad y respeto. ● Animar a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás. ● Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales. ● Compartir la propia perspectiva espiritual. ● Fomentar el uso de recursos espirituales. ● Proporcionar los objetos espirituales deseados, de acuerdo con las preferencias del paciente. ● Expresar simpatía con los sentimientos del individuo. <p>3R- 5426-Facilitar el crecimiento espiritual.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente, con la familia del paciente y otras personas significativas. ● Ayudar al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento. ● Ofrecer el apoyo de la oración al individuo o al grupo según sea conveniente. 	<p>calidad de vida de esta población gracias a los efectos que produce tanto en la salud mental como a nivel físico. Estrategias de intervenciones como la relajación, el juego, las manualidades, los payasos, la estimulación, los videojuegos, la risa, entre otros, reducen en gran medida los efectos negativos causados por esta enfermedad como la ansiedad, tristeza, aislamiento, agresividad, rechazo hacia el personal de salud y los tratamientos, baja autoestima y otros, que afectan su desarrollo intelectual, afectivo y social.⁵⁸</p>	
--	--	--	--

⁵⁸ Edgar Ibáñez et al (2009) Beneficio del apoyo psicológico a la calidad de vida de niños enfermos de cáncer. Una revista sistémica cualitativa.

Necesidad Termorregulación.		Fecha de identificación. 28 dic. 2012.	
	Tipo de relación Ayuda	Prioridad Alta	
Fuente de dificultad. Fuerza		Nivel de dependencia. 5	
DX: Termorregulación ineficaz r/c enfermedad m/p presentar temperatura hasta 39 grados, taquicardia.			
<i>Objetivo:</i> Erick mantendrá la temperatura corporal dentro de parámetros normales durante el turno.	<i>Intervenciones:</i> 2M- 3900-Regulación de la temperatura. ● Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas. ● Observar el color y la temperatura de la piel. ● Observar si hay signos de hipotermia e hipotermia. ● Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuados. ● Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. ● Administrar medicamentos	<i>Fundamentación:</i> El sistema que regula la temperatura corporal consta de tres partes principales; sensores en la periferia y en el centro, un sistema de integración en el hipotálamo y un sistema efector que ajusta la producción y la pérdida de calor. La mayoría de los sensores o receptores sensoriales se encuentran en la piel, que posee más receptores para el frío que para el calor. Por lo tanto los sensores cutáneos detectan el frío con mayor eficacia que el calor. Cuando la piel de todo el cuerpo se enfría, se ponen en marcha tres procesos fisiológicos cuya misión es aumentar la temperatura corporal: Temblor, que aumenta la producción de calor. Inhibición de la sudoración para disminuir la pérdida de calor. Vasoconstricción, que también reduce la pérdida de calor.	<i>Evaluación:</i> Erick presenta una disminución de la temperatura corporal al finalizar el turno.

	<p>antipiréticos.</p> <p>2M-3740-Tratamiento de la fiebre.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Monitorizar la temperatura. ● Control de ingresos y egresos. ● Monitorización por si hubiera anomalías en los electrolitos. ● Administrar medicamentos para tratar la causa de la fiebre. ● Administrar un baño con una esponja. ● Fomentar el aumento de la toma de líquidos orales. ● Aplicar bolsas de hielo cubiertas con una toalla en las ingles y las axilas. ● Aumentar la circulación de aire. ● Controlar la temperatura de manera continua para 	<p>Manifestaciones clínicas fiebre:</p> <p>Comienzo (fase de frío o escalofrío)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aumento de la frecuencia cardiaca. ● Aumento de la frecuencia y la profundidad respiratorias. ● Temblor ● Piel pálida y fría. ● Quejas de sensación de frío. ● Lechos ungueales cianóticos. ● Piel con aspecto de carne de gallina. ● Cese de la sudoración. <p>Evolución (fase de meseta).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ausencia de escalofríos. ● Piel con sensación de calor. ● Foto sensibilidad. ● Ojos de aspecto vidrioso. ● Aumento de las frecuencias cardiacas y respiratorias. ● Aumento de la sed. ● Deshidratación leve o moderada. ● Somnolencia, inquietud, delirio o convulsiones. ● Lesiones herpéticas en la boca. ● Pérdida del apetito (si la fiebre se prolonga). ● Malestar, debilidad y dolores musculares. <p>Defervescencia (caída de la fiebre /fase de rubor)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Piel de aspectos enrojecido y que se nota caliente. ● Sudoración. ● Disminución del temblor. ● Posible deshidratación⁵⁹. 	
--	---	---	--

⁵⁹ Barbara Kosier. Et al (2008) fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practicas.8ª ed.vol 1 editorial Pearson. España. pag.529-530..

	evitar hipotermia inducida por el tratamiento.		
--	--	--	--

Necesidad. Reposo y sueño.	Edad: 7	Fecha de identificación. 9 nov. 2011	
	Tipo de relación Acompañamiento.	Prioridad Alta	
Fuente de dificultad. Voluntad.		Nivel de dependencia. 3	
DX: Trastornos del patrón de sueño r/c ruidos, interrupciones m/p porque lo despiertan para administrarle medicamentos			
<i>Objetivo:</i> Erick expresara que se	<i>Intervenciones:</i> 1E-6482-Manejo ambiental confort. ● Determinar los objetos del paciente y de la familia para la	<i>Fundamentación:</i> El sueño es un estado fisiológico altamente organizado, dinámico, reversible, en el que tienen lugar cambios de funciones corporales, además de actividades de gran trascendencia para el equilibrio	<i>Evaluación:</i> Erick expresa un leve descanso durante sus días de estancia.

<p>encuentra descansad durante su estancia hospitalaria mediante el manejo ambiental confort.</p>	<p>manipulación del entorno y una comodidad optima.</p> <ul style="list-style-type: none">● Atender a las llamadas del timbre, que siempre debe estar alcance del paciente.● Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.● Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.● Proporcionar un ambiente limpio y seguro.● Ajustar la temperatura ambiental que sea cómoda para la persona.● Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.● Ajustar medicamentos si es posible a horarios que no interrumpen su sueño nocturno así como	<p>psíquico y físico, durante el cual se producen modificaciones hormonales, bioquímicas, metabólicas imprescindibles para el buen funcionamiento durante el día. Se produce una intensa actividad cerebral que involucra una función cortical superior, tiene una evolución madurativa y una función mental cargada de vivencias individuales muy relacionadas con la efectividad del niño.</p> <p>FUNCIONES DEL SUEÑO: NREM: comandado por el tálamo, el hipotálamo y el prosencéfalo basal, es el responsable fundamentalmente de la reparación física del organismo. Sus funciones son: Síntesis de hormona de crecimiento. Regeneración y restauración orgánica. Conservación de energía. Estímulo del sistema inmunitario (interleukina 1, interferón alfa 2, que son dos potentes inductores del sueño). Aumento de síntesis proteica, absorción de aminoácidos por los tejidos.</p>	
---	--	--	--

	procedimientos.	<p>Aumento de RNA. Aumento de prolactina.</p> <p>REM: comandado por el tallo cerebral. Sus funciones son: Regeneración de procesos mentales: facultades mentales superiores como la fijación de la atención, habilidades cognitivas finas y las relacionadas con la relación social. Aprendizaje, consolidación y almacenamiento de memoria a largo plazo). Proceso de desaprendizaje: limpieza del cerebro para eliminar conexiones Espurias entre neuronas para prescindir de material inútil. Reprogramar la información. Proporcionar el estímulo endógeno periódico al cerebro para que mantenga Cierta actividad durante el sueño. Maduración y restauración cerebral.⁶⁰</p>	
--	-----------------	---	--

⁶⁰ Dr. Marlen Ruiz González. Et al (2009) el sueño en la infancia características e importancia www.ilustrados.com/documentos/sueno-infancia-15092010.pdf

Necesidad Higiene y cuidados de la piel.		Fecha de identificación. 28 de dic. 2011	
		Tipo de relación Ayuda.	Prioridad : Alta.
Fuente de dificultad. Conocimientos.		Nivel de dependencia. 5	
DX: Deterioro de la integridad tisular r/c factores nutricionales m/p mucosas, cavidad oral con cicatrización de lesiones (presento mucositis).			
<i>Objetivo:</i> Erick presentara una mejora en la integridad tisular mediante el fomentar la salud bucal durante su estancia	<i>Intervenciones:</i> 1F- 1720- Fomentar la salud bucal. ● Identificar la extensión de la lesión. ● Valorar la sensibilidad al calor, frio y la presencia de dolor. ● Inspeccionar la mucosa bucal con regularidad. ● Explicar la necesidad del cuidado bucal	<i>Fundamentación:</i> La salud es un componente humano dirigido a la creación de condiciones de bienestar para y por todos, puede modificarse por diferentes factores de riesgo que incrementan la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad, por lo que su detección, control y modificación es muy importante. ⁶¹ Una vez que se ha presentado la mucositis, su gravedad y el estado hematológico del paciente determinan el manejo oral. La atención se enfocará en la higiene oral meticulosa y la	<i>Evaluación:</i> Erick presento una mejora en las lesiones tisulares.

⁶¹ Romero Gonzales et al (2005) revista científica de América latina el Caribe, España y Portugal. Vol9 num3.
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=211117868010>

hospitalaria .	<p>diario como habito.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Enseñar al paciente a evitar mascar chicle en exceso. ● Ayudar con el cepillo de dientes y enjuague de la boca. ● Realizar la limpieza bucal previa al alimento como al término de esta. Con gelcler como parte del protocolo de la institución. 	paliación de los síntomas.		
Necesidad Seguridad y protección.			Fecha de identificación. 28 dic. 2011	
	Tipo de relación Ayuda.	Prioridad Alta		
Fuente de dificultad. Fuerza.		Nivel de dependencia. 5		
<p style="text-align: center;">DX:</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea r/c déficit inmunitario m/p lesiones en región para esternal izquierdo con calor local como enrojecimiento, dedo índice derecho con fase de costra y en pie izquierdo con celulitis enrojecimiento local.</p>				

OBJETIVO:	INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:	EVALUACION:
<p>Erick Mejore las lesiones cutáneas mediante los cuidados de las heridas y piel Durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>2L- 3660-Cuidados de heridas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. ● Cambiar el apósito según sea necesario. ● Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. ● Colocar de manera que se evite presionar la herida. <p>2L- 3662-Cuidados de heridas: drenajes cerrados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vaciar el sistema de drenaje de heridas cerradas. ● Registrar el volumen y las características del drenaje. ● Comprobar la permeabilidad de la unidad. ● Evitar acordar los tubos. ● Inspeccionar las suturas, manteniendo el dispositivo de recogida en su sitio. ● Fijar el aparato de drenaje cerrado a las ropas del paciente o de la cama ● Eliminar los vendajes sucios. <p>2L- 3540-Prevención de úlceras por presión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. ● Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas. ● Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad. ● Darse la vuelta continuamente cada 1-2 horas. ● Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás 	<p>La piel está constituida por tres capas superpuestas, que de la superficie a la profundidad son: 1) la epidermis; 2) la dermis; y, 3) la hipodermis o tejido graso subcutáneo. Se agrega los siguientes anexos cutáneos: 1) aparato pilosebáceo; 2) glándulas sudoríparas ecrinas; 3) glándulas apocrinas; y, 4) uñas.</p> <p>La función de la piel depende de su situación única entre el "entorno" y el "interior". Sus funciones principales de protección y</p>	<p>Erick presenta una mejora en las lesiones cutáneas durante su estancia hospitalaria.</p>

	<p>puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.</p> <ul style="list-style-type: none">● Evitar dar masaje en los puntos de presión enrojecidos.● Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón. <p>2L- 3590-Vigilancia de la piel.</p> <ul style="list-style-type: none">● Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej. Escala de Braden).● Vigilar el color y la temperatura de la piel.● Instruir al miembro de la familia / cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.	<p>comunicación se realizan tanto respecto del exterior como del interior.⁶²</p>	
--	---	---	--

⁶² Revista peruana de dermatología vol.11 N.2 2001. Fisiología de la piel.

Necesidad: Higiene y cuidados de la piel.		Fecha de identificación. 9 nov. 2011	
		Tipo de relación Acompañamiento.	Prioridad Baja
Fuente de dificultad.		Nivel de dependencia. 1	
DX: Conductas generadoras de salud en mantenerse aseado m/p por que se preocupa por su aseo diario.			
<i>Objetivo:</i>	<i>Intervenciones:</i>	<i>Fundamentación:</i>	<i>Evaluación:</i>
Erick se mantendrá aseado mediante la implementación de la ayuda del auto cuidado durante su estancia hospitalaria .	<p>1F-1804- Ayuda con los autos cuidados: aseo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de auto cuidado. ● Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de auto cuidado. ● Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación. ● Ayudar al paciente en 	<p>Dos de los aspectos más importantes dentro de los cuidados de enfermería son la higiene y el aseo del paciente. Los profesionales que realizan una técnica básica de enfermería, la higiene y el aseo del paciente, deben ser conscientes de que el objetivo del baño no es únicamente la limpieza, ya que paralelamente, nos permite obtener otros fines beneficiosos para las personas, como es una estimulación de la circulación.</p> <p>Crear una atmosfera propicia en el momento del aseo facilitara que se consigan todas y cada una de las</p>	Erick se mantuvo aseado durante su estancia hospitalaria.

	<p>el aseo.</p> <ul style="list-style-type: none">● Disponer intimidad durante la eliminación.● Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación.● Cambiar la ropa las veces que sea necesario.● Vigilar la integridad cutánea del paciente.	<p>funciones anteriormente descritas. La intimidad del paciente es uno de los factores que el profesional ha de tener más cuenta a la hora de realizar dicha técnica, sin olvidar otros factores como podría ser la seguridad, las creencias, etc.</p> <p>Hay que tener muy presente que es un momento óptimo para valorar tanto el estado físico del paciente, observando las condiciones físicas de su piel, aparición de edema sacros, erupciones etc. Como su estado mental y emocional.⁶³</p>	
--	--	---	--

⁶³ Miguel Ángel González Jara. Et al . IV unidad didáctica: Higiene y aseo del paciente.
www.cprceuta.es/Asesorias/FP/Archivos/FP%20Ejemplos%20UD/Higiene%20del%20paciente.pdf

Necesidad. Comunicación.		Fecha de identificación. 9 NOV. 2011	
	Tipo de relación Acompañamiento.	Prioridad baja	
Fuente de dificultad.		Nivel de dependencia. 1	
DX: Conductas generadoras de salud para mantener una comunicación eficaz m/p cooperador, mantener una buena relación familia, y paciente enfermera.			
Objetivo: Erick mantendrá una comunicación eficaz mediante la implementación de escucha activa durante los días de hospitalización.	Intervenciones: 3Q- 4920-Escucha activa. <ul style="list-style-type: none"> ● Establecer el propósito de la interacción. ● Mostrar interés en el paciente. ● Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. ● Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones. ● Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación. ● Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como 	Fundamentación: La escucha activa es un proceso en el que le persona que escucha se responsabiliza en comprender tanto el contenido como las emociones como las necesidades implícitas en lo que se cuenta, y después corrobora su entendimiento con su	Evaluación: Erick mantiene una comunicación eficaz durante sus días de estancia.

	<p>el contenido de la conversación</p> <ul style="list-style-type: none">● Identificar los temas predominantes.● Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.● Escuchar para animar la expresión de sus sentimientos.	<p>interlocutor/a.⁶⁴</p>	
--	---	-------------------------------------	--

⁶⁴Vanessa Limpkin Jornadas de Interculturalidad
Inteligencia Emocional: Escucha Activa

Necesidad: Vestido.		Fecha de identificación. 9 de nov.. 2011	
		Tipo de relación Acompañamiento.	Prioridad Baja
Fuente de dificultad.		Nivel de dependencia. 1	
DX: Disposición para mejorar su vestido m/p prestar interés en sus cuidados personal.			
<i>Objetivo:</i>	<i>Intervenciones:</i>	<i>Fundamentación:</i>	<i>Evaluación:</i>
Erick se mantendrá con la disposición para su vestido mediante la ayuda con los auto cuidados vestir/arreglo personal durante su estancia hospitalaria.	2F- 1820- Ayuda con los auto cuidados vestir/ arregló personal. ● Considerar la cultura de las personas. ● Considerar la edad del paciente. ● Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar. ● Proporcionar las prendas personales si resulta oportuno. ● Estar disponible para ayudar en el vestir.	El auto cuidado consiste en que las personas adquieren la responsabilidad para manejar por sí mismas su salud conjuntamente, cuando ello sea necesario, con profesionales de la salud, así como con otros profesionales y fuentes de información. ⁶⁵	Erick conservo su disposición para vestido durante su estancia hospitalaria.

⁶⁵ Dr. Javier Carbone. Importancia del auto cuidado en las enfermedades crónicas: barrera que tenemos para ejercerlo.

Necesidad: Aprendizaje.		Fecha de identificación. 9 de nov. 2011	
	Tipo de relación Acompañamiento.	Prioridad media	
Fuente de dificultad.		Nivel de dependencia. 1	
DX: Riesgo de retraso en el aprendizaje r/c el dejar sus estudios.			
<i>Objetivo:</i>	<i>Intervenciones:</i>	<i>Fundamentación:</i>	<i>Evaluación:</i>
Erick disminuirá el riesgo de retraso en el aprendizaje mediante la implementación de actividades de aprendizaje durante su estancia hospitalaria .	<ul style="list-style-type: none"> ● Fomentar las actividades como la lectura. ● Identificar las debilidades que tenga en el aprendizaje e implementar alguna actividad que la refuerce. ● Apoyarse de las maestras que asisten en la institución para que continúe con su aprendizaje. ● Orientar al cuidador de los trámites que puede hacer para que conserve su lugar en la escuela. (redacción de un 	El término “estilo de aprendizaje” se refiere al hecho de que cada persona utiliza para aprender. Aunque las estrategias varían según lo que se quiera aprender, cada uno tiende a desarrollar ciertas preferencias o tendencias globales, tendencias que definen un estilo de aprendizaje. Son los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos que sirven como indicadores relativamente estables de cómo los alumnos perciben interacciones y responden a sus ambientes de aprendizaje, es decir, tienen que ver con la forma en que los estudiantes estructuran los contenidos, forman y utilizan conceptos, interpretan la información, resuelven los problemas, seleccionan medios de representación	Erick realizó actividades durante su estancia hospitalarias que contribuyeron a su aprendizaje.

	justificante)	(visual, auditivo, kinestésico), etc. Los rasgos afectivos se vinculan con las motivaciones y expectativas que influyen en el aprendizaje, mientras que los rasgos fisiológicos están relacionados con el género y ritmos biológicos, como puede ser el de sueño-vigilia, del estudiante ⁶⁶	
--	---------------	--	--

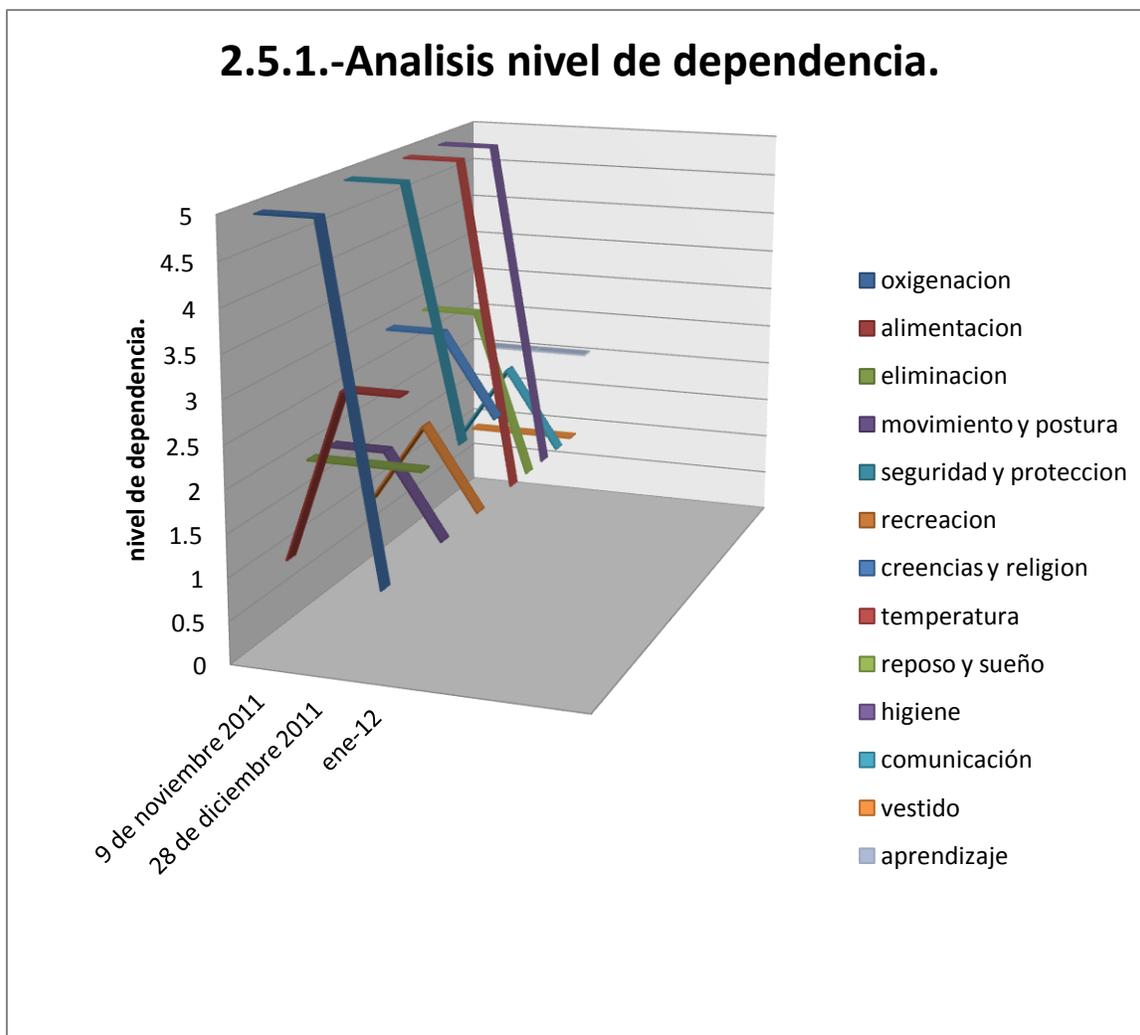
⁶⁶ Woolfolk A, Psicología Educativa, Ed. Prentice-Hall, México, 1996

Necesidad: Realización.		Fecha de identificación. 9 nov.2011	
	Tipo de relación Acompañamiento.	Prioridad Media	
Fuente de dificultad. Fuerza.		Nivel de dependencia. 1	
DX: Riesgo en la necesidad realizarse r/c cambios de salud			
<i>Objetivo:</i> Erick encontrara estrategias para disminuya el riesgo de realización mediante la orientación durante su estancia hospitalaria.	<i>Intervenciones:</i> <ul style="list-style-type: none"> ● Entablar empatía con el paciente. ● Identificar que habilidades tiene y puede hacer por el momento. ● Apoyarle en sus decisiones. ● Tomar en cuenta sus sugerencias. ● Hacer participes al familiar en las actividades que se realicen. 	<i>Fundamentación:</i> Cuando un niño se encuentra en un ambiente hospitalario tiene un alto riesgo e la necesidad de realizarse ya que cambia toda su rol habitual por lo cual tiene que adaptarse a la nueva circunstancia y realizar sus actividades de acuerdo a su edad.	<i>Evaluacion:</i> Erick encontró estrategias para disminuir el riesgo en realizarse durante su estancia.

2.5 RESULTADOS

Erick fue ingresado al hospital en una primera vez en el mes de noviembre donde fue diagnosticado con Leucemia Linfoblástica Aguda y operado de una apendicitis, egresado a su domicilio continuando con el tratamiento de quimioterapias correspondientes en el mes de diciembre reingresa al hospital por presentar neumonía comunitaria y absceso hepático pasado por un estado muy grave de salud se solucionando su gravedad en el mes de enero permitiéndole egresar a su domicilio. En el tiempo actual continua con su tratamiento para la Leucemia Linfoblástica Aguda en remisión con quimioterapias ambulatorias y pocas veces internados para infusiones continuas se le ve alegre y en buenas condiciones salud en general sin presentar recaídas.

Se conto con todo el recurso humano para hacer frente a su padecimiento, por parte de enfermería tuvo un grupo capacitado en el manejo de pacientes oncológicos y hematológicos se mantuvieron las normas del aislamiento, así como el manejo terapéutico en cuanto a las instalaciones de la institución permitieron que contara con un aislado para su uso exclusivo durante el tiempo necesario y oportunamente su tratamiento tanto medicamentos como material y estudios que fueron requeridos.



Grafica 1.

En la anterior grafica se visualiza el nivel de dependencia de cada necesidad donde encontramos como máximo nivel el grado 5 donde debe contar otro para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades, pero puede colaborar de algún modo. Donde destacan las necesidades de oxigenación, seguridad y protección, temperatura e higiene, seguidas de creencias y religión, reposo y sueño que tienen un grado 3 donde debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer, y para controlar si lo hace bien, aunque sea ligeramente, por su parte las necesidades de eliminación, movimiento y postura y aprendizaje están en un grado 2 donde utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén, el resto de las necesidades se encuentran en un grado 1 donde el

cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar homeostasis física y psicológica. Esto en el mes de noviembre, en diciembre la necesidad de alimentación pasa de un grado 1 a 3, recreación a grado 1 a 2 y comunicación a grado 1 a 2. En el mes de enero hay un gran cambio la necesidad de alimentación permanece en un grado 3, lo que son las necesidades de seguridad y protección, creencias y religión se encuentran en grado 2, eliminación y aprendizaje permanecen en este grado los tres meses y las restantes 8 necesidades están en grado 1.

III.- PLAN DE ALTA

1.- orientación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar:

- La familia puede estar pendiente en un cambio como el no querer jugar, que no quiera comer, que solo quiera estar en cama.
- La familia como Erick mantengan una vigilancia en la presencia de moretones, salida de sangre de la nariz, así como cortadas que tardan en cicatrizar, presencia de lesiones en boca, identifiquen alguna otra cosa que sale de lo normal.
- La familia y Erick planeen actividades que no implique riesgo de lesión, como puede ser juegos de mesa, ver películas u otros tipos de juegos que no pongan el riesgo su integridad.
- Evitar lugares muy recurrentes y si es necesario acudir a ellos protegerse con cubre bocas.
- Tomar medidas de higiene tanto del hogar como de la persona.
- En caso de tener un enfermo en caso mantener distancia.
- Cuando se presente algún problema siempre acudir al experto y evitar el auto medicar ya que esto puede complicar su estado.
- Asistir a sus citas médicas para la continuidad de su tratamiento no suspender por ninguna razón ya que el tratamiento para la Leucemia es continuo.

2.- Orientación dietética:

- Preparar alimentos con las medidas higiénicas.
- No comer en puestos al aire libre.
- Comer en familia para estimular que Erick a que coma.
- Prepararle sus alimentos favoritos.
- Presentarle siempre de forma atractiva los alimentos.
- En caso de que no tenga apetito no obligarlo a comer ya que esta acción puede contribuir a que siga negándose solo estar pendiente si continúa sin hambre por varios días acudir al médico.

- Dar sus tres comidas correspondientes.
- Procurar a medida de sus posibilidades económicas que los alimentos sean completos que contengan carne, frutas y cereales.

3.- Registro de signos y síntomas de alarma (que hacer y adónde acudir cuando se presente).

- Vigilar la presencia de raspones y como se encuentran estos si tienen enrojecimiento o si están calientes, saber con que se lo hizo y desde cuándo.
- Buscar en la piel manchitas rojas o moretones sin motivo alguno.
- La presencia de dolor, preguntarse si fue después de una actividad.
- Observar la boca y buscar la presencia de puntos blancos.
- Vigilar si hay presencia de fiebre y anotar desde cuándo.
- Vigilar las características de la popo y pipi.
- Cualquier cosa que salga de lo normal es importante informarle al médico y no dejarlo pasar.
- Recordar que hay cita abierta a urgencias y no es necesario esperar a que toque la cita.

4.- Medicamentos.

- La administración de prednisona con el horario correspondiente así como el omeprazol que en su defecto por lo regular los indican juntos.
- Acudir a la administración de quimioterapia de acuerdo a citas previas dadas por el médico, recordar que es un tratamiento continuo por lo cual no se puede omitir ninguna.

5.- citas.

- Se debe tomar en cuenta que es un tratamiento largo de años y que se requiere una responsabilidad.
- Por lo regular se programan citas previas tanto para laboratorios como estudios complementarios.

- Algunas quimioterapias son ambulatorias por lo regular se llevan todo el día así que deberá de contar.
- Por lo regular el médico les brinda una agenda con las citas.
- Hay citas abierta en el área de admisión continua para cualquier caso de emergencia.

IV.- CONCLUSIONES

El trabajo me permitió tener una nueva perspectiva de la propuesta filosófica de Virginia Henderson ya que en se integra al paciente pediátrico por medio de sus necesidades hace una valoración exhaustiva y te brinda las herramientas necesarias para la construcción de tus diagnósticos con un respaldo teórico y por consiguiente realizar tu plan de cuidados especializado que atiende a los problemas de dependencia y contribuyendo a mantener el estado de independencia. En especial el abordaje que realice con Erick por medio de esta teoría fue muy contribuyente ya que se logro que el paciente egresara a su domicilio en buenas condiciones y me encuentro satisfecha en haber colaborado en este resultado aunque no fue de una forma pasiva por los inconvenientes de tiempo, pero se procuro estar al pendiente de su evolución y aplicación de intervenciones.

V.- SUGERENCIAS

El contenido que maneja la ENEO-UNAM me deja satisfecha ya que me permitió tener la experiencia con otras instituciones así como cambiar conocimientos con otros profesionales del gremio. Doy gracias por haber hecho este convenio con la institución HRAEB ya que me facilitó a mi preparación por que la especialidad no está disponible en otras instituciones y me da mucho gusto que continúe preparando a nuevos especialistas y me deja conocimiento tanto teórico como práctico y me dio las herramientas para continuar el camino como una especialista y saber que aun no está todo aprendido sino que este es solo el comienzo de nuevos conocimientos y habilidades que me faltan por adquirir.

Me gustaría que tomaran en cuenta el inicio de practica tempranamente para que se identifique al paciente.

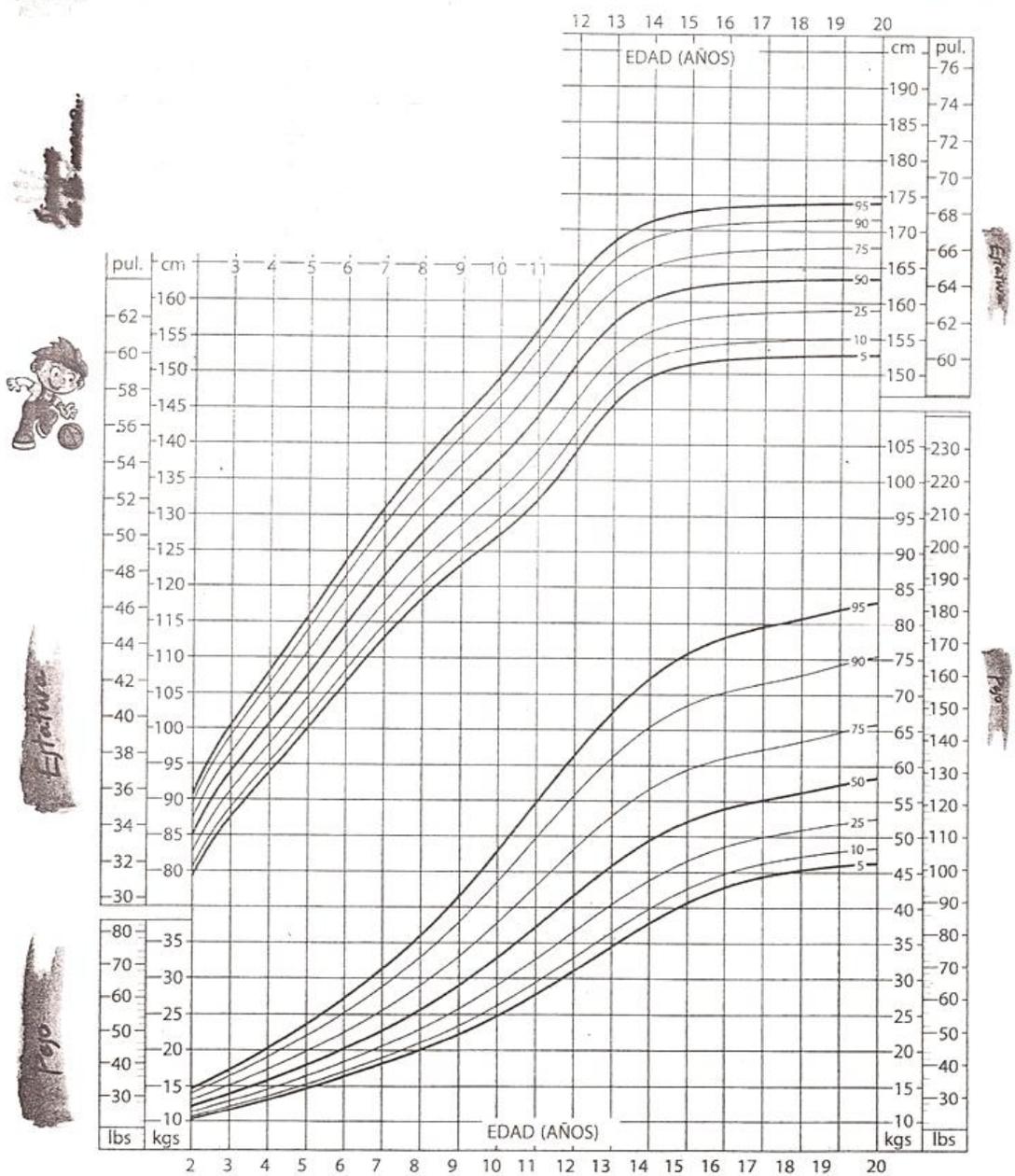
BIBLIOGRAFIA:

- Lic. Luis Sanabria Triana et al (2002) los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería (en línea) ciudad de la habana Cuba. bvs.sid/revista/ems/vol16_4_02/ems07402.htm.
- Lise Riopelle, inf.M.N et al ((1993) cuidados de enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona (primera edición) España.
- María Teresa Luis Rodrigo et al (1998) De la teoría a la practica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI (primera edición) Barcelona España.
- Margot Phaneuf, inf. M. A. (1993) Cuidados de enfermería el proceso de atención de enfermería (primera edición) España.
- L. E. Zeferina González Morales. Elementos del proceso enfermero siguiendo la metodología para la elaboración del plan de cuidados place. Noviembre 2010.
- L. E. María de Jesús Pérez Hernández. Operacional del proceso atención de enfermería. Revista mexicana de enfermería cardiología vol. 10 núm. 2 mayo-agosto 2002 pág. 62-66.
- Woolfolk A, Psicología Educativa, Ed. Prentice-Hall, México, 1996
- Dr. Javier Carbone. Importancia del auto cuidado en las enfermedades crónicas: barrera que tenemos para ejérceelo.
- Vanessa Limpkin Jornadas de Interculturalidad
- Inteligencia Emocional: Escucha Activa
- Miguel Ángel González Jara. Et al . IV unidad didáctica: Higiene y aseo del paciente.
www.cprceuta.es/Asesorias/FP/Archivos/FP%20Ejemplos%20UD/Higiene%20del%20paciente.pdf
- I. Polanco Allue (2005) alimentación del niño en edad de preescolar y escolar. Monografía. España. Pág. 54.

- Dr. Marlen Ruiz González. Et al (2009) el sueño en la infancia características e importancia
www.ilustrados.com/documentos/sueno-infancia-15092010.pdf
- Edgar Ibáñez et al (2009) Beneficio del apoyo psicológico a la calidad de vida de niños enfermos de cáncer. Una revista sistémica cualitativa.
- Bertram G. Katzung. (1999) farmacología básica y clínica. Editorial el manual moderno séptima edición México. Pág. 1026,1027, y 1033.
- Dr. Felipe Castro et al. Apendicitis aguda en el niño; como enfrentarla. Rev. Ped. Elec. [en línea] 2008, Vol. 5, N° 1.
- ¹María Francisca Gajardo M. Absceso hepático. Rev. Medicina y Humanidades. Vol. II N° 2-3 (Mayo-Diciembre) 2010
- Vademécum 2005.

ANEXOS:

2 a 20 años: Nina Nombre _____ # de Archivo _____
Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 21 de noviembre del 2000). FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>

Ayuda a que sus hijos CREZCAN.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE:
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo Erika Yaxnia Chavira Ramirez, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Enick Antonio Chavira Ramirez participe en el estudio de caso, Elaboracion estudio de caso entorax a un escolar con alteracion de las necesidades basicas por leucemia linfoblastica aguda utilizando la propuesta Fisioterapica de Jirquinia Mendezon mediante el proceso de atencion de enfermeria, cuyo objetivo principal es: Elaboracion estudio de caso entorax a un escolar con alteracion de las necesidades basicas por leucemia linfoblastica aguda utilizando la propuesta Fisioterapica y que los procedimientos de enfermeria 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: Orientación a los cuidados

Interrogatorio, valoración física y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

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

Nombre y firma del responsable del estudio: Maria Guadalupe Cervera Zúñiga

Nombre del padre o tutor: _____
Firma _____
Firma _____

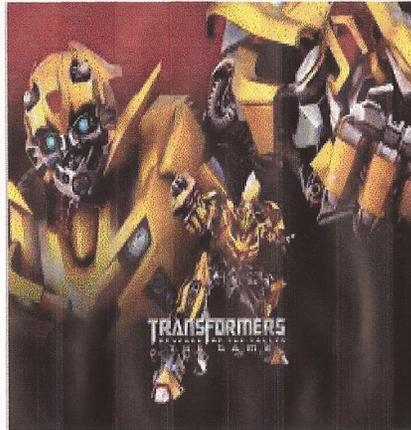
Testigos

Nombre: Patricia Urzeth Hernández Díaz
Firma: _____
Domicilio: _____

Nombre: Maria Guadalupe Infante Padilla
Firma: _____
Domicilio: _____

León Gto. A 06 de Enero 2012.

LOS GUERREROS TOMAN EN CUENTA SUS ARMAS PARA COMBATIR Y TU TIENES LAS MEJORES ASI QUE ANIMO.



EN CASO DE SENTIR ALGUNA MOLESTIA PUEDES ACUIDIR AL HOSPITAL AL AREA DE ADMISION CONTINUA NO NECESITAS CITA.

TELEFONOS SON: 01 477 267 2000

DIRECION: BLVD. MILENIO 130 SAN CARLOS LA RONCHA. LEON GTO.

LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA

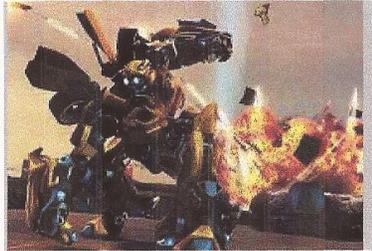
CUIDADOS BÁSICOS EN CASA



PARA: ERICK

**DE: GRACIELA
ENFERMERA.**

LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA



HOLA ERICK INICIASTE UNA BATALLA CONTRA LA LEUCEMIA DONDE TÚ ERES EL PRINCIPAL GUERRERO Y PARA OBTENER LA VICTORIA EN ESTA BATALLA TIENES QUE TOMAR EN CUENTA LAS SIGUIENTES INDICACIONES:

- si notas que hoy no tiene ganas de jugar con tus amigos y solo quieres estar acostado avísale a tu mama.
- Si notas algún moretón en tu cuerpo o si sientes alguna molestia avísale a mama no esperes que pase el tiempo.
- Que tus juegos sean tranquilos evita los golpes.

- No ingieras alimentos fuera de tu casa, como puede ser churros que vendan en tu escuela etc.
- en caso de que no tengas a hambre dile a tu mama que te cocine algún alimento que te guste así como los que no te gustan dile para que los dos busquen soluciones.
- Es importante lavarte las manos antes y después de ir al baño.
- El baño diario.
- Tus uñas tienen que estar cortas tanto las de las manos como la de los pies.
- El lavado de dientes es muy importante.
- Recuerda que tienes que asistir a tus citas sé que es difícil y es el lugar a donde no quieres regresar, pero recuerda que un guerrero nunca se da por vencido.
- Comprende a tu mama ella siempre quiere lo mejor para ti y como a ti te duele a ella también.



ERICK RECUERDA SIEMPRE QUE NO ESTAS SOLO QUE PARA QUE TU GANES ESTA BATALLA ESTAN TUS ABUELOS, TIOS, PRIMOS, AMIGOS Y TU MAMA QUE TE QUIERES Y QUE TODOS LOS QUE ESTAMOS EN EL HOSPITAL PARA AYUDARTE A GANAR ESTA BATALLA.



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 _____

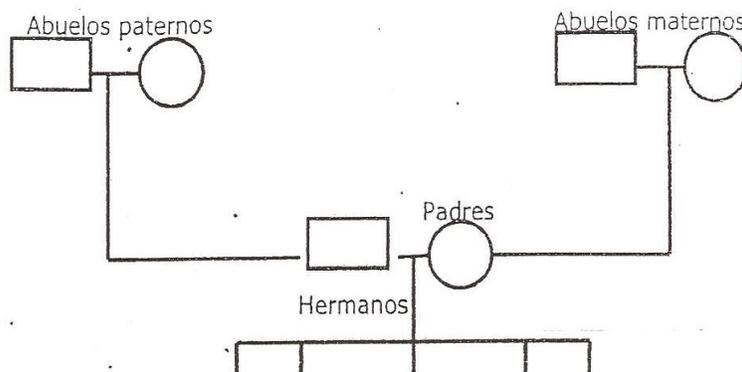
I D A T O S D E M O G R Á F I C O S	Nombre: _____ Edad _____
	Sexo: _____ Nombre del padre o tutor: _____
	Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____
	Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____
	Escolaridad del padre: _____ De la madre: _____ del Niño: _____
	Religión: _____ La 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 intradomiciliarios: _____
	Disposición de excretas: _____
	Descripción de la vivienda: _____

	Ingresos económicos de la familia: _____

Medios de transporte de la localidad: _____	

Mapa familiar



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectiva	Enfermedades
--------	------	------	-------------	-----------------	--------------

Símbolos

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

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

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

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

Se realizaron maniobras de resucitación: _____

Motivo de consulta/hospitalización: _____

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

¿Cuándo? _____

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

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

Alimentación

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

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

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

¿Cuáles son los alimentos y bebidas preferidas del niño?

En el desayuno	En la comida	En la merienda
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Los alimentos y bebidas que le disgustan son: _____

Tiene dieta especial: _____

Tiene alergias alimentarias: _____

Con quién acostumbra comer: _____

Cuáles son sus hábitos en las comidas: _____

Tiene problemas en mucosa oral: _____

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

Eliminación															
2	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: _____														
	Oxigenación														
	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														
<table border="1"><thead><tr><th></th><th>Cantidad</th><th>Consistencia</th><th>Color</th><th>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>		Cantidad	Consistencia	Color	Olor	Por tubo Tranqueal/Nasal: _____	_____	_____	_____	_____	Por cavidad Oral/Nasal: _____	_____	_____	_____	_____
	Cantidad	Consistencia	Color	Olor											
Por tubo Tranqueal/Nasal: _____	_____	_____	_____	_____											
Por cavidad Oral/Nasal: _____	_____	_____	_____	_____											
Humidificación y oxigenación: _____															
Tiene dificultad para respirar: _____ Cuando camina: _____ Otros: _____ coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diaforesis: _____ Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____															

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

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

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

12 Diga los temores que tiene sobre la enfermedad del niño: _____

Describe los cambios más recientes que hubo en la familia, tales como cambios de domicilio, despido del padre en el trabajo: _____ Separación de los padres: _____
Enfermedad crónica de algún familiar: _____
Cómo ha reaccionado el niño ante los cambios: _____

Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padezcan alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Escuela: _____ Con vecinos y amigos de la familia: Sí _____ No _____
.Toma medicamentos en el hogar, si los toma indique nombres, dosis y vía así como fecha de última toma:

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

¿Hay alguna forma especial para darle los medicamentos al niño? _____

Aprendizaje

13 ¿Su niño está acostumbrado a ir al jardín de niños: Sí _____, no _____
Le gusta estar en casa: Sí _____ No _____ En la escuela: Sí _____ No _____
Qué grado escolar cursa: _____ Cómo considera usted el aprovechamiento del niño: _____
El niño estuvo hospitalizado antes: Sí _____ No _____ A que edad: _____
¿Qué información tiene el niño sobre la hospitalización? _____
¿Qué dice el niño sobre la hospitalización? _____

¿Qué costumbres nuevas tiene su niño? _____

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

Realización

¿Qué espera usted de su hijo? _____

¿Qué esperas de tus padres? _____

¿A quien de la familia su hijo imita? _____

Las precauciones del niño y las de usted (familiar) responden a sus necesidades de salud: _____

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

14

Otros datos: _____

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

Opiniones: _____

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Análisis

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Análisis



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

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

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



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____

Registro: _____ Servicio: _____ Fecha: _____

Nombre del Alumno: _____

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

Código: Grado de dependencia
Total = Dt
Temporal = Dtm
Parcial = Dp
Permanente = Dpr

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



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VIII. PLAN DE ALTA

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

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

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

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

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

Fecha de su próxima cita: _____

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

Reporte Diario (Seguimiento)

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

Valoración Focalizada de la necesidad de: _____

Datos Subjetivos:

Datos Objetivos:

Peso _____ Talla _____ FC _____ FR _____ TA _____ Temp _____

Otros.

A) Habitus Externo

B) Exploración Física de la necesidad (cuando corresponda)

Tipo de Relación:

Acompañamiento:

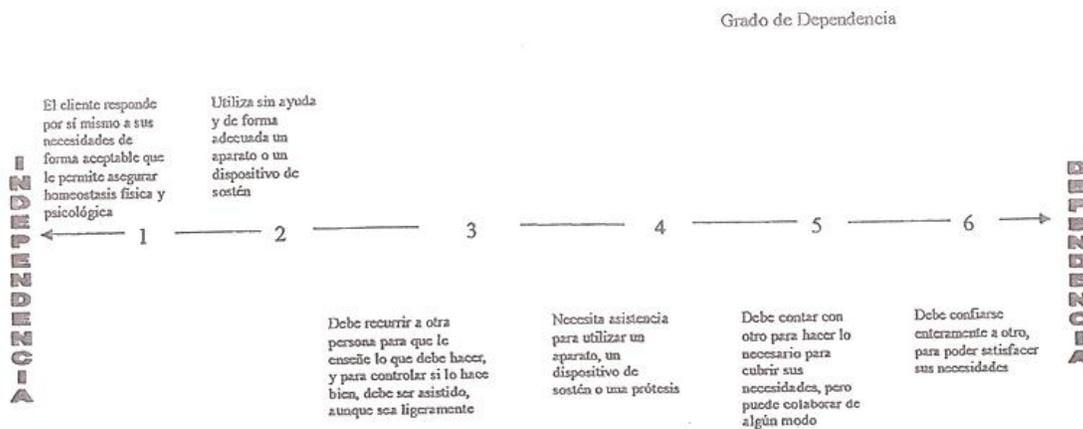
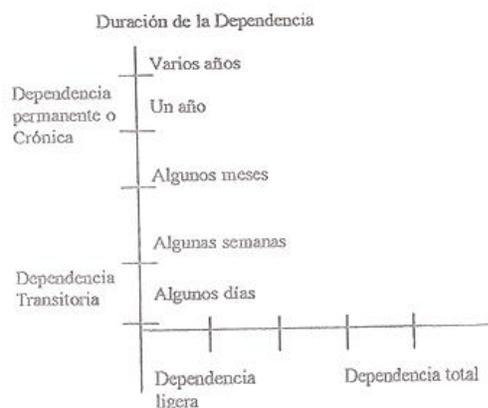
Suplencia:

Ayuda:

Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

Diagnósticos de Enfermería

Comentarios:



Fuente (dos gráficas): Phares M, (1993), El Proceso. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana.