



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL

## ESTUDIO DE CASO

ESCOLAR FEMENINO CON DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO EN EL  
REQUISITO DE MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE  
SECUNDARIO A CONDROSARCOMA EN MUSLO IZQUIERDO,  
METÁSTASICO A PULMÓN

QUÉ PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA  
EN ENFERMERÍA INFANTIL PRESENTA

L.E.O ANTONIA MARTÍNEZ SOTELO

ASESORADO POR:

MAESTRA MARGARITA HERNANDEZ ZAVALA



MÉXICO D.F.

MES DE DICIEMBRE 2013



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.

## DEDICATORIA

Quiero agradecer especialmente a Dios que me dá cada día la vida y la salud para estar lúcida y poder lograr mis metas. Yo no sería nadie si él no estuviera a mi lado en cada momento

A mis padres Hermilo y Plácida, a mis hermanos: Micaela, Olga; Angélica, Fredy y Alicia, a mi sobrina Cristina, a mi cuñado Eduardo Cuautle De La O. A todos y cada uno de ustedes les doy las gracias por su amor y constante preocupación para concluir este trabajo; porque con sus palabras me impulsan a salir adelante y me motivan a no abandonar mis sueños y poderlos hacer realidad. Me han enseñado a ser una guerrera en la vida y a no desistir. Gracias por no dejarme vencer en las grandes tempestades de mi vida, con su amor siempre han logrado que yo siga adelante, los amo.

En memoria de mi paciente Vanessa López Tello: Muy especialmente te doy las gracias por permitirme entrar en tu vida, darme la oportunidad de conocerte y enseñarme que pase lo que pase no debo dejar de sonreír. Gracias por confirmarme que la fortaleza se encuentra en Dios. Todos los días estás en mis pensamientos, te echo de menos. Cada que leo estas líneas te siento cerca de mí, espero que en algún lugar, en algún momento vuelva a encontrarte para seguir aprendiendo de ti.

Mi gratitud a la Maestra Margarita Hernández Zavala que tuvo la paciencia y comprensión para asesorar este trabajo y esperar el término del mismo, su constante preocupación me motivo a concluirlo.

A la Maestra Elvira Solórzano García gracias por su enseñanza, dedicación y gran apoyo brindado.

A la familia López Tello por permitirme entrar en sus vidas, por tenerme la confianza y darme la seguridad de poder realizar este proyecto. Gracias por darme la oportunidad de conocerlos.

A mis compañeras de trabajo, supervisoras, amigas y amigos gracias por su apoyo, por demostrarme su cariño, y confianza.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a la ENEO, a mis maestras compañeras y compañeros.

A todos y cada uno de ustedes gracias.....totales.

## ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>II.</b>	<b>OBJETIVOS DE ESTUDIO DE CASO (General y Especifico)</b>	<b>6</b>
<b>III.</b>	<b>METODOLOGIA</b>	
<b>IV.</b>	<b>FUNDAMENTACION TEÓRICA DEL CASO</b>	
	4.1 ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS)	10
	4.2 PARADIGMAS	14
	4.3 ESCUELAS DEL PENSAMIENTO	18
	4.4 TEORÍA GENERAL DE ENFERMERÍA DE DOROTHEA E. OREM	23
	4.5 FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	37
	4.6 PROCESO DE ENFERMERÍA	47
	4.7 RELACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO CON LA TEORÍA GENERAL DE DOROTHEA E. OREM	76
	4.8 DAÑOS A LA SALUD (PATOLOGÍA)	79
	4.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS (DERECHOS DE LOS NIÑOS, PRINCIPIOS ÉTICOS, CONSENTIMIENTO INFORMACO, DÉCALOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA)	84
<b>V.</b>	<b>DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO</b>	
	5.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN	99
	5.2 MOTIVO DE CONSULTA	99
	5.3 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	100
	5.4 GENOGRAMA	107
	5.5 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	108
	5.6 REQUISITOS DE DESARROLLO	121
	5.7 REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD	122
	5.8 JERARQUIZACION DE REQUISITOS	126
	5.9 CUADRO(REQUISITO UNIVERSAL)	127
	5.10 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMRÍA	135
	5.11 PRESCRIPCION DE ENFERMERÍA	140
	5.12 ACCIONES DE ENFERMERÍA	141
	5.13 ANALISIS	166
<b>VI.</b>	<b>PLAN DE ALTA</b>	<b>168</b>
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</b>	<b>173</b>
<b>VIII.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>175</b>
<b>IX.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>177</b>

## I. INTRODUCCIÓN

El Cáncer es un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado de las células con invasión local de los tejidos y metástasis sistémica. Son cancerosos o malignos más de 100 tipos de tumores que se desarrollan en individuos de ambos sexos y de cualquier edad, raza o grupo étnico o socioeconómico. Nadie está exento de la posibilidad de padecer cáncer.

Un tumor benigno es una masa de tejido normal que no invade ni destruye tejido normal y que tampoco da lugar a metástasis. Los tumores malignos son nocivos sólo si afectan nervios o comprimen órganos vitales.

Un tumor maligno es un crecimiento celular anormal que invade el tejido circundante, suele producir metástasis, tiende a reducir luego de los intentos de extirpación y causa la muerte a menos que se trate de manera adecuada.

Metástasis es la dispersión de las células malignas de un tumor primario hacia sitios distantes a través del sistema circulatorio o el linfático.

El Condrosarcoma es un tumor maligno caracterizado porque sus células formadoras de cartílago y no tejido óseo. Además cuyo tejido neoplásico básico es cartílago bien desarrollado y sin que el estroma sarcomatoso forme directamente osteoide tumoral, puede haber cambios mixoides, calcificación u osificación.

De acuerdo a su origen, el condrosarcoma se divide en primario y secundario y de acuerdo a su localización en el hueso afectado, en condrosarcomas centrales y periféricos.

Los condrosarcomas representan según algunos autores hasta un 20% de los tumores óseos malignos. Además éste presenta algunas características especiales como son las de no ser sensibles a terapias coadyuvantes (radioterapia y quimioterapia). La edad y la localización del condrosarcoma pueden ser factores que afectan la evolución del tumor el pronóstico y el tratamiento.

Este estudio de caso está enfocado en relación al marco teórico a una paciente con condrosarcoma en muslo izquierdo metastásico a pulmón, la cual se encontraba en el área de hospitalización de oncología que se estudia en un periodo del 19 de octubre del 2010 al 11 de noviembre del 2010. Su

desarrollo se lleva a cabo con la aplicación del proceso enfermero, basándose en la Teoría general de enfermería de Dorothea E. Orem que consta de tres teorías relacionadas. *La teoría del autocuidado*: describe lo que una persona precisa y las acciones necesarias que se deben tomar para satisfacer estos requisitos. *La teoría del déficit del autocuidado*: describe las limitaciones para satisfacer los requisitos para el cuidado continuo, y sus efectos sobre la salud y el bienestar de la persona. *La teoría de sistemas enfermeros*: proporciona la estructura para examinar las acciones y el conocimiento necesarios para ayudar a la persona.

Dando importancia al proceso enfermero y su relación con la teoría general de enfermería de Dorothea E. Orem debido a que los cinco pasos del proceso enfermero (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) sirven de base para el cuidado íntegro del paciente.

Sin dejar de mencionar tres principios éticos básicos importantes aceptados en nuestra tradición cultural que guían la toma de decisiones éticas en la atención de la salud: autonomía (el derecho del individuo a elegir), beneficencia (la obligación del prestador de servicios de salud de actuar correctamente y prevenir el daño) y justicia (la noción de que cada quien recibe lo que es justo).

Los aspectos éticos relacionados con la autonomía son consentimiento informado y comunicar la verdad. Para que una persona decida su futuro necesita información exacta, comprender esa información y no ser presionada para la toma de decisiones. Aunque Vanessa es menor de edad su opinión fue tomada en cuenta para que sus padres tomaran la mejor decisión para su tratamiento.

Se Realiza así la jerarquización de los requisitos universales de la teoría del autocuidado y se llevando acabo la prescripción de enfermería. Concluye con un plan de alta el cual se le brinda la familiar para continuar con su autocuidado en su domicilio.

## **II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO**

### **OBJETIVO GENERAL**

Realizar un estudio de caso aplicando las cinco etapas del proceso enfermero, basado en la teoría general de enfermería de Dorothea E. Orem, a una escolar con condrosarcoma utilizando la teoría del déficit de autocuidado para detectar problemas que puedan llevar a complicaciones.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Valorar los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud en una escolar con diagnóstico de Condrosarcoma, y realizar una valoración necesaria para determinar cuáles son los requisitos de autocuidado alterados a resolver.

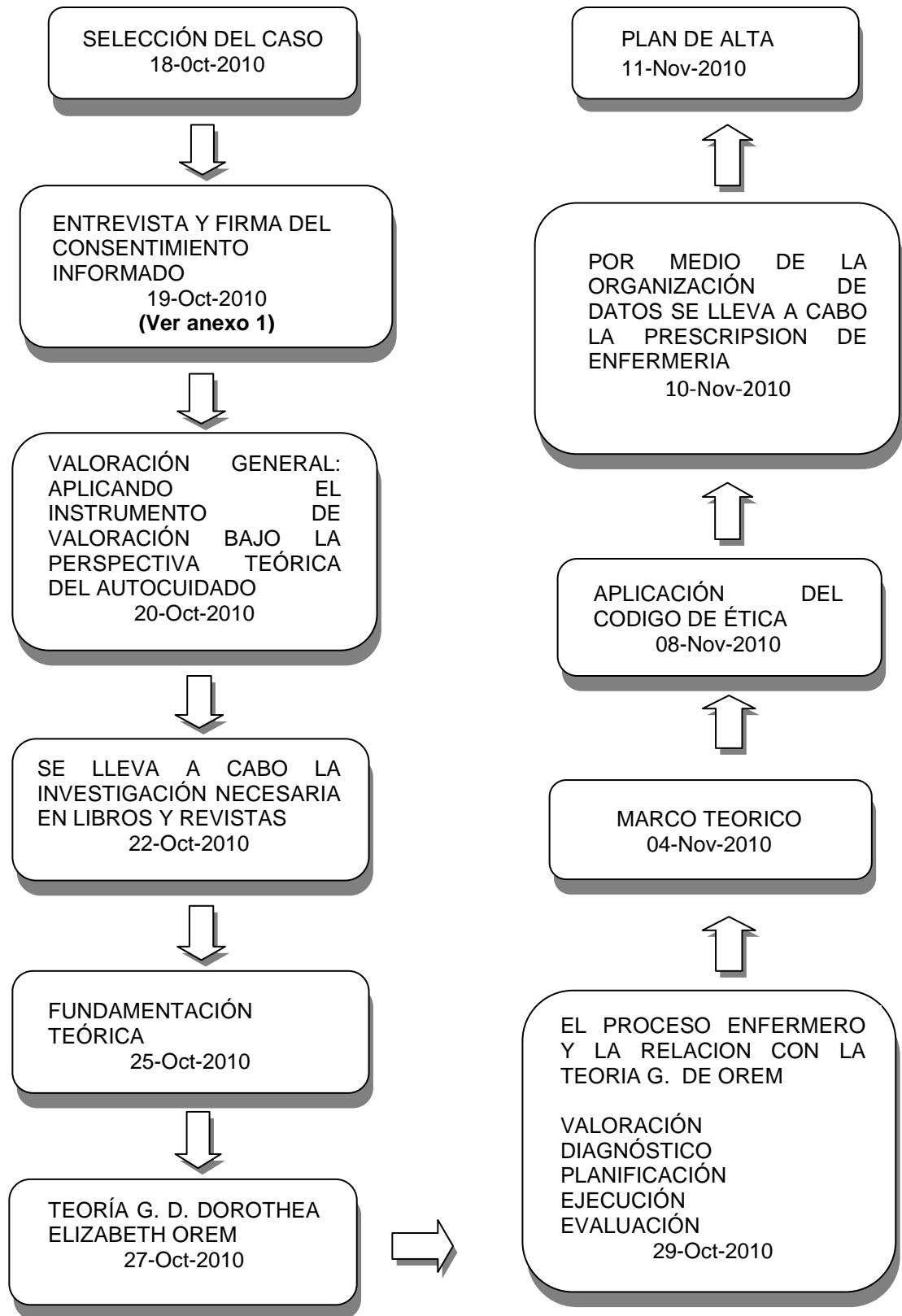
Realizar una jerarquización de los requisitos alterados para evitar complicaciones que puedan llevarme a consecuencias irreversibles.

Realizar diagnósticos de enfermería reales y potenciales para resolver los problemas de mayor a menor complejidad.

Realizar y ejecutar un plan de intervenciones de enfermería especializados que ayuden a mejorar el déficit de autocuidado de acuerdo a la jerarquización de estos.

Realizar un plan de alta que pueda guiar al familiar y al paciente en su hogar con el objetivo de resolver dudas y evitar complicaciones a futuras y dar continuidad en el proceso del cuidado.

### III. METODOLOGÍA (ESQUEMA) <sup>1</sup>



<sup>1</sup> LEO Antonia Martínez Sotelo



## METODOLOGÍA (ANALISIS)

1. Para el estudio de caso clínico se seleccionó a una escolar con Condrosarcoma en el servicio de oncología en la cama 323 del Instituto Nacional de Pediatría durante las prácticas clínicas de la especialidad en enfermería infantil.<sup>2</sup>
2. Se llevó a cabo una entrevista con el papá para solicitarle su consentimiento de llevar a cabo el estudio de caso en donde él acepta, posteriormente se realizó otra entrevista con la mamá en la cual ella firma la carta del consentimiento informado aceptando se realice este estudio ya que Vanessa es menor de edad.
3. Logrando la autorización de ambos padres se inicia la valoración (primera fase del proceso enfermero que incluye la observación, la entrevista, la exploración física, recogida, organización, validación y registro de datos). Aplicando el instrumento de valoración bajo la perspectiva teórica del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.
4. Se llevó a cabo la investigación necesaria relacionada con el estudio de caso en la Biblioteca Central, la Biblioteca del Instituto Nacional de Pediatría, la Biblioteca de la ENEO y la Biblioteca del Hospital de Rehabilitación, revisando libros y revistas que lograran fundamentar el estudio de caso así como enriquecerlo de información acerca de la teoría de Dorothea Elizabeth Orem, el proceso enfermero, el marco teórico y el código de ética.
5. Se organizó la información requerida aplicando las etapas del proceso enfermero y la teoría de Dorothea Orem a la patología de la escolar logrando así lo siguiente.
  - ❖ En la valoración se detectaron problemas de salud en la escolar que le impiden satisfacer sus requisitos de autocuidado.
  - ❖ En el diagnóstico por medio de la interpretación de datos que se obtuvieron en la valoración se realizaron los

---

<sup>2</sup> LEO Antonia Martínez Sotelo

diagnósticos, jerarquizando las alteraciones de salud para determinar así el tipo de diagnóstico.

- ❖ En la planeación se llevaron a cabo estrategias de enfermería para prevenir, reducir o aliviar los problemas de salud de la escolar.
- ❖ En la ejecución se llevó a cabo el plan de cuidados de enfermería para dar solución a los problemas de salud alterados.
- ❖ En la evaluación se determinó el logro de los objetivos o resultados del plan de cuidados de enfermería para obtener conclusiones sobre el estado de salud de la escolar.

6.-Por medio de la organización de datos se lleva a cabo la precisión de enfermería, concluyendo con un plan de alta.

## IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

### 4.1 ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS)

Para este estudio de caso se visitaron varias bibliotecas y se consultaron diversas revistas clínicas de las cuales se seleccionaron las más importantes de acuerdo a la patología de la escolar.

1) En el artículo **Tratamientos contra el cáncer: “armas inteligentes” que atacan el cáncer mediante novedosos mecanismos** de Jeanne Held-Warmkessel especialista en enfermería clínica, nos dice que la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia son todavía los métodos de tratamiento principales frente al cáncer. Los fármacos de quimioterapia destruyen las células neoplásicas de manera no selectiva debido a que su mecanismo de acción se basa en destruir las células que muestran una división celular rápida, entre ellas muchas células normales del cuerpo. A consecuencia de ello, la quimioterapia causa efectos adversos como alopecia, depresión de la médula ósea, mucositis, náuseas y vómitos.

Por el contrario, los tratamientos dirigidos están diseñados para actuar sobre receptores específicos localizados en la superficie o en el interior de ciertas células cancerosas. Estos receptores hacen que las células tumorales se puedan dividir con rapidez y producir así más células neoplásicas. Al unirse a los receptores, los medicamentos utilizados en los tratamientos dirigidos interfieren con la división de las células tumorales. Uno de los objetivos más habituales localizados en la superficie de las células neoplásicas y de las células corporales normales es el receptor del factor de crecimiento epidérmico.<sup>3</sup>

*Comentario: Este artículo se relaciona con el estudio de caso ya que Vanessa fue candidata a cirugía la cual no se llevó a cabo por decisión de sus padres, pero recibió quimioterapia como tratamiento para el cáncer de la cual presento como consecuencia vómitos persistentes y alopecia.*

---

<sup>3</sup> Jeanne Held-Warmkessel. Nursing. 2009, Volumen 27, Numero 5

2) En el artículo **Administración de quimioterapia intravenosa en el paciente oncológico** de Alfredo José Leucendo Villarín y Laura Polo Araujo nos dice que la administración de fármacos antineoplásicos en ciclos repetidos por vía intravenosa es uno de los pilares fundamentales en el tratamiento del enfermo oncológico.

Las diferencias entre el manejo de estas sustancias y el de otros fármacos y soluciones, y la necesidad de repetidas punciones determinan la importancia de la adecuada elección de la vía venosa de administración, central o periférica, y la localización de esta última.

Durante la manipulación de fármacos antineoplásicos se requiere observar una serie de medidas, a fin de reducir las complicaciones para el paciente, asegurar el máximo beneficio del tratamiento y proteger al personal sanitario de los riesgos potenciales que poseen estas sustancias.<sup>4</sup>

*Comentario: Este artículo se relaciona con el estudio de caso debido a que Vanessa recibió dos ciclos de quimioterapia durante su hospitalización el primer ciclo se ministró por catéter venoso central y el segundo ciclo por catéter puerto. De las cuales se llevan a cabo las medidas necesarias para su aplicación evitando así complicaciones para Vanessa y para el personal de enfermería.*

3) En el artículo **Soporte nutricional con NET o con NPT** de Taiga Sudakin nos dice que dado que la NPT es un tratamiento invasivo, es apropiada en los pacientes en los que no es posible el acceso enteral o bien en los que el paciente no puede tolerar la alimentación enteral. Mediante un catéter venoso central (CVC), con la NPT el paciente puede recibir concentraciones mayores de nutrientes que cuando se utiliza un acceso venoso periférico. El paciente debe ser atendido por un equipo multidisciplinario debido a que el soporte nutricional especializado puede dar lugar a complicaciones graves. Su papel es la valoración de la situación para la prevención o la minimización de los posibles problemas.<sup>5</sup>

*Comentario: Este artículo se relaciona con el estudio de caso debido a que Vanessa recibió NPT por 14 días por (CVC) hay que considerar que cuando un paciente tiene un catéter se deben llevar a cabo las medidas específicas*

---

<sup>4</sup> Alfredo José Lecendo V y Laura Polo A. Enfermería Clínica 2003; 13,(1):66-72

<sup>5</sup> Taiga Sudakin Nursing. 2007. Volumen 25, Número 9. 18-20

*necesarias para evitar complicaciones como lo son las infecciones relacionadas con catéteres intravasculares.*

4) En el artículo **Tratamientos con Hemoderivados** de Lynda S. Cook, RN, MSRN, CRN nos menciona que los componentes de la sangre que se mantiene en bancos de sangre son partes de la sangre entera que se almacenan y administran en su forma biológica original es decir, sin introducir modificaciones de carácter farmacológico. Los concentrados de hematíes, plaquetas, plasma y crioprecipitados; todos ellos se utilizan con frecuencia en los pacientes traumatológicos, quirúrgicos y oncológicos y en otros pacientes con problemas patológicos. La adición de conservantes y de anticoagulantes, así como la eliminación de los restos celulares (como los leucocitos), amplía el periodo de conservación de los hemoderivados sin alterar sus características biológicas.<sup>6</sup>

*Comentario: Este artículo se relaciona con el estudio de caso ya que Vanessa fue transfundida con plaquetas, plasma y concentrados eritrocitarios en los días más críticos de su enfermedad logrando así su recuperación y llevando a cabo las medidas necesariamente estrictas al realizar la transfusión sanguínea.*

5) En el artículo **Infección relacionada con catéteres intravasculares** de Juan Carlos Yébenes y José Antonio Capdevila nos dice que los catéteres intravasculares son una herramienta de incuestionable valor en el tratamiento de los pacientes que necesitan accesos venosos para extraer muestras sanguíneas, recibir fármacos vasoactivos, nutrición parenteral o ser monitorizados hemodinámicamente. Sin embargo, a pesar de su utilidad, su uso no está exento de posibles complicaciones, mecánicas e infecciosas, de las que la bacteriemia relacionada con el catéter es la más importante complicación asociada al uso de catéteres intravasculares, tanto por su frecuencia como por su morbilidad.<sup>7</sup>

*Comentario: Este artículo se relaciona con el estudio de caso ya que a Vanessa se le coloca un catéter venoso central posteriormente presenta fiebre persistente, por lo que se retira el catéter del cual el cultivo reporta*

---

<sup>6</sup> Lynda S. Cook, RN, MSRN, CRN. Nursing. 2009, volumen 27, Número 9 26-29

<sup>7</sup> Juan Carlos Yébenes y José Antonio Cepdevila. Med Clin (Barc) 2002; 119 (13): 500-7

*levaduras, y se diagnóstica a Vanessa como sepsis grave infección asociada a catéter por hongos.*

6) En el artículo **Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería** de Anna Falcó Pegueroles nos comenta la enfermería, profesional basada en las relaciones entre personas, debe saber relacionarse y disfrutar del trato entre semejantes. La actitud vocacional es imprescindible para relacionarse con personas que demandan una atención de cuidados en una situación vital determinada. La responsabilidad profesional significa responder de la salud y bienestar del paciente.<sup>8</sup>

*Comentario: Considero que llevando a la práctica los valores y principios con el paciente y su familia se puede disfrutar de un trato amable y digno, podemos ganar su confianza, que nos permita realizar mejor nuestro trabajo, descubriendo que le gusta y que no le gusta a nuestro paciente para hacer que se sienta en un ambiente agradable y cómodo.*

7) En el artículo **Informe de enfermería al alta ¿fin del episodio de cuidados?** De Soto Calderón M, Rueda Gracia I, Lorente Samper L, Navarro Jarque C, Revenaue V. nos dicen que el informe de alta de enfermería recoge las circunstancias más relevantes relacionadas con la atención y cuidados prestados al usuario. El informe de alta de enfermería supone un importante documento de la actividad enfermera. Puede considerarse en un vehículo que sirva para evaluar los cuidados enfermeros prestados y la continuidad de los mismos.<sup>9</sup>

*Comentario: Este artículo se relaciona con el estudio de caso ya que se llevó a cabo el plan de alta, que debido a la continuidad de los cuidados y para evitar recaídas futuras se le ofreció a la mamá de Vanessa. con el propósito de resolver dudas y para que los familiares llevaran a cabo los cuidados necesarios prescritos por enfermería.*

---

<sup>8</sup> Anna Falcó Pegueroles. Enfermería clínica. 2005; 15 (5):287-90

<sup>9</sup> Soto Calderón M, Rueda Gracia I, Lorente Samper L, Navarro Jarque C, Revenaue V. Revista de enfermería. Vol. 31, Número 5, Mayo 2008. 61-62

## 4.2 PARADIGMAS

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidados al lado de las personas provenientes de diversos lugares. Estas enfermeras, a menudo llamadas enfermeras teorizadoras y metateóricas han querido delimitar el campo de la disciplina enfermera y es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica en el campo de la disciplina enfermera.<sup>10</sup>

- **PARADIGMA:** Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas paradigmas.

### 1) PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos corrientes en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública (1850-1900) que se centra tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad (1900-1950) y estrechamente unida a la práctica médica.

Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

#### a) ORIENTACIÓN HACIA LA SALUD PÚBLICA

Se sitúa en el alba de la sociedad moderna occidental, desde el siglo XIII al XIX. La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación.

---

<sup>10</sup> Dr. José Narro Robles, (2009) teorías y Modelos de Enfermería (2ed.), México D.F. ENEO p. 63-79

Florence Nightingale, gracias a su educación, su experiencia en cuidados enfermeros y su personalidad, se revela como la única persona calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en los hospitales militares ingleses durante la guerra de Crimea. Acompañada de cuarenta enfermeras laicas y religiosas, Florence Nightingale intenta dar a los hospitales las condiciones de higiene más elementales. Instruida de matemáticas, recopila las estadísticas relacionadas con las mejoras sanitarias y las tasas de mortalidad. En menos de 6 meses, las enfermeras se ganan el respeto de los cirujanos militares, opuestos en principio a la presencia de mujeres en el seno de la armada inglesa

Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados en la observación y la experiencia y van dirigidos a todos enfermos y gente sana independientemente de las diferencias biológicas, económicas creencias y enfermedades.

- **METAPARADIGMAS:** Son los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería; persona, entorno, salud y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales.<sup>11</sup>
- ❖ **Persona:** Ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera, denominada por Nightingale.
- ❖ **Entorno:** Condiciones y fuerzas externas que afectan la vida.
- ❖ **Salud:** No es solamente lo opuesto a la enfermedad, significa igualmente la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos.
- ❖ **Enfermería:** Es la que colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad. La que facilita la reparación de una persona.
- ❖ **Cuidado:** Es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal

---

<sup>11</sup> Fanny Cisneros G. Enfermera Especialista. Teorías y Modelos de Enfermería. Popayán, febrero 2005



## b) ORIENTACION HACIA LA ENFERMEDAD

La orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas. Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y de la cultura y su origen se reduce a una causa única.

### ➤ METAPARADIGMAS

- ❖ **Persona:** Es un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente que empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte.
- ❖ **Entorno:** Es un elemento separado de la persona y puede ser manipulado y controlado
- ❖ **Salud:** Es un equilibrio altamente deseable y es percibida como positiva. Sinónimo de ausencia de enfermedad
- ❖ **Cuidado:** Enfocado hacia los problemas, los déficit o las incapacidades de la persona

## 2) PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

El paradigma de la integración (1950-1975) prolonga el paradigma de la categorización. Y ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Esta orientación está marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. Como reacción al sufrimiento humano vivido durante la crisis económica de los años 1930 y de la Segunda Guerra Mundial. Esta evolución social da lugar a una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica.

### ➤ **METAPARADIGMAS**

- ❖ **Persona:** Es un todo formado por la suma de sus partes que están interrelacionadas entre sí.
- ❖ **Entorno:** Está constituido por diversos contextos en el que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación.
- ❖ **Salud:** Es una entidad que coexiste y está en interacción dinámica con la enfermedad
- ❖ **Cuidado:** Va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones

### **3) PARADIGMA DE LA TRANSFORMACION**

El paradigma de la transformación (1975-20xx) representa un cambio de mentalidad sin precedentes y es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

### ➤ **METAPARADIGMAS**

- ❖ **Persona:** Es un todo indivisible mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta, que evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades.
- ❖ **Salud:** Es un valor y una experiencia vivida siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.
- ❖ **Entorno:** Es el conjunto del universo que están en constante cambio, mutuo y simultaneo, tiene su propio ritmo y se orienta hacia una dirección imprevisible.
- ❖ **Cuidado:** Va dirigido al bienestar, tal y como la persona lo define.

Después de la década de los años 70, una gran preocupación de las enfermeras por los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado permite el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias de sus convicciones y van y vienen entre los diferentes paradigmas para el desarrollo del conocimiento en ciencias enfermeras. La disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido en estos últimos siglos.

### 4.3 ESCUELAS DEL PENSAMIENTO

#### 1) ESCUELA DE LAS NECESIDADES

Los modelos de esta escuela han intentado responder a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? Según estos modelos, el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson, 1964) o en su capacidad de llevar a cabo su autocuidado (Orem, 1991). La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por si misma ciertas actividades relacionadas con su salud y la ayuda a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de su autocuidado.<sup>12</sup>

Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, en su aportación con el modelo de la independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales, del cual presenta catorce necesidades Dorothea Orem en su aportación con el modelo del autocuidado, elabora una teoría general para la práctica enfermera y Faye Abdellah

**Virginia Henderson define enfermería** como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila.

**Dorothea Orem define enfermería** como cuidados. El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto

---

<sup>12</sup> Dr. José Narro Robles,(2009)teorías y Modelos de Enfermería (2ed.), México D.F. ENEO. P-83-111

metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros” puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

## **2) ESCUELA DE LA INTERACCIÓN**

Esta escuela aparece a finales de los años 50 y principios de los 60. Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela han intentado responder a la pregunta ¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo? y han centrado su interés sobre los procesos de interacción entre la enfermera y la persona.

Las teorizadoras señalan que la enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención. Estas teorizadoras dicen que debe mantenerse la integridad de la persona que es capaz de reconocer sus necesidades y que tiende hacia su actualización. La enfermera es considerada como una experiencia humana que puede permitir el crecimiento si la persona comprende su significado.

Las teorizadoras de esta escuela son Hildegard Peplau, Josephine Paterson y Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King (Meleis 1991). Siendo Peplau la pionera de esta escuela.

**Para Hildegard Peplau la enfermería** se ocupa de las necesidades de salud, de individuos y grupos de la comunidad. Proceso terapéutico interpersonal, que se realiza a través de la relación entre el individuo y la enfermera.

**Imogene King para ella enfermería** es considerada como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; las imperfecciones de la enfermera y cliente, incluyen en la relación. Promueve, mantiene y restaura la salud, y cuida en una enfermedad, lesión o a un cliente moribundo. Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados de enfermería.

### 3) ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES

La escuela de los efectos deseables. Quiere responder a la pregunta ¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen? Sin ignorar el qué y el cómo, este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros. Consideran que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía. Estas teorizadoras se han inspirado en las teorías de adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de los sistemas.

Las enfermeras teorizadoras de esta escuela son Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Neuman. Describen el modelo conceptual de la adaptación de Roy (Roy y Andrews, 1991), uno de los más elaborados, con el fin de ilustrar las concepciones que forman parte de esta escuela.

**Para Dorothy Johnson enfermería** es la fuerza externa destinada a restablecer la estabilidad del sistema.

**Para Myra Estrin Levine enfermería** es una interacción humana, cuyas actividades incluyen el uso de los principios científicos mediante la aplicación del proceso de enfermería, el cual consta de valoración actualización y evaluación.

**Betty Neuman define enfermería** como un rol de cuidados, facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación.

### 4) ESCUELA DE LA PROMOCION DE LA SALUD

Esta escuela responde de nuevo a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? A pesar de estar centrada sobre el qué de los cuidados enfermeros, la promoción de comportamientos de salud, esta escuela se interesa en cómo lograrlos y también por cuál en su meta respondiendo igualmente a la pregunta: ¿a quién van dirigidos los cuidados enfermeros?

La teorizadora Moyra Allen elabora el modelo conocido con el nombre Modelo de McGill que es considerado ya como modelo conceptual y de intervención. La filosofía de los cuidados de salud primarios y la teoría de aprendizaje social de Bandura son las fuentes explícitas subyacentes en esta concepción.

## **5) ESCUELA DEL SER HUMANO UNITARIO**

Se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Las teorizadoras de esta escuela intentan responder a la pregunta ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?.

Martha Rogers presenta una concepción de la disciplina enfermera que se desmarca de otras por su originalidad e insiste en sus primeros escritos sobre la especificidad de la disciplina enfermera basada sobre una ciencia del ser humano unitario y propone a las enfermeras una visión de la persona y de los cuidados enfermeros que produce de trabajos filosóficos, de teorías de la física y de la teoría general de los sistemas de von Bertalaffy.

Otras teorizadoras se han unido a esta escuela. Se trata de Margaret Newman y de Rosemarie Rizzo Parse.

## **6) ESCUELA DE CARING**

Esta escuela, que tiene por conceptos centrales el caring y la cultura, se sitúa también en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación. Centrándose en el cuidado intenta responder de nuevo a la pregunta ¿Cómo las enfermeras hacen lo que hacen?

Caring reemplaza a aquella en la que el enfoque comprende la promoción, la prevención y la restauración de la salud, Caring significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias, la forma de vida y la cultura de las personas.

Las teorizadoras son: Jean Watson con la aportación. La teoría del cuidado humano y Madeleine Leininger con la partición la teoría de la diversidad y de la universalidad del cuidado cultural.

Así, los modelos conceptuales reflejan la riqueza del pensamiento enfermero que está continuamente en evolución. Las diferentes escuelas ponen énfasis en diversos elementos, según las épocas en que las concepciones se han elaborado, que son guías para la práctica, la formación, la investigación y la gestión en ciencias enfermeras.

## 4.4 TEORÍA GENERAL DE ENFERMERÍA DE DOROTHEA E. OREM

### BIOGRAFÍA

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Su padre era un constructor a quien le gustaba pescar y su madre era un ama de casa a quien le gustaba leer. La menor de dos hermanas, Orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington D.C., donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. Orem recibió posteriormente un B.S.N.E. de la Catholic University of America (CUA) en 1939 y, en 1946, obtuvo un M.S.N.E. de la misma universidad.<sup>13</sup>

Sus experiencias enfermeras más tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermeras de servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario), miembros del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949. Tras marcharse de Detroit, Orem pasó 8 años (de 1949 a 1957) en Indiana, trabajando en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health.

Su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo, Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería (Orem, 1956).

En 1957, Orem se trasladó a Washington, D.C., donde trabajó en el Office of Education, en el U.S. Departamento of Health, Education and Welfare como asesora de programas de estudio. De 1958 a 1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras, lo que despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta: ¿Cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta, en 1959 se publicó Guidelines

---

<sup>13</sup> Ann Marriner Tomey y Martha Raile Alligood (2007). Modelos y Teorías en Enfermería (6 ed.). Madrid, España: Es Sevier Mosby.



for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses (Orem, 1959). Más tarde, ese mismo año, Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación enfermera en la

CUA. Además, trabajó también como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. Continuó desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA. La formalización de los conceptos se deba a veces por sí sola y a veces juntamente con otros conceptos. El Members of the Nursing Models Committee de la CUA y el Improvement in Nursing Group, que se convirtió más tarde en el Nursing Development Conference Group (NDCG), contribuyeron al desarrollo de la teoría. Orem aportó el liderazgo intelectual por medio de estos intentos de colaboración.

En 1970, Orem abandonó la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora. El primer libro publicado por Orem, en 1971, fue Nursing: Concepts of Practice (Orem, 1971). Mientras preparaba y revisaba Concept Formalization in Nursing: Process and Product, Orem era editora de la NDCG (NDCG, 1972, 1979). Las siguientes ediciones de Nursing: Concepts of Practice se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001. Orem se jubiló en 1984 y vive en Savannah, Georgia. Sigue trabajando, sola o con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA).

La Georgetown University le confirió a Orem el título honorario de Doctor of Science en 1976. Recibió el premio Alumni Association Award for Nursing Theory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos, se incluyen el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Human Letters, Illinois Wesleyan University (IWU), en 1988; el Linda Richards Award, National League for Nursing, en 1991, y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing, en 1992. Fue nombrada doctora Honoris causa de la Universidad de Missouri en 1998.

Muchos artículos y presentaciones de Orem proporcionan una idea de sus puntos de vista sobre práctica enfermera, formación enfermera y ciencia enfermera. Algunos de estos artículos están actualmente disponibles en las escuelas de enfermería en una compilación editada por Renpenning y Taylor (2003). Otros artículos de Orem y estudiantes que trabajaron con ella en el desarrollo de la teoría se hallan en la Johns Hopkins University

## FUENTES TEÓRICAS

Buena conocedora de la literatura y del pensamiento enfermero contemporáneo, Orem no recibió la influencia directa de ningún líder en enfermería. Su asociación con muchas enfermeras a lo largo de los años ha aportado numerosas experiencias formativas, y considera que su trabajo con estudiantes licenciados y su trabajo de colaboración con otros colaboradores han resultado muy valiosos. Aunque no reconoce haber recibido ninguna influencia importante, sí que cita muchos de los trabajos de otras enfermeras, según sus contribuciones a la enfermería, entre ellas Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach. También cita numerosos autores de otras disciplinas, entre ellos Gordon Allport, Chester Barnard, René Dubos, Erich Fromm, Garty Jaco, Robert Katz, Kurt Lewin, Ernest Nagel, Talcott Parsons, Hans Selye, Magda Arnold, William Wallace, Bernard Lonergan y Ludwig von Bertalanffy. Se requiere una cierta familiarización con estas fuentes para poder comprender debidamente la obra de Orem.

Orem identificó su visión filosófica como una visión de realismo moderado, como la describe Wallace (1979, 1996). Banfield (1997) presentó un análisis de los fundamentos metafísicos y epistemológicos de la labor de Orem. Banfield concluyó que <<la visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en proceso de conversión y que poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales>> son el fundamento de la TEDA. Taylor, Geden, Isaramalai y Wongvatunyu (2000) también exploraron los fundamentos filosóficos de la teoría. Orem (1997) explicó con detalle sus interpretaciones sobre la persona en un estudio reciente. La teoría de la acción, en la perspectiva de la persona como actor o agente deliberado, forma la base para la teoría. Esta perspectiva se aplica a todas las personas en la situación enfermera, incluyendo a la enfermera, al paciente y a la familia. Los conceptos de la ciencia especulativa y práctica son otros de los fundamentos (Orem, 1997). Gullifer (1997) sugiere que los <<consejos de Orem en el nexo enfermera-paciente pueden interpretarse como parcialmente basados en la filosofía kantiana>> incluidos el imperativo categórico y la fusión de la mente y el cuerpo.

Las interpretaciones de Orem de la ciencia enfermera como ciencia práctica son básicas para entender cómo se recoge e interpreta la evidencia empírica. Las

Ciencias prácticas incluyen las especulativamente prácticas, las prácticamente prácticas y las ciencias aplicadas. En la edición más reciente, Orem (2001) identificó dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativas: las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias que sirven de fundamento. Las ciencias de la práctica enfermera incluyen las ciencias de la enfermería completamente compensatoria, enfermería parcialmente compensatoria y la de apoyo educativo o de desarrollo de la enfermería. Las ciencias enfermeras que sirven de fundamento incluyen las ciencias del autocuidado, agencias de autocuidado y el cuidado humano. Además, proporcione el desarrollo de la ciencia enfermera aplicada y de las ciencias básicas, no enfermeras, como parte de la evidencia empírica asociada con la práctica enfermera.

## **UTILIZACION DE PRUEBAS EMPIRICAS**

Orem formulo su concepto de enfermería en relación al autocuidado como parte de un estudio sobre la organización y la administración de los hospitales, estudio que ella llevó a cabo en la Indiana State Department of Health (Orem 1956). Este trabajo le permitió formular y expresar su concepto de la enfermería. Adquirió su conocimiento de las características de la práctica enfermera a lo largo de varios años. En el desarrollo de sus ideas y de la validación de sus conclusiones, Orem utilizó los métodos científico y filosófico. Desde la primera vez que la TEDA fue publicada, se ha realizado una ampliación de la evidencia empírica que a contribuido al desarrollo del conocimiento teórico. Gran parte de este se incorpora al desarrollo continuo de la teoría, aunque los puntos básicos de la teoría permanecen intactos.

## PRINCIPALES SUPUESTOS

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de 1970, fueron presentados por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette University en 1973. Orem (2001) identificó las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de las sostenibilidad de la vida los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo de maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y con los demás.

*La teoría de Orem consta de tres teorías relacionadas: La Teoría del Autocuidado, La teoría del Déficit de Autocuidado, y la Teoría de Sistemas de Enfermería, que en conjunto se refieren a la Teoría General de la Enfermería de Dorothea Elizabeth Orem.*<sup>14</sup>

## **TEORÍA DEL AUTOCUIDADO**

- El **AUTOCUIDADO**: Es una acción de las personas maduras y en reposo de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas en sus situaciones ambientales. Abarca todas las actividades llevadas a cabo de forma independiente por un individuo para promocionar y mantener el bienestar personal durante toda su vida. En el término autocuidado, la palabra auto se utiliza en el sentido del ser humano completo.<sup>15</sup>
  
- **AGENCIA DE AUTOCUIDADO**: Es la capacidad de un individuo para llevar a cabo las actividades de autocuidado. Orem usa la palabra **agente** para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les denomina **AGENTES DE AUTOCUIDADO**. La capacidad de los individuos para participar en su propio autocuidado recibe el nombre de **agencia de autocuidado**.
  
- **AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE**: Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería este concepto lo denomina agencia de cuidado dependiente y describe al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado como **agente de cuidado dependiente**. En las situaciones en que la enfermera proporciona cuidados, usa la agencia de enfermería.

---

<sup>14</sup> Ruby L Wesley, RN, PhD, CRRN (1997). Teorías y Modelos de Enfermería (2 ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

<sup>15</sup> Ann Marinear Tomey, Martha Raise Alligood (2007) Modelos y teorías de enfermería (sexta edición), el ServierMosby, Madrid España

➤ **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO:** Son las acciones o medidas utilizadas para proporcionar autocuidado; también se las denomina necesidades de autocuidado. Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo, o entorno ambiental de un individuo. Estas actividades son las llamadas **requisitos de autocuidado universal**. El término requisito se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo. Hay dos tipos más de requisitos de autocuidado, **los de desarrollo** y los de **desviación de la salud**.

➤ **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL.** Orem ha identificado y descrito ocho requisitos que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo, o entorno ambiental de un individuo en las diferentes etapas del ciclo vital. Y que constituyen una parte importante en la valoración del paciente<sup>16</sup>

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con el proceso de la eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad)

---

<sup>16</sup> Stephen J. Cavanagh (1993) Modelo de Orem aplicación práctica. España: Masson.Salvat enfermería

➤ **FACTORES QUE PUEDEN CONDICIONAR LA SATISFACCIÓN DE CADA REQUISITO**

**1) MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.**

- ❖ Interferencia ambiental, disponibilidad y composición de aire.
  - a) Composición y presión parcial de oxígeno del aire atmosférico en desacuerdo con los requisitos fisiológicos.
  - b) Disponibilidad de aire.<sup>17</sup>
  
- ❖ Interferencias con el proceso de ventilación pulmonar.
  - a) Interferencia en el flujo de aire.
  - b) Factores asociados con cambios en la adaptabilidad pulmonar y la capacidad pulmonar vital.
  - c) Interferencia en la óptima ventilación alveolar con o sin deterioro de la difusión.
  - d) Interferencia en el mantenimiento del equilibrio gaseoso entre el aire alveolar y la sangre pulmonar.
  - e) Factores que afectan a los mecanismos reguladores nerviosos centrales y neuroquímicos de la respiración.
  
- ❖ Cambios de la respiración normal asociados con estados fisiológicos y psicológicos seleccionados
  - a) Estados caracterizados, en parte, por el cese temporal de la respiración.
  - b) Ausencia de respiración.
  - c) Estados caracterizados, en parte, por experiencias de distrés respiratorio o por cambios de la profundidad y frecuencia de la respiración.
  - d) Estados caracterizados, en parte, por descenso de la frecuencia respiratoria con disminución de la ventilación pulmonar y la capacidad vital.
  - e) Estados en los que hay un marcado aumento del esfuerzo respiratorio.

---

<sup>17</sup> Dorothea E. Orem. (1993). Modelo de Orem Conceptos de enfermería en la práctica. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona España. Masson, Salvat.

## **2 y 3) MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA Y ALIMENTOS**

- ❖ Interferencias en la ingestión y mantenimiento de agua y alimentos en la boca.
  - a) Condiciones y circunstancias que interfieren el acceso al agua y a los alimentos.
  - b) Características del agua y los alimentos disponibles que provocan reticencia o rechazo a ingerir o mantener en la boca el agua y los alimentos.
  - c) Condiciones internas y externas que interfieren la atención, o suprimen el deseo o la disponibilidad para ingerir, recibir, o mantener en la boca el agua y los alimentos.
  - d) Condiciones y circunstancias que interfieren los procesos naturales de ingestión y mantenimiento del agua y los alimentos en la boca.
  
- ❖ Interferencia en la masticación
  - a) Condiciones que interfieren el aplastamiento y desmenuzamiento de los alimentos.
  - b) Condiciones y circunstancias que entorpecen la mezcla de los alimentos con la saliva.
  
- ❖ Interferencia en la deglución.
  - a) Condiciones y circunstancias que interfieren el movimiento de los líquidos o los alimentos masticados y humedecidos desde la boca al espacio entre la base de la lengua y la pared posterior de la faringe (fase oral voluntaria de la deglución).
  - b) Condiciones y circunstancias que interfieren la llegada de alimentos o líquidos a la faringe, el proceso a través de la faringe y del esfínter faringoesofágico hasta el esófago (fase de reflejo faríngeo de la deglución).
  - c) Condiciones y circunstancias que interfieren el paso de alimentos y líquidos a través del esófago y a través del esfínter esofágico inferior al estómago (fase del reflejo esofágico de la deglución)



#### **4) PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS**

❖ Evacuación intestinal

- a) Cambios en los patrones de evacuación intestinal, heces e integridad intestinal.
- b) Sensaciones y emociones asociadas con la evacuación intestinal.
- c) Realización de cuidados
- d) Entorno.

❖ Micción

- a) Cambios en los patrones de micción, en la orina y en la integridad de los órganos.

❖ Perspiración

- a) Cambios de los patrones normales de sudoración en condiciones y circunstancias específicas.
- b) Reacciones y sentimientos asociados
- c) Realización de cuidados
- d) Entorno.

❖ Menstruación

- a) Cambios del patrón normal de la menstruación o supresión de esta.
- b) Sensaciones y emociones asociadas con la menstruación o la ausencia de ella.
- c) Realización de cuidados.
- d) Entorno.

## **5) MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO**

### ❖ Factores humanos

- a) Factores que interfieren en el equilibrio entre la actividad y el reposo.
- b) Condiciones específicas que interfieren en el equilibrio entre la actividad y el reposo

### ❖ Factores ambientales

- a) Entorno social.
- b) Los recursos y el tiempo son inadecuados para ocuparse de un trabajo productivo.
- c) Entorno físico
- d) Situación ambiental.

## **6) MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL**

### ❖ Condiciones de vida.

- a) Aislamiento de otras personas.
- b) Demanda continua de interacción con otras personas durante las horas de vigilia.
- c) Continúa implicación en la provisión de cuidados asociados con una lesión o enfermedad aguda o crónica.

### ❖ Factores humanos

- a) Factores personales.
- b) Interferencias específicas

### ❖ Factores ambientales

- a) Las personas para el contacto e interacción social.

- b) Condiciones y recursos físicos ambientales que facilitan o dificultan. Los contactos e interacciones sociales. La soledad.

## **7) PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR**

- ❖ Factores humanos

- a) Estados.
- b) Interferencias específicas.

- ❖ Factores ambientales

- a) Peligros físicos.
- b) Condiciones sociales.
- c) Recursos.
- d) Grupo social.

## **8) PROMOCIÓN DE LA NORMALIDAD**

- ❖ Factores humanos

- a) Estados.
- b) Factores específicos.

- ❖ Factores ambientales

- a) Sociales.
- b) Condiciones y recursos que no apoyan el desarrollo personal y no son adecuados para mantener condiciones de vida satisfactorias.

## ➤ REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

Además de los requisitos de autocuidado universal, esenciales para todas las personas de todas las etapas de desarrollo, Orem ha identificado un segundo tipo de requisitos, asociados con los procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital. Estos requisitos se clasifican principalmente en dos:

### a) ETAPAS ESPECÍFICAS DE DESARROLLO

Este grupo de requisitos de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo, en tales etapas debe presentarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesarios para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo.

Etapas de desarrollo específicas:

1. Vida intrauterina y nacimiento.
2. Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
3. Lactancia.
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
5. Etapas de desarrollo de edad adulta.
6. Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Orem argumenta que en cada una de estas etapas de desarrollo deben considerarse los requisitos de autocuidado universal, pero que también puede haber demandas específicas de salud a causa del nivel prevalente de desarrollo del individuo. Por ejemplo: mientras que los adultos sanos son capaces de cuidar del control de su propia temperatura corporal, por razones de desarrollo, un neonato requiere asistencia para cubrir esta necesidad.

### b) CONDICIONES QUE AFECTAN EL DESARROLLO HUMANO

El segundo grupo de requisitos de autocuidado de desarrollo implican la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano, tiene dos subtipos: El primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas: los ejemplos incluyen la provisión de descanso y

nutrición adecuados durante el embarazo. El segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición o acontecimiento vital particular: los ejemplos incluyen las respuestas a acontecimientos vitales específicos, como la paternidad/maternidad, o los cambios en las condiciones económicas y sociales.

Condiciones relevantes:

1. Deprivación educacional.
2. Problemas de adaptación social.
3. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
4. Pérdida de posesiones o del trabajo.
5. Cambio súbito en las condiciones de vida.
6. Cambios de posición, ya sea social o económica.
7. Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
8. Enfermedad terminal o muerte esperada.
9. Peligros ambientales

#### ➤ **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD**

Estos requisitos de autocuidado existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

Bajo estas circunstancias, el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales.
2. Ser conscientes de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre su desarrollo, y atender a ellos.

3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas, y de rehabilitación médicamente prescrita, dirigidos a la prevención de tipos específicos de patología.
4. Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas.
5. Modificación del autoconcepto (y autoimagen) aceptándose uno mismo.
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos.

#### ➤ **DEMANDA DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO**

Se refiere a aquellas actividades de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado, implica la utilización de acciones para mantener la salud y el bienestar; cada una de las demandas de autocuidado terapéutico del paciente varía durante su vida. Puede producirse un déficit de autocuidado cuando supera a la agencia de autocuidado del paciente.

### **4.5 FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES**

Los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos, se denominan factores básicos condicionantes<sup>18</sup>

1. Edad
2. Sexo
3. Estado de desarrollo
4. Estado de salud
5. Orientación sociocultural
6. Factores del sistema de cuidados de salud; por ejemplo, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento
7. Factores del sistema familiar
8. Patrón de vida, incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente.
9. Factores ambientales
10. Disponibilidad y adecuación de los recursos

---

<sup>18</sup> Dorothea E. Orem. (1993) Modelo de Orem conceptos de enfermería en la práctica. Ediciones científicas y Técnicas, S.A. Masson Salvat. P(152-155).

Los factores identificados condicionan de diversa manera las demandas de autocuidado terapéutico. Algunos, como la edad, el sexo y el estado de desarrollo, así como los factores del entorno físico, afectan al grado en el que se debería satisfacer un requisito de autocuidado universal o del desarrollo.

Los factores básicos condicionantes de los patrones de vida, orientaciones socioculturales, y factores del entorno social afectan a las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos, en gran parte limitando los requisitos de autocuidado y los medios para satisfacerlos que serán aceptados y admitidos como componentes constituyentes de las demandas de autocuidado terapéutico de las personas.

Las orientaciones socioculturales de las personas respecto a la salud y su cuidado, las medidas de cuidados prescritas por su cultura, y las medidas de cuidados de las familias, aceptarán, o no, todas las condiciones que serán, o no, admitidas en las demandas de autocuidado terapéutico de los miembros de la familia.

La disponibilidad de recursos y la adecuación de los mismos afectarán principalmente a la selección de medios para satisfacer los requisitos de autocuidado y las medidas de cuidado asociadas. La disponibilidad de los recursos, afectando la forma en que un requisito es particularizado para un individuo, y los medios disponibles para satisfacer un requisito, afectan a las series requeridas de medidas de cuidados que deben realizarse con respecto al uso de los recursos.

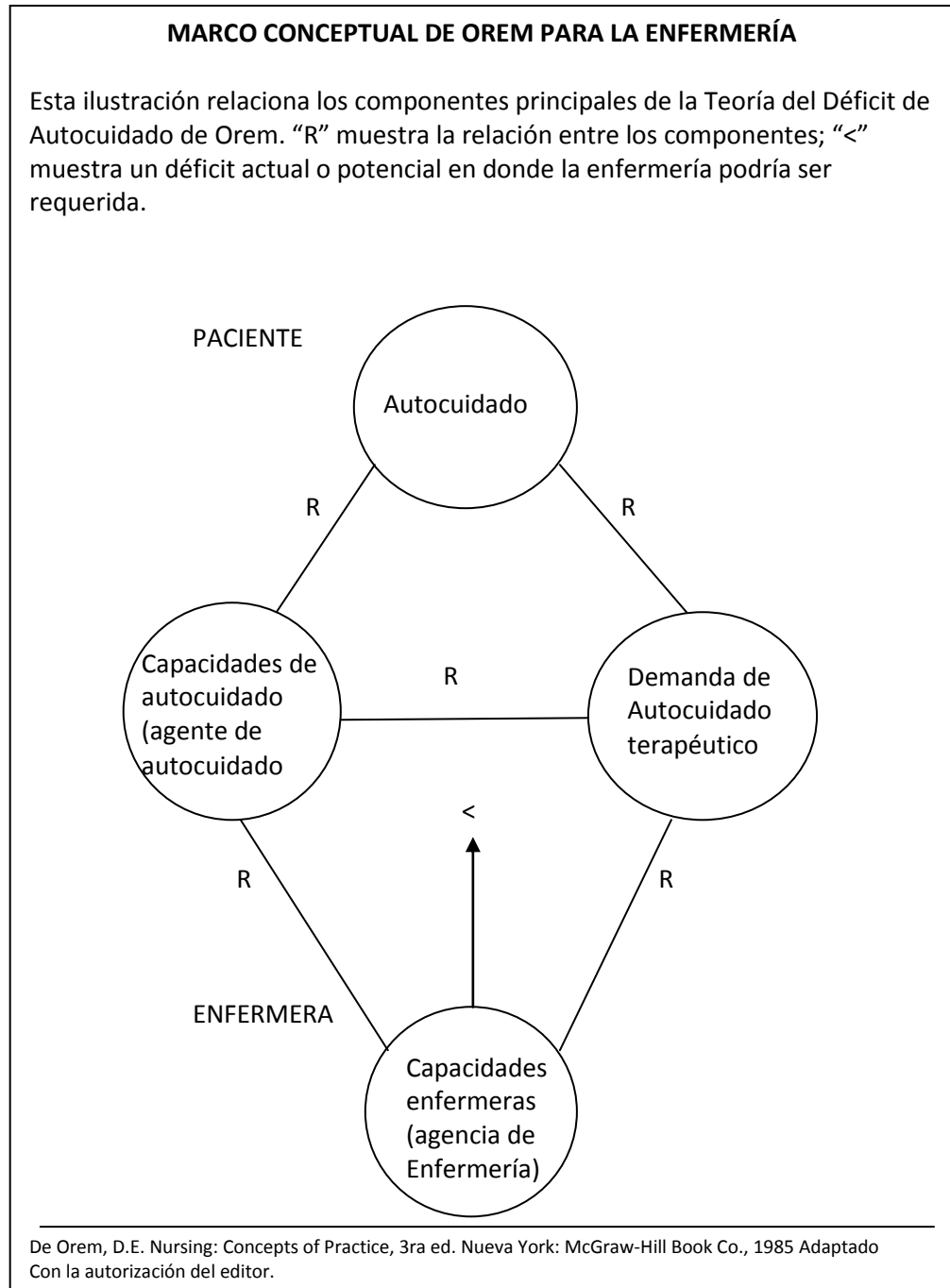
### **TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO**

La idea central del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa y parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo de las personas dependientes de ellos.

- **EL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.** Surge cuando la agencia de autocuidado no es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado. (Cuando un paciente no puede administrarse su propio autocuidado). Es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada.
  
- **ACTIVIDAD ENFERMERA.** Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas y autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.
  
- **DISEÑO ENFERMERO.** Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura.
  
- **AGENCIA DE ENFERMERÍA.** Es una compleja propiedad o atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras que, cuando la ejercitan, las capacita para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidado dependiente.
  
- **NATURALEZA DE LA ACCIÓN DE ENFERMERÍA.** Las enfermeras pueden realizar muchas funciones para ayudar a los pacientes. Orem ha clasificado estas acciones en cinco categorías que pueden expresarse de la siguiente manera:



1. Actuar para otros o hacer algo para otros.
2. Guiar o dirigir a otros.
3. Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico.
4. Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales.
5. Enseñar.



## **TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA**

Hace referencia a la serie de acciones que realiza la enfermera para satisfacer las necesidades de autocuidado del paciente. Está determinada por los requisitos de autocuidado y por la agencia de autocuidado del paciente. Está compuesta de tres sistemas (totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo-educativo) para satisfacer los requisitos de autocuidado del paciente; cada sistema describe las responsabilidades enfermeras, los roles de la enfermera y del paciente, las relaciones entre la enfermera y el paciente y los tipos de acciones requeridas para satisfacer la agencia de autocuidado y la demanda de autocuidado terapéutico del paciente.<sup>19</sup>

- **LOS SISTEMAS TOTALMENTE COMPENSATORIOS.** Se utilizan cuando la agencia de autocuidado del paciente es tan limitada que el bienestar del paciente depende de otros. Son necesarios para las personas incapaces de regular y vigilar su ambiente y de elaborar su información.<sup>20</sup>
  
- **LOS SISTEMAS PARCIALMENTE COMPENSATORIOS.** Se utiliza cuando un paciente puede satisfacer parte de los requisitos de autocuidado, pero requiere de la ayuda de la enfermera para satisfacer otros; la enfermera y el paciente desempeñan los papeles principales en la realización del autocuidado.
  
- **LOS SISTEMAS DE APOYO-EDUCATIVO (DE DESARROLLO).** Se utiliza cuando un paciente puede satisfacer los requisitos de autocuidado pero necesita ayuda en la toma de decisiones, el control de la conducta o en la adquisición de habilidades.

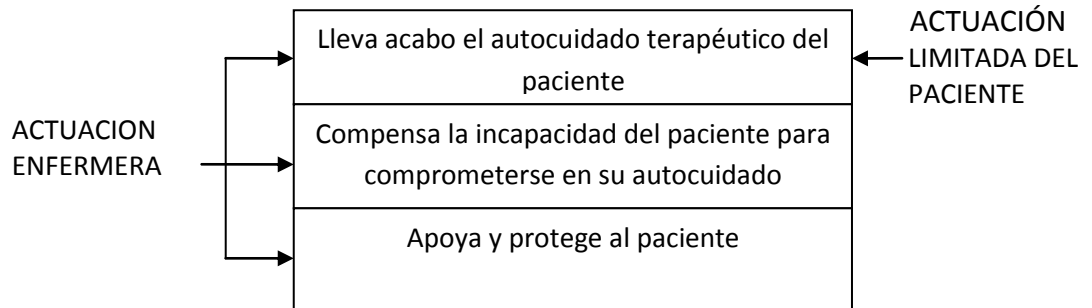
---

<sup>19</sup> Ruby L Wesley, RN, PhD, CRRN (1997). Teorías y Modelos de Enfermería (2 ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

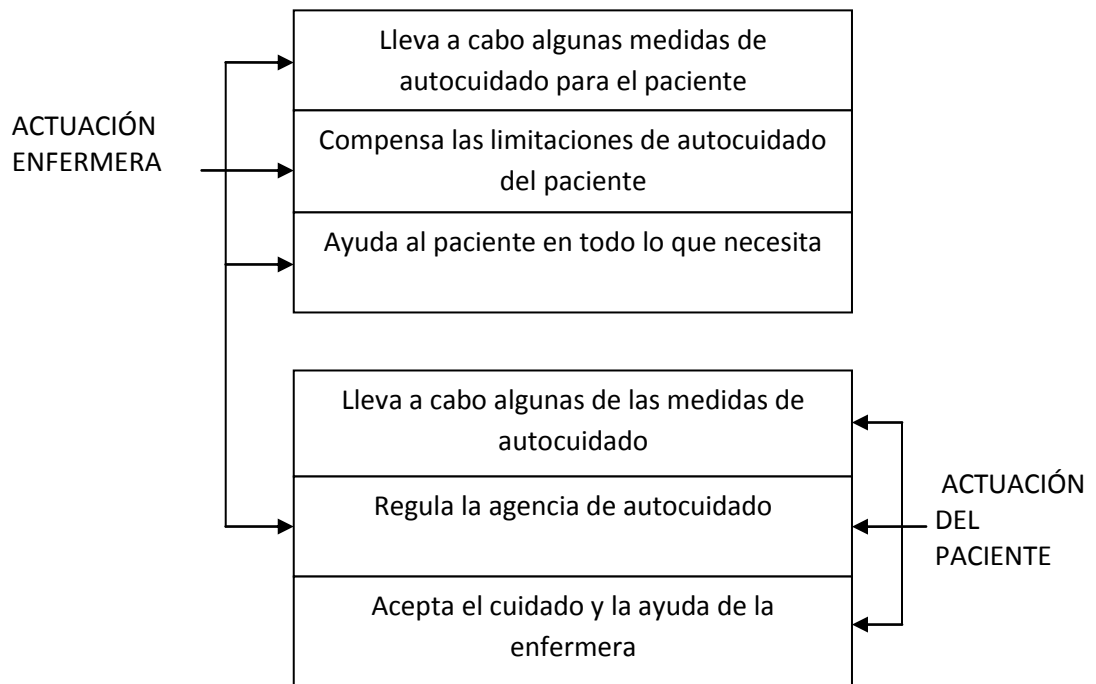
<sup>20</sup> Barbara Kozier, (1999). Fundamentos de enfermería, (Vol. 1), (México) MacGraw-Hill interamericana. Pag. 55

# SISTEMAS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

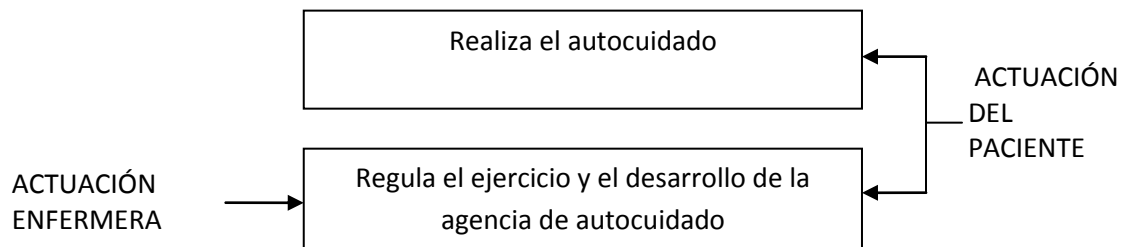
## SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO



## SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO



## SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO



## LA TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA DE OREM Y LOS CUATRO CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA ENFERMERO

### ➤ PERSONA

1. Orem la define como el paciente (receptor del cuidado enfermero): un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse
2. Es un individuo sujeto a las fuerzas de la naturaleza, con capacidad para autoconocerse, que puede realizar una acción deliberada, interpretar experiencias y llevar a cabo acciones beneficiosas
3. Es un individuo que puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si por alguna razón la persona no puede aprender las medidas de autocuidado, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados

### ➤ ENTORNO

1. Consta de factores ambientales (no definidos por Orem, pero interpretados por otros como externos a la persona), elementos ambientales (no definidos por Orem), condiciones ambientales (alrededores psicosociales y físicos externos) y ambiente de desarrollo (promoción del desarrollo personal mediante la motivación para establecer metas apropiadas y adaptar la conducta para la satisfacción de estas metas; incluyen la formación o el cambio de actitudes y valores, creatividad, autoconcepto y desarrollo físico)
2. Puede afectar, de forma positiva o negativa, a las capacidades de una persona para promover su autocuidado

### ➤ SALUD

1. Orem la describe como un estado caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal; la enfermedad es lo contrario
2. Consta de aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales; según Orem, estos aspectos son inseparables

3. Incluyen la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones

➤ **ENFERMERÍA**

1. Orem la considera como un servicio dirigido a la ayuda de uno mismo y de otros
2. Se necesita de ella cuando la demanda de autocuidado terapéutico necesitada para satisfacer los requisitos de autocuidado supera a la agencia de autocuidado
3. Finalmente , promociona al paciente como agente de autocuidado
4. Tiene varios componentes: arte enfermero, prudencia enfermera, servicio enfermero, teoría de rol y tecnologías especiales
5. Considera el arte enfermero como la base teórica de la enfermería y de otras disciplinas, como las ciencias, las artes y las humanidades
6. Describe la prudencia enfermera como la cualidad que permite a la enfermera buscar consejo en situaciones nuevas o difíciles, para realizar juicios correctos, decidir actuar de un modo en particular y para actuar
7. Contempla el servicio enfermero como un servicio de ayuda; Orem describe la capacidad de la enfermera como la AGENCIA DE ENFERMERÍA
8. Define la teoría del rol como las conductas esperadas de la enfermera y del paciente en una situación específica; los roles de la enfermera y del paciente son complementarios, trabajando juntos para alcanzar el autocuidado
9. Utiliza tecnologías especiales, entre ellas tecnologías sociales e interpersonales (comunicación, coordinación de relaciones entre grupos, establecimiento y mantenimiento de relaciones terapéuticas, y prestación de asistencia) y tecnologías reguladoras (mantenimiento y

promoción de los procesos de vida, regulación de las formas psicológicas de funcionamiento, y promoción del crecimiento y el desarrollo)

10. Utiliza uno o más de los sistemas de enfermería (totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo-educativo) designado por una enfermera en razón de las necesidades y las capacidades de autocuidado del paciente
11. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería (actuar por o hacer para otro; guiar, apoyar o enseñar a otro; y proporcionar un entorno que fomente el desarrollo personal para satisfacer las demandas actuales o futuras)
12. Consta de tres pasos: determinar por qué el paciente necesita cuidados; designar un sistema de enfermería y planificar la administración de los cuidados; e iniciar, condicionar y controlar las acciones enfermeras<sup>21</sup>

### ➤ VALORACIÓN ÉTICA DEL MODELO

Cuando se hace la valoración ética de un modelo de enfermería es imprescindible el análisis de sus principales definiciones y fundamentalmente las referentes a la propia función de enfermería, ya que estas definiciones reflejan los principios éticos que guían la actuación de esta profesión. En el modelo de Orem es pertinente partir de que para ella el arte de enfermería es actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y aprender por sí misma.

Los principios éticos regulan el ejercicio enfermero, la enfermera puede asumir el autocuidado, con carácter temporal para facilitar la recuperación de la determinación de la persona y su más rápida independencia. Esto lleva a la práctica con la teoría de sistemas de enfermería diseñada de Orem. En este modelo se hace evidente que la función de la enfermera es solo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado, de esta forma Orem ve al individuo como un ser autónomo, con capacidad de autocuidarse. La incapacidad para llevar a cabo el autocuidado

---

<sup>21</sup> Ruby L. Wesley. RN. PhD. CRRN. (1997). Teorías y Modelos de Enfermería. (2 ed.). México Mc Graw Hill Interamericana

de una forma autónoma produce sentimientos de dependencia y percepción negativa de sí mismo.

La enfermera tiene la obligación y responsabilidad de brindar atención segura y competente con el fin de actuar, conocer y ayudar a las personas, satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o ejercicio de la actividad de autocuidado. Esta integralidad en el cuidado enfermero implica respeto a la dignidad humana y permite al individuo adoptar sus propias decisiones con tolerancia, cumpliendo el principio de consentimiento informado, confidencialidad, respeto por sus creencias, veracidad, intimidad y otros.

La teoría de Orem nos orienta cómo deben ser las relaciones entre el profesional de la salud y el individuo con necesidad de autocuidado, teniendo un papel fundamental el individuo, evidenciándose valores éticos de la profesión enfermera, tales como: respeto a la autonomía de la persona, respeto al derecho de la salud y la vida, respeto a la dignidad de los hombres a pesar de tener limitaciones y la responsabilidad de brindar atención profesional de enfermería.

La teoría de Orem es un análisis detallado de los cuidados enfermeros, que nos permite definir el espacio que ocupa el profesional de enfermería en relación con la persona, donde todos los individuos sanos adultos tienen capacidad de autocuidado, en mayor a menor grado, en función de determinados factores (edad, sexo, estado de salud, situación sociocultural, predisposición). Independientemente de cuál sea la enfermedad, falta de recursos, factores ambientales, la demanda de autocuidado terapéutico de la persona es superior a su agencia de autocuidado, entonces la enfermera actúa ayudando a compensar el desequilibrio a través de los sistemas de enfermería.

Es muy importante que los profesionales de la enfermería dominen una premisa fundamental de la teoría, en la que se plantea que las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidarse de sí mismas, así como de cuidar a aquellas personas dependientes que están a su cargo. En caso de que no puedan han de buscar ayuda en los familiares o profesionales de la salud. Orem también tiene en cuenta la posibilidad de que la persona no quiera asumir la responsabilidad de cuidarse, por varios motivos como trastornos psíquicos u otras prioridades.<sup>22</sup>

---

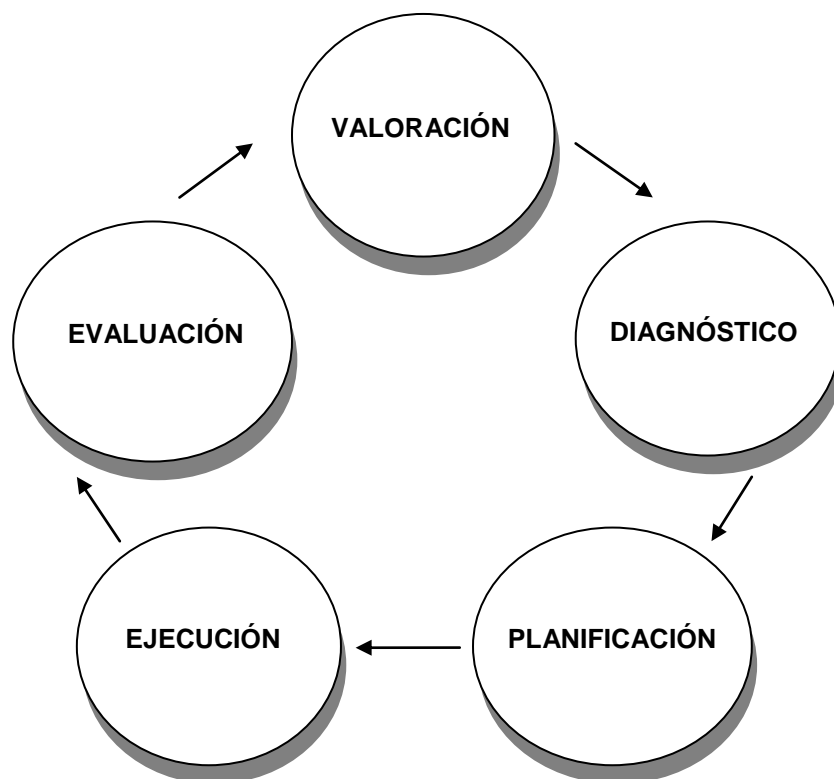
<sup>22</sup> [http://www.vcmh.sld.cu/rhab/rhcm\\_vol\\_6num\\_3/rhcm13307.htm](http://www.vcmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_6num_3/rhcm13307.htm)

## 4.6 PROCESO ENFERMERO

El proceso enfermero 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.<sup>23</sup>

Es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería. Su finalidad es recoger el estado de salud de un cliente y los problemas o las necesidades reales o potenciales del mismo: organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades. El proceso enfermero es cíclico; es decir sus elementos integrantes siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir más de uno de ellos.

### ➤ SE COMPONE DE CINCO FASES:



<sup>23</sup> Barbara Kozier (1999). Fundamentos de Enfermería. Vol. 1. México. McGraw-Hill. Interamericana. p. (86-213)



## ➤ **OBJETIVOS**

El objetivo principal del proceso enfermero es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

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

## ➤ **CARACTERISTICAS**

- 1) Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- 2) Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- 3) Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- 4) Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- 5) Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- 6) Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

## ➤ **IMPORTANCIA Y VENTAJAS DEL PROCESO ENFERMERO**

- 1) Como instrumento en la práctica profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.
- 2) Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.
- 3) Proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.
- 4) Por otra parte, al profesional de enfermería le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; mejora la calidad de la atención; propicia el crecimiento profesional y proporciona información para la investigación.
- 5) Al sujeto de atención permite participar en su propio cuidado; garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.



## VALORACIÓN

La valoración es la primera fase del proceso enfermero e incluye la recogida, organización y validación de los datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que de atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

En efecto, la valoración es un proceso continuo que se realiza durante todas las fases del proceso enfermero. Así la finalidad de la valoración es crear una base de datos sobre la respuesta de un cliente ante la salud o la enfermedad, con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el cliente.

### ➤ EN LA RECOGIDA DE DATOS NECESITAMOS

- 1) Conocimiento científico y capacidad de tomar decisiones.
- 2) Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas)
- 3) Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- 4) Capacidad creadora
- 5) Sentido común
- 6) Flexibilidad

## ➤ TIPOS DE DATOS A RECOGER

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

- 1) Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios del paciente lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afecto los describe y verifica (sentimientos).
- 2) Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- 3) Datos históricos-antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo (hospitalizaciones previas).
- 4) Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.

## ➤ METODOS DE LA VALORACION

Los principales métodos empleados para la valoración del cliente son:

- 1) LA ENTREVISTA CLÍNICA:** Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevistas, éstas pueden ser:

- ❖ Entrevista formal: Que consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

- ❖ Entrevista informal: Es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

**a) LA ENTREVISTA ES UN PROCESO QUE TIENEN CUATRO FINALIDADES, ESTAS SON:**

- ❖ Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- ❖ Facilitar la relación enfermera-paciente.
- ❖ Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- ❖ Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

**b) LA ENTREVISTA CONSTA DE TRES PARTES: INICIACIÓN, CUERPO Y CIERRE:**

- ❖ Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- ❖ Cuerpo: La finalidad de la conservación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principalmente del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- ❖ Cierre: es la fase final de la entrevista no se debe introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos

más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

**c) LAS TECNICAS VERBALES SON:**

- ❖ El interrogatorio: Permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- ❖ La reflexión o reformulación: Consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- ❖ Las frases adicionales: Estimulan la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- ❖ Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son: Expresiones faciales, la forma de estar y la posición corporal, los gestos, el contacto físico y la forma de hablar.

**2) LA OBSERVACIÓN:** Se produce siempre que la enfermera se pone en contacto con el cliente o con sus allegados. Es el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación que continua a través de la relación enfermera paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que se precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

**3) LA EXPLORACIÓN FÍSICA:** Es el principal método que se emplea para evaluar el estado de la salud física. La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

La exploración física se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas.

- ❖ **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).
- ❖ **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 encuentran 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 solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas-aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- ❖ Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- ❖ Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- ❖ Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilicemos.

## ➤ **EL PROCESO DE LA VALORACIÓN**

El proceso de la valoración incluye cuatro actuaciones estrechamente relacionadas:

- 1) Recogida de datos: Consiste en reunir la información sobre el estado de salud de una persona. Debe ser un proceso tan sistemático como continuo para evitar que se omitan datos importantes y que reflejen los cambios en el estado de salud de una persona.
- 2) Organización de datos: En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.
- 3) Validación de los datos: Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos).



- 4) Registro de datos: Para finalizar la fase de valoración, la enfermera registra los datos. La exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud de la persona.



Diagnosticar es la segunda etapa del proceso enfermero. En esta fase las enfermeras utilizan habilidades de pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas del paciente. Todas las actividades que preceden a esta fase se dirigen hacia la formulación de diagnósticos enfermeros.

### ➤ TIPOS DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Existen varios tipos de diagnósticos:

1. Un diagnóstico real es un juicio sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería. Se basa en la presencia de los signos y síntomas asociados.
2. Un diagnóstico de enfermería potencial o de riesgo, según definición de la NANDA, es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida.
3. Un diagnóstico de enfermería posible es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales. Un diagnóstico posible requiere más datos, ya sea para corroborarlo o para refutarlo.
4. Un diagnóstico de salud se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un mayor nivel de salud.

## ➤ **COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO ENFERMERO**

Un diagnóstico enfermero consta de tres componentes:

1. Enunciado del problema (etiqueta diagnóstica): El enunciado del problema, o etiqueta diagnóstica, describe el problema de salud (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. Etiología (factores relacionados y factores de riesgo): El componente etiológico del diagnóstico identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención al paciente. En la etiología pueden incluirse los comportamientos del paciente, los factores ambientales o las interacciones de ambos.
3. Características definitorias: Son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta. En el caso de los diagnósticos de enfermería reales, las características definitorias son los signos y síntomas del paciente. Para los diagnósticos de enfermería de riesgo, las características definitorias son las mismas que la etiología: los factores de riesgo que determinan que el paciente sea más vulnerable de <<lo normal>> al problema.

## ➤ **EL PROCESO DIAGNÓSTICO**

El proceso diagnóstico utiliza dos habilidades del pensamiento crítico: el análisis y la síntesis. El análisis es la separación en componentes, es decir, la división de todo en sus distintas partes. La síntesis es lo contrario, a saber, reunir las partes en un todo. El pensamiento crítico es un proceso cognitivo durante el cual una persona revisa los datos y estudia las explicaciones antes de formularse una opinión.

### ➤ **POR LO TANTO EL PROCESO DIAGNÓSTICO CONSTA DE TRES ETAPAS:**

- 1) Análisis de datos.
- 2) Identificación de problemas de salud, riesgo y factores relacionados.
- 3) Formulación de enunciados diagnósticos.

## ➤ FORMULAR ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS

### 1) EL FORMATO BÁSICO DEL ENUNCIADO DE UN DIAGNÓSTICO ES:

**PROBLEMA RELACIONADO CON ETIOLOGÍA**

Sin embargo, las enfermeras deben ser capaces de escribir enunciados de diagnósticos consistentes en de una, dos, tres y cuatro partes, así como algunas variaciones de cada uno de ellos.

### 2) ENUNCIADOS BÁSICOS DE DOS PARTES

Estos se utilizan para diagnósticos enfermeros reales, potenciales, de riesgo, y posibles. Consta de los siguientes componentes:

**PROBLEMA (P)    Enunciado de la respuesta del paciente.**

**ETIOLOGIA (E)    Factores que contribuyen a la respuesta o causas probables de las mismas.**

Las dos partes están unidas por la expresión relacionado con. Esto supone una relación causa efecto.

### 3) ENUNCIADOS BÁSICOS DE TRES PARTES

El enunciado básico del diagnóstico enfermero en tres partes se denomina **FORMATO PES** y consta de los componentes siguientes

**PROBLEMA (P)** Enunciado de la respuesta del paciente.

**ETIOLOGIA (E)** Factores que contribuyen a la respuesta o que son causa probable de ella.

**SIGNOS Y SÍNTOMAS (S)** Características definitorias manifestadas por el paciente.

Los diagnósticos enfermeros reales pueden documentarse mediante el enunciado de tres partes (utilizando con y manifestado por), porque se han identificado los signos y síntomas del diagnóstico.



La planificación comprende una serie de pasos con los que la enfermera y el cliente establecen las prioridades y los objetivos o resultados previstos para resolver o minimizar los problemas detectados en el cliente. El resultado final de la fase de planificación es la redacción de un plan de cuidados que se emplea para coordinar la asistencia prestada por todos los miembros del equipo.

#### ➤ **EL PROCESO DE LA PLANIFICACION**

- 1) Establecer prioridades: Se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- 2) Establecer los objetivos del cliente/criterios de resultados: Tras asignar las prioridades, la enfermera establece los objetivos para cada diagnóstico enfermero. Los objetivos describen lo que la enfermera espera conseguir al ejecutar las órdenes de enfermería.
- 3) Selección de estrategias de enfermería: Las estrategias o intervenciones son actividades de enfermería que están relacionadas con un diagnóstico enfermero específico y que una enfermera realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las estrategias concretas que se eligen deben centrarse en eliminar o reducir la etiología (causa) del diagnóstico enfermero.

Las acciones de enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados.

El paciente y la familia deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos.

En la elaboración de las actividades han de tenerse presentes los recursos materiales, los recursos humanos y los recursos financieros.

Los tipos de actividades de enfermería según Iyer (1989). Son:

- a) Dependientes: señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
  - b) Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.
  - c) Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren de órdenes previas de un médico.
- 4) Desarrollo de los planes de enfermería: El plan de cuidados de enfermería es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados a un cliente como un todo significativo. Comprende las acciones que deben emprender las enfermeras para atender a los diagnósticos enfermeros y alcanzar los objetivos marcados.

#### ➤ **OBJETIVOS DE UN PLAN DE CUIDADOS**

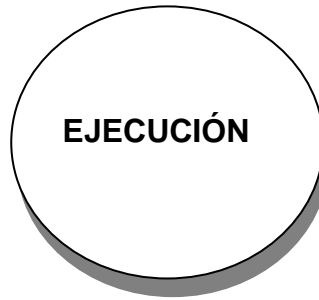
- 1) Ofrecer directrices para los cuidados individualizados al paciente
- 2) Facilitar la continuidad de los cuidados
- 3) Orientar sobre lo que debe quedar documentado en las notas de evolución del paciente.

- 4) Orientar para designar al personal que va a atender al paciente.
- 5) Orientar para el reembolso de las compañías de seguro médico.

➤ **TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS**

- 1) Individualizado: Permite 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.
- 2) 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.
- 3) Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permite la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- 4) Computarizado: Requiere la información previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados. Son útiles si permite la individualización a un paciente concreto.





En el proceso enfermero la ejecución es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería. Globalmente definida, la ejecución consiste en realizar, delegar y registrar los cuidados prestados y las respuestas del cliente.

➤ **LA EJECUCIÓN, IMPLICA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES ENFERMERAS:**

- 1) Continuar con la recogida y valoración de datos.
- 2) Realizar las actividades de enfermería
- 3) Anotar los cuidados enfermería para esto existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- 4) Dar los informes verbales de enfermería
- 5) Mantener el plan de cuidados actualizado.

➤ **PROCESO DE LA EJECUCION**

El proceso de la ejecución normalmente incluye:

- 1) Una nueva valoración del cliente
- 2) Determinar la necesidad de cuidados de enfermería.
- 3) Ejecutar las estrategias de enfermería

#### 4) Comunicar las acciones de enfermería.

El enfermero tiene toda la responsabilidad de la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnóstico enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.



La evaluación es la quinta y última fase del proceso enfermero. La evaluación es la valoración de la respuesta del cliente a las intervenciones enfermeras y la comparación ulterior de la respuesta con los criterios que rigen los objetivos o resultados que se redactaron en la fase de planificación. Evaluar es emitir un juicio sobre un objetivo, acción, trabajo, situación o persona comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Chistensen (1982).

### ➤ **PROCESO DE LA EVALUACION**

Consta de dos partes

- 1) Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- 2) Comparación de los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados

- **LA EVALUACIÓN:** Es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1. Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:
  - a) Observación directa, examen físico.
  - b) Examen de la historia clínica.
2. Signos y Síntomas específicos:
  - a) Observación directa
  - b) Entrevista con el paciente
  - c) Examen de la historia
3. Conocimientos:
  - a) Entrevista con el paciente
  - b) Cuestionarios
4. Capacidad psicomotora (habilidades)
  - a) Observación directa durante la realización de la actividad.
- 5) Estado emocional:
  - a) Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
  - b) Información dada por el resto del personal.
- 6) Situación espiritual (modelo holístico de la salud)
  - a) Entrevista con el paciente
  - b) Información dada por el resto del personal.

- **LAS VALORACIONES** de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a los que podemos llegar.

- 1) El paciente ha alcanzado el resultado esperado
- 2) El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- 3) El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

- **DE FORMA RESUMIDA Y SIGUIENDO A M. CABALLERO (1989) LA EVALUACION SE COMPONE DE:**

- 1) Medir los cambios del paciente/cliente
- 2) En relación a los objetivos marcados
- 3) Como resultado de la intervención enfermero
- 4) Con el fin de establecer correcciones

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que esta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

## **PROCESO DE ENFERMERÍA SEGÚN DOROTHEA E. OREM**

Orem ha destacado en todo su modelo que la enfermería es acción y que las ideas deben traducirse de manera que puedan ser utilizadas en la práctica. La traducción se logra usando el proceso de enfermería a un método tradicionalmente consistente en cuatro etapas: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Orem específicamente, contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales.<sup>24</sup>

### **1) OPERACIONES INTERPERSONALES Y SOCIALES**

Los procesos interpersonales y sociales implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias. En particular, las enfermeras deberían:

- a) Iniciar y mantener una relación efectiva con el paciente, su familia y otros.
- b) Proponerse de acuerdo con el paciente y otros para responder a las cuestiones relacionadas con la salud
- c) Colaborar continuamente y revisar la información con el paciente y otros.

Los procesos deben ser mantenidos o modificados, cuando sea apropiado, mediante la relación de enfermería con los pacientes.

---

<sup>24</sup> Stephan J. Cavanagh (1993). Modelo de Orem Aplicación Práctica (Ediciones Científicas y Técnicas). Barcelona, España: Masson-Salvat Enfermería

## **2) OPERACIONES TECNOLÓGICO-PROFESIONALES**

Las operaciones tecnológico-profesionales son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos. Mientras en estas operaciones hay una secuencia inherente, en las que las acciones lógicamente diagnósticas (valoración) deben ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificación), es posible que el cuidado se iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento o reguladoras) antes de haber obtenido toda la información requerida para la valoración. Las operaciones de cuidado de casos, sin embargo (aspectos de auditoría de cuidados del proceso de enfermería), continuarán durante toda la interacción de enfermería con los pacientes Orem contempla las operaciones tecnológicas-profesionales como las <<pedras angulares>> en el proceso de enfermería, pero reconoce que la realización de estas operaciones dependerán del paciente, su familia, las enfermeras y posiblemente de otros factores. Las operaciones tecnológico-profesionales son particulares del modelo de Orem, y merecen ser contempladas detalladamente.

### **a) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Para Orem El diagnóstico de enfermería implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente y sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas. Esencialmente, el diagnóstico de enfermería determina si el paciente necesita ayuda de enfermería, y puede equiparse con la etapa de valoración.

Más específicamente, el diagnóstico de enfermería es probable que implique abordar dos puntos:

- **Determinar las demandas de autocuidado presentes y futuras del individuo:**
  - ❖ Examinar cada requisito de autocuidado universal, del desarrollo y de desviación de la salud para determinar si existe actualmente algún problema, y si hay la posibilidad de que exista en el futuro.

- ❖ Identificar posibles efectos de interacción entre los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo y de desviación de la salud.
  - ❖ Identificar los factores que podrían influir en la satisfacción de un requisito de autocuidado.
- **Determinar las capacidades de autocuidado presentes y futuras del individuo:**
- ❖ Identificar y describir la gama de prácticas de autocuidado del paciente.
  - ❖ Identificar y describir las limitaciones.
  - ❖ Hacer inferencias sobre las capacidades y limitaciones generales del paciente para ocuparse en las fases de toma de decisiones y acción del autocuidado.
  - ❖ Validar las inferencias mediante la observación, la medición, etc.
  - ❖ Determinar la adecuación del conocimiento, capacidades y deseos del paciente de satisfacer cada requisito de autocuidado usando los llamados métodos y medidas de cuidados.
  - ❖ Juzgar lo que el paciente puede hacer, lo que no puede hacer y lo que debería hacer para satisfacer las demandas de autocuidado existentes actualmente y en el futuro.
  - ❖ Cuando existe un déficit de autocuidado, identificar lo que el paciente debería y no debería hacer para la satisfacción inmediata de las demandas de autocuidado.
  - ❖ En el caso de haber un déficit de autocuidado, real o potencial, determinar las capacidades futuras del paciente a fin de desarrollar las habilidades necesarias para el cuidado de la salud.



### 3) OPERACIONES PRESCRIPTIVAS

Las operaciones prescriptivas son los juicios prácticos que deben realizar la enfermera y el paciente después de la recogida de datos, y que pueden equipararse con la fase de **planificación** del proceso de enfermería tradicional. Orem destaca que las operaciones prescriptivas deben considerarse a la luz de la totalidad del individuo, y no en la relación con piezas aisladas de información. Las operaciones prescriptivas especifican los siguientes aspectos de cuidado.

- a) Medios que se han de usar para satisfacer los requisitos de autocuidado particulares y cursos de acción o medidas de cuidados que se deben realizar para satisfacer estos requisitos.
- b) Totalidad de medidas de cuidados que han de realizarse para satisfacer todos los componentes de la demanda de autocuidados terapéuticos, incluyendo una buena organización de estas medidas de cuidados.
- c) Papeles de la/s enfermeras, el paciente y el/los agente/s de cuidado dependiente en la satisfacción de las demandas de autocuidado terapéutico.
- d) Papeles de la/s enfermera/s, el paciente y el/los agente/s de cuidado dependiente en la regulación del ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado.

La operación de prescripción implica unir los procesos interpersonal y social de enfermería con los papeles tecnológico-profesionales.

Orem acentúa la importancia de implicar a los miembros de la familia y otras personas significativas en el proceso global de prescripción. Se reconoce que algunas personas querrán tomar parte plena y activamente en su propio autocuidado o en el cuidado dependiente de otros, mientras que algunos familiares pueden no estar psicológicamente preparados para dicho cuidado. Así, Orem sugiere que las enfermeras traten de identificar las características de la personalidad de los pacientes y de sus familiares que pueden afectar la situación de enfermería por ejemplo, pasividad o duelo y explorar las precauciones que pueden interferir en la colaboración con el equipo de enfermería. Para hacer esto, las enfermeras necesitan efectuar

observaciones y usar la información subjetiva obtenida durante sus valoraciones.

#### **4) OPERACIONES REGULADORAS O DE TRATAMIENTO**

Las operaciones reguladoras o de tratamiento son las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar lo que se ha prescrito anteriormente. Es particularmente importante el desarrollo de un sistema apropiado (una disposición ordenada) para brindar cuidados. Las operaciones reguladoras y de tratamiento pueden compararse con los componentes de **intervención** y **evaluación** del tradicional proceso de enfermería.

La manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan es denominado **sistema de enfermería** (Orem, 1991).

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte educación.

##### **a) TOTALMENTE COMPENSATORIO**

Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente (Orem 1991). Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que allá aprendido adaptarse a cualquier incapacidad.

##### **➤ EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LOS SISTEMAS DE ENFERMERIA TOTALMENTE COMPENSATORIO ES:**

- ❖ Compensar las incapacidades para el autocuidado.
- ❖ Apoyar y proteger.
- ❖ Emitir juicios y tomar decisiones para los pacientes.
- ❖ Cultivar las capacidades existentes.

## **b) PARCIALMENTE COMPENSATORIO**

Este tipo de sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.

### **➤ ROL DEL PACIENTE:**

- ❖ Realizar algunas medidas de autocuidado.
- ❖ Aceptar de buen grado la ayuda del equipo de enfermería.

### **➤ FUNCIÓN DE LA ENFERMERA:**

- ❖ Realizar algunas medidas de autocuidado para el paciente.
- ❖ Compensar cualquier limitación del autocuidado.
- ❖ Ayudar al paciente según sea necesario.

## **c) DE APOYO/ EDUCACIÓN**

Este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones pero actualmente necesita ayuda de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentarlos. Generalmente el papel de la enfermera se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Este sistema puede requerir que la enfermera enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, quizá reduciendo las distracciones innecesarias. La enfermera puede tener un papel de consultora si solo se requiere información periódica o actualización. El papel de la enfermera en el sistema de enfermería de apoyo/ educación es principalmente el de regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que el propio paciente realiza su autocuidado.

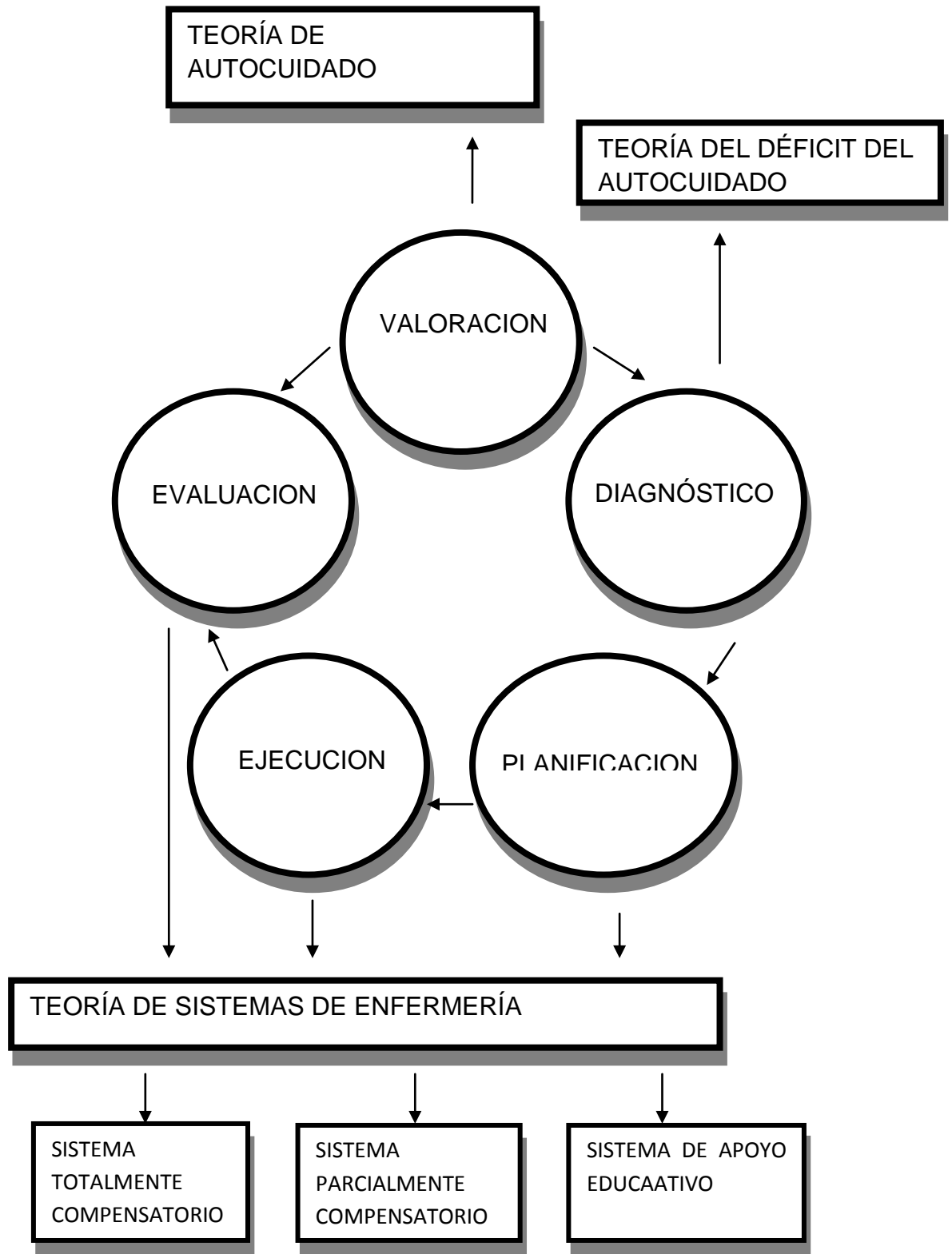
➤ **ROL DEL PACIENTE:**

- ❖ Satisfacer los requisitos de autocuidado.
- ❖ Continuar aprendiendo y desarrollar capacidades de autocuidado.

➤ **FUNCIÓN DE LA ENFERMERA:**

- ❖ Ayudar a tomar decisiones.
- ❖ Ayudar al paciente a aprender.
- ❖ Actualizar periódicamente la información.

#### 4.7 RELACION DEL PROCESO ENFERMERO CON LA TEORÍA DE OREM (ESQUEMA)<sup>25</sup>



<sup>25</sup> Elaborado por: LEO Antonia Martínez Sotelo

## RELACION DEL PROCESO ENFERMERO CON LA TEORÍA DE OREM (ANÁLISIS)

PROCESO ENFERMERO	TEORIA DE OREM Y EL PROCESO ENFERMERO
<p><b>VALORACION:</b> Recoge, organiza, contrastar y comunicar/registrar los datos del cliente.</p> <p>Con el propósito de crear una base de datos relativas a la salud o la enfermedad.</p>	<p><b>VALORACION:</b> Implica el examen de los factores personales del cliente (como edad, peso y raza); los problemas de salud y el plan; los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y de desviación de la salud; y los déficit de autocuidado.</p> <p>Abarca la recogida de datos acerca de estas áreas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.</p>
<p><b>DIAGNÓSTICO:</b> Analizar y resumir los datos.</p> <p>Con el propósito de conocer las capacidades del cliente, los problemas de salud que puedan evitarse o resolverse con intervenciones propias de enfermería o colaborando con otros y elaborar un listado de diagnósticos.</p>	<p><b>DIAGNÓSTICO:</b> Abarca el análisis de datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado (por ejemplo, alteraciones en los requisitos universales del autocuidado), lo cual supondrá la base para el diagnóstico enfermero.</p> <p>Debería ser redactada en la teoría de Orem para reflejar la incapacidad de un cliente para satisfacer el requisito de autocuidado relacionado con el déficit de autocuidado</p>
<p><b>PLANIFICACIÓN:</b> Determina la forma de prevenir, reducir o resolver los problemas identificados; las capacidades físicas del cliente y la manera de llevar a cabo las intervenciones enfermeras de un modo ordenado, individualizado, y dirigido a conseguir los resultados/objetivos.</p> <p>Con el propósito de elaborar un plan</p>	<p><b>PLANIFICACION:</b> Implica el diseño y la planificación del sistema de enfermería apropiado.</p> <p>Se centra en capacitar al cliente para llegar a ser un agente de autocuidado eficiente.</p> <p>Debe animar al cliente a participar activamente en las decisiones del cuidado de su salud.</p>

<p>de cuidados individualizado que especifique los resultados/ objetivos esperados del cliente y las intervenciones propias de enfermería.</p>	
<p><b>EJECUCION:</b> Llevar a cabo las intervenciones enfermeras planificadas.</p> <p>Con el propósito de ayudar al cliente a cumplir los objetivos esperados, promover la salud, prevenir alteraciones y ayudar a enfrentar los problemas de salud.</p>	<p><b>EJECUCIÓN:</b> Supone poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador y orientador</p>
<p><b>EVALUACION:</b> Ponderar los objetivos/resultados logrados por el cliente e identificar los factores que influyen positiva o negativamente en la obtención de los resultados.</p> <p>Con el propósito de determinar la importancia de los objetivos/resultados obtenidos y valorar si se modifica o si se finaliza el plan de cuidados.</p>	<p><b>EVALUACIÓN:</b> Se lleva a cabo por la enfermera y el cliente juntos.</p> <p>Implica la recogida de datos para evaluar los resultados del cliente frente a aquellos específicos en el sistema de enfermería.</p> <p>Supone la evaluación del resultado de las interacciones enfermera-paciente; se hacen modificaciones cuando los déficit de autocuidado persisten, haciendo de ese modo del cuidado enfermero un proceso circular.</p>

## **4.8 DAÑOS A LA SALUD; PATOLOGÍA**

### **CONDROSARCOMA**

Los tumores óseos están contemplados entre los más infrecuentes de los tipos neoplásicos, sin embargo un gran número de los mismos afecta niños y adultos jóvenes para lo cual se necesita cirugía radical y en caso de malignidad quimioterapia extensiva y muy dolorosa.

Debido a su marcada poca incidencia no existe una gran familiarización y experiencia en el manejo de los mismos.

Los tumores óseos cartilagosos son unos de los más frecuentes, correspondiendo al 20%, según plantea Unni de la clínica Mayo. Los tumores óseos cartilagosos están conformados por los siguientes tipos: osteocondroma, encondroma, fibroma condromixoide, condroblastoma y condrosarcoma<sup>26</sup>

El condrosarcoma es un “tumor maligno caracterizado porque sus células forman cartílago pero no tejido óseo. Además cuyo tejido neoplásico básico es cartílago bien desarrollado y sin que el estroma sarcomatoso forme directamente osteoide tumoral, puede haber cambios mixoides, calcificación u osificación.

Los condrosarcomas muestran un amplio espectro de caracteres clinicopatológicos y comportamiento biológico y pueden observarse en diversas variantes

### **CARTILAGO Y MATRICES CONDROIDES**

El cartílago es un material elástico que soporta la carga en las articulaciones y proporciona excelentes características para el continuo movimiento; es derivado del mesénquima y pertenece al tejido conectivo, caracterizado por una consistencia firme e hipovascularidad; está compuesto por condrocitos y en su matriz los tres grandes subtipos de cartílagos son: fibrocartílago, hialino y cartílago mixoide. Los tumores se clasifican de muchas maneras en un intento de agrupar aquellos que se comportan de forma semejante.

---

<sup>26</sup> Acta Ortopédica Mexicana 2004: 18 (5) Sep.-Oct: 191-195. Tumores óseos cartilagosos en niños, Reporte epidemiológico de 20 años en el hospital pediátrico Provincial Docente. “Eduardo Agramonte Peña. Páginas (191-192)



La variabilidad en la celularidad, homogénea, coloración y apariencia mixoide son características asociadas con más benignidad o malignidad de los tumores productores de cartílago como el osteocondroma, encondroma, condroma parostial, condrosarcoma de bajo grado de malignidad, condroma, condroide y algunos osteocondromas.

El fibrocartílago es rico en colágeno y su variabilidad depende de los proteoglicanos. Una especial forma de fibrocartílago es la matriz condroide la cual puede ser difícil de distinguir del osteoide; el reconocimiento de éste y la composición celular es esencial para diferenciar el condrosarcoma del osteosarcoma.

De acuerdo a su origen, el condrosarcoma se divide en primario y secundario y de acuerdo a su localización en el hueso afectado, en condrosarcomas centrales y periféricos.

Cuando es periférico es frecuente en los huesos planos y cortos, sobre todo en el iliaco y omóplato, mientras que cuando es central afecta huesos largos, principalmente el fémur.

Los condrosarcomas primarios se forman de Novo en un hueso que antes era normal, de manera que el tumor despliega sus propiedades sarcomatosas desde el principio mismo. El condrosarcoma secundario, en cambio, se forma en un tumor cartilaginoso benigno preexistente. Esta lesión benigna previa suele ser un encondroma, el casquete cartilaginoso de una exostosis osteocartilaginosa, o muy raras veces un condroma yuxtacortical.

La malignización puede ser precedida por escisiones quirúrgicas reiteradas a raíz de las recurrencias.

La evolución del condrosarcoma depende de tres factores importantes, el grado del tumor, la localización esquelética y el procedimiento quirúrgico inicial utilizado.

La amputación de la extremidad sólo se indica en casos en que los pacientes que sufren una neoplasia que por su volumen sea irresecable técnicamente, o que tenga invasión neurovascular.

Cuando se valora la preservación de la extremidad en vez de amputación deberán tomarse en cuenta los siguientes factores: 1) resultado oncológico (supervivencia), 2) funcionalidad esperada de la extremidad, 3) beneficio

psicosocial del paciente y 4) posible existencia de una morbilidad precoz tardía.

Los condrosarcomas representan según algunos autores hasta un 20% de los tumores óseos malignos. Además este presenta algunas características especiales como son las de no ser sensible a terapias coadyuvantes (radioterapia y quimioterapia).

Esto plantea dificultades de tratamiento en sí mismas.

### **CLASIFICACIÓN DE LOS CONDROSARCOMAS<sup>27</sup>**

---

#### Condrosarcomas primarios

---

1. Central
2. Yuxtacortical (perióstico)
3. Mesenquimal
4. Condrosarcoma desdiferenciado
5. A células claras
6. ¿condrosarcoma maligno?

#### Condrosarcoma secundario

---

Condrosarcoma central.

1. Condroma (encondroma)
2. Encondromatosis múltiple con o sin síndrome de Ollier.

Condrosarcoma periférico.

3. Osteocondroma solitario
  4. Osteocondromatosis múltiple
  5. Condroma yuxtacortical perióstico.
- 

---

<sup>27</sup>Rev Mex. Ortop Trum 2002; 16(2): Mar.-Abr: 56-61. Experiencia de cinco años en el tratamiento del condrosarcoma. Dr. Genaro Rico Martínez. México Páginas (56-58)

## **RESULTADOS DEL ESTUDIO**

Durante el periodo estudiado, fueron diagnosticados y tratados un total de 336 tumores óseos, de los cuales 70.2% correspondieron a tumores óseos cartilaginosos, lo cual constituyo un universo de 236 pacientes. Predominó significativamente el sexo masculino en 60.5% y el grupo etario de 11 a 15 años de edad en 62.2%. Los tumores óseos cartilaginosos ocuparon 97.1% de todos los tumores benignos. El osteocondroma fue el más encontrado en 75% (177 pacientes) y el menos el condrosarcoma en 0.8% (2 pacientes). No se encontró ningún condroblastoma.

El dolor constituyo el motivo de consulta más encontrado en 79.6% (188 pacientes), y la fractura patológica el menos en 4.2% (10 pacientes).

La localización más frecuente fue la metáfisis distal del fémur en 27.5% (65 pacientes) y la menos los arcos costales en 4.6% (11 pacientes)

El tratamiento más utilizado fue la resección 62.7% (148 pacientes), y el menos la resección y curetaje en 5% (12 pacientes). Un paciente con condrosarcoma fue desarticulado (0.4%).

La principal complicación fue la recidiva del osteocondroma en 4.6% (11 pacientes), seguido de la formación de hematoma en 1.6% (4 pacientes) e infección 1.2% (3 pacientes).

## **DISCUSIÓN DEL ESTUDIO**

La relación sexo masculino – femenino en este estudio fue de 1.5 a 1, lo que guarda relación con la Unni que reporta 63% de afección en el sexo masculino. El grupo de edad con mayor incidencia fue el de 11 a 15 años, cual coincide con las estadísticas de la Unni que reporta más del 60% de pacientes por debajo de los 20 años y un gran porcentaje de los mismos en la segunda década de la vida.

El condrosarcoma es un tumor maligno que predomina en edades avanzadas por lo que las estadísticas no guardan relación con este estudio que solo reporta comportamiento en niños.

La sintomatología más frecuente en los pacientes con tumores óseos cartilagosos fueron dolor y aumento de volumen. La localización más frecuente de actividad ósea tumoral en este estudio fueron las zonas metafisiarias alrededor de la rodilla, la metáfisis distal del fémur y la metáfisis proximal de la tibia con 27.5% y 13.9%.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Acta Ortopédica Mexicana 2004; 18(5): Sep.-Oct: 191-195 Tumores óseos cartilagosos en niños. Reporte epidemiológico de 20 años en el Hospital Pediátrico Provincial Docente "Eduardo Agramonte Peña. México. Paginas (192-193)

## 4.9 CONSIDERACIONES ETICAS

### 1) DERECHOS DE LOS NIÑOS

Todos los niños deben:<sup>29</sup>

- ❖ Estar libres de discriminaciones.
- ❖ Desarrollarse física y mentalmente, en libertad y con dignidad
- ❖ Tener un nombre y una nacionalidad.
- ❖ Disponer de nutrición, casa recreo y servicios médicos adecuados.
- ❖ Recibir tratamiento especial, si tiene alguna deficiencia.
- ❖ Recibir amor, comprensión y seguridad material.
- ❖ Recibir educación para desarrollar su capacidad.
- ❖ Ser los primeros en recibir protección en caso de catástrofe.
- ❖ Ser protegido del abandono, crueldad y explotación.
- ❖ Ser educados en un espíritu de amistad entre los pueblos.

---

<sup>29</sup> Carmen Delia Medina Castellano (2002) El consentimiento informado Ética y legislación pág. (160-167) Ed. DAE (grupo paradigma) Madrid España.

## **a) DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO**

1. Los niños serán internados en el hospital solo si el cuidado que requieren no puede ser igualmente provisto en su hogar o en un tratamiento ambulatorio.
2. Los niños en el hospital tienen el derecho de estar junto a sus padres o a un sustituto de los padres, todo el tiempo que permanezcan internados.
3. Los padres deben de ser ayudados y alentados para que compartan el cuidado de sus hijos y deben ser informados acerca de la rutina de la sala.
4. Los niños y sus padres deben tener el derecho de estar informados de manera apropiada para su edad y entendimiento.
5. Deben ser tomadas todas las precauciones posibles para evitar en los niños el stress físico y emocional.
6. Los niños y sus padres tienen derecho a participación informada en todas las decisiones que tengan que ver con el cuidado de su salud.
7. Cada niño debe ser protegido del dolor, de tratamiento y procedimientos innecesarios.
8. En caso de ser invitados a participar en ensayos clínicos o pruebas, los padres deben ser informados detalladamente sobre el procedimiento y una vez comprendido, deberá utilizarlo por escrito (consentimiento informado). Si el niño tiene capacidad de comprensión, deberá decidir por sí mismo si quiere participar de dichas pruebas.
9. El niño tiene derecho a compartir su internación con otros niños que tengan la misma necesidad de desarrollo y salvo en caso de necesidad extrema, no deben ser internados en la sala de adultos.

10. Los niños deben tener la necesidad de jugar, recrearse y adecuarse de acuerdo con su edad y condiciones de salud y probabilidades de hospital.

**b) DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO CON ENFERMEDAD TERMINAL**

1. Tengo derecho a ser considerado una persona con derechos propios y no una propiedad de mis padres, los doctores o la sociedad.<sup>30</sup>
2. Tengo derecho a llorar.
3. Tengo derecho a no estar solo.
4. Tengo derecho a crear fantasías.
5. Tengo derecho a jugar porque, aunque este muriendo, sigo siendo un niño.
6. Tengo derecho a comportarme como un adolescente.
7. Tengo derecho a que mi dolor sea controlado desde el día de mi nacimiento.
8. Tengo derecho a saber la verdad sobre el estado en que estoy. Mis preguntas deben ser contestadas con honestidad y verdad.
9. Tengo derecho a que mis necesidades sean satisfechas de manera integral.
10. Tengo derecho a una muerte digna, rodeado de mis seres queridos, mis juguetes y mis cosas.
11. Tengo derecho a morir en casa y no en un hospital, si así lo quiero.
12. Tengo derecho a sentir y expresar mis miedos.

---

<sup>30</sup> Hospital Materno Infantil San Isidro

13. Tengo derecho a recibir ayuda, junto a mis padres, para afrontar mi muerte.
14. Tengo derecho a sentir enojo y frustración por mi enfermedad.
15. Tengo derecho a no sufrir dolor cuando se llevan a cabo proceso de diagnóstico y tratamiento.
16. Tengo derecho a no aceptar tratamientos cuando no hay cura para mi enfermedad, pero si recibirlos para mejorar mi calidad de vida.
17. Tengo derecho a los cuidados paliativos, si así lo deseo.



## 2) DECLARACION DE PRINCIPIOS

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéticos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.<sup>31</sup>

De este modo, para los fines específicos de este código, 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.

**a) 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.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

**b) 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, efectivo, social, psicológico, que se traduce 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.

---

<sup>31</sup> SECRETARIA DE SALUD Y SUBSECRETARÍA DE INNOVACION Y CALIDAD Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México (2001) México D. F.

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

- c) **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.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

- d) **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.

El derecho de la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad

- e) **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.

El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible recuperación personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la

enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

- f) **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.
  
- g) **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 de la persona a su cuidado y con todo lo que a ella se refiere.
  
- h) **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.
  
- i) **SOLIDARIDAD.** Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propias, 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.

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las

personas se parte de la necesidad de asociaras para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

- j) 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 decir 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.
  
- k) TERAPEUTICO 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.
  
- l) 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 de agente sea bueno.
  - ❖ Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

### 3) CONSENTIMIENTO INFORMADO

El termino consentimiento informado se apoya en dos pilares básicos; a saber, la información y la determinación de la voluntad para realizar o acotar determinado acto, estando ambos componentes tan íntimamente relacionados que no es posible la existencia del uno sin el otro a más propiamente, la información no alcanza su plena realización si de ella no se sigue un acto querido por la voluntad, ni es posible querer verdaderamente un acto si no se conocen todos los aspectos que inciden en el mismo.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Carmen Delia Medina Castellano (2002) El Consentimiento Informado Ética y legislación pág. (160-167) Ed. DAE ( grupo paradigma) Madrid España

Sin embargo como ya se mencionó ninguno de los dos han sido de gran aceptación en nuestro país dentro de la práctica sanitaria, particularmente dentro de la práctica médica; ya que de alguna forma, las enfermeras, tal vez debido a su mayor contacto con el paciente y a la propia naturaleza de la profesión, han sido más proclives a informar al paciente de cuestiones relativas a su estado, o, al menos, a ayudarle a formular sus preguntas delante del médico.

Durante muchos años fue éste el modelo seguido en materia de información; y en lo que respecta al consentimiento éste, la mayoría de las veces ni siquiera se plantea. Sin embargo, el cambio en las estructuras políticas del país la cada vez mayor concienciación de los ciudadanos respecto a los derechos que le asisten y, paradójicamente la transformación de la relación de confianza que vinculaba al profesional con el paciente en una relación más profesionalizada, fueron junto a otros factores determinantes de la formulación legal del consentimiento informado.

La ley general de sanidad, en su artículo 10, hace referencia a la información y al consentimiento en los siguientes términos:

- a) Al ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le aplique pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso podrá comportar peligro adicional para sus salud. En todo caso, será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente, y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.
  - b) A que se le dé en términos comprensibles, a él, y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
  - c) A la libre elección, entre las opciones que le presente el responsable del médico a su caso, siendo preciso el
-

previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

- d) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- e) Cuando no esté capacitado para decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
- f) Cuando la urgencia no permita demoras, por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

Dos son los supuestos que se completan en los apartados transcritos; de una parte el considerado en el artículo 10.5, que hace referencia a la información y al consentimiento para participar en un proyecto de investigación. En este caso, lo que se produce es una advertencia del usuario de que los procedimientos de todo orden que se le van a realizar pueden ser usados con fines de investigación.

No exige el precepto, en sí mismo, que se añada ningún otro tipo de información en este supuesto. No obstante, la ley del medicamento y el real decreto que la desarrolla, y al que ya se ha hecho referencia introducen mayores requisitos de información, para la participación como sujeto de investigación en un determinado proyecto, y también se establecen las condiciones en que se va a prestar consentimiento.

#### **4) DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo primero.** El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

## **a) LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS PARA CON LAS PERSONAS**

**Artículo segundo.** Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decir tratamientos y cuidados una vez informado.

**Artículo tercero.** Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

**Artículo cuarto.** Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

**Artículo quinto.** Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

**Artículo sexto.** Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

**Artículo séptimo.** Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipado y de prevención del daño, y proporcionar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

**Artículo octavo.** Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

**Artículo noveno.** Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

## **b) LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS COMO PROFESIONISTAS**

**Artículo décimo.** Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

**Artículo décimo primero.** Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

**Artículo décimo segundo.** Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

**Artículo décimo tercero.** Contribuir al fortalecimiento de las acciones de seguridad e higiene en el trabajo.

**Artículo décimo cuarto.** Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitistas, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

**Artículo décimo quinto.** Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica y sus conocimientos y competencias.

**Artículo décimo sexto.** Ser imparcial, objetiva y ajustable a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

**Artículo décimo séptimo.** Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.



### **c) LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS PARA CON SUS COLEGAS**

**Artículo décimo octavo.** Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencia a estudiantes y colegas de su profesión

**Artículo décimo noveno.** Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal

**Artículo vigésimo.** Ser solidaria (o) con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas

**Artículo vigésimo primero.** Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de informaciones fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

**Artículo vigésimo segundo.** Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

#### **d) LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS PARA CON SU PROFESION**

**Artículo vigésimo tercero.** Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

**Artículo vigésimo cuarto.** Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

**Artículo vigésimo quinto.** Demostrar lealtad al interés legítimo de la profesión mediante su participación colegiada.

#### **e) LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS PARA CON LA SOCIEDAD**

**Artículo vigésimo sexto.** Prestar servicio social profesional por convicción solidaridad y conciencia social.

**Artículo vigésimo séptimo.** Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia

**Artículo vigésimo octavo.** Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

## **5) DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA**

### **PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO**

Las observaciones del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

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

## V. DESCRIPCION DEL ESTUDIO DE CASO

### 5.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**NOMBRE:** Vanessa                      **REGISTRO:** 470541  
**SEXO:** Femenino  
**EDAD CRONOLÓGICA:** 8 años  
**ESCOLARIDAD:** 3ro de Primaria  
**FECHA DE NACIMIENTO:** 26 de julio del 2002  
**LUGAR DE NACIMIENTO:** México D. F.  
**LUGAR DE LA FAMILIA:** Segundo lugar como hija  
**TIPO DE SANGRE:** O+  
**ALERGIAS:** Negadas  
**TALLA:** 132.5 cm.                      **PESO:** 36.5 Kg.  
**DOMICILIO:** Calle 4, Mz. 13, Lt 14, Col. Ampliación Miguel Hidalgo  
**CUIDADOR PRIMARIO:** Mamá  
**FECHA DE INGRESO:** 29 de septiembre del 2010  
**SERVICIO:** Oncología, cama 323  
**DIAGNÓSTICO:** Condrosarcoma en muslo izquierdo, metastásico a pulmón.

### 5.2 MOTIVO DE LA CONSULTA

Dolor en cara anterior y posterior de tórax. Inicia el 15 de septiembre del 2010 con la presencia de caída de aproximadamente 50 cm. De altura con traumatismo en cara anterior de tórax. Posteriormente la paciente continua con la presencia de dolor en cara anterior y posterior de tórax, es llevada con facultativo quien diagnostica esguince de primer grado y da tratamiento sintomático, sin presencia de mejoría clínica, se agrega astenia, adinamia, hiperoxia, el 29- 09- 10 es llevada con facultativo quien solicita Rx de tórax en donde se observan alteraciones especificadas, por lo que es traída al Instituto Nacional de Pediatría en donde es valorada por el servicio de Oncología quienes deciden su ingreso para abordaje diagnóstico. Por dificultad respiratoria, dolor óseo, astenia, adinamia, e hiporexia.

### **5.3 VALORACION DE ENFERMERÍA**

#### **a) ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

Niega alérgicos, traumáticos, físicos transfusionales, exantemáticos y quirúrgicos. Prima hermana paterna de Vanessa falleció a los cuatro años por LAL.

#### **b) ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

Producto de la Gesta 2, Para 2, Cesáreas 0, Abortos 0, inicia control prenatal desde el primer mes de gestación, acude aproximadamente a 10 consultas, se realiza 2 USG, los cuales se reportan como normales, ingesta de hierro y ácido fólico, aplicación de toxoide tetánico en 2 ocasiones, niega infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, niega amenazas de aborto o parto pre termino, embarazo normoevolutivo, de termino, sin ruptura prematura de membranas, se obtienen producto único vivo de sexo femenino, por parto vaginal.

#### **c) MEDICINA PREVENTIVA**

Con esquema de vacunación incompleto faltando el segundo refuerzo de DPT a los 4 años y el segundo refuerzo de la Triple Viral (SRP) a los 6 años muestra cartilla de vacunación. **(Ver Anexo 3).**

#### **d) ANTECEDENTES FAMILIARES**

Prima hermana paterna finada de Leucemia. Restos interrogados y negados.

### **1) EXPLORACIÓN FÍSICA DE ENFERMERÍA**

Consiente, orientada, cooperadora, con leve palidez de tegumentos, *mucosas orales hidratadas.* **(Ver Anexo 4)**

#### **a) CABEZ Y CUELLO**

Cráneo normocefalo, sin presencia de exostosis ni hundimientos, con adecuada implantación de cabello, pupilas isocóricas, normorreflexicas, narinas permeables, encías pequeñas por lo que (usa placa en paladar) para

que no se empalmen los dientes, faringe hiperemica, cuello cilíndrico, simétrico, tráquea central, desplazable, no se palpan masas mediales o laterales, ni adenomegalias.

### **b) TÓRAX**

Tórax normolineo, integro, simétrico, con movimientos de amplexión y amplexación aumentados en frecuencia, adecuados ruidos cardiacos de buen tono, ritmo e intensidad, campos pulmonares con hipoventilación bilateral de predominio basal en hemitórax izquierdo, con polipnea de hasta 48 respiraciones por minuto, con discreto aumento en el esfuerzo ventilatorio, disnea a medianos esfuerzos, con estertores crepitantes bilaterales refiere dolor costal derecho a la inspiración profunda, con desaturación de oxígeno de 84% sin oxígeno y recupera hasta 94% con oxígeno, con Silverman de 5. **(Ver anexo 5 y 6).**

### **c) ABDOMEN**

Abdomen plano blando depresible, doloroso en emiabdomen derecho y en región suprapuvica, peristalsis presente, no se palpan masas ni visceromegalias.

### **d) GENITALES**

Fenotípicamente femeninos. Tanner II. **(Ver anexo 7)**

### **e) MUSCULO ESQUELETICO**

Extremidades integras, con presencia de aumento de volumen en miembro pélvico izquierdo, que a nivel del muslo presenta un diámetro de 51.5 cm. y un diámetro en muslo derecho de 46 cm., sin aumento de temperatura local, no doloroso a la palpación, refiere en pierna izquierda leve debilidad y dolor a la flexión de rodilla izquierda, el cual le limita el movimiento para caminar. Llenado capilar de 2 segundos, pulsos presentes sincrónicos y simétricos, temperatura de 37.6 grados.

## **f) PIEL Y ANEXOS**

Con leve palidez de tegumentos, hidratación de mucosas, resto sin alteraciones.

## **g) SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS**

Glasgow de 15 puntos. **(Ver anexo 8)**. Nervios craneales sin alteraciones **(Ver anexo 9)** ya que se encuentra, conciente, reactiva, orientada, cooperadora, con respuesta a estímulos verbales, sin movimientos anormales, con simetría facial, reflejo pupilar, fuerza conservada, posición libremente escogida, con respuesta al dolor, náuseas presentes y en lo ventilatorio con polipnea.

### **5.3.1 FACTORES BASICOS CONDICIONANTES**

#### **2) ESTADO DE DESARROLLO**

Vanessa Hija de madre bigesta P2, con controles prenatales desde el primer mes de gestación, 10 consultas prenatales, 2 ultrasonidos abdominales normales, ingirió hierro y ácido fólico, embarazo normoevolutivo, vía de nacimiento por parto vaginal, peso al nacer 3,300 gr., talla 52 cm. Lloro y respiro al nacer, reanimada con maniobras habituales no recuerda Apgar, egresado como binomio sano a las 24 horas, con esquema de vacunación incompleto.

Alimentada con formula de inicio desde los 6 meses de edad, ablactada con papillas con frutas y verduras, integrada a la dieta familiar a los 18 meses. Fijación de la mirada a los 3 meses, sonrisa social a los 2 meses, sostén cefálico, sedestacion 6 meses, bipedestación 7 meses, deambulación 12 meses, habla con bisilabos al año. Actualmente con 8 años de edad cursando el tercer años de primaria.

3)

<b>LESIONES O DEFECTOS EVIDENTES</b>	<b>MOTIVO</b>
Alopecia	Recibe Tratamiento con Quimioterapia
Aumento de volumen en Pierna Izquierda	Por Condrosarcoma
Dificultad Respiratoria	Por Metástasis Pulmonar más Bronconeumonía

#### **4) FACTORES DEL SISTEMA DE CUIDADOS DE SALUD**

Con control del niño sano en el primer año de vida, con ninguna hospitalización previa. Actualmente con diagnóstico médico de Condrosarcoma en muslo izquierdo metastásico a pulmón, por lo cual se encuentra en el servicio de oncología en la cama 323, con tratamiento farmacológico, apoyo ventilatorio en fase 11, con ministración de nutrición parenteral, quimioterapia y hemoderivados.

#### **5) ORIENTACION SOCIOCULTURAL**

Es de religión Cristiana no tiene ninguna prohibición derivada de la práctica religiosa. Acude a la iglesia los fines de semana. Juega con muñecas y a la pelota con su hermana, van al cine, al parque y al zoológico.

#### **6) PATRÓN DE VIDA**

##### **a) DESCRIPCION DE UN DIA COTIDIANO**

Se levanta a las 10:00 horas am. Desayuna con su hermana, tienden su cama se preparan para asistir a la escuela, a las doce ponen el agua para bañarse 12:30 ya se están bañando 1:15 ya se están arreglando, se sientan un ratito a ver T.V. y al 10 para las 14:00 se van a la escuela; al regresar de la escuela descansan un rato, hacen toda la tarea del día siguiente y se duermen.



## **b) HÁBITOS HIGIÉNICOS**

Baño diario, cambio de ropa diario, aseo dental 2 a 3 veces al día, lavado de manos antes de comer e ir al baño y cuando es necesario.

## **c) HÁBITOS DIETÉTICOS**

Hace dos comidas completas al día, 11 horas y a las 7:30 o 20:00 horas, toma varios vasos de leche al día hasta tomar un litro diario.

## **7) FACTORES AMBIENTALES**

Vive en zona urbana, cuenta con flores en casa como son rosas, margaritas, sábila, aguacate, etc. Tiene dos perros aunque no hay convivencia con ellos.

### **a) LOCALIZACION DE INDUSTRIAS CERCANAS AL DOMICILIO**

Existe una fábrica junto a su casa, fabrican yurés y cinta canela, la basura se encuentra almacenada, la mamá refiere que nunca ha visto que vayan a recogerla.

### **b) SERVICIOS DOMICILIARIOS**

Cuentan con agua, luz, drenaje, alumbrado público, pavimentación, gas y teléfono.

### **c) CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA**

La vivienda es prestada, cuenta con dos habitaciones, cocina y recamara: La cocina funciona también como recamara de los papas y la otra recamara es de las niñas. Techo de lámina, paredes de tabique, piso de cemento. La casa cuenta con dos ventanas grandes que se mantienen abiertas una parte del día para la ventilación y con estas mismas se ilumina la casa. El camión de la basura pasa tres veces a la semana.

## 8) DISPONIBILIDAD Y ADECUACION DE LOS RECURSOS

No cuenta con Seguro Social, Ni ISSSTE, cuando necesita servicios médicos acude al Centro de Salud, o Salubridad. Actualmente cuenta con Seguro Popular, y está inscrita en la Fundación “Aquí Nadie se Rinde” y en la Fundación AMAC. Los ingresos económicos mensuales en la familia son de 2800 pesos.

DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS	Salud	
	Alimentación	1600 pesos
	Educación	150 pesos
	Recreación y cultura	100 pesos
	Otros	200 pesos

## 9) FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR

Es una Familia desintegrada por la ausencia de la figura paterna ya que se separaron desde hace dos años

### a) INTEGRANTES DE LA FAMILIA

No.	Nombre	Edad	Sexo	Escolari- dad	Ocupación	Parentesco	Aportación Económica
1	G.L.T.	32 años	M	Primaria completa	Albañil	Padre	
2	N.T.R.	27 años	F	Secundaria completa	Empleada domestica	Madre	<b>2800</b>
3	S. L.T	10 años	F	Primaria	estudiante	hermana	
4	Vanessa	Paciente en estudio					

**b) RUTINA FAMILIAR (ENFOCADA A LOS TIEMPOS DE CONVIVENCIA)**

Un día domingo: Se levantan tarde, se bañan van al tianguis, regresan, asisten a la iglesia a las 14:30 regresan a casa 7:30 ven T.V. conviven y duermen.

**c) PROBLEMAS FAMILIARES**

En proceso de resolverse.

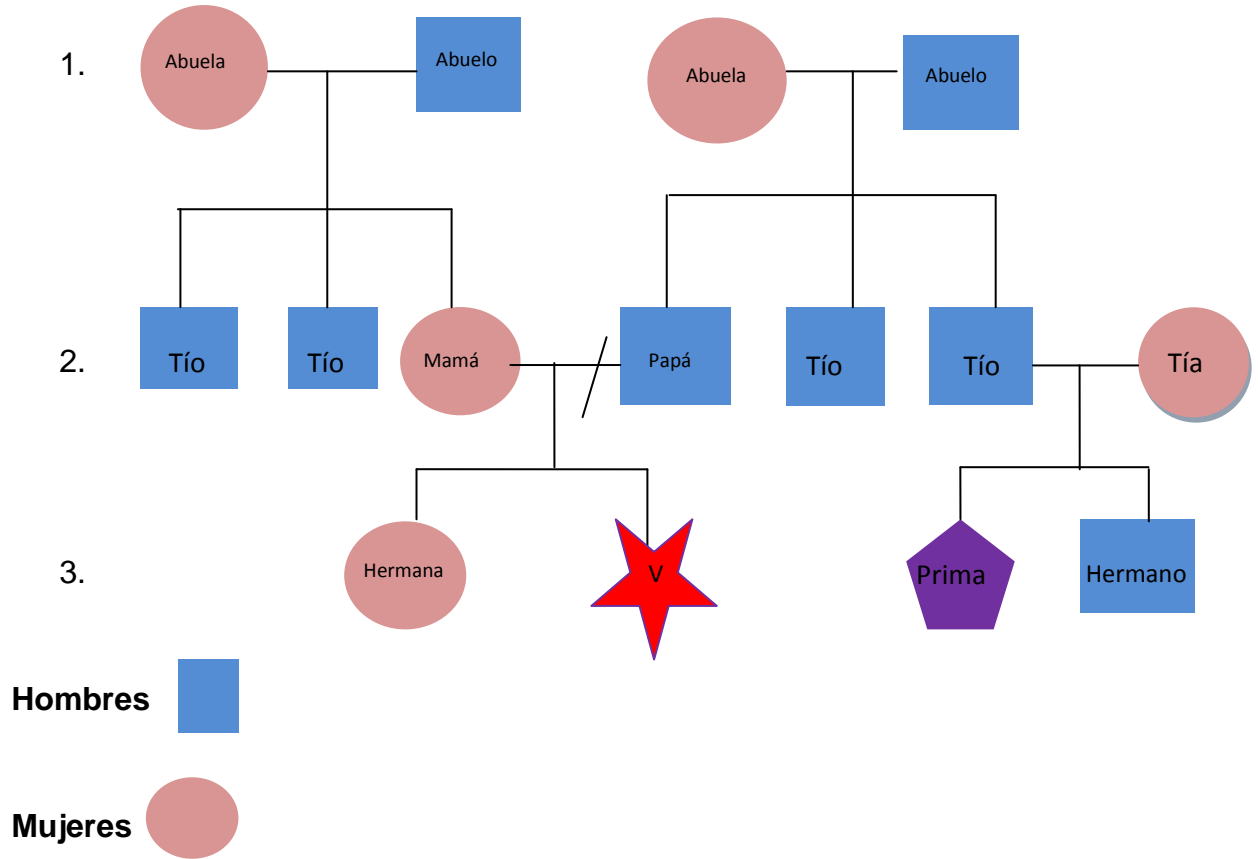
**d) PERTENENCIA A CLUBS SOCIALES**



Actualmente está inscrita en la fundación Aquí nadie se rinde y en la fundación AMAC

## 5.4 GENOGRAMA

### FAMILIA MATERNA

### FAMILIA PATERNA



1. Abuelos Maternos Sanos	1. Abuelos Paternos Sanos
2. Tíos Maternos Sanos	2. Tíos Paternos Sanos
Mamá Sana	Papá Sano
3. Hermana Sana	
Paciente en estudio 	Prima Paterna Finada de LAL 

## 5.5 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

### 1) MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

Campos pulmonares con hipoventilación bilateral de predominio basal en hemitorax izquierdo por metástasis pulmonar y acumulación de secreciones por bronconeumonía, presenta broncoespasmos en repetidas ocasiones.

Tórax normolineo, integro, simétrico con movimientos de amplexión y amplexación aumentados en frecuencia, presenta dolor costal derecha a la inspiración profunda que limita el movimiento.

En cuanto a la valoración del proceso de ventilación pulmonar, se encuentra con aleteo nasal, tiraje intercostal, disnea a medianos esfuerzos, polipnea de hasta 48 respiraciones por minuto, presenta desaturación de oxígeno de 84% sin oxígeno y satura 94% con oxígeno, llenado capilar de 2 segundos.

Vanessa se encuentra en fase II de ventilación con apoyo de oxígeno de 3 litros por minuto por puntas nasales, posteriormente con nebulizador continuo con FiO<sub>2</sub> al 98% y nebulizaciones con salbutamol cada 4 horas, posteriormente oxígeno con nebulizador continuo con FiO<sub>2</sub> del 80% que le da una saturación de 94% y posteriormente oxígeno con nebulizador indirecto con FiO<sub>2</sub> del 40%.

En cuanto a la auscultación se encuentran campos pulmonares con hipoventilación basal izquierda, con crepitantes bilaterales, ruidos cardiacos de buen tono, ritmo e intensidad, sin soplo audible. Con valoración de Silverman Anderson de 5.

En cuanto a la adaptabilidad pulmonar con buena respuesta al tratamiento de inhaloterapia: (oxígeno con nebulizador continuo, nebulizaciones con conbivent 5 mg. Cada 8 horas, fluticasona 250 mcg. Cada 12 horas, salbutamol 5 mg. Cada 8 horas y flixotide 250mcg cada 12 horas.

Dentro de los factores fisiológicos Vanessa se encuentra con Metástasis Pulmonar y Bronconeumonía.

En cuanto a los factores psicológicos: El impacto del diagnóstico y la separación de sus padres.

**(Ver estudios de laboratorio tabla 4)**

**(Ver estudios de gabinete tabla 1 y tabla 4)**

## **2 Y 3) MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA Y ALIMENTOS**

Normalmente Vanessa consume un litro de agua de sabor al día o un poco más, y un litro de leche entera al día, un refresco en fin de semana, toma atole, café o café con leche en la semana.

Actualmente en adecuada hidratación de mucosas. Presenta lesión blanquecina en mucosa oral, en carrillos y pilares amigdalinos.

Con volumen urinario normal, gasto fecal normal de 5 veces al día, aporte de líquidos intravenosos en 24 horas de 3864 ml.

NPT con líquidos totales de 1300 ml/m<sup>2</sup> y calorías totales de 785 Kcal/m<sup>2</sup>/día en infusión continua de 59.5 ml. por hora. Reposición de pérdidas por vómitos o sonda nasogástrica al 100%. Solución glucosada al 5% 500 ml. NaCl. 17.7% 10 ml. KCL 20 mEq. Pasando 88 ml. por hora y Quimioterapia con Ciclofosfamida, Adriamicina, Ifosfamida 2200 mg más Mesna 540 mg aforados con solución fisiológica 500 ml para 3 horas del 14 al 18 de octubre, Doxorubicina 36 mg aforado con solución glucosada al 5% 500 ml para 6 horas los días 14 y 15 de octubre y Cardioxane 700 mg aforado en solución glucosada al 5% 200 ml para 1 hora previo a Doxorubicina.

Le agradan todos los alimentos excepto la sardina y el atún, toma café desde los 4 años de edad.

Actualmente se encuentra en ayuno debido a que rechaza los alimentos por presencia de náuseas y vómitos persistentes, (gastroalimentarios y posteriormente en pozos de café) ya que recibe tratamiento de quimioterapia por lo que pierde 1 Kilogramo y medio de peso encontrándose en la percentila 95 para el peso con un IMC de 20.5, el cual la mantiene dentro de los parámetros normales de peso para la edad.

Vanessa tiene la capacidad de masticar y deglutir los alimentos. Perímetro abdominal de 71.5 cm.

Fue ablactada a los 6 meses de edad con caldo de pollo, arroz y sopa. Y se integra a la dieta familiar el primer año de vida.

En cuanto a la cavidad oral se encuentran encías pequeñas, piezas dentarias en malas condiciones higiénicas, con lesiones blanquecinas en mucosa oral, en carrillos, en pilares amigdalinos. Vanessa usa placa en paladar para que los dientes no nazcan empalmados. La limpieza dentaria la lleva a cabo dos veces al día. La dentición aparece a los 6 meses de vida, a los 7 años empieza a mudar.

Come en la calle ocasionalmente. En casa la mamá prepara los alimentos. Su religión no le impide a Vanessa abstenerse de consumir ningún tipo de alimentos. No tiene ningún problema de absorción. En cuanto a su patología tendrá que consumir alimentos preparados en casa solamente, para evitar complicaciones.

Niega alergia a algún alimento.

#### **4) PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACION Y LOS EXCREMENTOS**

Vanessa presenta evacuaciones melénicas en número de tres en 24 horas, por plaquetopenia y también presenta probable síndrome de pinzamiento a nivel de la mesentérica lo que posiblemente le ocasiona el dolor abdominal que refiere.

Presenta Región perianal con eritema severo lo que le ocasiona irritabilidad y dolor para la evacuación.

Orina color amarillo 1230 ml. En 24 horas, sin alteraciones anatómicas, sin dificultad o dolor para la micción. Con bililabstix en orina que reporta sangre microscópica.

Vanessa se encuentra con sonda nasogástrica (para descomprimir abdomen) la cual drena liquido en pozos de café.

Normalmente no tiene problemas de estreñimiento, los factores que dificultan los procesos de eliminación, actualmente, son los del ámbito hospitalario.

Antes de su ingreso hospitalario jugaba futbol 4 horas diarias en temporada de vacaciones.

##### **a) AUSCULTACION, PERCUSION Y PALPACION DE ABDOMEN Y SISTEMA GENITOURINARIO**

❖ **HIPOGÁSTRIO:** Ruidos peristálticos de sonido timpánico, no se palpan viceromegalias.

❖ **MESOGASTRIO:** Se auscultan ruidos peristálticos, percusión timpánica, refiere dolor a la palpación.

❖ **HIPOCONDRIO:** Doloroso a la palpación con peristálsis presente.



- ❖ **HIPOCONDRIO DERECHO:** Doloroso a la palpación, auscultación de ruidos peristálticos presentes, percusión de matidez hepática, se palpa hígado sin hepatomegalia, ni masas palpables.
- ❖ **HIPOCONDRIO IZQUIERDO:** Auscultación de ruidos peristálticos, percusión timpánica, no se palpan viceromegalias.
- ❖ **FLANCO DERECHO:** Doloroso a la palpación, percusión timpánica, sin viceromegalias.
- ❖ **FLANCO IZQUIERDO:** Percusión timpánica, con ruidos peristálticos presentes sin palpación de viceromegalias.
- ❖ **FOSA ILIACA DERECHA:** Percusión timpánica, sin viceromegalias.
- ❖ **FOSA ILIACA IZQUIERDA:** Se auscultan ruidos peristálticos con percusión timpanica, sin viceromegalias.

## **5) MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO**

Antes de su padecimiento dormía 12 horas 30 minutos diarios.

Neurológicamente se encuentra, consiente, orientada en tiempo persona y espacio, con Glasgow de 15 puntos.

Actualmente se encuentra en ámbito hospitalario que interfiere en su descanso, también el dolor o dificultad respiratoria pueden interrumpir su sueño en ocasiones.

Los factores que intervienen en la movilidad son el dolor costal derecho a la inspiración profunda que limita el movimiento. En pierna izquierda refiere leve debilidad y dolor a la flexión de rodilla izquierda el cual limita el movimiento al caminar.

En el ámbito hospitalario, lee libros, realiza manualidades, ve películas, y recibe soporte psicológico. Previo a su hospitalización jugaba fút bool en vacaciones.

## **6) MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL**

Es muy sociable, platica con los médicos y las enfermeras que la atienden, previo a su hospitalización convive con sus abuelos y tíos maternos.

Actualmente manifiesta miedo de quedarse hospitalizada y no regresar a su hogar.

Es una niña amorosa, bondadosa, no es egoísta ni manipuladora.

**7 y 8) PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO, EL BIENESTAR HUMANO Y EL DESARROLLO DE LA NORMALIDAD**

**a) ESTUDIOS DE LABORATORIO**

TABLA 1

<b>BIOMETRÍA HEMÁTICA</b>					
<b>FECHA</b>	29-09-10	02-10-10	04-10-10	12-10-10	16-10-10
Hemoglobina	12.9	12.1	11.2	11.1	9.4
Hematocrito	39.3	37	34.2	34.3	29
Leucocitos	11.700	1900	12.400	10.100	4800
Neutrofilos	73%		73%		
Monocitos	7%			8%	
Linfocitos	17%	18%	15%	8%	12%
NT	8500			8200	4100
LT	200	2300		800	
Plaquetas	474mil	483ml.	435ml.	362ml.	325ml

**Nota:** La Leucocitosis es el aumento en el número de los leucocitos de la sangre periférica (por encima de 10.000/mm<sup>3</sup>). Que en el caso de Vanessa ocurre por proceso infeccioso.

TABLA 2

<b>BIOMETRÍA HEMÁTICA</b>					
<b>FECHA</b>	21-10-10	22-10-10	23-10-10	25-10-10	28-10-10
Hemoglobina	13.5	11	9.6		
Hematocrito	40	33.8	29		
Leucocitos	1800	83	100		
Neutrofilos					
Monocitos			87%		
Linfocitos					
NT	170	0			
LT	100				
Plaquetas	158	36mil.	27mil	15mil.	27mil

**Nota:** La Plaquetopenia, Trombopenia o Trombocitopenia es la disminución en el número de plaquetas en la sangre y ocurre como reacción secundaria de los agentes quimioterapéuticos.

TABLA 3

<b>BIOMETRÍA HEMATICA</b>		
<b>FECHA</b>	29-10-10	04-11-10
Hemoglobina	12	12.3
Hematocrito		33.9
Leucocitos		6 ml.
Neutrofilos		
Monocitos		
Linfocitos		5%
NT	600	
LT	800	
plaquetas	57ml	314mil.

**Nota:** La leucopenia es la reducción del número de leucocitos en la sangre por debajo de 5.000 y ocurre por efecto secundario provocado por los agentes quimioterapéuticos.

TABLA 4

<b>GASOMETRÍA</b>		
<b>FECHA</b>	<b>02-10-10</b>	<b>22-10-10</b>
pH	7.44	7.4
PO2	111.1	124
pCO2	30.8	28
HCO3	21	
Hb	11.8	
Hto	36.6%	
K	4.3	
Na	136	
Ca	4.88	
Cl	106	
Lac	1	
FiO2		170

TABLA 5

<b>ELECTROLITOS SERICOS</b>		
<b>FECHA</b>	25-10-10	01-11-10
Na.	134	138
K	4.1	4.4
Cl.	105	105
Ca	8.5	9.0
Fosforo		4.6
Mg.		2.0

**b) ESTUDIOS DE GABINETE**

TABLA 1

<b>FECHA</b>	<b>RX. TORAX</b>
29-09-10	Se observan dos masas bien delimitadas de densidad mayor que el resto del parénquima con aparente borramiento de hemidiafragma izquierdo.
03-10-10	Se observan masas bien delimitadas de densidad mayor al resto del parénquima con que abarca aproximadamente 60% de pulmón derecho e izquierdo mayor al 60% ángulo constodiafragmatico izq. borrado, la silueta cardiaca no se observa adecuadamente.
04-10-10	Se aprecia infiltrado bilateral compatible con proceso infiltrativo de neoplasia y lesiones nodulares en parénquima pulmonar derecho.
22-10-10	Con imágenes radiopacas bilaterales homogéneas bien definidas, apical y basal derecha correspondiente a metástasis, con aumento de un infiltrado radiopaco heterogéneo difuso en las áreas de parénquima libres de metástasis. Hemitórax izquierdo con imagen radiopaca homogénea basal que borra ambos ángulos costales.

TABLA 2

<b>FECHA</b>	<b>RX FEMUR</b>
30-09-10	Aumento de volumen de tejidos blandos, en el musculo izquierdo no se observaron alteraciones de la estructura ósea

TABLA 3

<b>FECHA</b>	<b>RESONANCIA MAGNETICA DE MUSLO IZQUIERDO</b>
07-10-10	Donde se observa la presencia de tumoración de tejidos blandos, de aspecto lobulado y contornos definidos, que involucra a los músculos bastos lateral e intermedio en los tercios proximal y medio del muslo con dimensiones aproximadas de 12.78 x 7.2 x 5.6 cm. En sus diámetros mayores. De tipo extra compartamental con metástasis ganglionares a cadena inguinales y óseas en huecos iliacos y sacro.

TABLA 4

<b>FECHA</b>	<b>TOMOGRAFÍA PULMONAR</b>
11-10-10	Donde se observa en el hemitórax izquierdo una imagen aun de metástasis muy grande que ocupa prácticamente el segmento de la lingula superior e inferior así como el segmento posterior e inferior y lóbulo inferior basal, y en el derecho se observan al menos tres imágenes de metástasis una a nivel del segmento superior del lóbulo inferior derecho y otras tres del segmento medial bilateral del lóbulo inferior derecho. Así como engrosamiento de la pared anterior de la pleura del lóbulo inferior derecho.

TABLA 5

<b>FECHA</b>	<b>ULTRASONOGRAFIA ABDOMINAL</b>
21-10-10	Que se realiza debido al dolor abdominal persiste. El cual se reporta como normal pero con mucho gas.

TABLA 6

<b>FECHA</b>	<b>TAC DE ABDOMEN</b>
21-10-10	La cual reporta presencia de múltiples ganglios abdominales, sin evidencia de obstrucción o presencia de metástasis intraperitoneales, no hay implantes aparentemente, solo se observa distensión de la cámara gástrica y del duodeno. Se valora con radiólogo encontrando bulbo duodenal dilatado en primera y segunda porción, hay síndrome de pinzamiento a nivel de la mesentérica.

TABLA 7

<b>FECHA</b>	<b>TRANSITO INTESTINAL</b>
06-11-10	Que descarta síndrome de pinzamiento a nivel de la mesentérica.

### c) OTROS ESTUDIOS DE LABORATORIO

TABLA 1

FECHA	ESTUDIO	RESULTADOS
05-10-10	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Punción lumbar.</li> <li>➤ Biopsia de médula ósea.</li> <li>➤ Aspirado de Médula ósea</li> </ul>	<p>Negativo para células neoplásicas.</p> <p>Negativo para células neoplásicas.</p>
06-10-10	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Biopsia de muslo izquierdo (para confirmar tipo de tumoración e iniciar quimioterapia).</li> </ul>	<p>Condrosarcoma mixoide extra esquelético</p>
22-10-10	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Glicemia capilar</li> </ul>	<p>Hiperglicemias de 208, 161, 172, y 164. Mg/dl.</p> <p><b>Nota:</b> Toxicidad= alteración metabólica por agentes quimioterapéuticos.</p> <p>Medidas: Se disminuye el aporte de glucosa a 3.5 mg/Kg/minuto</p>
22-10-10	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hemocultivo central</li> </ul>	<p>Levaduras por <i>Cándida Albicans</i> en catéter venoso central.</p> <p>Medidas: Se retira catéter venoso central.</p>
22-10-10	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bililabstix en orina</li> </ul>	<p>Labstix con hematuria +++ y pH de 6.</p> <p>Medidas: Se aumenta el aporte hídrico parenteral como medida preventiva.</p>



- d) **HISTORIA DE INFECCIONES:** El 22 de octubre se diagnóstica con Bronconeumonía nosocomial que remite el 06 de noviembre del 2010.

El 25 de octubre se diagnóstica con Sepsis asociada a catéter por cándida Albicans y fiebre (intermitente) persistente de 38.5 a 39 grados máximo, que remiten el 06 de noviembre de 2010.

Previo a su hospitalización solo gripas estacionales.

- e) **MÉTODOS INVASIVOS:** Catéter central subclavio que se instaló el 13 de octubre del 2010 y se retira el 25 de octubre del 2010 por presencia de levaduras. Previo al catéter y posterior al mismo venoclisis periférica.

El 06 de noviembre se coloca catéter puerto para continuar con segundo ciclo de quimioterapia.

Sonda Nasogástrica que se instala el 22 de octubre de 2010 por presencia de síndrome de pinzamiento a nivel de la mesentérica y se retira el 01 de noviembre del 2010

- f) **PARTICIPACIÓN DEL AGENTE DEL CUIDADO DEPENDIENTE:** La mamá le ayuda a Vanessa a comer a bañarse y en el cambio de ropa, cuida la sonda nasogástrica y la venoclisis, colabora también en el cuidado de la eliminación.
- g) **EXPOSICIÓN A ABUSOS:** Previo a su ingreso hospitalario, duerme con su hermana y la mamá la lleva y la recoge de la escuela.
- h) **PARA SU DESARROLLO PERSONAL:** Previo a su hospitalización acude a la escuela, y actualmente recibe soporte psicológico. Vanessa refiere sentirse aceptada por la familia.

## 5.6 REQUISITOS DE DESARROLLO

Se lleva a cabo la evaluación de este requisito por medio de la observación punto importante de la etapa de la valoración del proceso enfermero y también por medio de la interrogación punto importante de las técnicas verbales de la entrevista clínica de la valoración.

- **EN LO FÍSICO Y MOTOR:** En cuanto a su peso encuentro a Vanessa con un peso normal para la edad encontrándose en la percentila 95 para el peso, con un IMC de 21.4, durante la hospitalización tubo una pérdida de peso de 1 kg y medio, del cual presento un IMC de 20.5, que fue recuperado para su alta. En cuanto a la talla se encuentra en la percentila 75 (**ver anexo 10**), tiene movimientos fluidos, a menudo es graciosa y ecuánime, le gusta estar siempre activa, se incrementa la precisión y velocidad en los movimientos finos, es difícil mantenerla tranquila después de un periodo de reposo.
- **EN EL ASPECTO MENTAL:** Encuentra diferencias y similitudes entre los objetos de memoria, repite los días de la semana y los meses en orden; conoce la fecha, describe en forma detallada objetos comunes, no solo su uso. Acude a tercero de primaria, lee con mayor facilidad, es más consiente del tiempo, elabora dibujos y pinturas simples.
- **EN LO ADAPTATIVO:** Se apoya en instrumentos caseros comunes le ayuda a su mamá a barrer y hacer la limpieza y asume la responsabilidad de compartir las labores domésticas, busca los objetos que necesita en la mesa, durante la comida, le gustan las revistas con imágenes, le gusta mucho la escuela, busca contestar todas las preguntas, tiene temor de reprobar.
- **EN EL ASPECTO PERSONAL Y SOCIAL:** Es muy sociable, tiene muy buen comportamiento, le gusta jugar, se compara con otros y disfruta los grupos deportivos. Se interesa mucho por los temas espirituales, pertenece al coro de su iglesia Cristiana.

Las condiciones que afectan su desarrollo humano en Vanessa son: La privación educacional que por estar hospitalizada deja de asistir a la

escuela, el diagnóstico de su enfermedad y los peligros ambientales en los que se enfrenta.

## **5.7 REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD**

### **1) MOTIVO DE INGRESO**

- **El 29 de septiembre de 2010** es llevada con facultativo quien ante la presencia de dolor torácico solicita Rx. De tórax en donde se observan alteraciones no especificadas por el cual es referida al Instituto Nacional de Pediatría en donde es valorada por el servicio de urgencias, a su ingreso presenta dolor tipo punzante e intermitente en tórax, solicitan Rx. De tórax y valoración por el servicio de oncología, por los resultados en radiografía deciden que las lesiones encontradas en pulmón son sugestivas de metástasis pulmonar.
- **El 30 de septiembre 2010** por el aumento en pierna izquierda y la aparente actividad tumoral de pulmón se piensa en descartar la presencia de Osteosarcoma o Sarcoma de Edwing que son los tumores que con mayor frecuencia pueden ocasionar metástasis a nivel pulmonar.

Se proporcionan informes a la mamá comentando que es importante descartar proceso tumoral y ella está de acuerdo con el plan. Por el resultado de la TAC de pulmón deciden ingresarla al servicio de oncología para continuar abordaje diagnóstico.

### **2) ANTECEDENTES DE DESVIACION DE LA SALUD**

- **01 de octubre de 2010:** Se inicia soporte emocional a la familia y en la menor.
- **04 de octubre de 2010:** Presenta fiebre (intermitente) persistente de 38.5 a 39 grados máxima, se solicita valoración por el servicio de infectología e inicia antibióticos con Dicloxacilina 920 mg c/6 horas y ceftriaxona 1 gr c/12 horas por probable foco pulmonar por la presencia de polipnea.

- **06 de octubre del 2010:** Se realiza biopsia de muslo izquierdo para confirmar el tipo de tumoración e iniciar quimioterapia.
- **13 de octubre del 2010:** Se coloca catéter venoso central subclavio izquierdo. (Catéter Arrow 7 Fr., 2 lumen, 20 cm. Y se empieza a transfundir con plasma fresco, plaquetas y paquete globular por resultados de biometría hemática.
- **14 de octubre de 2010:** Inicia primer ciclo de quimioterapia de la cual presenta vómitos persistentes.
- **15 de octubre de 2010:** Por resultados de patología se diagnostica como Condrosarcoma mixoide extraesquelético y se da un pronóstico del 30% de supervivencia.
- **18 de octubre de 2010:** Termina primer ciclo de quimioterapia con Doxorubicina, Ciclofosfamida, Mesna, Ifosfamida y Cardioxane.
- **19 de octubre de 2010:** Inicia con Nutrición Parenteral por catéter venoso central por presentar baja ingesta, y/o rechazo a la vía oral y presencia de vómitos persistentes por quimioterapia.
- **20 de octubre de 2010:** Continúa con fiebre de 38.5 a 39 grados máxima (intermitente) persistente sin foco.
- **22 de octubre de 2010:** Se coloca Sonda Nasogástrica e ingresa a Unidad de Terapia Intensiva para continuar manejo intensivo ya que se encuentra en fase inicial de Síndrome de Dificultad Respiratoria secundario a Bronconeumonía y con riesgo alto de progresión y necesidad de ventilación con presión positiva además de proceso séptico con repercusión sistémica que requiere monitorización y manejo en UTIP.
- **23 de octubre de 2010:** Con aislamiento de *Candida albicans* en hemocultivo central, por lo que se retira catéter venoso central, por consecuente se suspende nutrición parenteral e inicia tratamiento con antibióticos y esquema antifúngico con Cefepime 1.8 gr I.V c/8 horas, Vancomicina 360 mg IV c/6 horas y Fluconazol 216 mg IV c/24 horas,

- **26 de octubre de 2010:** Se encuentra en ayuno e inicia nutrición parenteral por vía periférica.
- **27 de octubre de 2010:** Presenta epistaxis en fosa nasal derecha se coloca taponamiento anterior dejando por 5 días. Y se entrega reporte oficial de hemocultivo reportando desarrollo de *Candida albicans*.
- **28 de octubre de 2010:** La paciente se presenta estable con buen estado general. Y se transfunde la última unidad de plaquetas.
- **01 de noviembre de 2010:** Se suspende nutrición parenteral y se retira sonda nasogástrica. Egresas de la Unidad de Terapia Intensiva para ingresar al servicio de oncología.
- **05 de noviembre de 2010:** Termina esquema de antibióticos con Cefepime, Vancomicina y Fluconazol.
- **06 de noviembre de 2010:** Se reporta estable eutermica ya sin aporte de oxígeno ni antibióticos, uresis presente, hidratada, Glasgow de 15, llenado capilar inmediato. Se coloca catéter puerto para quimioterapia.
- **07 de noviembre de 2010:** Inicia segundo ciclo de quimioterapia con Ifosfamida, Adriamicina, Cardioxane, Mesna y Doxorubicina.
- **10 de noviembre de 2010:** Termina su segundo ciclo de quimioterapia sin presencia de eventualidades.
- **11 de noviembre de 2010:** Egresas a su domicilio encontrándola hemodinamicamente estable, sin dificultad respiratoria y sin requerimiento de aporte suplementario de oxígeno.

### 3) DIRIGIDO A LA ENFERMEDAD

<b>Conocimiento de la fisiopatología incluidos los efectos sobre el desarrollo</b>	
<b>Receptor del cuidado</b>	<b>Agente de cuidado</b>
La paciente sabe que tiene bolas dentro de su cuerpo, sabe que se llama cáncer lo que tiene pero no imagina la magnitud del problema.	La mamá sabe que es grave, que está avanzada su enfermedad y que corre peligro la vida de su hija.
<b>Conocimiento de las acciones generadoras de autocuidado</b>	
La paciente no sabe nada sobre su cuidado	La mamá sabe que debe tener mucha higiene para su cuidado.

### 4) AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Los oncólogos le dan la noticia una semana antes de la entrevista con psicología, la mamá verbaliza que es difícil enfrentarse con esa noticia pero está dispuesta a aceptar cualquier tratamiento para que su hija se cure.

## 5.8 JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS

REQUISITOS	DEFICIT	No.	PRIORIDAD
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	<b>Con Déficit</b>	1	1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	<b>Con Déficit</b>	2	7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	<b>Con Déficit</b>	3	4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos..	<b>Con Déficit</b>	4	2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	<b>Con Déficit</b>	5	3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	<b>Con Déficit</b>	6	5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.	<b>Con Déficit</b>	7	6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal.	<b>Con Déficit</b>	8	. 8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal.

## 5.9 RELACION ENTRE EL DEFICIT Y LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

**RECEPTOR DEL CUIDADO:** Vanessa

**AGENCIA DE ENFERMERIA:** Enf. Antonia M. S.

**AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:** Mamá

**ETAPA DE DESARROLLO:** Escolar

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO (de acuerdo a su intervención)	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Estado de salud.</li> <li>❖ Factores del sistema de cuidados de salud como: Diagnóstico médico. y Modalidades del tratamiento</li> </ul>	Hipoventilación bilateral de predominio basal en hemitórax izquierdo, acumulación de secreciones, broncoespasmos, dolor costal derecho a la inspiración profunda, aleteo nasal, tiraje intercostal, disnea, polipnea, desaturación de O <sub>2</sub> , y Silverman-Anderson de 5.	Metástasis pulmonar.  Bronconeumonía.	Parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.
<p><b>DIAGNÓSTICO:</b> Déficit en el aporte suficiente de aire, relacionado a trastornos obstructivos metastásico e infeccioso, manifestado por dificultad respiratoria, con disnea a medianos esfuerzos, polipnea de hasta 48 respiraciones por minuto, desaturación de oxígeno de 84% y Silverman de 5.</p>				



## RELACION ENTRE EL DEFICIT Y LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

**RECEPTOR DEL CUIDADO:** Vanessa

**AGENCIA DE ENFERMERIA:** Enf. Antonia M. S.

**AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:** Mamá

**ETAPA DE DESARROLLO:** Escolar

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO (de acuerdo a su intervención)	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
2. Prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Estado de salud.</li> <li>❖ Factores del sistema familiar</li> <li>❖ Factores del sistema de cuidados de salud, como: Diagnóstico y tratamiento.</li> </ul>	Fiebre persistente de 38.5 a 39 grados máximo.	<p>Cultivo positivo con levaduras por <i>Cándida albicans</i> en catéter venoso central.</p> <p>Bronconeumonía nosocomial.</p>	Parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

**DIAGNÓSTICO:** Déficit en la prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humanos, relacionado con proceso infeccioso asociado a catéter, manifestado por fiebre persistente. (Cultivo positivo con levaduras por *Cándida Albicans*).

## RELACION ENTRE EL DEFICIT Y LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

**RECEPTOR DEL CUIDADO:** Vanessa

**AGENCIA DE ENFERMERIA:** Enf. Antonia M. S.

**AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:** Mamá

**ETAPA DE DESARROLLO:** Escolar

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO (de acuerdo a su intervención)	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
3. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Estado de salud.</li> <li>❖ Diagnóstico médico.</li> </ul>	<p>Evacuaciones melenicas, hematuria, drenaje de sonda nasogástrica en pozos de café.</p> <p>Eritema perianal severo e irritabilidad y dolor para la evacuación.</p>	<p>Plaquetopenia.</p> <p>Ministración de quimioterapia por condrosarcoma.</p>	Parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.
<p><b>DIAGNÓSTICO:</b> Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos, relacionado con plaquetopenia, manifestado con evacuaciones melenicas y hematuria.</p> <p><b>DIAGNÓSTICO:</b> Déficit en la provisión de cuidados asociados con los proceso de eliminación y los excrementos, relacionados con ministración de quimioterapia, manifestado con eritema perianal severo e irritabilidad y dolor para la evacuación.</p>				

## RELACION ENTRE EL DEFICIT Y LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

**RECEPTOR DEL CUIDADO:** Vanessa

**AGENCIA DE ENFERMERIA:** Enf. Antonia M. S.

**AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:** Mamá

**ETAPA DE DESARROLLO:** Escolar

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO (de acuerdo a su intervención)	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
4. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Estado de salud.</li> <li>❖ Diagnóstico médico.</li> <li>❖ Modalidades de tratamiento como: (Quimioterapia)</li> </ul>	<p>Vómitos persistentes.</p> <p>Rechazo a la vía oral.</p>	<p>Ministración de quimioterapia por condrosarcoma, como: Doxorubicina y Ciclofosfamida (con alto potencial emético).</p>	<p>Parcialmente compensatorio y de Apoyo Educativo.</p>
<p><b>DIAGNÓSTICO:</b> Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de agua, relacionado con ministración de quimioterapia, manifestado por presencia de vómitos persistentes y rechazo a la vía oral.</p>				

## RELACION ENTRE EL DEFICIT Y LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

**RECEPTOR DEL CUIDADO:** Vanessa

**AGENCIA DE ENFERMERIA:** Enf. Antonia M. S.

**AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:** Mamá

**ETAPA DE DESARROLLO:** Escolar

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO (de acuerdo a su intervención)	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
5. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Estado de salud</li> <li>❖ Diagnóstico médico</li> <li>❖ Modalidades de tratamiento</li> </ul>	<p>Náuseas y vómitos persistentes.</p> <p>Rechazo a los alimentos.</p> <p>Pérdida de peso de 1 Kg. Y medio del cual presenta IMC de 20.5.</p>	<p>Ministración de quimioterapia por condrosarcoma como: Doxorubicina y Ciclofosfamida (con alto potencial emético).</p>	<p>Parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.</p>
<p><b>DIAGNÓSTICO:</b> Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, relacionado con ministración de quimioterapia, manifestado por náuseas y vómitos persistentes y rechazo a los alimentos.</p>				

## RELACION ENTRE EL DEFICIT Y LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

RECEPTOR DEL CUIDADO: Vanessa

AGENCIA DE ENFERMERIA: Enf. Antonia M. S.

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: Mamá

ETAPA DE DESARROLLO: Escolar

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO (de acuerdo a su intervención)	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
6. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Estado de salud</li> <li>❖ Diagnóstico médico</li> <li>❖ Modalidades de tratamiento.</li> </ul>	<p>Sueño y descanso interrumpidos. <b>(Ver anexo 11)</b></p> <p>Dolor en tórax a la inspiración profunda.</p> <p>Dificultad respiratoria.</p> <p>Pierna izquierda con leve debilidad.</p> <p>Presenta dolor a la flexión de rodilla izquierda el cual limita el movimiento al caminar.</p>	<p>Hospitalización prolongada.</p> <p>Metástasis pulmonar aunada a bronconeumonía y presencia de Broncoespasmos en repetidas ocasiones.</p> <p>Masa tumoral en muslo izquierdo.</p>	Parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.
<p><b>DIAGNÓSTICO:</b> Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, relacionado con la hospitalización prolongada, manifestada con sueño y descanso interrumpidos.</p> <p><b>DIAGNÓSTICO:</b> Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, relacionada con metástasis pulmonar aunada a bronconeumonía y presencia de broncoespasmos en repetidas ocasiones, manifestada por dificultad respiratoria.</p> <p><b>DIAGNÓSTICO:</b> Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, relacionada con masa tumoral en muslo izquierdo, manifestada con dolor a la flexión de rodilla izquierda el cual limita el movimiento al caminar.</p>				

## RELACION ENTRE EL DEFICIT Y LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

**RECEPTOR DEL CUIDADO:** Vanessa

**AGENCIA DE ENFERMERIA:** Enf. Antonia M. S.

**AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:** Mamá

**ETAPA DE DESARROLLO:** Escolar

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO (de acuerdo a su intervención)	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
7. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Estado de salud</li> <li>❖ Diagnóstico médico</li> <li>❖ Patrón de vida</li> <li>❖ Factores ambientales</li> </ul>	<p>Falta de comunicación con familiares y amigos.</p> <p>Manifiesta miedo de quedarse hospitalizada y no regresar a su hogar.</p>	Hospitalización prolongada.	Apoyo educativo.
<p><b>DIAGNÓSTICO:</b> Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, relacionado con la hospitalización prolongada, manifestada por miedo de quedarse hospitalizada y no regresar a su hogar. (Manifiesta Vanessa verbalmente).</p>				

## RELACION ENTRE EL DEFICIT Y LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

**RECEPTOR DEL CUIDADO:** Vanessa

**AGENCIA DE ENFERMERIA:** Enf. Antonia M. S.

**AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:** Mamá

**ETAPA DE DESARROLLO:** Escolar

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO (de acuerdo a su intervención)	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Estado de salud</li> <li>❖ Diagnóstico médico</li> <li>❖ Modalidades de tratamiento</li> </ul>	<p>Alopecia.</p> <p>Aumento de volumen de pierna izquierda.</p> <p>Tristeza.</p>	Condrosarcoma en muslo izquierdo y tratamiento.	Apoyo educativo.

**DIAGNÓSTICO:** Déficit en el funcionamiento y desarrollo humano, relacionado con condrosarcoma en muslo izquierdo y tratamiento, manifestado con alopecia, aumento de volumen en muslo izquierdo y tristeza.

## 5.10 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA DE DETECCION DEL DIAGNOSTICO	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	FECHA DE REMISION
05 de octubre de 2010	<p><b>1)</b> Déficit en el aporte suficiente de aire, relacionado a trastornos obstructivos metástasico e infeccioso, manifestado por dificultad respiratoria, con disnea a medianos esfuerzos, polipnea de hasta 48 respiraciones por minuto, desaturación de oxígeno de 84% y Silverman de 5.</p>	06 de noviembre de 2010
13 de octubre 2010	<p><b>2)</b> Déficit en la prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humanos, relacionado con proceso infeccioso asociado a catéter, manifestado por fiebre persistente. (Cultivo positivo con levaduras por Cándida Albicans).</p>	06 de noviembre de 2010



## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA DE DETECCION DIAGNOSTICO	DE DEL	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	RECHA DE REMISION
17 de octubre 2010		<p><b>3)</b> Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos, relacionado con plaquetopenia, manifestado con evacuaciones melénicas y hematuria.</p> <p><b>4)</b> Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos, relacionado con ministración de quimioterapia, manifestado con eritema perianal severo e irritabilidad y dolor para la evacuación.</p>	22 de octubre 2010

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA DE DETECCIÓN DEL DIAGNÓSTICO	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	FECHA DE REMISION
22 de octubre 2010	<b>5)</b> Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de agua, relacionado con ministración de quimioterapia, manifestado por presencia de vómitos persistentes y rechazo a la vía oral.	01 de noviembre de 2010
22 de octubre 2010	<b>6)</b> Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, relacionado con ministración de quimioterapia, manifestado por náuseas y vómitos persistentes y rechazo a los alimentos.	01 de noviembre de 2010

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA DE DETACCION DEL DIAGNÓSTICO	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	FECHA DE REMISION
22 de septiembre 2010	<p><b>7)</b> Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, relacionado con la hospitalización prolongada, manifestada con sueño y descanso interrumpidos.</p> <p><b>8)</b> Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, relacionada con metástasis pulmonar aunada a bronconeumonía y presencia de broncoespasmos en repetidas ocasiones, manifestado por dificultad respiratoria.</p> <p><b>9)</b> Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, relacionado con masa tumoral en muslo izquierdo, manifestado por dolor a la flexión de rodilla izquierda el cual limita el movimiento al caminar.</p>	01 de noviembre 2010

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA DE DETECCION DIAGNÓSTICO	DE DE NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	FECHA DE REMISION
29 de septiembre de 2010	<b>10)</b> Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, relacionado con la hospitalización prolongada, manifestada por miedo de quedarse hospitalizada y no regresar a su hogar. (Manifiesta Vanessa verbalmente)	11 de noviembre de 2010
29 de septiembre de 2010	<b>11)</b> Déficit en el funcionamiento y desarrollo humano, relacionado con condrosarcoma en muslo izquierdo y tratamiento, manifestado con alopecia, aumento de volumen en muslo izquierdo y tristeza.	Pendiente

## 5.11 PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

**1) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Déficit en el aporte suficiente de aire, relacionado a trastornos obstructivos metástasico e infeccioso, manifestado por dificultad respiratoria, con disnea a medianos esfuerzos, polipnea de hasta 48 respiraciones por minuto, desaturación de oxígeno de 84% y Silverman de 5.

**OBJETIVO:** Mantener o mejorar la ventilación pulmonar y la oxigenación a través de intervenciones especializadas que ayuden a disminuir los datos de dificultad respiratoria en un lapso de 8 horas.

### **INDICADORES DE EVALUACION:**

- ❖ Signos vitales
- ❖ Silverman-Anderson
- ❖ Saturación de oxígeno.
- ❖ Gasometrías

**SISTEMA DE ENFERMERÍA** Parcialmente Compensatorio y de Apoyo Educativo.

## 5.12 ACCIONES DE ENFERMERIA

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p>Enseñar a Vanessa a adoptar una posición sentada con la cabeza ligeramente flexionada, los hombros relajados y las rodillas flexionadas.</p>	<p>Tumbarse hace que los órganos abdominales se desplacen hacia el tórax, presionen los pulmones y hagan más difícil la respiración.</p>
<p>Controlar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de las respiraciones. Al igual que la inquietud y la ansiedad por falta de aire con apoyo de oxígeno a 3 litros por minuto por puntas nasales, toma de signos vitales y vigilancia.</p>	<p>Proporciona una base para evaluar la calidad de la ventilación. La inquietud y la ansiedad son indicadores de hipoxia.</p>
<p>Observar el movimiento torácico, la simetría, el uso de músculos accesorios y las retracciones de la musculatura supraclavicular e intercostal.</p>	<p>La presencia de dilatación de las ventanas nasales y el uso de músculos accesorios de la respiración puede producirse en respuesta a la ventilación ineficaz.</p>
<p>Auscultar los ruidos respiratorios, observando áreas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de ruidos adversos.</p>	<p>A medida que se acumula líquido o moco, se escuchan ruidos respiratorios anómalos entre ellos crepitantes, y disminuyen los ruidos respiratorios debido a que los espacios aéreos están repletos de líquido y el volumen pulmonar es menor.</p>

## CCIONES DE ENFERMERÍA

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p>Colocar oxígeno con nebulizador continuo al 98%, bajo indicación médica cada 8 horas según responda al tratamiento.</p>	<p>El aire o el oxígeno con alta humedad mantiene húmedas las vías respiratorias y ayuda a desprender y movilizar las secreciones pulmonares</p>
<p>Enseñar a Vanessa la importancia de mantener conectado el dispositivo de administración de oxígeno, con puntas nasales a 3 litros por minuto, cada 8 horas según responda al tratamiento. Y revisar periódicamente el dispositivo para asegurarse de que se administra la concentración prescrita.</p>	<p>La demanda de oxígeno es mayor durante la enfermedad febril y el estrés físico. Con concentraciones atmosféricas de PO<sub>2</sub> bajas, la saturación de oxígeno disminuye rápidamente; por lo tanto, es preciso mantener el oxígeno, especialmente durante la actividad. La aplicación de oxígeno mejora la tensión de oxígeno a nivel alveolar. El oxígeno por exceso o por defecto puede ser perjudicial.</p>
<p>Realizar medidas continuas de la saturación capilar con oximetría cutánea.</p>	<p>La saturación de oxígeno es el porcentaje de hemoglobina saturada con oxígeno.</p>
<p>Brindar tratamiento con nebulizaciones, según indicación médica, con salbutamol 5mg cada 8 horas alternado con fluticasona 250 mcg cada 12 horas y combivent 5 mg cada 8 horas alternado con flixotide 250 mcg cada 12 horas.</p>	<p>La humidificación por medio de las nebulizaciones refuerza el aclaramiento mucociliar, el mecanismo natural del cuerpo de eliminar el moco y los restos celulares del tracto respiratorio.</p>

## ACCIONES DE ENFERMERÍA

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION
<p>Auscultar los ruidos pulmonares después de los tratamientos de inhaloterapia y observar los resultados.</p> <p>Vigilar la capacidad de Vanessa para toser de manera eficaz, la efectividad de la tos, las características y la frecuencia de la misma, valorar tipo y cantidad del esputo, color, consistencia, olor y cantidad.</p> <p>Mantener una correcta hidratación sistémica por medio de: solución glucosada al 5% 500 ml con NaCl al 17.7% 10ml y KCL 20mEq pasando 88 ml por hora.</p>	<p>Ayuda a evaluar los tratamientos prescritos y los resultados de Vanessa.</p> <p>Las infecciones respiratorias alteran la calidad y las características de las secreciones. La tos ineficaz altera la limpieza de las vías respiratorias y evita la expulsión del moco. La tos se evalúa por la expectoración del esputo. Determinar si la tos es productiva o no productiva, la tos productiva es la que produce esputo material expulsado del pulmón que puede ser tragado o expectorado.</p> <p>Mantener la normalidad del aclaramiento mucociliar, el color la consistencia y la facilidad de la expectoración puede determinar la corrección de la hidratación.</p> <p>Barbará Kozier (2007) Fundamentos de enfermería (páginas 1410-1453) (séptima edición) Barcelona. Mc GRAW- HILL interamericana.</p>
<p><b>EVALUACION:</b> Vanessa se mantiene sin datos de dificultad respiratoria, sin polipnea ni disnea con una frecuencia respiratoria de 22 por minuto, saturando 96% sin oxígeno, los campos pulmonares se encuentran bien ventilados sin sonidos pulmonares audibles; sin presencia de signos de <u>hipoxemia como:</u> taquicardia, taquipnea, inquietud, disnea, cianosis o confusión por privación de oxígeno grave, y sin presencia de signos de <u>hipercapnia como:</u> inquietud, hipertensión, cefalea, letargia o temblor.</p>	



## 5.11 PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

**2) DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Déficit en la prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humanos, relacionado con proceso infeccioso asociado a catéter, manifestado por fiebre persistente. (Cultivo positivo con levaduras por *Cándida Albicans*).

**OBJETIVO:** Mantener o restablecer las defensas, evitar la propagación de los microorganismos infecciosos y reducir o aliviar los problemas relacionados con las infecciones por medio de la utilización de técnicas asépticas meticulosas.

### INDICADORES DE EVACUACION

- ❖ Signos Vitales.
- ❖ Presencia/Ausencia de signos de infección
- ❖ Cifras de laboratorio

**SISTEMA DE ENFERMERÍA:** Parcialmente compensatorio y de Apoyo Educativo.

## 5.12. ACCIONES DE ENFERMERÍA

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p>Manejar a Vanessa con técnica de aislamiento.</p>	<p>Se realiza con el fin de evitar transmisión de la enfermedad tanto al personal del equipo de salud como a otros pacientes.</p>
<p>Registrar la temperatura periódicamente.</p>	<p>La fiebre es otra de las manifestaciones y debe ser controlada con antipiréticos (paracetamol 350 mg I.V c/8 horas).</p>
<p>Controlar los signos vitales, el color de la piel, y los alimentos con dieta normal y en su defecto con NPT con 785 Kcal/m<sup>2</sup>/día pasar 59.5 ml por hora en infusión continua y detectar cambios que podrían indicar la presencia de una infección.</p>	<p>El aumento de la temperatura corporal, el enrojecimiento de la piel, y las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentadas pueden indicar una infección sistémica. Una dieta equilibrada proporciona las proteínas y vitaminas esenciales necesarias para construir o mantener los tejidos corporales y apoya las defensas naturales del cuerpo.</p>
<p>Valorar las cifras de análisis de leucocitos de 11.700 que presenta Vanessa para detectar indicios de infección.</p>	<p>Un recuento leucocitario elevado, una velocidad de sedimentación de los eritrocitos elevada y un cultivo de sangre positivo son indicativos de infección.</p>
<p>Preguntar a Vanessa acerca de la presencia de signos clínicos subjetivos de infección (p. ej., escalofríos o malestar general).</p>	<p>Estos signos generalmente están asociados a las infecciones sistémicas.</p>

## ACCIONES DE ENFERMERÍA

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p>Vigilar los signos clínicos de infección cada 4 horas, auscultar los pulmones e inspeccionar el esputo y la orina para detectar alteraciones.</p>	<p>La valoración regular permite una detección precoz de los procesos infecciosos y un tratamiento precoz. Las crepitaciones indican la presencia de líquido o moco en las vías aéreas, la orina turbia puede indicar la presencia de bacterias.</p>
<p>Mantener la integridad de la piel con la aplicación de lubriderm y la integridad de las mucosas por medio de la hidratación oral.</p>	<p>La piel y las mucosas intactas protegen contra la invasión de los microorganismos.</p>
<p>Educar a Vanessa y familia sobre la importancia de las inmunizaciones. La cartilla de vacunación de Vanessa está incompleta le falta el segundo refuerzo de DPT a los 4 años y el segundo refuerzo de la triple viral (SRP) a los 6 años.</p>	<p>La inmunización protege a las personas contra las enfermedades infecciosas virulentas.</p>
<p>Valorar a Vanessa en busca de cualquier posible sitio de infección y observar signos de infiltración del sitio I.V, dolor, tumefacción o enrojecimiento.</p>	<p>Valorar sitios de punciones con agujas, mucosas en busca de alteraciones, abrasiones menores por posible infección.</p>
<p>Enseñar a Vanessa acerca de: el objetivo de los fármacos, el control del estado de salud, las curas de la herida y otros protocolos de intervención, las precauciones de aislamiento.</p>	<p>El conocimiento personal de las conductas de riesgo puede producir cambios de comportamiento que reducen el riesgo. La comprensión facilita la conformidad y la participación total del paciente en el régimen terapéutico.</p>

## ACCIONES DE ENFERMERÍA

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION
<p>Administrar antibióticos de forma prescrita como cefepime 1.8 gr I.V c/8 horas, vancomicina 360 mg I.V c/6 horas y fluconazol 216 mg I.V c/24 horas.</p>	<p>Tratar una infección específica.</p>
<p>Vigilar a Vanessa durante 20 minutos después de la infusión de medicamentos relacionados con riesgos de anafilaxia.</p>	<p>Observar en busca de signos de anafilaxia.</p>
<p>Suspender la infusión del medicamento y lavar la línea I.V con solución salina normal si se sospecha de una reacción.</p>	<p>Prevenir más reacciones.</p>
<p>Enseñar a Vanessa y a sus papas que la fiebre es el síntoma más importante que deben informar.</p>	<p>La fiebre con neutropenia constituye una urgencia.</p>
<p>Tener a disposición equipo y fármacos para urgencias.</p>	<p>Evitar retrasos en el tratamiento.</p>
<p>Introducir las agujas y jeringas desechables utilizadas en conectores resistentes a las perforaciones para desecharlas.</p>	<p>Las lesiones por agujas contaminadas de sangre u otros líquidos corporales de u cliente infectado o de un portador son la causa principal de la transmisión del virus de la hepatitis B (VHB) y del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a los trabajadores sanitarios.</p>

## ACCIONES DE ENFERMERÍA

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p>Asegurar que los artículos se limpian y desinfectan, o esterilizan correctamente antes de su uso.</p>	<p>La limpieza, desinfección y esterilización correctas reducen o eliminan los microorganismos.</p>
<p>Ayudar a Vanessa y familia a realizar una higiene correcta de la boca y de la piel.</p>	<p>Las medidas higiénicas reducen el número de microorganismos residentes y la probabilidad de infección.</p>
<p>Enseñar a los papas de Vanessa a tirar las heces y la orina en los receptáculos apropiados.</p>	<p>La orina y las heces en particular contienen muchos microorganismos. Las heces también pueden ser fuente de ciertos microorganismos, tales como el virus de la hepatitis A en portadores asintomáticos.</p>
<p>Asegurar que todos los recipientes de líquidos, tales como las jarras de agua del cliente y las botellas de aspiración y de drenaje, están tapados o cubiertos.</p>	<p>La exposición prolongada acrecienta el riesgo de contaminación y fomenta el crecimiento microbiano.</p>
<p>Utilizar técnicas estériles y medidas asépticas como: evitar hablar, toser o estornudar sobre una herida abierta y sobre los campos estériles, y cubrirse la boca y la nariz cuando se va a toser o estornudar.</p>	<p>Estas medidas limitan el número de microorganismos que escapan de las vías respiratorias. Las heridas abiertas son vulnerables a la infección microbiana.</p>

## ACCIONES DE ENFERMERÍA

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p>Lavarse las manos entre los contactos con los pacientes, procedimientos invasivos o tocar heridas abiertas. Enseñar a Vanessa y a sus papas a lavarse las manos antes de comer, después de la eliminación y después de tocar materiales infecciosos.</p>	<p>El lavado de manos minimiza la exposición a microorganismos es una medida importante para controlar y prevenir la transmisión de los mismos.</p> <p>Barbará Koziar RN, MN, (1999). Fundamentos de enfermería Conceptos, Proceso y Práctica (paginas 702-721) (quinta edición) (volumen 1).</p>
<h3>EVALUACIÓN</h3> <p>Vanessa se mantiene con signos vitales estables, no refiere dolor, ni fatiga, no existe la presencia de fiebre, tos o estornudos, no hay presenta nauseas ni vómitos, no refiere molestias al orinar y tampoco existe la presencia de evacuaciones líquidas.</p> <p>Verbaliza la comprensión de los factores de riesgo individuales relacionados con el riesgo de infección. Y las medidas de precaución que se llevan a cabo para prevenir o reducir el riesgo de infección.</p> <p>Realiza practicas apropiadas para estimular el buen estado de las defensas de soporte del cuerpo (p. ej., dieta, ingesta de líquidos y reposo adecuados) e higiene correcta.</p>	

### 5.11. PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

<p><b>3) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos, relacionado con ministración de quimioterapia, manifestado con eritema perianal severo e irritabilidad y dolor para la evacuación.</p>
<p><b>OBJETIVO:</b> Evita las lesiones perianales y posibles fisuras por medio de una higiene adecuada posterior a cada evacuación.</p>
<p><b>INDICADORES DE EVALUACION:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Frecuencia de evacuaciones</li> <li>❖ Característica de las evacuaciones</li> <li>❖ Características de la región perianal</li> <li>❖ Características de la lesión</li> </ul>
<p><b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Parcialmente compensatorio y de Apoyo Educativo.</p>

### 5.12. ACCIONES DE ENFERMERÍA

ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Revisión e higiene de la zona perianal post. Evacuación (se aplica acapen en zona perianal).</p> <p>Ya que Vanessa tenía una lesión perianal había que extremar los cuidados perianales.</p> <p>No se utilizaban termómetros rectales ni supositorios.</p>	<p>Para prevenir o detectar precozmente posibles fisuras, proctitis u otras lesiones.</p> <p>Para evitar complicaciones.</p> <p>Para evitar el dolor.</p>

## ACCIONES DE ENFERMERÍA

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION
<p>Para prevenir el estreñimiento es conveniente, aumentar la ingesta de líquidos, si no hay contraindicación y favorecer la ingesta alimentaria en quintos. En caso de ser necesario puede utilizarse un ablandador de heces o estimulantes por vía oral bajo indicación médica.</p> <p>Vigilar el número, la consistencia y la cantidad de deposiciones, valorar si hay hemorragia rectal.</p> <p>Mantener el área anal limpia lavándola después de cada evacuación y limpiar suavemente sin frotar, utilizar abundante agua, no dejar restos de jabón.</p> <p>Después de lavarse, secarse bien por presión y sin friccionar con tela suave.</p> <p>Se utilizar ropa interior suave, <u>no</u> de nylon ni muy apretada que impida la libre circulación de aire o que presione los glúteos entre si favoreciendo la fricción.</p>	<p>Evitar el estreñimiento reduce la lesión y la evita.</p> <p>Para evitar complicaciones.</p> <p>Ayuda a restablecer la piel dañada y evita el dolor.</p> <p>Evita el dolor.</p> <p>Ayudará a restablecer más rápido la piel dañada</p> <p>Dermatosis del área perianal-sisbib (UNMSM)</p>
<p><b>EVALUACION:</b></p> <p>Vanessa utilizo las técnicas de higiene adecuadas lo que favoreció a evitar complicaciones y a mejorar la lesión.</p>	



## 5.9 RESCRIPCION DE ENFERMERÍA

**4) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de agua, relacionado con ministración de quimioterapia, manifestado por presencia de vómitos persistentes y rechazo a la vía oral.

**OBJETIVO:** Evitar la deshidratación detectando oportunamente signos y síntomas de deshidratación que puedan llevarnos a un alto riesgo de deshidratación.

**INDICADORES DE EVALUACION:**

- ❖ Signos vitales
- ❖ Estado de conciencia
- ❖ Estado de hidratación
- ❖ Pérdida de peso
- ❖ Llenado capilar
- ❖ Balance de hídrico

**SISTEMA DE ENFERMERIA:** Parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

## 5.12 ACCIONES DE ENFERMERÍA

<b>ACCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
Valorar la humedad de la piel y mucosas, el calor y turgencia de las mismas, la presencia de sed, y el estado mental.	La escasa turgencia de la piel, la sequedad tisular y la presencia de sed son indicativos de deshidratación
Administrar Dexametasona y Zofran 5.5 mg I.V c/8 horas para prevenir náuseas y vómitos antes y durante la ministración de la quimioterapia.	Minimiza los efectos secundarios de náuseas y vómitos.
Administrar líquidos I.V. en la forma prescrita como: solución glucosada al 5% 500 ml más cloruro de sodio al 17.7% y cloruro de potasio 20 mEq para pasar 88 ml por hora.	Mantiene la hidratación.
Brindar un consumo frecuente de líquidos en pequeñas cantidades.	Promueve la hidratación.
Vigilar la cantidad, color y características de vómitos y drenaje de la sonda nasogástrica.	Una valoración precisa permite a la enfermera desarrollar planes apropiados para una terapia de reposición de fluidos.
Medir la ingestión y eliminación de fluidos.	La medición de la ingestión y eliminación permite a la enfermera determinar el equilibrio hídrico o el grado de alteración.
Controlar los signos vitales cada hora.	La hipotensión y un aumento en la frecuencia del pulso son indicativos de un déficit extravascular de fluidos.

## ACCIONES DE ENFERMERÍA

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Administrar quimioterapéuticos con base en los lineamientos establecidos Y Ayudar en los procedimientos para su administración como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Verificar la identificación de Vanessa, el medicamento la dosis, la vía y el horario de administración según la prescripción médica.</li><li>-Verificar que Vanessa no tenga antecedentes de alergias a fármacos.</li><li>-Verificar el consentimiento informado para el tratamiento.</li><li>-Explicar el procedimiento a Vanessa y sus papas y preparar el lugar para el acceso venoso central.</li><li>-Monitorizar a Vanessa según los intervalos programados durante la ministración del fármaco.</li><li>-Establecer el retorno sanguíneo antes, durante y después de la infusión intravenosa de la quimioterapia.</li><li>-Anotar el medicamento, la dosis, la vía y el horario de administración y cualquier tipo de molestia o síntoma que experimente Vanessa antes, durante y después de la infusión de quimioterapia.</li></ul>	<p>Minimiza las técnicas de administración inapropiadas y promueve el tratamiento seguro del cáncer.</p>

## ACCIONES DE ENFERMERÍA

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p>Determinar la densidad de la orina cada 2 horas o según lo indique el estado del paciente.</p>	<p>Una orina oscura concentrada y una densidad específica elevada son indicativos de un déficit de líquidos con aumento de osmolaridad de los fluidos orgánicos, que libera hormona antidiurética.</p> <p>David Wilson (2009) Manual de enfermería pediátrica de Wong (páginas 480-482) (séptima edición) México Mac Graw Hill.</p>
<p><b>EVALUACION:</b> Vanessa recibe un tratamiento inmediato y apropiado de las complicaciones de la quimioterapia y no presenta datos de deshidratación. Con un balance de líquidos positivo y llenado capilar inmediato.</p>	

## 5.11 PRESCRIPCION DE ENFERMERÍA

**5) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, relacionado con ministración de quimioterapia, manifestado por náuseas y vómitos persistentes y rechazo a los alimentos.

**OBJETIVO:** Fomentar la ingesta de nutrientes suficientes para satisfacer las necesidades metabólicas de Vanessa.

### **INDICADORES DE EVALUACION:**

- ❖ Cantidad de alimentos que consume
- ❖ Ausencia de síntomas de alteración de la sensación gustativa
- ❖ Sensación de saciedad inmediatamente después de la ingestión de alimentos
- ❖ Presencia/Ausencia de dolor abdominal con o sin condiciones patológicas.
- ❖ Peso/IMC

**SISTEMAS DE ENFERMERIA:** Parcialmente compensatorio y de Apoyo Educativo.

## 5.12 ACCIONES DE ENFERMERÍA

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
Alentar a los padres a reducir la presión en la alimentación.	Especificar que la pérdida del apetito es consecuencia de la quimioterapia.
Permitir cualquier alimento que Vanessa tolere.	Proporcionar alimentos; las selecciones pueden mejorar una vez que aumenta el apetito.
Fortificar los alimentos con complementos nutricionales.	Obtener una ingesta de máxima calidad.
Permitir que Vanessa participe en la preparación y selección de alimentos y hacer atractiva la comida.	Fomentar la alimentación.
Programar los procedimientos para que no se produzcan conflictos con la toma de alimentos. Administrar las medidas que hayan sido prescritas para el dolor o las náuseas.	Los procedimientos diagnósticos terapéuticos, el dolor y las náuseas inhiben el apetito.
Efectuar o ayudar a Vanessa a realizar la higiene oral antes y después de las comidas, lavar los dientes con un cuadrado de franela de 5 por 5 centímetros y dedal dental.	La higiene oral humedece y limpia las mucosas de la cavidad oral, estimula la salivación e incrementa el sentido del gusto.
Ofrecer comidas pequeñas y frecuentes en quintos.	Tres grandes comidas al día pueden ser demasiado para el paciente, las comidas pequeñas producen menos fatiga.

## ACCIONES DE ENFERMERÍA

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p>Enseñar a Vanessa métodos alternativos de alimentación como la nutrición parenteral total</p> <p>Permitir un periodo de descanso antes de las comidas, según sea necesario.</p> <p>Los medicamentos que recibe Vanessa como la doxorubicina y ciclofosfamida son medicamentos con alto potencial emético</p> <p>Vigilar los antecedentes nutricionales y monitorizar la pérdida de peso e IMC cada semana.</p>	<p>La enfermedad que padece Vanessa es lo suficientemente grave para requerir este método y conseguir una nutrición adecuada.</p> <p>El reposo facilita al paciente la conservación de la energía para alimentarse a sí mismo</p> <p>Por lo que se recomienda comer porciones pequeñas, evitar alimentos grasosos, los muy dulces y los caramelos, evitar ver, oler o saborear cosas desagradables, es posible que Vanessa tolere más los alimentos fríos o salados.</p> <p>Consumir alimentos altos en proteína y monitorizar y registrar el peso cada semana.</p> <p>David Wilson (2009) Manual de enfermería pediátrica de wong (paginas 480-482) (séptima edición) México Mac Graw Hill.</p>
<p><b>EVALUACION:</b> El consumo nutricional de Vanessa es adecuado ya que tolera un 90% de su dieta.</p>	

## 5.11 PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

**6) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, relacionado con la hospitalización prolongada, manifestada con sueño y descanso interrumpidos.

**OBJETIVO:** Fomentar la actividad de movimientos físicos e independientes y evita las alteraciones en la duración de sueño que provocan molestias e interfieren en su estilo de vida deseado.

### **INDICADORES DE EVALUACION:**

- ❖ Número de horas de sueño
- ❖ Número de horas de descanso
- ❖ Estado de conciencia
- ❖ Estado de Humor
- ❖ Presencia/Ausencia de participación en actividades recreativas
- ❖ Presencia/Ausencia de dolor
- ❖ Cambios ambientales
- ❖ Estrés psicológico

**SISTEMA DE ENFERMERÍA:** Parcialmente compensatorio y de Apoyo Educativo.



## 5.12 ACCIONES DE ENFERMERÍA

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
Explicar con cuidado los procedimientos de acuerdo con el nivel de comprensión de Vanessa.	Reducir el temor a lo desconocido.
Explicar lo que sucederá a Vanessa y lo que sentirá, verá u oirá.	Proporciona sentido de control.
Escuchar las peticiones especiales de Vanessa cuando sea posible.	Fomentar la cooperación.
Brindarle algunas formas de participación en los procedimientos (p. ej.; sostener una pinza del equipo, contar, etc.)	Proporcionar sentido de control, alentar la colaboración y apoyar las habilidades de afrontamiento del niño.
Implementar técnicas de distracción e intervenciones para disminuir el dolor (Por ejemplo a Vanessa le gusta mucho ver la serie de Remi).	Reducir el dolor.
Utilizar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas antes de procedimientos dolorosos	Minimizar la incomodidad
Valorar el dolor en cada medición de los signos vitales utilizando la escala de rostros del dolor (EVN), Vanessa experimento un dolor de 4, 6 y 8 puntos.	Determinar el grado de dolor
Evaluar la efectividad del alivio del dolor de acuerdo a la escala de valoración numérica EVN.	Establecer la efectividad

## ACCIONES DE ENFERMERÍA

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p>Administrar analgésicos como se prescriban en un programa preventivo, a Vanessa se le ministra ketorolaco 18 mg I.V c/8 horas y posteriormente Buprenorfina 36 mcg. I.V c/8 horas.</p> <p>Controlar las alteraciones ambientales, los ruidos y la iluminación.</p> <p>Limitar el sueño durante el día y estimular el estado de conciencia según resulte necesario.</p> <p>Animar a Vanessa a expresar los miedos y ansiedades que podrían impedir o interrumpir el sueño.</p>	<p>Evitar que el dolor recurra.</p> <p>Fomenta el sueño.</p> <p>Fomenta el descanso.</p> <p>Fomenta el descanso.</p> <p>David Wilson (2009) Manual de enfermería pediátrica de wong (paginas 480-482) (séptima edición) México Mac Graw Hill.</p>
<p><b>EVALUACION:</b> Vanessa teme menos a los procedimientos diagnósticos y el tratamiento y no tendrá dolor o éste disminuirá hasta un grado aceptable, expresa comprensión de los factores causantes de alteraciones del sueño, muestra un equilibrio óptimo de reposo y actividad, expresa mayor capacidad de sueño.</p>	

## 5.11 PRESCRIPCION DE ENFERMERÍA

<p><b>7) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, relacionado con la hospitalización prolongada, manifestada por miedo de quedarse hospitalizada y no regresar a su hogar. (Manifiesta Vanessa verbalmente).</p>
<p><b>OBJETIVO:</b> Utiliza medios de comunicación para que Vanessa no se sienta aislada de sus familiares y amigos por medio de cartas, dibujos y línea telefónica.</p>
<p><b>INDICADORES DE EVALUACION:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Presencia/Ausencia de verbalización de sentimientos</li><li>❖ Comportamiento en el medio hospitalario</li><li>❖ Estado de conciencia</li><li>❖ Estado de humor</li><li>❖ Presencia/Ausencia de participación en actividades recreativas</li></ul>
<p><b>SISTEMA DE ENFERMERÍA:</b> Apoyo Educativo.</p>

## 5.12 ACCIONES DE ENERMERIA

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p>Enseñar a Vanessa y a sus padres respecto a la enfermedad y explicarles todos los procedimientos.</p>	<p>Promover la comprensión.</p>
<p>Programar tiempo para que Vanessa y sus papas estén juntos sin interrupciones.</p>	<p>Fomentar la comunicación y expresión de sentimientos.</p>

## ACCIONES DE ENFERMERÍA

<b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
<p>Alentar a Vanessa a discutir sus sentimientos a cerca de su enfermedad.</p> <p>Interpretar con cuidado las estadísticas del pronóstico con base en el nivel de comprensión de los papas.</p> <p>Advertir a Vanessa y a sus papas los efectos secundarios y toxicidades esperados de la quimioterapia y tranquilizarlos indicándoles que las reacciones son complicaciones del tratamiento como: dolor, alopecia, anorexia, depresión, leucopenia, trombocitopenia, nauseas, vómito, alteraciones metabólicas como hiperglicemia, estomatitis oral, mucositis rectal, entre otras.</p> <p>Preparar a Vanessa y a sus papas para lo que deben hacer cuando ocurren efectos secundarios.</p> <p>Ayudar a la familia a planear el futuro.</p>	<p>Alentar la expresión de sentimientos.</p> <p>Promover la comprensión.</p> <p>Evitar retrasos en el tratamiento y les proporciona apoyo.</p> <p>Evitar retrasos en el tratamiento.</p> <p>Promueve el desarrollo de Vanessa.</p> <p>David Wilson (2009) Manual de enfermería pediátrica de wong (paginas 480-482) (séptima edición) México Mac Graw Hill.</p>
<p><b>EVALUACION:</b> Vanessa y la familia demuestran que comprenden la enfermedad y el tratamiento.</p>	

## 5.11 PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

**8) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Déficit en el funcionamiento y desarrollo humano, relacionado con condrosarcoma en muslo izquierdo y tratamiento, manifestado con alopecia, aumento de volumen y muslo izquierdo y tristeza.

**OBJETIVO:** Lograr que Vanessa perciba su propia imagen corporal y su identidad personal que constituye el aspecto coherente de uno mismo como identidad única e independiente que se desarrolla a través de la resolución con éxito en su fase de desarrollo.

### **INDICADORES DE EVALUACION:**

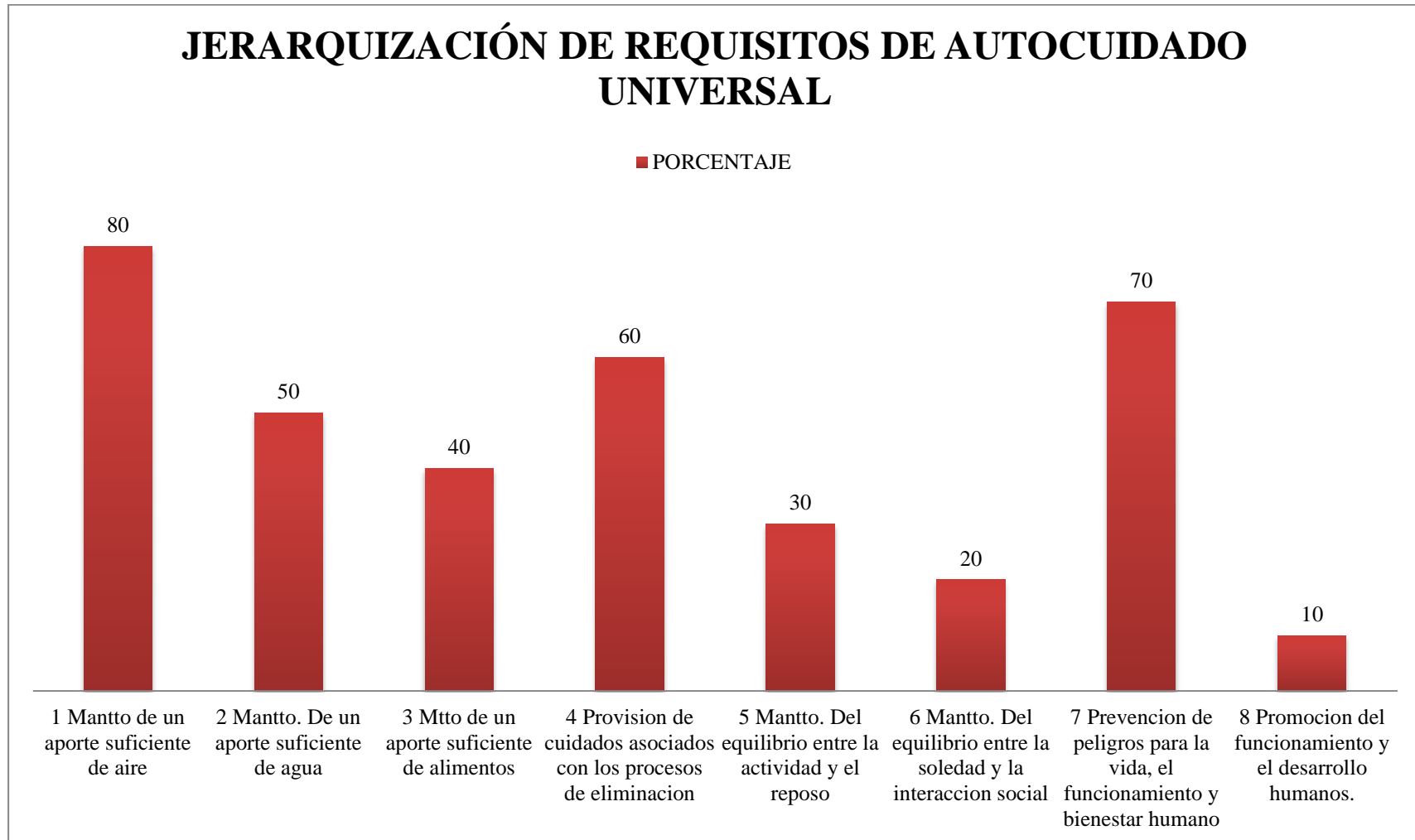
- ❖ Cambio real de la estructura y/o función
- ❖ Negativa a mirar alguna parte del organismo
- ❖ Negativa a tocar alguna parte del organismo
- ❖ Ocultamiento o sobreexposición de alguna parte del organismo (voluntaria o involuntaria).
- ❖ Grado de participación social
- ❖ Sentimientos negativos acerca del organismos
- ❖ Sensación de desesperanza o impotencia
- ❖ Acoplamiento/no acoplamiento a sus cambios físicos
- ❖ Grado de interacción social
- ❖ Percepción sobre si misma

**SISTEMA DE ENFERMERÍA:** Apoyo Educativo

## ACCIONES DE ENFERMERÍA

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Alentar a Vanessa para que decida la forma en que afrontara la pérdida de cabello (p. ej. Peluca, gorra, bufanda)</p>	<p>La caída de cabello ocurre de 10 a 21 días después del tratamiento. Promover el ajuste y la preparación para la pérdida de cabello tempranos</p>
<p>Proporcionar una cobertura adecuada durante la exposición a la luz solar, viento o frío</p>	<p>Evitar exposiciones</p>
<p>Explicar que el cabello comenzara a crecer de nuevo de 3 a 6 meses y puede tener color y texturas diferentes.</p>	<p>La caída del cabello es temporal y comenzara a crecer cuando se descontinúe el fármaco.</p>
<p>Valorar los cambios de humor.</p>	<p>Participar en actividades agradables y de entretenimiento.</p>
<p>Fomentar la reincorporación rápida al grupo de compañeros y amigos</p>	<p>Preparar a Vanessa para las reacciones de otros</p>
<p>Alentar las visitas de amigos antes del alta</p>	<p>Preparar a Vanessa para las reacciones de otros</p>
	<p>David Wilson (2009) Manual de enfermería pediátrica de wong (paginas 480-482) (séptima edición) México Mac Graw Hill.</p>
<p><b>EVALUACION:</b> Vanessa muestra habilidades de afrontamiento de la enfermedad positivas.</p>	

### 5.13 ANÁLISIS



## DESCRIPCIÓN DEL ANALISIS

Este análisis se realizó de esta manera, tomando en cuenta los ocho requisitos de autocuidado universal de Dorothea Orem, en este caso, el **primer requisito** alterado que encuentro, es el de **mantenimiento de un aporte suficiente de aire** el cual tiene un **80%** de prioridad ya que V. nunca necesito de una fase III de ventilación, sin embargo la dificultad respiratoria fue importante en su momento por el espacio que ocupa la gran masa en ambos pulmones y la bronconeumonía que presenta.

El **segundo requisito** que encuentro alterado es el de **prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano** al cual le asigno un **70%** de prioridad por el tipo de diagnóstico y tratamiento que conlleva el mismo.

**Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excretos** me parece importante colocarlo **como tercer lugar** y asignar un **60%** ya que Vanessa presenta evacuaciones melénicas y hematuria por la disminución de plaquetas, así mismo irritabilidad y dolor al evacuar por eritema perianal severo.

Como **cuarto requisito** alterado dentro de la jerarquización coloqué el de **mantenimiento de un aporte suficiente de agua** dándole un porcentaje del **50%** ya que Vanessa presenta náuseas y vómitos persistentes como consecuencia a la quimioterapia encontrándose con baja ingesta de líquidos y alimentos, por lo que el requisito de **un aporte suficiente de alimentos** lo coloqué enseguida como **quinto lugar** con un porcentaje del **40%**.

Al requisito de **mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo** le asigno el **30%** como prioridad y lo encuentro alterado debido a la hospitalización prolongada, la metástasis pulmonar aunado a bronconeumonía y la masa tumoral en muslo izquierdo.

Como **séptimo lugar** y no por ser menos importante coloqué el requisito de **mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social** dándole un porcentaje del **20%** encontrándolo alterado debido a la hospitalización prolongada de Vanessa ya que no puede estar con su familia apenas tiene permitido ver a su mamá o su papá en horarios de visita, no puede asistir a la escuela, ni realizar sus actividades cotidianas.

El **octavo requisito de autocuidado universal** lo coloqué con un **10%** encontrándolo alterado por el tipo de diagnóstico y tratamiento que recibe.



## **VI. PLAN DE ALTA**

Vanessa egreso del Instituto Nacional de Pediatría el 11 de noviembre del 2010 por lo que se le proporcionó a la mamá un plan de alta para continuar con la atención en su domicilio. El cual se basa en los ocho requisitos del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem. Tríptico de plan de alta. **(Ver anexo 12)**.

También para su egreso a la mamá de Vanessa se le dio una receta médica que prescribe Neupogen 180 mcg. Subcutáneo C/24 horas a partir del 11 de noviembre al 20 de noviembre del 2010, con cita abierta a urgencias y cita de control en consulta externa de oncología.

### **1) MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE**

- Datos de alarma: Vigilar posibles signos de dificultad respiratoria como, aleteo nasal, que le falte el aire, que se le hundan las costillas, que respire más rápido de lo normal que se pongan sus labios o uñas azules.
- Prestar especial atención a la posible aparición de signos o síntomas sugestivos de complicación como la tos, la expectoración, dolor en el tórax y alteración del nivel de conciencia como (inquietud, confusión, agresividad o irritabilidad)
- Favorecer el trabajo respiratorio, sentando a Vanessa en la cama con elevación de la cabecera a 30 grados y las rodillas ligeramente dobladas

### **2) MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA**

- Vigilar signos y síntomas de deshidratación por vómitos o diarrea, como mucosas oras secas, que tenga mucha sed y presente la piel seca.

### **3) MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS**

- Valorar los posibles signos de falta de apetito, náuseas, vómito y posibles lesiones en la boca.
- Prestar especial atención a la posible aparición de signos y síntomas como la pérdida de peso, mal nutrición, e infecciones estomacales.
- Realizar adecuada higiene de la cavidad oral para prevenir lesiones en la boca por medio de la utilización de colutorios específicos o en guajes con bicarbonato, evitar el uso de pasta dental, lavar los dientes con un cuadrado de franela de 5 por 5 centímetros y dedal dental
- Revisar periódica de bocal en busca de posibles lesiones
- Favorecer la ingesta con una presentación atractiva de los alimentos, poco calientes, evitando sabores ácidos o amargos y olores intensos
- Invitar a Vanessa a participar en la elección de su menú.

### **4) PROVICION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACION Y LOS EXCREMENTOS**

- Detectar tempranamente posibles alteraciones como edema (que se quede el dedo pintado en la pierna de Vane, que orine muy poquito o que no esté orinando indicativos de afección real
- Vigilar la presencia de diarrea como consecuencia de la gastrotoxicidad de ciertos fármacos anti-neoplásicos.
- Vigilar la presencia de estreñimiento agravado por, la disminución del ejercicio físico.
- Revisión, e higiene y control de la zona perianal posterior a las evacuaciones para prevenir o detectar tempranamente posibles fisuras, u otras lesiones. Vigilar la presencia de sangre en las evacuaciones.

- Para prevenir el estreñimiento es conveniente aumentar la ingesta de líquidos, si no hay contraindicación, y favorecer la ingesta de fibra alimentaria
- En caso de vómitos ofrecer bebidas carbonatadas frías en pequeñas cantidades por su efecto anestésico y anti-emético. Es aconsejable no dar alimentos preferidos durante los episodios de vómitos para evitar rechazos posteriores

## **5) MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO**

- Estimular la realización de movimientos activos y pasivos, según posibilidades
- Favorecer una correcta alineación postural
- Promover la actividad
- Limitar los periodos de sueño durante el día
- Permitir la presencia de un objeto que le ofrezca seguridad, si así lo desea, durante la noche
- Favorecer la distracción con juegos, lectura y música

## **6) MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL**

- Favorecer la expresión libre de los posibles temores de Vane respecto a temas como la muerte.
- Si Vanessa tiene preferencia por alguno de los miembros de la familia como confidente deberá aprovecharse dicha circunstancia para ofrecerle la ayuda que necesita o apoyo emocional, que no defraude sus inquietudes porque podría negarse a un nuevo abordaje.

- La información que se le brinde a Vanessa, deberá ser clara, honesta, concisa, comprensible, pertinente en función del estadio de la enfermedad y adaptada a la edad de la niña.

## **7) PREVENCIÓN DE PELIGROS PAR LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.**

- Cuidar los aspectos relacionados con la autoimagen y la autoestima así como el manejo del estrés y la ansiedad generada por la situación en sí, la sensación obvia de enfermedad grave y el posible sentimiento de muerte próxima
- Vigilar la presencia de dolor y controlarlo así como la utilización de terapias no farmacológicas como técnicas de relajación, visualización, distracción y otras
- Procurar en todo momento que este lo más cómodo posible
- Restricción en la dieta de los alimentos crudos, evitar cocinados en establecimientos externos, de dudosas medidas higiénicas
- Consumir preferiblemente alimentos descontaminados, cocinados a presión y agua embotellada
- Animar a la verbalización de sus sentimientos y opinión respecto a las experiencias inadecuadas como dolor y temores respecto a la muerte, mediante el juego o utilizando también el dibujo como modo de expresión
- Observar oscurecimiento de la piel con aspecto manchado, durante la administración de ciertos fármacos también pueden aparecer signos de intolerancia o afectación como granitos en la piel o cambio de coloración cutánea y comezón.
- La fiebre suele ser el único signo de alerta de infección, considerándose una situación de urgencia, se debe controlar la temperatura con aplicación de compresas de agua tibia. Y posteriormente acudir al médico.

**8) PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL (NORMALIDAD)**

- Llevar a cabo el tratamiento manteniendo la esperanza en todo momento
- Asistir a sus citas
- Acudir al médico si observa alguna alteración en la niña.
- No abandonar el tratamiento

## **VII. CONCLUSIONES**

A manera de conclusión puedo decir que el estudio de caso que se realizó amerita dedicación, esfuerzo y compromiso con la familia que me brindó la información necesaria para llevar a cabo este trabajo. En ese sentido me di cuenta de la importancia de aplicar los cuidados especializados para resolver los problemas reales y potenciales que se suscitan en este tipo de pacientes.

Cabe mencionar que al realizar dicho estudio de caso, el proceso enfermero y la teoría de Dorothea E. Orem me fueron de gran utilidad para desarrollar mi plan de cuidados de enfermería. De la misma manera esta última me parece importante, completa e interesante, ya que brinda las bases necesarias para detectar una alteración en la salud.

Resulta oportuno comentar que en cuanto a la patología al principio me fue complicado conseguir información acerca del condrosarcoma ya que no existe información suficiente de este tema. Afortunadamente conseguí dos artículos publicados de estudios realizados especialmente del condrosarcoma de ahí que eche a andar esta investigación.

Después de mis valoraciones de enfermería, Vanessa se dio de alta; en efecto; creció entre su familia y yo un lazo de amistad que hoy por hoy mantenemos viva.

Cabe agregar que me siento satisfecha por el trabajo concluido y el esfuerzo realizado en este trabajo.

## **SUGERENCIAS**

Cabe destacar la importancia de no abandonar nuestros proyectos fijados; si es cierto que el realizar un estudio de caso amerita compromiso, dedicación, esfuerzo y arduo trabajo pero en la vida todo es un reto, así que hay que trabajar para ayudar a enriquecer el campo de enfermería infantil y así crecer como personas en el ámbito profesional de la salud.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Gerardo Colomar. Ruiz de Padrón, (1999). Enfermería clínica, Vol. 10, Núm. 2 Barcelona 71-73

Taiga Sudakin Nursing. 2007. Volumen 25, Número 9. 18-20

Lynda S. Cook, RN, MSRN, CRN. Nursing. 2009, volumen 27, Número 9 26-29

Eloy Margarita Aguilar Desarrollo Científico Enfermería. Vol. 9 Número 1 Enero-Febrero 2001. 15-17

Anna Falcó Pegueroles. Enfermería clínica. 2005; 15 (5):287-90

Soto Calderón M, Rueda Gracia I, Lorente Samper L, Navarro Jarque C, Revenaque V. Revista de enfermería. Vol. 31, Número 5, Mayo 2008. 61-62

Dr. José Narro Robles, (2009) teorías y Modelos de Enfermería (2ed.), México D.F. ENEO p. 63-79 Y P.83-111

Fanny Cisneros G. Enfermera Especialista. Teorías y Modelos de Enfermería. Popayán, febrero 2005

Ann Marriner Tomey y Martha Raile Alligood (2007). Modelos y Teorías en Enfermería (6 ed.). Madrid, España: Es Sevier Mosby.

Ruby L Wesley, RN, PhD, CRRN (1997). Teorías y Modelos de Enfermería (2 ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Barbara Kozier (1999). Fundamentos de Enfermería. Vol. 1. México. McGraw-Hill. Interamericana. p. (55 y 86-213)

[http://www.vcmh.sld.cu/rhab/rhcm\\_vol\\_6num\\_3/rhcm13307.htm](http://www.vcmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_6num_3/rhcm13307.htm)

Stephen J. Cavanagh (1993) Modelo de Orem aplicación práctica. España: Masson. Salvat enfermería

Dorothea E. Orem. (1993). Modelo de Orem Conceptos de enfermería en la práctica. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona España. Masson, Salvat.

Acta Ortopédica Mexicana 2004: 18(5): Sep.- Oct: 191-195. Tumores óseos cartilaginosos en niños. Reporte epidemiológico de 20 años en nuestro hospital. México. Paginas (191.194).



Rev Mex. Ortop Trum 2002; 16(2): Marz.-Abr: 56-61. Experiencia de cinco años en el tratamiento del condrosarcoma. México Paginas (57-58).

SECRETARIA DE SALUD Y SUBSECRETARÍA DE INNOVACION Y CALIDAD Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México (2001) México D. F.

Carmen Delia Medina Castellano (2002) El Consentimiento Informado Ética y legislación pág. (160-167) Ed. DAE (grupo paradigma) Madrid España

Dermatosis del área perianal-sisbib (UNMSM).

David Wilson (2009) Manual de enfermería pediátrica de Wong (7 ed.), México Mac Graw Hill Interamericana, (páginas 192, 193 y 480-482).

N Martha Díaz-Gómez García (2006) Tratado de Enfermería de la infancia y la adolescencia, Madrid, Primera edición Mac Graw Hill Interamericana, (página 142).

Joyce Engel, RN. M. Ed. (1994) Guía Clínica de Enfermería Exploración Pediátrica, España, 2da Ed., Mosby, (pag. 208-209).

# IX. ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo Nancy Tello Rafael. declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) participe en el estudio de caso de Enfermera

, cuyo objetivo principal es: Valorar, Planear y realizar acciones de enfermeria especializada

y que los procedimientos de enfermeria que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantia de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: brindar cuidados integrales al niño.

y contestar en forma verbal 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 del responsable del estudio: Antonia Martinez Sotelo
Firma

Nombre del padre o tutor: Nancy Tello Rafael.
Firma

Testigos
Nombre: Margarita Hernández
Firma:
Dirección: Av. Hidalgo # 38-1 Calles del Sur

Nombre: Cecilia Yungas Sotelo
Firma:
Dirección: Ant. Juarez # 12 183 L: 13 Cedios A. Obregon.

México, D. F. a 19 de Octubre 2010

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
 POSGRADO EN ENFERMERIA INFANTIL

INSTRUMENTO DE VALORACION BAJO LA PERSPECITVA TEORICA DEL AUTOCUIDADO

1. FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

**Factores descriptivos**

**Nombre del paciente:** López Tello Vanessa

**Sexo:** Femenino      **Edad cronologica:** 8 años      **Edad de desarrollo:** Escolar

<b>Estado de desarrollo</b>	Talla	<u>132.5 cm</u>	<b>Signos Vitales</b>	FR	<u>44x'</u>
	Peso	<u>36.500 kg</u>		FC	<u>104x'</u>
	Talla blanco:			TA	<u>110/60</u>
<b>Estado de salud</b>	Agudo		TEMP	<u>37.6 grados</u>	
	Crónico	<u>X</u>		tipo y factor RH <u>O +</u>	

Escolaridad: 3ro. de primaria      Lugar en la familia      2do. Lugar como hija

Lugar de nacimiento: México D. F.

Domicilio: Calle 4, Manzana 13, Lote 14, Col. Ampliación Miguel Hidalgo

Cuidador primario: Madre

Alergias      Negadas

Control Prenatal:	<u>no</u>	No. De consultas	10 consultas
	<u>si</u>		

Gesta 2      Abortos 0      Cesáreas 0      Partos 2

Vía de nacimiento      Vaginal      APGAR      No recuerda

Esquema de vacunación completo	<u>si</u>	porque _____
	<u>no</u>	

Inspección general (observacion cefalocaudal)

Concié ente, con palidez de tegumentos, hidratada, lesion en mucosa oral, co pupilas isocoricas, cuello cilindr rico, torax sime trico, con hipoventilación basal derecha, tos productiva, disnea y polipnea ocasional, ruidos cardiacos ritmicos de buena i intensidad,abdomen blando depresible, refiere dolor abdominal ocasional, genitales fenotipicamente de acuerdo al sexo, con eritema perianal severo, extremidades simetricas, presenta aumento de volumen en muslo izquierdo, pulsos normales, llenado capilar 2 segundos.




**Patron de vida**

Descripcion de un dia cotidiano

Vanessa se levanta a las 10:00 am., desayuna con su hermana, tienden su cama, se preparan para la escuela a las 12:00 ponen el agua para bañarse, a las 12:30 ya se estan bañando, a la 01:15 ya se estan arreglando, se sientan un ratito a ver la televisión, y al 10 para las 14:00 se van a la escuela, al regresar de la escuela, descansa un rato, y posteriormente hace toda la tarea del día siguiente y duerme.

Hábitos higiénicos	baño	diario	Habiticos dieteticos	comidas al dia	dos	
	cambio de ropa	diario		numero de tomas de leche en 24 horas	varias hasta tomar un litro	diario
	aseo dental	2 a 3 veces		horarios de alimentación	11:00 hrs y de 19:30 a 20:00 hr.	
	lavado de manos	siempre				

**Factores Ambientales**

Zona geografica	<u>urbana</u>		no	si	culaes (tipo)
	suburbana	Flora		<u>si</u>	rosas, margaritas, savila y aguacate
	rural	Fauna		<u>si</u>	dos perros

Localización de industrias cercanas al domicilio

especificaciones del giro Existe una fabrica junto a su casa es una fabrica de diurex y cinta canela, la basura se encuentra almacenada, pues nunca han hido a recogerla.

Servicios domiciliarios	agua	luz	drenaje	alumbrado público	pavimentación	gas	otro
	si	si	si	si	si	si	

Características de la vivienda

Número de habitaciones <u>dos</u>	Distribución	
	La	cocina funciona, también como recamara de pápas y la otra recamara funciona como recamara de las niñas.

Construcción	Techo:	<u>lamina</u>	carton	concreto	otro
	Paredes:	lamina	<u>tabique</u>	concreto	otro
	Piso:	<u>cimento</u>	mosaico	madera	otro

Ventilación La casa cuenta con dos  
ventanas grandes, que se mantienen abiertas  
una parte del día.

Iluminación La casa se ilumina con dos  
ventanas grandes.

Eliminación de basura El camión de la basura pasa tres veces a la semana.

#### Disponibilidad y adecuación de los recursos

Seguridad Social no si Cuentan con seguro popular

Disponibilidad de los servicios de salud Centro de salud o salubridad, actualmente cuentan con  
seguro popular.

Ingreso económico mensual en la familia 2,800 pesos

Distribución de los recursos	salud	
	alimentación	1,600 pesos
	educación	150 pesos
	recreación y cultura	100 pesos
	otros	200 pesos

**Factores del sistema familiar**

Tipo de familia Desintegrada por la ausencia de la figura paterna.

**Integrantes de la familia**

No	Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Parentesco	A.p.p.	Aportación económica	coeficiente intelectual
1	Padre	32 años	M	primaria	albañil	padre	negativo	no	
2	Madre	27 años	F	secundaria	domestica	madre	negativo	2,800 pesos	
3	Hija primera	10 años	F	primaria	estudiante	hermana	negativo	no	
4	Vanessa hija segunda				Paciente en estudio				

**Rutina familiar (enfocada a los tiempos de convivencia)**

Día domingo:

Se levantan tarde, se bañan, van al tianguis y regresan a casa, posteriormente asisten a la iglesia a las 14:30, regresan a casa nuevamente a las 19:30 horas ven televisión, conviven y duermen.

Problemas familiares \_\_\_\_\_

En proceso de resolverse.

Pertenencia a clubs sociales o de apoyo o autoayuda

Está inscrita en la Fundación "Aquí Nadie se Rinde" y en la Fundación AMAC








## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

### VALORACION DEL DESARROLLO DEL MOTOR GRUESO

Edad en meses	Manifestaciones	presente
1 a 4	Sonríe y sigue objetos con la vista	a los 2 meses
2 a 4	Sostiene la cabeza, trata de alcanzar objetos	a los 4 meses
3 a 4	Balbucea, reconoce a su madre y muestra gusto por la música	a los 3 meses
4 a 6	Se rueda por sí mismo	a los 4 meses
6 a 8	Se mantiene sentado sin ayuda, prehensión palmar, lleva objetos	a los 6 meses
7 a 10	Primeras sílabas, se sienta solo y se voltea	a los 8 meses
8 a 10	Gatea, transfiere objetos de una mano a otra	a los 6 meses
9 a 11	Hace prehensión digital son el pulgar y el índice	a los 5 meses
10 a 12	Se incorpora ayudándose	a los 12 meses
12 a 14	Se mantiene de pie sin ayuda	a los 13 meses
12 a 15	Camina, repite palabras y obedece órdenes sencillas	a los 13 meses
15 a 18	Sube escaleras	a los 14 meses
15 a 24	Corre sin caer	a los 15 meses
15 a 24	Control de esfínter anal	a los 15 meses
2.5 a 5 años	Control del esfínter vesical	a los 15 meses

### VALORACION DE GESSELL

CORTE ÁREAS	4 SEMANAS	16 SEMANAS	28 SEMANAS	40 SEMANAS	1 AÑO	18 MESES	2 AÑOS
	<b>MOTRIZ</b>	Mantiene posición asimétrica, reflejo tónico cervical Rueda hacia el costado Al intentar sentarse la cabeza cae hacia atrás En posición prona Levanta momentáneamente la Cabeza. Aprieta las Manos fuertemente y al contacto las cierra	Predomina la posición Simétrica. Sus manos se Encuentran. Al sentarse la cabeza se mantiene firme hacia adelante En posición prona las piernas están extendidas o semiextendidas. Tiende a rodar Retiene algunos objetos	Etapas intermedias en el camino hacia la posición erguida. La acomodación ocular se halla más avanzada que lo manual. 		Gatea con destreza, se para sin ayuda pero sin equilibrio. Se desplaza de costado con ayuda de sostén. Prehensión fina hábil. Suelta las cosas voluntariamente. Hace rodar un balón 	Dominio parcial de piernas. Avanza veloz con paso tieso. Sube escaleras con ayuda. Coloca un cubo sobre otro al primer intento. Arroja el balón
<b>ADAPTIVA</b>	Mira los objetos solo cuando están en línea de visión Si toma algo cae inmediatamente de la mano Si escucha una campana su actividad disminuye	Mira los objetos inmediatamente y provocan la actividad de sus miembros superiores. Sostiene y toma lo que mira y algunos los lleva a la boca.	Ojos y manos funcionan en estrecha interacción, inspeccionando objetos. La conducta manipulativa-perceptual es de gran actividad, no se trata de una recepción pasiva.	Es capaz de agarrar con presión en forma de pinza. La importancia de la boca disminuye. Inicia interés táctil y visual por detalles. Consciencia de continente y contenido, de cima y fondo, lado y lado y de causa y efecto	Apreciación de la forma, perceptividad hacia lo redondo. Pone un objeto sobre otro por un momento Sensibilidad para modelos imitativos. Realiza garabatos. Progreso en juego social modelo de dame y toma.	Relaciones geométricas del medio físico que lo rodea. Los dibujos son bonitos, son significados para él. Madurez perceptual reflejado en la forma significativa de su comportamiento	Progreso en atención, puede hacer tareas reposadas durante más tiempo, se amplía la acción de la memoria no discrimina color. Es pobre en imaginación directa y normatividad de geometría manipulativa.
<b>LENGUAJE</b>	Aun su faz es inexpressiva. Su mirada es vaga e indirecta Realiza pequeños ruidos gestuales.	La expresión es entusiasta, respira y ríe fuertemente. 	Gran cantidad de vocalizaciones espontáneas y emitiendo vocales, consonantes y hasta sílabas y diptongos. El bebé entabla relaciones sociales con personas específicas	La creciente destreza de labios y su facultad imitativa, favorece la vocalización articulada. Sensibilidad para las impresiones sociales, tiende a imitar ademanes, gestos y sonidos, responde a su nombre y posee una o dos palabras en su vocabulario articulado.	Reciprocidad social, repetición e imitación de palabras familiares. Atrae la atención con toses y chillidos. Al ver su imagen al espejo, contacto visual y vocalizaciones	De naturaleza ensimismada, se comunica con ademanes y palabras. Vocabulario de 10 palabras bien definidas. Uso de palabras y ademanes. Comprensión significativa. Responde a órdenes simples	Vocabulario de alrededor de 300 palabras. Canta frases de 3 palabras, no piensa ni habla en párrafos. 
<b>PERSONAL SOCIAL</b>	Cuando mira su actividad disminuye, mira indefinidamente.	Sonríe espontáneamente Permanece sentado entre 10 y 16 minutos con ayuda Desarrolla juego manual.	El bebé es relativamente reservado, habiendo adquirido tan notable dominio de ojos, cabeza, brazos y manos, no dispone de mucho tiempo para los espectadores.	Le gusta tener gente a su alrededor, su sensibilidad al medio social le permite aprender algunas gracias infantiles. Capacidad de reconocer un extraño síntoma de mayor madurez social.	Repetición de acciones que le son festejadas. Inicio de sentido de personalidad. Reacción frente a la música. Primitivo sentido del humor. Se alimenta solo con sus dedos. Actitud social Perceptividad a las emociones de los demás	Independiente en sus juegos, hace pequeños mandados en casa, llevando o buscando cosas. Reacción a los cambios de la rutina. Se aferra a sus ideas como a sus bienes. Egoísmo. Las palabras significan poco.	Interés por la propiedad de las cosas. Personas. Los contactos sociales son escasos y breves. Ayuda a vestirse y desvestirse. Tiene noción de su posición en la jerarquía social. Dramatiza la relación madre-hijo



REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE DE AIRE SUFICIENTE

Valoracion de la vía aerea

Obstrucciones

Acumulación de secreciones por bronconeumonia.  
y metástasis pulmonar.

Fallas anatomicas

Metástasis Pulmonar.

Valoracion de la composicion y disponibilidad del aire

Nebulizador continuo con FiO2 al 98%

Valoración del proceso de ventilación pulmonar

Ventilacion			Difusion	Perfusión
FR	ritmo	polipnea	Saturacion de oxigeno	Llenado capilar
	profundidad	presente	94%	2 segundos
	sincronia	torácica	FiO2 80%	

Fase de Ventilación

Fases	Apoyo de la ventilación		Observaciones
Fase I	CC	<u>Mas</u>	En fase 1, continua con apoyo ventilatorio con mascarilla reservorio.
	PN	OI	
Fase II	CPAP	Nasal	
		Faringeo	
Fase III	CMV	AC	
	SIMV	VAFO	

Auscultación de Campos Pulmonares

Con hipoventilación bilateral de predominio basal en emitorax izquierdo, con polipnea de hasta 48 respiraciones por minuto, con discreto aumento en el esfuerzo ventilatorio, con disnea a medianos esfuerzos, con estertores crepitantes bilaterales, refiere dolor costal derecho a la inspiración profunda, con desaturación de oxigeno de 84% y recupera hasta 94% con oxigeno, presenta Silverman Anderson de 5.

Valoración de Silverman anderson

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	<u>Audible con el fonendo</u>	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	<u>Dilatación</u>	Ausente
Retracción costal	Marcada	<u>Débil</u>	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	<u>Hundimiento de la punta</u>	Ausente
Concordancia toraco-abdominal	Discordancia	<u>Hundimiento de tórax y el abdomen</u>	Expansión de ambos en la inspiración

Adaptabilidad pulmonar Con buena respuesta a tratamiento de inhaloterapia.

Factores fisiologicos Metástasis pulmonar

Factores psicologicos Ninguno

**2 Y 3 MANTENIMIENTO DE UN APORTE DE AGUA Y ALIMENTO SUFICIENTE**

Consumo de agua al dia (ml) Un litro de agua aproximadamente  
 Tipo de agua que consume De sabor  
 porque? Por lo dulce

Ingesta de leche (ml) Un litro Tipo de leche Enetera

Ingesta de otro tipo de liquidos	refresco (ml)	<u>500 ml.</u>	otro (ml)	<u>Atole, café, y</u>
	The(ml).	<u>250 ml.</u>		<u>café con leche.</u>

**Valoración fisica**

<b>mucosas orales</b>	<u>hidratadas</u>	semihidratadas	secas	Observaciones Mucosa oral, hidratada con lesión blanquecina en mucosa oral, en carrillos y pilares amigdalinos.
<b>lengua</b>	<u>hidratadas</u>	semihidratadas	secas	
<b>fontanelas</b>	Deprimida (+)	Deprimida (++)	Deprimida (+++)	
<b>Globos oculares</b>	<u>Normales</u>	humdidos (+)	hundidos (++)	
<b>Piel</b>	seca	<u>hidratada</u>	escamosa	
<b>Signo de lienzo</b>				

<b>Volumen urinario</b>	oliguria	poliuria	anuria	<b>Gasto fecal</b>	3 evacuaciones en 24
	Normal				horas.

Aporte de líquidos intravenosos en 24 horas 3864 en 24 horas

**Nutrición enteral**

tipo de dieta Ayuno Número de alimentos en 24 horas s. Ayuno  
 Tipo de alimentación \_\_\_\_\_

Alimentos preferidos	Alimentos permitidos
Le agradan todos los alimentos excepto la sardina y el atún.	Actualmente en ayuno debido a que rechaza el alimento.

	succion	deglución	masticación
factores mecanicos		Tiene la capacidad de deglutir todos los alimentos.	Tiene la capacidad de masticar todos los alimentos.
factores fisicos		Rechaza el alimento debido presencia de nauseas y vómitos	

Tolerancia a la vía oral PA preprandial 71.5 cm. PA postprandial \_\_\_\_\_

Suplementos alimenticios Nutrición parenteral pasando 59.5 ml por hora.

Dispositivos de apoyo para la alimentación

Ninguno

Ablactación	edad	<u>6 meses</u>
	tipo de alimento	<u>verduras y pollo</u>
	progresion	<u>frutas, arroz</u>

Cavidad oral	alteraciones	<u>Encias pequeñas, piezas dentarias en muy malas condiciones higienicas.</u>
	condiciones dolorosas y obstructivas	<u>Placa en paladar.</u>
	limpieza	<u>2 veces al día.</u>
	denticion	<u>a los 6 meses y a los 7 años empieza a mudar.</u>

Habitios alimenticios	come en la calle	<u>Sí ocasionalmente</u>
	quien cocina los alimentos en casa	<u>a La máma de Vanessa.</u>

Rechazo a algun tipo de alimento y/o liquido

No le gusta el atún, ni la sardina. En cuanto a los liquidos no rechaza ningun tipo de liquidos, toma café desde los 4 años de edad.

Rechazo a algun tipo de alimento o liquido por no ajustarse a normas culturales o gustos personales

Su religión no les impide abstenerse de consumir ningun alimento.

Rechazo a algun tipo de alimento o liquido por incompatibilidad fisiologica (absorción, patologia o alergias)

No tiene problema de absorción, a cuanto a su patología debiera consumir alimentos preparados en casa, niega alergia a algun alimento.

PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACION Y  
LOS EXCREMENTOS

Evacuaciones	cantidad en 24 horas	<u>3 en 24 hr.</u>	Uresis	cantidad en 24 horas	<u>1230 ml.</u>
	cacteristicas	<u>Melenicas</u>		cacteristicas	<u>color amarillo.</u>
				con labstix en orina que reporta	
				hematuria +++ y pH 6.	
	Alteraciones anatomicas			Alteraciones anatomicas	<u></u>
	Sangrado digestivo alto.			Sin alteraciones anatomicas.	
	Dificultad o dolor para la evacuacion			Dificultad o dolor para la miccion	
	Presenta dolor e irritabilidad debido a eritema perianal severo.			Sin dificultad o dolor para la miccion.	

Perspiración	Menstruación
Perdidas Insensibles	

Drenajes y/o dispositivos de apoyo	Ventriculostomias	<u>No</u>	Ileostomia	<u></u>
	Esofagostomia	<u>No</u>	Yeyunostomia	<u></u>
	Sonda Nasogastrica	<u>Para descomprimir abdomen, ya que refiere dolor abdominal.</u>	Gastrostomia	<u></u>
	Drenando liquido en pozos de café.			
	Sonda Orogastrica	<u></u>	Colostomia	<u></u>
	Sonda Mediastinal	<u>No</u>	Sonda Vesical	<u></u>
Sonda Pleural	<u>No</u>	Penrose	<u></u>	
		Otro	<u></u>	

Factores que dificultan los procesos de eliminacion asociados en el ambiente, entrono social y/o psicologicos

Normalmente no tiene problemas de estreñimiento, los factores que dificultan los procesos de eliminación actualmente son los del ambito hospitalario.

Realiza alguna actividad que favorezcan los procesos de eliminación

no	<u>si</u>
----	-----------

 cual Normalmente en casa, previo a su enfermedad ,en temporada de vacaciones juega futbol 4 horas diarias.

**Auscultación, persuisión y palpación de abdomen y sisistema genitourinario**

Hipogástrio Ruidos peristalticos de sonido timpanico no se palpan veceromefalias.

Mesogastrio Se auscultan ruidos peristalticos, percusion timpanica, refiere dolor a la palpación.

Hipocondrio Doloroso a la palpacion con peristalsis presente.

Hipocondrio derecho Doloroso a la palpación, auscultación de ruidos peristalticos presentes percusión de matidez hepatica, se palpa higado sin hepatomegalia, ni masas palpables.

Hipocondrio izquierdo Doloroso a la palpación, auscultacion de ruidos peristalticos, percusion timpanica, no se palpan veceromegalias.

Flanco derecho Doloroso a la palpación percusion timpanica, con ruidos peristalticos presentes.

Flanco izquierdo Percusion timpanica, con ruidos peristalticos presentes, sin palpacion de viceromegalias.

Fosa iliaca derecha Percusion timpanica, sin veceromegalias.

Fosa iliaca izquierda Se escuchan ruidos peristalticos con percusion timpanica, sin viceromegalias.



MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Trastornos del sueño 

<u>no</u>	si
-----------	----

 No de horas de sueño Normalmente duerme 12 hr 30min diario  
 cual Actualmente el ambito hospitalario, el dolor o dificultad respiratoria puden interrumpir su  
sueño en ocasiones.

estado de conciencia	<u>conciente</u>	estupor	coma
	inconciente	narcosis	otro

actividad	activo	<u>incapacidad</u>
	hipoactivo	debilidad
	hiperactivo	otro

Factores humanos que intervienen en la movilidad	Apatía
	Incapacidad
	Inmovilidad prescrita con propositos terapeuticos
	Dolor en tórax que limita el movimiento, en pierna izquierda leve movilidad, refiere dolor a la flexión de rodilla izquierda.

Realiza alguna activiad fisica, social, cultural que fomente u desarrollo

<u>si</u>	Cual	<u>En el ambito hospitalario, lee libros, ve peliculas, realiza manualidades, recibe soporte psicológico, previo a su hospitalización jugaba fout bool.</u>
no	por que	

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL

Actitud	<u>Normal</u>	Comunicación con los demas
	Deprimido	Es muy sociable, platica con los médicos y enfermeras que la atienden.
	ansioso	
	agitado	
	otros	

Cuenta con personas fuera del ambiente familiar con quien conviva

no	<u>si</u>	quienes <u>Convive con sus abuelos y tios maternos.</u>
----	-----------	---

Siente miedo por algun motivo Manifiesta miedo de quedarse hospitalizada y no regresar a su hogar.

tipo de personalidad	<u>amoroso</u>	Observaciones
	<u>bondadoso</u>	Es amorosa, bondadosa, ella se baña sola, come sola, no es
	indiferente	egoista ni manipuladora.
	egoista	
	autonomo	
	dependiente	
manipulador		

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO Y EL DESARROLLO DE LA NORMALIDAD

Estudios de Laboratorio y gabinete

Gasometrías arteriales PH 744, PO2 111.1, PCO2 30.8, HCO3 21, Hb 11.8, Hto 36.6%, K 4.3, Na 136  
venosas

Citometrías hemáticas				Química Sanguinea			
Hb.	12.9			N. U.	6.1	Cloro	108
Ht.	39.3	LT	200	Creatinina	0.33	Proteinas	3.7
Leucocitos	11,700	Plaquetas	474 ml.	A. Urico	4.1	Albumina	4.2
Neutrofilos	73%	NT	8500	S. serico		143 Ca.	10.3
Monocitos				Potasio	3.7	Mg.	2.1
Linfocitos	17%						
Electrolitos Sericos				Otros			
Na.	138			Punción lumbar: Negativo para celulas neoplasticas.			
K	4.4			Biopsia de médula ósea: Negativo para celulas neoplasticas.			
Cl.	105			Bipsia de muslo izquierdo: Condrosarcoma mixoide extra esquelético.			
Ca.	9.0			Hemoocultivo central: Levaduras en cateter central.			
Fosforo	4.6			Glicemia capilar: Hiperglicemias de 208, 161, 172 y 164 mg/dl.			
Mg	2.0						

Historial de Infecciones

El 22 de octubre del 2010 se diagnóstica: Neumonía nosocomial que remite el 06 de noviembre del 2010

El 25 de octubre del 2010 se diagnóstica con sepsis asociada a cateter por cándida que remite el 06 de noviembre del 2010, previo a su hospitalizacion solo gripas estacionales.

Métodos Invasivos	tipo	fecha de instalacion	condiciones actuales
	cateter central	13 de octubre del 2010	funcional

observaciones

Cateter central subclavio que se instalo el 13 de octubre del 2010 y se retira el 25 de octubre del 2010 por presencia de levaduras, el 06 de noviembre del 2010 se coloca cateter puerto, para continuar con segundo ciclo de quimioterapia.

Sonda Nasogastrica que se instala el 22 de octubre del 2010 por sospecha de sindrome de pinzamiento a nivel de la mesenterica y se retira el 01 de noviembre del mismo año

Estudios Especificos

Rx. De Torax donde se observan masas bien delimitadas de densidad mayor al resto del parénquima con que abarca aproximadamente 60% de pulmón derecho e izquierdo mayor al 60% ángulo constodia-fragmatico izquierdo borrado, la silueta cardiaca no se observa adecuadamente.

Tomografía Pulmonar donde se observa en el hemitórax izquierdo una imagen aun de metástasis muy grande que ocupa prácticamente el segmento de la lingula superior e inferior así como el segmento posterior e inferior y lóbulo inferior basal y en el derecho se observan al menos tres imágenes de metástasis una a nivel del segmento superior del lóbulo inferior derecho y otras tres del segmento medial bilateral del lóbulo inferior derecho. Así como engrosamiento de la pared anterior de la pleura del lóbulo inferior derecho.

participacion del agente de cuidado dependiente

---

Le ayuda a Vane a comer a bañarse y en el cambio de ropa, cuida la sonda nasogastrica de Vane y su venoclisis; tambien le brinda ayuda en la eliminación.

---

---

---

---

Exposicion a abusos      Duerme con su hermana, la máma la lleva y la recoge de la escuela.

---

---

---

---

Busca apoyo para desarrollo personal  
Acude a la escuela.

---

---

---

---

Se siente aceptado en la familia o grupo social  
Sí es muy sociable.

---

---

---

---

VALORACION DE NORTON

CONDICIÓN FÍSICA	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTUACIÓN
Buena	<u>Orientado</u>	Deambula	Total	<u>control</u>	4
Regular	Apático	Deambula con ayuda	<u>Disminuida</u>	Incontinencia ocasional	3
Pobre	Confuso	Cama/silla	Muy limitada	Urinaria	2
<u>Muy mala</u>	inconsciente	<u>Encamado</u>	Inmóvil	Urinaria - Fecal	1

VALORACION DE CRICHTON

VALORACION DEL ESTADO DEL PACIENTE	
VALORACIÓN RIESGO	PUNTUACIÓN
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1
Total	10

DETERMINAR EL GRADO DE RIESGO DE CAIDAS		
NIVEL	PUNTOS	CÓDIGO
Alto riesgo	4 a 10	ROJO
Mediano riesgo	2 a 3	AMARILLO
Bajo riesgo	0 a 1	VERDE

ANEXO 3

ESQUEMA DE VACUNACION

Vanessa cuenta con un esquema de vacunación incompleto.

		mujer		hombre	
<b>NOMBRE</b>		Lopez primer apellido	Tello segundo apellido	Vanessa nombre/s	
<b>DOMICILIO</b>		calle y número	colonia o localidad	municipio o delegación	entidad federativa
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		día	mes	año	
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>		localidad	municipio o delegación	entidad federativa	
<b>FECHA DE REGISTRO</b>		día	mes	año	
<b>LUGAR DE REGISTRO</b>		localidad	municipio o delegación	entidad federativa	
MEDICINA PREVENTIVA HOSP. MAT. INF. M. CIEN. D.D.F.					

1487-8-42-26					
<b>BCG</b>	TUBERCULOSIS	ÚNICA	Al nacer	26 JUL. 2002	
	<b>SABIN</b>	POLIOMIELITIS	PRELIMINAR	Al nacer	26 JUL. 2002
		PRIMERA	2 meses	2-10-02	VACUNACION UNIVERSAL
		SEGUNDA	4 meses	4-DIC-02	VACUNACION UNIVERSAL
		TERCERA	6 meses	11-02-03	VACUNACION UNIVERSAL
		ADICIONALES		21-05-05	10-02-07
	DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS HEPATITIS B INFLUENZA PCR 1 y 2	PRIMERA	2 meses	2-10-02	VACUNACION UNIVERSAL
		SEGUNDA	4 meses	4 DIC 02	VACUNACION UNIVERSAL
		TERCERA	6 meses	11-02-03	VACUNACION UNIVERSAL
<b>DPT</b>	DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS	REFUERZO 1	2 años	07-03-06	T III Apt 1/06
		REFUERZO 2	4 años		
<b>TRIPLE VIRAL SRP</b>	SARAMPIÓN RUBÉOLA PAROTIDITIS	PRIMERA	1 año	24-oct-03	C.S. H. Ang. 14/03
		SEGUNDA	6 años		
	SARAMPIÓN RUBÉOLA	ADICIONALES			
	TÉTANOS DIFTERIA	REFUERZO	A partir de los 12 años		
<b>HEPATITIS B</b>	HEPATITIS B	PRIMERA	A partir de los 12 años		
		SEGUNDA	Al mes de la primera		
<b>OTRAS VACINAS</b>					



## ANEXO 4

### ESCALA DE HIDRATACIÓN CLÍNICA

	0	1	2
Aspecto general	Normal	Sediento, inquieto o aletargado pero irritable cuando se le toca	Somnoliento, flojo, frio, sudoroso
Ojos	Normal	Levemente hundidos	Muy hundidos
Membranas mucosas	Húmedas	Pegajosas	Secas
Lágrimas	Presentes	Reducidas	Ausentes

Las membranas mucosas incluyen el revestimiento húmedo de la boca y los ojos.

Puntaje de 0 = No hay deshidratación

Puntaje de 1 a 4 = Algo de deshidratación

Puntaje de 5 a 8 = Deshidratación moderada a grave

(Goldman 2008)

Vanessa se encuentra con mucosas orales hidratadas.

## ANEXO 5

### ESCALA DEL DOLOR

Septiembre 22, 2006



Diagrama de la conocida “escala de valoración numérica” o EVN.

Cuando el dolor que presenta Vanessa está en los puntos 4 y 6 puede controlarse con ketololaco 18 mg I.V cada 8 horas y en momentos críticos cuando el dolor se encuentra en el punto 8 el dolor se controla con Buprenorfina 36 mcg I.V cada 8 horas.

## ANEXO 6

### TEST DE SILVERMAN-ANDERSON

El test de Silverman-Anderson, es un test que se utiliza mucho para la valoración de la dificultad respiratoria en neonatología:

Un valor superior a 3 significa que hay una discreta dificultad respiratoria.

Un valor entre 3 y 5 significa que hay una dificultad respiratoria moderada.

Un valor superior a 5 significa que la dificultad respiratoria es grave.

Un valor superior a 7 necesita de una asistencia a la ventilación.

Test Silverman Anderson	0	1	2
Movimientos tóracoabdominales	Rítmicos regulares y	Tórax inmóvil. Abdomen en movimiento	Disociación tóracoabdominal
Tiraje intercostal	No	Leve	Intenso constante y
Retracción xifoídea	No	Leve	Intensa
Aleteo nasal	No	Leve	Intensa
Quejido respiratorio	No	Leve e inconstante	Intenso constante y

Vanessa se encuentra con un Silverman-Anderson de 5, aunque paso por momentos críticos nunca necesito de una asistencia ventilatoria en fase III.



## ANEXO 7

### ESCALA DE TANNER PARA VALORAR EL DESARROLLO PUBERAL<sup>33</sup>

	Desarrollo de la mama femenina	Desarrollo de los genitales masculinos	Vello pubiano (ambos sexos)
Estadio 1	Prepuberal	Prepuberal	Prepuberal
Estadio 2	Ensanchamiento de laaréola con abultamiento del tejido subareolar	Aumento del tamaño de los testículos y escroto. Pigmentación del escroto	Aparición de vello largo y pigmentado
Estadio 3	Aumento de tamaño de las mamas y de la aréola sin separación de su contorno	Aumento del tamaño del pene, testículos y escroto	Vello más oscuro, áspero y rizado
Estadio 4	Abultamiento de la aréola sobre el plano de la mama	Crecimiento de los genitales. Mayor pigmentación del escroto	Vello abundante, pero limitado al pubis
Estadio 5	Configuración adulta	Configuración adulta	Configuración adulta, con extensión del vello al muslo

**Vanessa se encuentre con genitales fenotípicamente femeninos tanner tanner 2**

<sup>33</sup> N. Martha Díaz Gomez García (2006) Tratado de Enfermería de la infancia y la adolescencia 1 ra Edición, Madrid, Mac Graw Hill Interamericana pág (142)

## ANEXO 8

### ESCALA DEL COMA DE GLASGOW (4 a 15 AÑOS)

La “Escala de coma de Glasgow” es una escala neurológica diseñada para evaluar el nivel de consciencia de los pacientes.

Está compuesta por tres parámetros para Evaluar: respuesta ocular, motora y verbal. A cada uno se le asigna un valor dependiendo de la respuesta del paciente, los resultados se suman al final para realizar la interpretación. El valor más bajo que puede obtenerse es de 3 y el más alto de 15. Actualmente es empleada en varios campos de la medicina.

#### Apertura ocular

- ❖ Espontánea: 4
- ❖ A órdenes verbales: 3
- ❖ Al dolor: 2
- ❖ No responde: 1

#### Respuesta verbal

- ❖ Orientada y adecuada: 5
- ❖ Conversación desorientada: 4
- ❖ Palabras inapropiadas: 3
- ❖ Sonidos incomprensibles: 2
- ❖ No responde: 1

#### Respuesta motora

- ❖ Cumple órdenes expresadas por voz: 6
- ❖ Localiza el estímulo doloroso: 5
- ❖ Retira ante el estímulo doloroso: 4
- ❖ Flexión anormal (postura de decorticación): 3
- ❖ Respuesta en extensión (postura de descerebración): 2
- ❖ No responde: 1

Vanessa se encuentra con un Glasgow de 15 puntos.

## ANEXO 9

### VALORACION DE LA FUNCIÓN NERVIOSA CRANEAL

NERVIO CRANEAL	EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN
I Olfatorio	Hacer que el niño cierre los ojos y bloquear un orificio nasal cada vez; identificar correctamente olores característicos (p. ej., café, naranja).
II Óptico	Comprobar la agudeza visual del niño, percepción de luz y color y visión periférica.
III Oculomotor (motor ocular común)	Comprobar el tamaño y la reactividad de la pupila. Inspeccionar la posición del párpado cuando está abierto. Hacer que el niño siga la luz o un juguete brillante en las seis posiciones cardinales de la mirada.
IV Troclear (Patético)	Hacer que el niño mueva los ojos hacia arriba y hacia dentro.
V Trigémino	Palpar las sienes y la mandíbula cuando el niño muerde. Determinar si el niño puede detectar los toques ligeros en las mejillas. Aproximándose desde los lados, tocar ligeramente la parte coloreada del ojo con un algodón para probar si parpadea y los reflejos córneos.
VI Abductor (Motor ocular externo)	Pedir al niño que mire a los lados. Evaluar la capacidad de movimiento lateral.
VII Fasial	Probar la capacidad del niño para identificar soluciones dulces, ácidas o amargas con la parte anterior de la lengua. Valorar la función motora, pidiendo al niño mayor que sonría, infle las mejillas o enseñe los dientes. (Observar al niño mientras sonríe y llora).
VIII Vestibulococlear (auditivo)	Establecer la capacidad auditiva del niño.
IX Glosofaríngeo	Probar la capacidad del niño para identificar el sabor de las soluciones en la lengua posterior.

Continúa

## ANEXO 9


### VALORACION DE LA FUNCIÓN NERVIOSA CRANEAL <sup>34</sup>

NERVIO CRANEAL	EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN
X Vago (o neumogástrico)	Evaluar la ronquera del niño y su capacidad de tragar. Comprobar que la úvula está centrada.
XI Accesorio (Espinal)	Hacer que el niño intente girar la cabeza a un lado contra resistencia. Pedir al niño que encoja los hombros mientras se aplica presión descendente sobre ellos.
XII Hipogloso	Pedir al niño que saque la lengua. Inspeccionarla por si hubiera desviación de su centro. Comprobar si el niño puede pronunciar la = r= (el perro de san Roque). Poner una paleta lingual contra el lado de la lengua del niño y pedirle que la empuje. Evaluar su fuerza.

<sup>34</sup> Joyce Engel, RN. M. Ed. (1994) Guía Clínica de Enfermería Exploración Pediática, España, 2da Ed., Mosby, (pag. 208-209).

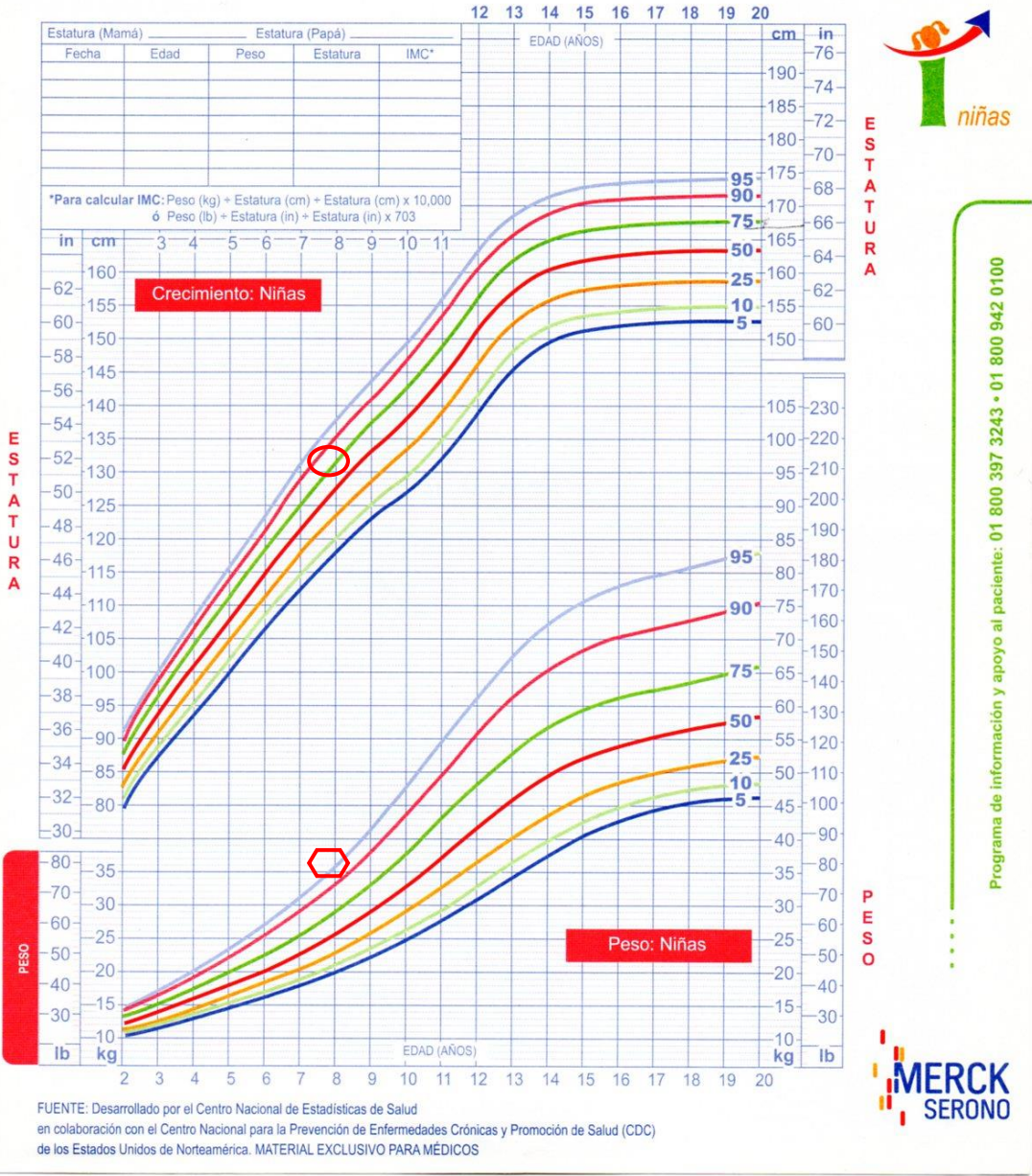
# ANEXO 10 RELACION DE PESO Y TALLA

**NIÑAS DE 2 A 20 AÑOS**  
Relación de Peso y Talla



saizen®  
somatropina Reg. No. 208 M88 SSA IV

Nombre: Vanessa Fecha de Nacimiento: 26 de julio del 2002



Programa de información y apoyo al paciente: 01 800 397 3243 • 01 800 942 0100



## ANEXO 11

### HORAS DE SUEÑO QUE NECESITAN LOS NIÑOS SEGÚN SU EDAD

**HASTA UN AÑO:** El recién nacido duerme de 16 a 17 horas por la noche y el resto por el día. Con el tiempo las horas de sueño se reducen. A los tres meses, el bebé necesita descansar 15 horas y al cumplir un año 13 o 14: 11 horas de noche y 3 por el día

**DE UNO A TRES AÑOS:** Cada niño debería dormir entre 10 y 13 horas al día. Entre el segundo y el tercer año, la mayoría de los niños abandonan la siesta.

**ENTRE LOS CUATRO Y CINCO AÑOS:** Duerme de 10 a 12 horas por la noche ya no necesitan la siesta, pero es bueno que descansen un ratito después de la comida.

**APARTIR DE LOS 6 AÑOS:** Las necesidades de sueño van disminuyendo una hora cada año. Entre los 6 y 8 años, el niño necesita 11 a 12 horas de sueño, y con 10 a 12 años, unas 10 horas.

**Antes de su hospitalización Vanessa ocupaba 12 horas 30 minutos de sueño.**

Por Gonzalo Pin, director médico de la Unidad de sueño infantil de la Clínica Quirón de Valencia.

## ANEXO 12 TRIPTICO DE PLAN DE ALTA

### 6) PARA MANTENER EL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION HUMANA USTED DEBE:

- Favorecer la expresión libre de los posibles temores de la niña.
- Si la niña tiene preferencia por alguna persona como confidente, este debe ofrecer la ayuda requerida y soporte emocional. Que no la defraude
- La información que se le brinde deberá ser clara, honesta, pertinente y adaptada a la edad de la niña.

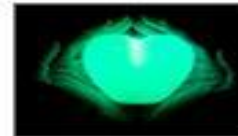
### 7) PARA PREVENIR LOS PELIGROS PARA LA VIDA USTED DEBE:

- Cuidar los aspectos relacionados con su autoimagen y autoestima.
- Evaluar y controlar el dolor incluyendo terapias de relajación, visualización, distracción y otras.
- Procurar que esté lo más cómoda posible.
- Evitar alimentos crudos, o cocinados en establecimientos externos, de dudosas medidas higiénicas.

- Consumir alimentos descontaminados, cocinados a presión y agua embotellada.
- Animar a la verbalización de sus sentimientos, dolor, miedos y temores, mediante el juego o utilizando el dibujo como modo de expresión.
- Durante la administración de fármacos observar obscurecimiento, ronchitas o comezón de la piel.
- La fiebre suele ser el único signo de alerta de infección, controlar la temperatura con compresas de agua tibia.

### 8) PARA PROMOVER EL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO USTED DEBE:

- Llevar a cabo el tratamiento manteniendo la esperanza en todo momento.
- Asistir a sus citas.
- Acudir al medico si observa alguna alteración en la niña.



### INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA



## PLAN DE ALTA

Enfocado a la teoría de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

Fecha de Alta

11 de noviembre de 2010

Con el amor que le brinda a su hija podrá llevar a cabo los cuidados que le ayudaran a tener una vida mas placentera en su hogar.



Teléfono:

**1) QUE EL AIRE QUE RESPIRA SEA EL SUFICIENTE Y PARA ESTO:**

- **No debe** respirar rápido.
- El color de su piel **No debe** tornarse azul.
- **No le debe** costar trabajo respirar.
- **No debe** presentar alteraciones de conducta como: inquietud, confusión, agresividad o irritabilidad.

**2) QUE EL AGUA QUE TOMA SEA LA SUFICIENTE Y PARA ESTO:**

- **No debe** presentar datos de deshidratación.



**3) LOS ALIMENTOS QUE INGIERE DEBEN SER LOS SUFICIENTES Y PARA ESTO:**

- **No debe** presentar falta de apetito, náuseas, vómito o inflamación de la mucosa oral.
- **No debe** presentar pérdida de peso, infecciones locales, o presencia de sangrados.
- **Debe** realizar adecuada higiene de la cavidad oral con enjuagues con bicarbonato, evitar el uso de la pasta dental y revisar periódicamente la cavidad oral en busca de posibles lesiones.
- Los alimentos **deben** presentarse de forma atractiva poco calientes, evitar sabores ácidos o amargos y olores intensos.
- De ser posible la niña debe participar en la elección de su menú.



**4) VIGILAR CONSTANTEMENTE LA ELIMINACION Y LOS EXCREMENTOS Y PARA ESTO:**

- La orina debe ser en cantidad; en similitud al agua que toma, **debe** ser amarilla y sin dolor. Y **No debe** presentar la huella de un dedo en sus pies.

- **No debe** presentar estreñimiento por falta de ejercicio.

- **Debe** revisar y llevar a cabo la higiene de la zona perianal **para evitar** posibles fisuras.

- **Debe** aumentar la ingesta de líquidos si no hay contraindicación, y favorecer la ingesta de fibra **para prevenir** el estreñimiento.

- En caso de vómito **ofrecer** bebidas carbonatadas frías en pequeñas cantidades por su efecto anestésico y antiemético.

- **No debe** ofrecerle alimentos preferidos durante los episodios de vómito para evitar rechazos posteriores.

**5) PARA SU ACTIVIDAD Y REPOSO USTED DEBE:**

- Estimular la realización de movimientos activos y pasivos, según posibilidades.

- Favorecer una correcta alineación postural.

- Promover la actividad.

