



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**“ALTERACIÓN DE LA SEGURIDAD Y
PROTECCIÓN EN UN PREESCOLAR POR
LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA SOMETIDO
A TRASPLANTE DE CELULAS
HEMATOPOYÉTICAS”**

**ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA INFANTIL**

**P R E S E N T A:
L.E. Alejandra Nayeli Sánchez Salas.**



**ASESOR:
E.E.I Maricela Cruz Jiménez.**

CIUDAD DE MÉXICO, 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

I.INTRODUCCIÓN.....	4
II.OBJETIVOS.....	5
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
III.MARCO REFERENCIAL.....	6
3.1 ARTÍCULOS REVISADOS CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON, PAE, PEDIATRIA Y OTROS.....	6
IV.MARCO CONCEPTUAL.....	18
4.1 VIRGINIA HENDERSON.....	18
4.2 PAE.....	29
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
4.4 GENERALIDADES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL PREESCOLAR.....	56
4.5 FACTOR DE DEPENDENCIA LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA.....	63
V.METODOLOGÍA.....	68
5.1METODO E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	68
VI.PRESENTACION DEL CASO.....	69
6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	69
VII.APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERÍA.....	71
7.1 VALORACIÓN Y JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES FOCALIZADAS.....	71
7.2 PROCESO DIAGNÓSTICO.....	92
7.3 PLANEACIÓN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS.....	99
PLAN DE INTERVENCIONES.....	100
7.4 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.....	153
VIII.PLAN DE ALTA.....	155
IX.CONCLUSIONES.....	157
X.SUGERENCIAS.....	158
XI.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	159
XII.ANEXOS.....	165

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por estar siempre presente, brindándome vida, luz y siendo mi guía de fortaleza para terminar este trabajo.

Le agradezco a mi familia por creer en mí, por su paciencia y motivación.

A mi esposo, por ser mi apoyo, promover mi desarrollo personal y su amor incondicional.

Profesores.

Gracias a la E.E.I. Maricela Cruz por las facilidades que me ha brindado durante la especialidad, por transmitir sus conocimientos y tiempo, por su paciencia, su motivación para que pudiera concluir satisfactoriamente el desarrollo de este trabajo y por sus consejos compartidos.

Gracias a la Lic. Verónica Ibáñez por las enseñanzas, la amistad y la oportunidad brindada en los momentos de necesidad para salir adelante profesionalmente.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y al Hospital Infantil de México Federico Gómez, por permitirme la oportunidad de crecer profesionalmente, con el apoyo y facilidades que fueron otorgadas para estudiar la especialidad en Enfermería Infantil.

I.INTRODUCCIÓN.

Los estudios de especialización en Enfermería Infantil ofrecen al alumno de posgrado elementos teóricos y metodológicos que permiten ampliar los conocimientos y destrezas del cuidado de enfermería del niño, en sus diferentes etapas del crecimiento y desarrollo. Permitiendo analizar a la enfermera especialista infantil los aspectos biopsicosociales del niño y su familia utilizando el proceso de atención enfermería, las teorías y modelos de enfermería para su aplicación.

En este estudio de caso se utiliza específicamente el modelo teórico de Virginia Henderson.

El siguiente estudio de caso presenta ocho capítulos donde describe el desarrollo del proceso de estudio de caso en un paciente preescolar con Leucemia Aguda Linfoblástica sometido a transfusión de células hematopoyéticas, en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

El primer capítulo introduce al estudio de caso. El segundo capítulo permite identificar los objetivos, general y específico. El tercer capítulo expresa el marco referencial utilizando artículos revisados, con el Modelo de Virginia Henderson, el Proceso de Atención Enfermería, pediatría y otros. El cuarto capítulo presenta el marco conceptual con el que se trabajó el estudio de caso, implicando aspectos éticos y generalidades de crecimiento y desarrollo de acuerdo al grupo de edad del paciente. En el capítulo cinco se menciona el método e instrumentos utilizados para la elaboración del trabajo. El capítulo seis hace referencia al caso específico mientras que el capítulo siete nos expresa la aplicación del proceso de enfermería en donde se valora y jerarquizan las necesidades focalizadas, el proceso diagnóstico del caso y la planeación de intervenciones especializadas.

Hasta este primer semestre se llevó acabo el trabajo de estudio de caso hasta la elaboración del primer plan de intervención de enfermería del diagnóstico principal identificado en el desarrollo del trabajo.

II.OBJETIVOS.

2.1 OBJETIVO GENERAL.

Realizar un estudio de caso aplicando el Proceso de Atención Enfermería utilizando el modelo teórico de Virginia Henderson a una persona preescolar con dependencia en sus necesidades de seguridad y protección por Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a Trasplante de Células Hematopoyéticas en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1) Realizar la búsqueda de la mejor evidencia que fundamente el ejemplo del caso en una persona preescolar con Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a Trasplante de Células Hematopoyéticas.
- 2) Identificar los datos objetivos y subjetivos derivado de la valoración focalizada en una persona preescolar con Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a Trasplante de Células Hematopoyéticas.
- 3) Realizar diagnósticos reales, de riesgo y de salud derivado de las fuentes de dificultad detectadas en cada una de las necesidades.
- 4) Planear las intervenciones especializadas en una persona preescolar con Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a Trasplante de Células Hematopoyéticas.
- 5) Ejecutar los cuidados de cada una de las intervenciones especializadas en una persona preescolar con Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a Trasplante de Células Hematopoyéticas.
- 6) Evaluar los cuidados de cada una de las intervenciones especializadas en una persona preescolar con Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a Trasplante de Células Hematopoyéticas.

- 7) Elaborar con la familia un Plan de Alta, que puedan realizar de manera dependiente en casa.

III.MARCO REFERENCIAL.

3.1 ARTÍCULOS REVISADOS CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON, PAE, PEDIATRIA Y OTROS.

Para la realización de este estudio de caso se hizo una revisión en revistas de enfermería utilizando las siguientes bases de datos: Google Académico, Scielo, Medigraphic, PubMed, EBSCO, Cochrain, Revista Universitaria, etc. Se encontraron 11 artículos, de los cuales son nacionales-mexicanos e internacionales- chilenos, siendo artículos en español, de estos 3 artículos son de neonatos, 1 es de lactante, 2 son escolares y 3 son de adolescentes. A continuación, se describirá cada uno de los artículos analizados.

El primer artículo se refiere a un recién nacido, producto de embarazo a término, obtenido por parto eutócico, con un Apgar 9/9, Silverman 0, líquido amniótico claro, buena coloración de tegumentos, al nacimiento presentaba la piel integra, pero en cuestión de minutos se observó la iniciación de vesículas limitadas en los dedos pulgar y anular de la mano derecha, pero durante el manejo fueron apareciendo más vesículas en todos los sitios de roce, para lo cual se decide el ingreso hospitalario al área de neonatología para su estudio y tratamiento.

El objetivo fue la difusión de este caso clínico para ayudar al estudio de esta patología, la aplicación del proceso enfermero y las intervenciones específicas dirigidas al manejo de neonatos con este problema.

Como metodología el siguiente artículo corresponde a un caso con la aplicación del proceso enfermero. Para la recolección de la información se

utilizó como técnica la entrevista. Los instrumentos que facilitaron contar con la información fueron la historia clínica y la guía de valoración en base a las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson, se planteó el diagnóstico real de Enfermería y se establecieron intervenciones de Enfermería (NIC) dirigidas al manejo higiénico-dietético y prevención de infecciones.

Como resultados y conclusiones se obtuvo que con la aplicación de este proceso de Enfermería se obtuvieron resultados favorables ya que al tratarse de un caso nunca antes visto en la unidad médica, el equipo de salud aprendió a manejar adecuadamente al neonato con epidermólisis bullosa, corrigió su práctica común en el manejo del paciente para prevenir la aparición de más lesiones dérmicas y mejorar el estado del neonato. No fue fácil la aplicación de intervenciones de Enfermería ya que se minimizó el tacto.¹

El segundo artículo trata de una recién nacida abordada el 14 de febrero de 2012 con diagnóstico médico de síndrome de Patau la cual presenta baja perspectiva de vida y se aborda con plan de intervenciones orientado a los cuidados paliativos.

El objetivo fue: Presentar un estudio de caso en el que se realizó el PAE usando el modelo de Henderson para manifestar la participación que pueden tener los estudiantes de enfermería en los cuidados paliativos.

Como metodología se seleccionó una paciente con diagnóstico de síndrome de Patau, por el hecho de poder brindarle cuidados paliativos de calidad. Se implementó un proceso de atención de enfermería (P.A.E.). La valoración se llevó a cabo con el formato de necesidades básicas basadas en el modelo de Virginia Henderson.

El resultado fue que se lograron aplicar todas las etapas del PAE pese a la dificultad que representaba enfrentarse a este caso como estudiante de enfermería.

Se concluyó que el cuidado de enfermería debe estar en todas las etapas de la vida incluyendo el proceso de muerte, donde se deberá continuar ofreciendo cuidados de calidad con objetivos específicos y una adecuada planeación.

Este caso presenta un abordaje poco explorado pues enfoca los cuidados y la planificación hacia los cuidados paliativos, lo cual es también una parte importante según el modelo de Henderson en donde especifica que se debe ayudar a la persona a una muerte digna.²

El tercer artículo trata de un neonato pretérmino de 31.4 SDG, con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria, hijo de madre de 22 años y padre de 23, habitantes de Hidalgo

El objetivo fue: conjuntar teoría y práctica profesional para lograr en lo posible la independencia de un neonato con diagnóstico de recién nacido pretérmino, SDR, hijo de madre soltera y producto de embarazo no planeado.

Como metodología se estableció consentimiento informado por la madre del paciente, se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos referentes a prematuridad, se realizaron valoración general y focalizada de las 14 necesidades del modelo de Henderson, se formularon diagnósticos bajo formato PES, se planificó acorde a los niveles de dependencia con intervenciones elegidas acorde a la evidencia encontrada en la búsqueda previa. Se realizó la ejecución y se aplicó la evaluación de conceptos de autonomía y manifestaciones de independencia.

Los resultados: se proporcionó cuidado al neonato durante 2 semanas, lo que permitió dar continuidad al PAE. Al término de estas 2 semanas en UCIN, se valora que el egreso hospitalario no sucederá en un tiempo próximo por lo que se realiza un plan de seguimiento.

El autor concluyó que los profesionales de enfermería tienen la posibilidad de acompañar a las madres de neonatos prematuros en el proceso de duelo por la resolución inesperada del embarazo; se resaltó la importancia de ser parte

de un proceso crucial del ciclo de vida del ser humano, el nacimiento, el periodo neonatal y la maternidad; es necesario asumir la responsabilidad de afrontar este reto, así como proporcionar cuidado especializado e individualizado al binomio madre-neonato. Como parte de la formación del profesional de enfermería a nivel posgrado, el estudio de caso representa una excelente oportunidad para desarrollar los conocimientos y habilidades adquiridas.

Este estudio conjunta la atención de la necesidad básica del recién nacido en su alteración de la oxigenación como en la madre en su necesidad de realización, conjuntando así al binomio madre-neonato, lo cual es de suma importancia pues esta visión de binomio permite no solo la mejora del paciente prematuro si no que brinda una mejor expectativa a su futuro egreso con la madre.³

El cuarto artículo trata de un lactante masculino de 1 año 6 meses de edad, originario de Uruapan, Michoacán, con diagnóstico de ectopia cordis, gastrosquisis y pentalogía de Cantrell, Ingresa el día 23 de octubre del 2012.

El objetivo fue desarrollar un proceso enfermero aplicado a un lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson.

Como metodología se realizó un de caso clínico en un lactante mayor masculino. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal durante dos meses, basado en el Proceso de Atención de Enfermería, con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Se abordaron las 14 necesidades humanas con un instrumento de valoración validado y se establecieron los diagnósticos de enfermería; las intervenciones están basadas en evidencia científica; se incluyó una evaluación integral y un plan de alta.

Como resultados de la valoración se identificaron las necesidades más alteradas: oxigenación, seguridad, movilidad y postura. Se elaboran cuatro diagnósticos reales, seis de riesgo y dos de bienestar; se generaron 63

intervenciones con niveles de recomendación científica desde la A hasta IV C. Se evitaron complicaciones al otorgar atención de calidad.

Se concluyó que la aplicación del proceso enfermero aplicado a un lactante bajo el enfoque de Virginia Henderson, basado en evidencia científica, permitió conservar su estado de salud brindando cuidados de calidad, aunque su dependencia no disminuyó, ni la saturación de oxígeno mejoró; no obstante, sus constantes vitales se mantuvieron en óptimos parámetros; no se registraron caídas, presencia de infecciones nosocomiales o eventos adversos.

El estudio desarrollo una gran cantidad de intervenciones, en este caso se especificó también el grado de evidencia que justificaba cada intervención, validando así las mismas. ⁴

El quinto artículo trata de un preescolar masculino de 2 años 11 meses hospitalizado por Síndrome de Guillain Barré. Inició su padecimiento actual al presentar tropiezos y caídas en tres ocasiones durante la deambulaci3n, con posterior disminuci3n de la fuerza en extremidades inferiores perdiendo la movilidad y la totalidad de la fuerza.

El objetivo fue con base en la valoraci3n, elaborar un plan de cuidado individualizado donde se implementaron acciones de intervenci3n de enfermería dirigidas a las necesidades que resultaron afectadas en el paciente, algunas de manera independiente y otras con apoyo del equipo de salud.

La metodología nos dice que la investigaci3n corresponde a un diseño de tipo cualitativo-descriptivo; enmarcado en un estudio de caso mediante la aplicaci3n del proceso enfermero. Para la recolecci3n de la informaci3n se utiliz3n como técnica la entrevista y como método la observaci3n. Los instrumentos que facilitaron contar con la informaci3n fueron la historia clínica,

la guía de valoración por aparatos y sistemas y las necesidades humanas de Virginia Henderson.

Como resultado tenemos que la dificultad para la movilidad en la cama está relacionada con el deterioro del estado físico, la falta de fuerza muscular manifestado por dolor constante.

Los profesionales de enfermería cuentan con herramientas metodológicas que les facilitan el enfoque de las intervenciones de enfermería fundamentadas en modelos y teorías conductores del quehacer diario.⁵

El sexto artículo trata de un preescolar de 4 años 8 meses de edad hijo de la séptima gesta, originario y residente de Puerto Vallarta, Jalisco, familia integrada por sus padres y seis hermanos inició su padecimiento en el 2009 a los dos meses de edad al presentar cianosis al llanto y a la alimentación, es enviado al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez donde se diagnostica atresia pulmonar con comunicación interventricular y ramas pulmonares hipoplásicas.

El objetivo fue elaborar un plan de cuidados especializado, individualizado e integral durante el alta y seguimiento domiciliario a un preescolar con alteraciones funcionales y morfológicas del corazón por ventrículo único, basado en el modelo de atención de Virginia Henderson.

Como metodología se le otorgó al cuidador primario un consentimiento informado quien autorizó la elaboración del presente trabajo. Se recolectaron datos de fuentes directas e indirectas, llevándose a cabo un seguimiento del caso en las etapas: prequirúrgica, posoperatoria y domiciliaria, donde se obtuvieron en total siete valoraciones (2 exhaustivas y 5 focalizadas) basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson. Se realizó un análisis de las necesidades alteradas, para jerarquizar las mismas, de las cuales se desarrollaron los diagnósticos basados en la taxonomía de la NANDA y formato PES. A cada diagnóstico se le realizó un plan de intervenciones,

posteriormente se evaluaron los planes para determinar el grado de independencia alcanzado con base en los objetivos propuestos.

Como resultados se logró la reincorporación del niño a sus actividades cotidianas, sin presentar complicaciones derivadas del posoperatorio de la cirugía de Fontan, mejorándose la calidad de vida y sobrevida de la persona.

La autora concluyó que la intervención integral y especializada de la enfermera cardiovascular en una persona postoperada de Fontan es fundamental para lograr una mejor calidad de vida, que disminuya la presentación de complicaciones haciendo partícipe al cuidador primario y al preescolar en su cuidado creando una relación de confianza.

En este caso se hace una amplia revisión de bibliografía que permite elegir de mejor manera las intervenciones pertinentes para mejorar la condición de salud de la persona demostrando así la efectividad del proceso de atención de enfermería.⁶

El séptimo artículo trata de un escolar de nueve años que cursa el tercero de primaria. Residente de Quintana Roo, En octubre de 2011 ingresó con deterioro de la clase funcional, disnea de pequeños esfuerzos, ortopnea, saturación del 60% y cianosis grado IV de tres meses de evolución. El 19 de octubre de 2011 se realizó un cateterismo cardíaco con distensión de la FSP considerándose no exitosa.

El objetivo fue desarrollar un proceso de atención de enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson a un escolar con disminución de la oxigenación sanguínea por malformación cardíaca para brindar un cuidado especializado.

Como metodología se llevó a cabo una búsqueda sobre artículos y fuentes de información en bases de datos electrónicas, se seleccionó un caso del INCICH, se otorgó el consentimiento informado, posteriormente se recolectaron los datos de forma directa e indirecta, se realizaron 4 valoraciones, una exhaustiva y 3 focalizadas con un instrumento considerando las 14 necesidades según

Henderson. Se elaboraron diagnósticos utilizando taxonomía NANDA y finalmente se elaboraron planes de cuidados para cada diagnóstico.

Los resultados que se observaron en la persona durante la aplicación del estudio de caso fueron satisfactorios de manera general; se logró el egreso en las mejores condiciones clínicas posibles, satisfaciendo la necesidad de oxigenación.

El cuidado de enfermería especializado desempeña un papel esencial en la atención que se le brinda al niño portador de alguna cardiopatía congénita compleja, ya que al utilizar las herramientas metodológicas como el proceso de atención de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, se facilita el reconocimiento de las necesidades alteradas, el grado de dependencia y la fuente de dificultad que concierne a la persona con la finalidad de proporcionar cuidados de calidad y dirigidos a solucionar los problemas detectados por medio de la realización de intervenciones basadas en la evidencia científica.

Este estudio de caso resaltó la relevancia que tiene hacer el profesional de enfermería una revisión bibliográfica que oriente y justifique las intervenciones especializadas que encaminen a la recuperación de la independencia en la necesidad que esté afectada. Hace énfasis en intervenciones especializadas en un padecimiento de alta complejidad que requiere de un plan interdisciplinario.⁷

El octavo artículo trata de un escolar de sexo femenino, de siete años, en su quinto día de hospitalización, con diagnóstico médico de Pielonefritis Aguda, con quien se aplicó el proceso enfermero durante 2 días de estancia.

El objetivo fue aplicar un proceso de enfermería a una escolar hospitalizada en un Servicio de Pediatría de un Hospital Público de la Región de Valparaíso, Chile. Lo que además permitirá reflexionar sobre el ejercicio profesional con enfoque integral y la manera de fortalecer el empoderamiento del rol

profesional en la gestión en salud mediante la utilización del PE como instrumento de cuidado.

Como metodología se solicitó autorización para la obtención de información, posteriormente para la valoración se recolectó información a través de documentos como ficha clínica, con entrevista a la niña y su familia, así como con exploración física. La información se organizó según la teoría de Henderson, se plantearon los diagnósticos de enfermería utilizando el formato PES, para la planeación se estableció un plan de intervención individual y colectivo del que se establecieron indicadores. En la ejecución se aplicaron los cuidados planteados y finalmente se realizó una evaluación con los indicadores previamente planteados.

El resultado: se observó que, una vez superada la etapa aguda que motivó la hospitalización, se evidenció con mayor claridad una dificultad que nace a nivel familiar pero que se exacerba en el ambiente hospitalario, haciendo necesario priorizar un diagnóstico de enfermería del área psicosocial.

Se concluyó que este estudio de caso permite estimular la reflexión individual y colectiva respecto al ejercicio profesional, donde debiera existir una valoración exhaustiva y personalizada de acuerdo a los diversos contextos, evitando establecer juicios de valor y considerando las diversas propuestas del equipo multidisciplinario para otorgar una atención integral, donde enfermería lidere los aspectos relacionados al cuidado.

Este caso presenta un abordaje orientado a la integralidad de la salud, enfocándose en diagnósticos de orden psicosocial, pese a que la persona se encontraba en una fase aguda de la enfermedad y esta pudiera en casos representar la prioridad en la orientación de los cuidados se tiende a olvidar que en los niños el área afectiva se ve afectada de manera significativa durante un proceso de hospitalización.⁸

El noveno artículo trata de una adolescente de 12 años de edad nacida en Tecozautla Hidalgo; perteneciente a una familia nuclear, con diagnóstico médico de ventrículo único que por referencia de médico particular que observo fatiga fue diagnosticada el 2001 en el HIMFG a los 2 años de edad, se aborda el caso en 26 de octubre de 2010 mientras se encontraba internada la paciente en dicho hospital por complicaciones de congestión pulmonar posterior a cirugía programada de Fontan.

El objetivo fue dar a conocer el proceso de atención del tema de un adolescente con alteración en la necesidad de oxigenación.

La metodología utilizada realizar el proceso de atención de enfermería siguiendo modelo filosófico de Virginia Henderson. Se utilizó para la valoración un instrumento diseñado por la academia de enfermería de la ENEO, así como el uso de la exploración física sistematizada y el llenado de un reporte diario para la valoración focalizada. De los datos obtenidos se realizó una jerarquización y diagnóstico de las 14 necesidades acorde con su grado de dependencia.

Posteriormente se diseñó el plan de cuidados personalizado conveniente a la alteración detectada. Finalmente se llevó a cabo una evaluación comparando el avance en el grado de independencia.

El resultado fue del objetivo planteado brindar el cuidado aplicando la metodología del PAE con base en la propuesta filosófica de Virginia Henderson, y es posible afirmar que esta propuesta teórica se puede aplicar de forma fácil a los pacientes pediátricos independientemente de la patología que ellos tengan.

Se concluyó que los padecimientos cardiacos en niños son de gran importancia pues presentan una gran mortalidad, pues afectando principalmente la necesidad pone en riesgo la vida del niño, siendo así relevante que estos casos se detecten desde consulta externa.

Comentario individual: El artículo revisado incluye de manera precisa las actividades que se realizaron para lograr los objetivos del PAE, así como también ejemplifica de manera adecuada como vincular el modelo de Virginia Henderson.⁹

El décimo artículo trata de un lactante una adolescente femenina que nació el 4 de agosto del 2000 diagnosticada con deficiencia de proteína C e insuficiencia renal crónica.

El objetivo fue: Dar a conocer el estudio de caso realizado a una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección por deficiencia de proteína "C", por medio de intervenciones especializadas de enfermería con la participación de la familia.

Como metodología se utilizó el Proceso Atención de Enfermería, orientado con la propuesta filosófica de Virginia Henderson, la recolección de la información se realizó mediante fuentes primarias y secundarias, se realizaron valoraciones focalizadas obteniéndose 15 diagnósticos enfermeros de los cuales 6 están en dependencia, 4 en riesgo y 5 en independencia; la realización de los mismos se hizo apoyándose en la taxonomía de la NANDA versión 2009-2011 y en el formato PES. Se detectó el grado y nivel de dependencia de acuerdo a la escala propuesta por Margot Phaneuf, y se planearon las estrategias a realizar para que ella alcanzara su independencia.

Como resultados se logró que la paciente y su cuidador primario (mamá) identificaran como enfrentar los problemas principales derivados de la pérdida de la visión y para poder desplazarse de un lugar a otro sin problema.

Se concluyó que la aplicación del Proceso de atención de Enfermería con una base teórica, que en este caso se basó en las 14 necesidades de Virginia Henderson, permite que el personal de enfermería otorgue una atención personalizada a cada paciente, el Modelo permite valorar a la paciente como

un individuo con diversas características biológicas, sociales, espirituales y culturales.

En el caso se aborda a una paciente con un padecimiento crónico en donde el principal objetivo es disminuir la dependencia a fin de mejorar las actividades individuales y de la familia para garantizar su seguridad y protección.¹⁰

El onceavo artículo trata de un paciente que inició su padecimiento en enero de 2008 al presentar temperatura de difícil control de 38 grados por más de dos semanas, petequias en cuello y epistaxis, fue tratado por médico particular quien solicitó exámenes de laboratorio y refirió al Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) en Febrero de 2008, con diagnóstico de síndrome hemorrágico y hepatomegalia; de acuerdo al cuadro clínico se realizó aspirado de medula ósea con lo cual se confirmó el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda L2, inició tratamiento con antineoplásicos.

El objetivo fue: Desarrollar un estudio de caso que refleje los cuidados especializados a un adolescente masculino con alteración en la necesidad de seguridad y protección por leucemia linfoblástica aguda L2 (LLAL2), a través del Proceso Atención de Enfermería y la propuesta filosófica de Virginia Henderson.

Como metodología los datos se obtuvieron de fuente primaria (el paciente) y secundarias (la familia, el expediente, otros profesionales de la salud). Se utilizó la taxonomía de la NANDA para la redacción de los diagnósticos de enfermería y para la planeación la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Como resultados el adolescente se encontró en un nivel 4 de dependencia y logró disminuir a un nivel 3, ya que su tratamiento antineoplásico lo mantiene con alteración de la necesidad de seguridad y protección.

Se concluyó que la propuesta filosófica de Virginia Henderson en conjunto con el Proceso Atención de Enfermería nos orienta para brindar cuidado integral al

paciente, al contar la enfermera con una base teórica, metodológica e instrumental que permite el logro de los objetivos planteados.

En este caso se trató con un paciente oncológico lo cual ponía en riesgo su necesidad de seguridad y protección, en estos pacientes la atención está dirigida a prevenir complicaciones las cuales están ligadas tanto a su padecimiento como al tratamiento mismo.¹¹

Como podemos ver tras el análisis de los artículos podemos observar que la utilización del modelo teórico de Virginia Henderson fue aplicada en cada uno de ellos, facilitando el enfoque de las intervenciones de enfermería fundamentadas en este modelo teórico. La valoración exhaustiva de las necesidades básicas de del modelo teórico de Virginia Henderson, permitió aplicar el Proceso de Atención enfermería, para que los pacientes alcanzaran la independencia en colaboración con su familia.

IV.MARCO CONCEPTUAL.

4.1 VIRGINIA HENDERSON.

Introducción.

Virginia Henderson como enfermera, escritora e investigadora realizó varias contribuciones teóricas al campo de la enfermería. Expresa de manera analítica su concepto propio de enfermería, así como sus principios biopsicosociales para el paciente, considerándolo como individuo que necesita ayuda para conseguir independencia e integración total de mente y cuerpo.

Conceptos principales.

Enfermería.

La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación

(o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible. ¹²

Independencia del niño.

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

Dependencia del niño.

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

Manifestación de dependencia.

Cuando una necesidad fundamental se encuentra insatisfecha a consecuencia de la aparición de alguna fuente de dificultad, surgen una o varias manifestaciones de dependencia. Constituyen signos observables de la incapacidad del sujeto para responder por sí mismo a esta necesidad. Son en sí mismas una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel. Por ejemplo: la falta de habilidad del cliente para moverse o la incapacidad para comunicarse producen manifestaciones de dependencia que pueden adoptar la forma de aislamiento social.

Continuum independencia-dependencia.

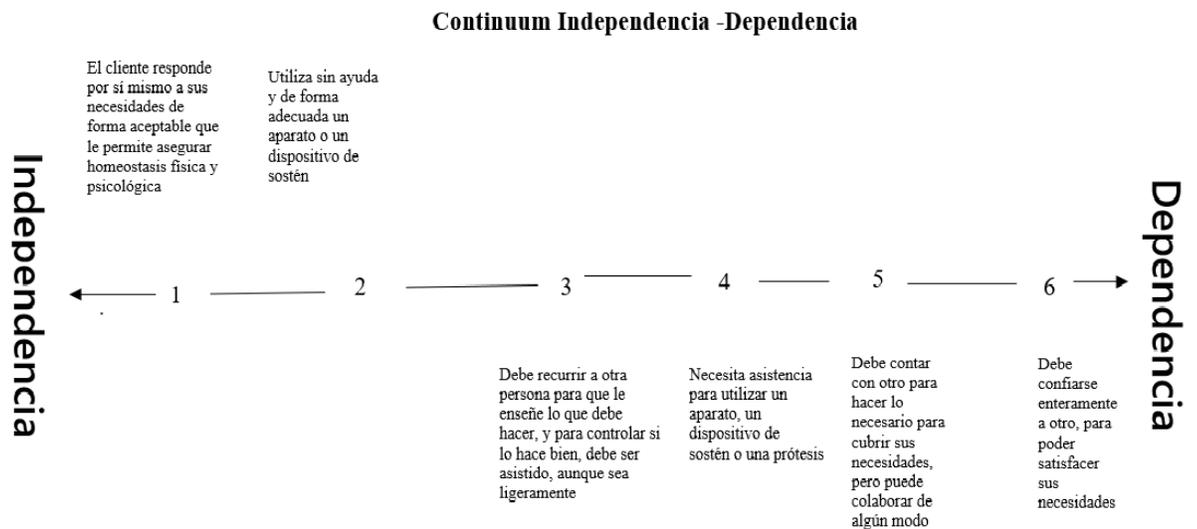
Significa que existen grados de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o

le supla en lo que no puede hacer por sí mismo. Se puede evitar, en la medida de lo posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.

Con el fin de facilitar esta evolución, se puede dividir en seis niveles de continuum entre independencia y la dependencia de una persona.

Estos niveles se enuncian así (ver figura 1):

Figura 1 Continuum Independencia-Dependencia.

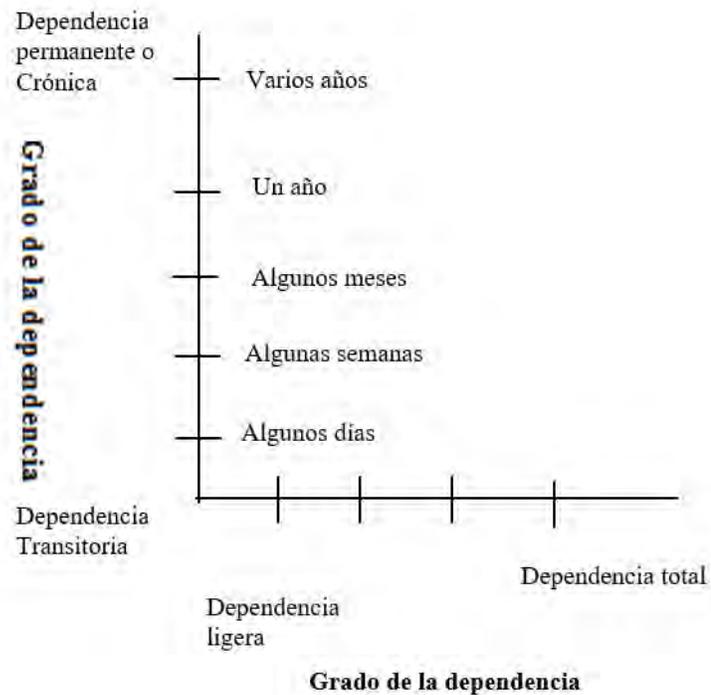


Fuente: Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros.1.ª ed. México: McGraw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 1996

Relación entre la duración y el grado de dependencia.

La dependencia de una persona debe ser considerada no sólo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente. La figura siguiente permite ver esta relación (ver figura 2):

Figura 2 Grado de la Dependencia.



Fuente: Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros.1.ª ed. México: McGraw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 1996

Es evidente que cuanto mayor es la intensidad y la duración de la dependencia más importante es el impacto sobre la persona y sobre los cuidados de enfermería.

Fuentes de dificultad.

Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra eventualmente ciertos obstáculos que le impiden responder a ellas de forma autónoma, son las fuentes de dificultad o causas de la dependencia. En otras palabras, estos obstáculos constituyen los factores etiológicos responsables del problema de salud.¹³

Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad: una falta de fuerza, una falta de voluntad, y una falta de conocimientos.

1. Falta de fuerza. Interpretemos por FUERZA, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, la capacidad intelectual, etc.
2. Falta de conocimientos. En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de voluntad. Entendida como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.¹⁴

Necesidad.

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales, y el rol de la enfermera

consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápido posible. Expresándose de la siguiente manera:

Necesidad fundamental: necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.¹⁵

Una necesidad es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.¹⁶

Las 14 necesidades de Virginia Henderson.

1. Respirar normalmente.

Es la necesidad del ser vivo que consiste en captar oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular.

2. Beber y comer.

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

3. Eliminar.

Es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4. Moverse y mantener una buena postura.

Es la necesidad para todo ser vivo. Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo.

5. Dormir y descansar.

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

6. Vestirse y desvestirse.

Es la necesidad del individuo donde se debe llevar a ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del rigor del clima y permitir la libertad de los movimientos.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

El organismo debe conservar una temperatura más o menos constante.

8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.

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

9. Evitar peligros

El ser humano debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10. Comunicar

Es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes.

11. Actuar según sus creencias y valores.

Todo individuo tiene necesidad de hacer gestos o actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.

12. Ocuparse para realizarse.

El individuo debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás.

13. Recreación.

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

14. Aprender.

Es la necesidad de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.¹⁵

Entorno.

El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control.¹⁷

Relación con otros profesionales.

Sitúa la función de enfermería en tres áreas: Independientes, Interdependientes y Dependientes.

Independientes: las que la enfermera está capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento de enfermería.

Interdependientes: Son las que desarrollan mediante una labor de equipo.

Dependientes: Son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo con las órdenes médicas.

Supuestos principales.

Los supuestos de la teoría de Virginia Henderson son descritos a continuación:

Enfermería.

- Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.
- Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado Henderson subraya que la enfermera, por ejemplo, una comadrona, puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así si es la persona sanitaria mejor preparada en la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere.
- Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

Persona.

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

Salud.

- La salud es la calidad de vida.
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.

- La salud requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

Entorno.

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.¹²

Postulados.

Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.

El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.

Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está completo, entero e independiente.

Valores.

La enfermera tiene funciones que le son propias.

Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez funciones propias a un personal no cualificado.

La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar. ¹³

Afirmaciones teóricas.

Objetivo de los cuidados. Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

Usuario del servicio. La persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene potencial de desarrollo.

Papel de la enfermería. Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

Enfermera como sustituta. Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.

Enfermera como ayudante. Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.

Enfermera como acompañante. Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

Fuente de dificultad. También denominada área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

Intervención de la enfermera. El centro de intervención de la enfermera son las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo). El modo de la intervención se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. El grado hasta el cual las enfermeras ayudan a los pacientes a adquirir independencia es una medida de su éxito. Cuando la independencia es inalcanzable, la enfermera ayuda a la persona a aceptar sus limitaciones o su muerte, cuando esta es inevitable.

Consecuencias de la intervención. Es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la satisfacción de las 14 necesidades básicas.¹⁷

4.2 PAE.

Concepto.

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. El eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, concentrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo.¹⁸

Objetivo General.

Realizar un estudio de caso aplicando el Proceso de Atención Enfermería utilizando el modelo teórico de Virginia Henderson a una persona preescolar con dependencia en sus necesidades por Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a trasplante de células hematopoyéticas.

Objetivos Específicos.

- 1) Realizar la búsqueda de la mejor evidencia que fundamente el ejemplo del caso en una persona con Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a trasplante de células hematopoyéticas.
- 2) Identificar los datos objetivos y subjetivos derivado de la valoración focalizada en una persona con Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a trasplante de células hematopoyéticas.
- 3) Realizar diagnósticos reales, de riesgo y de salud derivado de las fuentes de dificultad detectadas en cada una de las necesidades.
- 4) Planear las intervenciones especializadas en una persona con Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a trasplante de células hematopoyéticas.
- 5) Ejecutar los cuidados de cada una de las intervenciones especializadas en una persona con Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a trasplante de células hematopoyéticas.
- 6) Evaluar los cuidados de cada una de las intervenciones especializadas en una persona con Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a trasplante de células hematopoyéticas.
- 7) Elaborar con la familia un Plan de Alta, que puedan realizar de manera dependiente en casa.

Valoración.

Hay dos tipos principales de valoración:

1.- Valoración de los datos básicos. Información general que reúne en el contacto inicial con la persona para valorar todos los aspectos de su estado de salud.

2.- Valoración focalizada. Datos que reúne para determinar el estado de un aspecto específico. ¹⁹

Fuentes de información.

Por lo general el paciente es la fuente primaria para la obtención de datos; pero, dado que las percepciones de los eventos y circunstancias pueden variar, también deberán utilizarse otras fuentes, fortalece la valoración de la enfermera. Algunos ejemplos de generales de fuentes de datos incluyen al paciente, la familia y otros individuos de interés, al personal del centro de salud, alguna información impresa que concierna al paciente y los registros escritos.

Métodos.

Métodos para la recogida de información:

Entrevista.

Es una técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella se obtiene datos subjetivos acerca de los problemas de salud.

Tipos de entrevista:

- Formal, consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.
- Informal, es la que se realiza entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.

Objetivos de la entrevista:

- 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 qué otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Partes de la entrevista: Inicio, cuerpo y cierre.

- Inicio: Es una fase de aproximación. Se centra en la creación de un ambiente favorable, donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- Cuerpo: La finalidad de la conversación se centra en esta fase en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen modelos estructurados para la recogida sistemática y lógica de la información.
- Cierre: Es la fase final de la entrevista. En esta fase se resumen los datos más significativos. Constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Técnicas de la entrevista:

- Verbales: interrogatorio (para verificar y aclarar datos), reflexión o reformulación (para confirmar lo que ha expresado el paciente).
- No verbales: expresiones faciales, gestos, posición corporal, forma de hablar, contacto físico.

Cualidades que debe tener un entrevistador:

- **Empatía:** Sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra. La empatía consiste en ser capaz de ponerse en la situación de los demás. Consta de dos momentos, uno en el que el profesional es capaz de interiorizar la situación emocional del paciente, y otro en el que le da a entender que la comprende.
- **Proximidad afectiva** entre el paciente y el profesional. (Técnica no verbal).
- **Respeto:** El profesional reconoce al paciente como persona, apreciando su dignidad y sus valores.
- **Concreción:** Es la capacidad del profesional para delimitar los objetivos que pretende buscar.
- **Autenticidad:** ésta supone que “uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos”.

Observación

Este método comienza en el momento del primer encuentro con la persona y continúa a través de la relación enfermera-paciente en posteriores valoraciones. La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente y del entorno, como de cualquier otra fuente significativa, así como de la interacción de estas tres. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante esta técnica se confirmarán o descartarán posteriormente.

Exploración física.

Es otra técnica que nos va a aportar gran cantidad de datos. Antes de proceder a la exploración debe explicarse al paciente la técnica que se le va a realizar.

Objetivos de la exploración:

- Determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad.
- Obtener una base de datos para poder establecer comparaciones.
- Valorar la eficacia de las actuaciones.
- Confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

Técnicas de la exploración.

- Inspección: es el examen visual, cuidadoso y global del paciente. Su objetivo es 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. Su objetivo es determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son:

- Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos.

- Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo.

- Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire.

- Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el fonendoscopio para determinar características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Formas de abordar un examen físico:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Tipos Validación de la información.

El tipo de datos.

- Objetivos, se pueden medir con una escala o instrumento. Ej.: TA, T^a, FC...
- Subjetivos, son los que la persona expresa. Son sentimientos y percepciones. Ej.: dolor de cabeza
- Históricos – antecedentes. Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Actuales: son datos sobre el problema de salud actual.²¹

Organización de datos.

Consiste en agrupar datos en categorías o conjuntos de información, de tal forma que nos ayude a la identificación de problemas. La forma más habitual de organizar datos es:

- Por sistemas o aparatos, que ayudará a identificar problemas corporales.
- Por patrones funcionales (M. Gordon), que ayudará a la identificación de problemas y diagnósticos enfermeros.
- Por necesidades básicas (V. Henderson). ayudará a identificar problemas detectados en las necesidades humanas.

Según Tomás Vidal (1994), la valoración mediante patrones funcionales y por necesidades básicas son complementarias, ya que los diagnósticos de enfermería ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, confirmando la carencia de las necesidades básicas.

La organización de los datos permite ver qué datos son relevantes y cuáles no, si es preciso obtener más información, o información de otro tipo, con el fin de comprender mejor la situación del paciente y comenzar con la formulación de posibles problemas y/o diagnósticos de enfermería.

Diagnóstico.

Concepto.

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera. Deriva de la interferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o a una opinión.²⁰

Principios y reglas fundamentales del razonamiento diagnóstico.

Reconocer los diagnósticos requiere que este familiarizado con ellos: al tener las referencias a mano, usted empieza a identificar los problemas comparando los datos de la persona con los signos, síntomas y factores de riesgo de los problemas que aparecen.

Mantenga la mente abierta: mantener la mente abierta evita que contemple los problemas desde una perspectiva reducida, un error común del pensamiento crítico.

Cuando haga un diagnóstico, respáldelo con evidencias: las claves (signos, síntomas, factores de riesgo) son como las piezas claves de un rompecabezas; si no las tiene no puede completar el rompecabezas y poner nombre al problema.

Aunque la institución es un elemento valioso para la identificación de los problemas, nunca haga un diagnóstico basándose sólo en ella: busque evidencias que la verifiquen.

Si omite un problema, le pone una etiqueta errónea o identifica un problema inexistente, está cometiendo un error diagnóstico.

El simple hecho de que otra enfermera tenga más experiencia que usted, no significa que siempre tenga la razón.

Conozca sus cualidades y limitaciones: determinar si es competente.¹⁹

Errores más comunes.

Uno de los problemas más frecuentes para la aceptación la expresión “diagnóstico de enfermería” es el malentendido que surge por su confusión con el diagnóstico médico. El diagnóstico médico describe una enfermedad, un síndrome o un conjunto específicos de observaciones. El diagnóstico de enfermería describe los efectos de estos síntomas y estados patológicos sobre

las actividades del paciente y sobre su forma de vida, es la manifestación de la respuesta en la conducta del individuo a la condición o situación, por ejemplo: “ansiedad relacionada con las pruebas de diagnóstico” o “incapacidad para realizar las actividades del cuidado propio a causa de la fractura del brazo derecho”.²⁰

El diagnóstico de enfermería no es una confirmación del diagnóstico médico o de la prueba de diagnóstico, el tratamiento médico o el equipo. El diagnóstico de enfermería refleja los efectos específicos del diagnóstico médico, la prueba de diagnóstico, el tratamiento médico o el equipo sobre el individuo y su vida diaria. Incluye la respuesta del paciente a todas estas cosas.

Otro concepto erróneo consiste en considerar que el diagnóstico de enfermería es la manifestación de un problema de la enfermera con el paciente, pero no es un problema ni una meta. La “ingestión adecuada de líquidos” es el enunciado de una meta de enfermería, no un diagnóstico de enfermería. Existe la necesidad de diferenciar entre la situación del paciente y sus deficiencias para encarar sus problemas y la dificultad del personal para enfrentarse a la atención del paciente. Ejemplos de diagnósticos incorrectos de enfermería son “usa lenguaje impropio con el personal”, “no coopera” o “se queja constantemente”.²⁰

Causas de errores diagnósticos.

Sobrevalorar la probabilidad de una explicación o no considerar todos los datos debido a una perspectiva estrecha. Ejemplo: decidir que la ansiedad está relacionada con el estrés psicológico y no considerar si podría haber algún problema físico, como una mala oxigenación, que lo provoque.

Seguir analizando cuando debería estar actuando para ayudar a la persona. Ejemplo: seguir esperando a ver si los cambios posturales y el soporte emocional mejoran un problema respiratorio, incluso cuando no haya variación ninguna.

No reconocer sus propios sesgos o asunciones. Ejemplo: asumir que alguien no se baña diariamente tiene una mala autoimagen.

Hacer un diagnóstico que es demasiado general (no ser suficientemente específico al elegir una etiqueta diagnóstica para nombrar el problema). Ejemplo: usar deterioro de la eliminación urinaria en vez de incontinencia de esfuerzo relacionado con debilidad de los músculos de esfínter vesical.

No incluir el diagnóstico correcto en la lista inicial de posibles problemas. Ejemplo: identificar el problema de incumplimiento del tratamiento, pero no incluir el posible problema de Afrontamiento inefectivo o Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

Apresurarse a actuar, incluso mientras recoge y analiza los datos. Ejemplo: hacer una valoración apresurada o poner un diagnóstico aproximado para acabar su turno a tiempo, en vez de comunicar el problema con tiempo a su supervisora o a la enfermera que entra en turno.

Riesgo de errores diagnósticos.

Cuando pasa por alto un problema, lo etiqueta erróneamente o no comprende todo su alcance, corre el riesgo de:

Iniciar intervenciones que agraven el problema.

Omitir intervenciones que son esenciales para solucionar el problema.

Permitir que los problemas existan o progresen sin siquiera detectar su presencia.

Iniciar intervenciones que sean inofensivas pero que hacen perder el tiempo y la energía de todos.

Influir en los demás sobre la existencia de problemas incorrectamente identificados.

Situarse a sí misma en riesgo de una demanda legal.

Tipos y componentes.

Reconocer los diagnósticos enfermeros reales, de riesgo y posibles requiere que compare los datos de la valoración de la persona con la definición, características definitorias y factores relacionados (de riesgo) de los diagnósticos cuya existencia sospecha.

diagnóstico real: los datos de la persona contienen evidencias de signos y síntomas o características definitorias del diagnóstico.

Diagnóstico de riesgo: los datos de la persona contienen evidencias de factores relacionados (de riesgo) del diagnóstico, pero no hay evidencia de características definitorias. (si hubiera evidencias de características definitorias, sería un diagnóstico real, no de riesgo).

Diagnóstico posible: los datos de la persona no indican la presencia de características definitorias o factores relacionados del diagnóstico, pero su intuición le dice que el diagnóstico puede estar presente (p. ej., Posible afrontamiento inefectivo).

Diagnósticos de salud: se basa en reconocer cuando los clientes sanos indican un deseo de lograr un nivel más alto de funcionamiento en un área específica (p.ej., "quisiera ser un mejor padre" puede llevarla a formular el diagnóstico de Disposición para mejorar el rol parental.

Síndromes diagnósticos: solo hay dos síndromes diagnósticos (síndrome de desuso y síndrome traumático por violación). El síndrome diagnóstico se usa cuando el diagnóstico está asociado con un grupo de otros diagnósticos.

Clasificación según la NANDA.

Los componentes de etiqueta diagnóstica tienen tres componentes:

Título (etiqueta) y definición: una descripción concisa del problema.

Características definitorias: grupos de signos y síntomas frecuentemente asociados a ese diagnóstico. (los diagnósticos de riesgo no tienen características definitorias porque se aplican a personas que están en riesgo de desarrollarlos. Por consiguiente, no hay signos ni síntomas evidentes).

Factores de riesgo (relacionados): factores que pueden causar o contribuir al problema.

Estructura PES.

1.-Para diagnósticos reales (formulación en tres partes) use el formato PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas) o PRS (Problema, factor Relacionado, Signos y síntomas).

Use “relacionado con” para unir el problema con la etiología o factores relacionados. Añada “evidenciado por” para incluir las evidencias que apoyan la existencia del diagnóstico.

Ejemplo: Deterioro de la comunicación relacionado con barrera lingüística evidenciada por la incapacidad para hablar o comprender el castellano y uso del inglés.

2.- Diagnóstico de riesgo (formulación en dos partes).

Use el formato PE (Problema, Etiología) o PR (Problema, factores relacionados [de riesgo]).

Use “relacionado con” para unir el problema potencial con los factores relacionados (de riesgo).

Ejemplo: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con obesidad, diaforesis excesiva y confinamiento en la cama.

3.-Diagnósticos posibles (formulación en una parte). Simplemente nombre el posible problema.

Ejemplo: posibles patrones sexuales inefectivos.

4.-Diagnóstico de salud (formulación en una parte) use Disposición para mejorar (cambiado por el Potencial de Mejora antes de las palabras que describen lo que se quiere mejorar.

Ejemplo: disposición para mejorar el rol parental.

5.-Síndromes diagnósticos (formulación en una parte). Simplemente nombre el síndrome.

Ejemplo: síndrome traumático por violación.¹⁹

Planeación.

Tipos de planeación.

Los tres aspectos del cuidado: prevención, fomento y rehabilitación están incluidos en los planes para cada paciente, los problemas de salud identificados y las fuerzas, además de la situación, dictan cuál es el aspecto central. En ocasiones concurren los tres aspectos. Los siguientes son ejemplos de acciones de enfermería preventivas, de fomento y de rehabilitación:

Preventiva: hacer dar la vuelta al paciente cada dos horas durante día y noche para mantener un lineamiento apropiado.

De fomento: enseñar al paciente los patrones básicos de la nutrición, explicando los cuatro grupos esenciales mediante el uso de folletos y cuadros; es posible recurrir a un dietista o a un especialista en nutrición como persona recurso.

De rehabilitación: asistir a un paciente con la serie de ejercicios de movimientos, para la pierna y la mano derechas afectadas, cada dos horas durante el día; mantener la extremidad en posición de uso y un buen alineamiento durante la noche con la ayuda de almohadas y entablillados.²⁰

Actividades.

La planificación incluye lo siguiente:

Determinar prioridades.

Establecer los objetivos esperados.

Determinar las intervenciones enfermeras.

Asegurarse de que el plan está adecuadamente anotado.

Objetivo.

Tiene cuatro objetivos principales:

1.- Promover la comunicación entre los cuidadores.

2.-Dirigir los cuidados y la documentación.

3.-Crear un registro que posteriormente pueda ser usado para la evaluación, investigación y propósitos legales.

4.- Proporcionar documentación sobre las necesidades en cuidados de la salud para determinar su coste exacto.

Objetivos (resultados esperados). ¿Qué resultados espera conseguir y en cuando espera lograrlos?

Clasificación (NIC)

Son intervenciones cuyo propósito es identificar, etiquetar, validar y clasificar las acciones que las enfermeras llevan a cabo, incluyendo las que hacen directamente a los usuarios (p.ej. educación sanitaria) y las que hacen indirectamente (p.ej. obtener resultados de laboratorio).

Prioridades.

Las intervenciones de enfermería son acciones llevadas a cabo por las enfermeras para:

- 1.- Controlar el estado de salud.
- 2.- Reducir los riesgos.
- 3.- Resolver, prevenir o manejar un problema.
- 4.- Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria (baño, etc.)
- 5.- Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.

Las intervenciones pueden agruparse en dos categorías:

Intervenciones de cuidados directos: acciones encaminadas mediante interacción directa con los clientes. Los ejemplos incluyen ayudar a la persona a levantarse de la cama o hacer educación diabetológica.

Intervenciones de cuidados indirectos: acciones realizadas lejos del cliente. Los ejemplos incluyen trasladar al enfermo de una habitación a otra, contactar a la trabajadora social.¹⁹

Ejecución.

Pasos de la ejecución.

Paso 1.- haga una rápida ronda inicial a sus enfermos, comprobando brevemente cómo están “a grandes rasgos”. Esto le ayuda a identificar los problemas que requieren atención inmediata.

Paso 2.- Verificar la información que ha recibido durante el informe para prevenir problemas.

Paso 3.- Identifique los problemas urgentes aquellos que suponen un peligro para el enfermo y emprenda acciones apropiadas.

Paso 4.- Hacer una lista con los principales problemas de los enfermos y plantéese que debe hacer hoy.

Paso 5.- Determine las intervenciones que deben hacerse para prevenir, resolver o manejar los problemas detectados.

Paso 6.- Decida qué puede hacer por sí mismo el enfermo o la familia, qué puede delegar y que puede hacer por sí misma.

Paso 7.- Haga una hoja personal de trabajo detallada para anotar lo que hace durante el día y consúltela frecuentemente.

Sistema de prestación de cuidados.

Llevar acabo intervenciones significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios.

La preparación puede marcar la diferencia entre los cuidados arriesgados, peligrosos, que le comprometen tanto a usted como a la persona que cuida, y unos cuidados eficientes, seguros, que promueven el bienestar y el logro de objetivos. Antes de llevar a cabo cualquier intervención, prepárese para actuar: asegúrese de que sabe qué va hacer, por qué va hacerlo, cómo lo hará y cómo reducirá los riesgos de lesiones.

Evaluación.

Pasos de la evaluación.

Determinar el logro de objetivos:

- 1.- Determine el estado de salud y la disposición para comprobar el logro de los objetivos.
- 2.- Haga una lista con los objetivos fijados en la planificación.
- 3.- Compare lo que la persona es capaz de hacer en relación con los objetivos.
- 4.- Decida en qué medida se lograron los objetivos.
- 5.- anote sus hallazgos en el registro del usuario (hojas de curso, plan de cuidados).

Identificar las variables que afectan al logro de los objetivos.

Requiere analizar la información obtenida en la valoración del usuario y determinar si sus objetivos e intervenciones eran realistas y apropiadas para ese individuo.

Decidir si hay que mantener, modificar o dar por finalizado el plan, este es el paso final.

Estructura, proceso y resultado.

Se consideran tres tipos de evaluación:

1.- Evaluación de los resultados: se centra en los resultados y objetivos de los cuidados.

2.- Evaluación del proceso: se centra en cómo se brindaron los cuidados, por ejemplo, las valoraciones y las intervenciones, si se realizaron consistentes y a tiempo.

3.- Evaluación de la estructura: se centra en el entorno en el que tienen lugar los cuidados, por ejemplo: el entorno físico y la plantilla del personal.

Considerar los tres tipos de evaluación proporciona un examen general de manejo de casos.

Clasificación NOC.

Son resultados cuyo propósito es identificar, etiquetar, validar y clasificar los resultados del usuario sensibles a la actuación de las enfermeras y los indicadores para determinar la validez y utilidad de la clasificación, y definir y aprobar los procedimientos de medición de los resultados e indicadores.¹⁹

4.3 ASPECTOS ÉTICOS.

Breve introducción de ética en enfermería

La ética es la aplicación de los principios universales del bien, de una decisión libre y un sentido de actuar al bien propio y de sus semejantes en cualquier circunstancia de tiempo y lugar.²²

El profesional de enfermería como miembro de salud que pasa más tiempo con el paciente y su familia debe reflexionar sobre las cuestiones éticas en el manejo de la información cuando aplica la gestión del cuidado.²³

La ética para los profesionales de enfermería demanda la necesidad de fortalecer las habilidades específicas que permiten con fundamentos sólidos resolver los dilemas éticos. A medida en que somos capaces de reconocer los dilemas ganaremos habilidad en su análisis y en la capacidad de resolverlos, lo cual nos ayudara a progresar en nuestra propia humanización y profesionalización, en el arte de cuidar y respetar la dignidad humana. ²⁴

Tal vez, la ética del cuidado no tenga una aplicación fácil, por sus valores humanistas y su dificultad en la medición, pero no por ello menos importante. Como profesionales de enfermería tenemos el compromiso moral de ejercer el cuidado en todos sus aspectos, el cuidado a la persona como se merece, de manera holística, teniendo en cuenta todas sus dimensiones que van más allá de su mera corporalidad.²⁵

La sensibilidad moral juega un papel importante en la toma de decisiones éticas de las enfermeras y es llamado cuando se identifican dilemas éticos fundamentales y cuando se evalúa cuál de los valores promulgados por las opciones alternativas son apropiados. Cuanto mayor sea la sensibilidad moral de las enfermeras, mejor será su toma de decisiones ética en situaciones de conflicto ya que es esta sensibilidad moral es la que les permite a las enfermeras ser conscientes de los problemas éticos de su profesión y encontrar soluciones creativas para sus problemas. Sensibilidad moral es un

atributo personal y un factor importante que contribuye a las decisiones que implican el bienestar de los pacientes.²⁶

Los profesionales de enfermería pueden entrar en los detalles de una situación y razonar críticamente sobre el proceso de toma de decisiones éticas, mejorando así sus habilidades de comunicación, enseñanza que estimula el trabajo independiente y el desarrollo del pensamiento crítico y reflexivo.²⁷

Código de ética para enfermeras en México.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad; a la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.

A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

- La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
- La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.

-El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional, y -La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

En síntesis, el ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma, la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.²²

Decálogo de enfermería.

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

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

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

Valores.

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.

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 y 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.

Justicia: La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico,

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

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.

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.

Principios (consentimiento informado).

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles

alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

El consentimiento informado consta de dos partes:

a. Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

Los datos deben darse a personas competentes en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas incompetentes por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

b. Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. Las situaciones en que

se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes:

Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.

Intervención quirúrgica.

Procedimientos para el control de la fertilidad.

Participación en protocolos de investigación.

Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.

Procedimientos invasivos.

Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.

Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

En los casos de urgencias en los que no existe la oportunidad de hablar con los familiares, y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar por medio del privilegio terapéutico hasta estabilizarlo y entonces poder informarle al paciente o a sus familiares. Esto debe quedar bien fundamentado en el expediente clínico. No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un paciente competente, aun cuando la familia lo autorice.

Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED).²⁸

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 a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o 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.

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 repercusión 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.

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

Veracidad: Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los

individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad: Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad: Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

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 asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

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

También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

Terapéutico de totalidad: Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

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

-Que la acción y el fin del agente sea bueno;

-Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.²²

4.4 GENERALIDADES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL PREESCOLAR.

Preescolar.

El período preescolar se refiere a las edades de entre 3 y 5 años. Los niños perfeccionan el dominio de sus cuerpos y esperan con impaciencia el comienzo de una educación formal. Muchas personas consideran estos años los años más fascinantes de la paternidad porque los niños son menos negativos, comparten sus pensamientos más precisamente e interactúan y comunican más efectivamente. El desarrollo físico se da a un ritmo más lento que el desarrollo cognitivo y psicosocial.

Cambios físicos.

Varios aspectos del desarrollo físico continúan estabilizándose en los años preescolares. Los niños ganan unos 2 kilos por año; el peso medio a los 3 años es de unos 14,5 kilos; a los 4 años, 16,7 kilos y a los 5 años unos 18,5 kilos. Los preescolares crecen de 6,2 a 7,5 cm por año, doblan su altura de nacimiento alrededor de los 4 años y miden un promedio de 107 cm al llegar su quinto cumpleaños. El alargamiento de las piernas tiene como consecuencia niños con una apariencia más esbelta. Existe poca diferencia entre sexos, aunque los varones son un poco más grandes, más musculosos y con menos tejido adiposo. La mayoría de los niños ha terminado su entrenamiento del control de esfínteres al llegar los años preescolares. La coordinación de los músculos grandes y pequeños mejora. Los preescolares corren bien, suben y bajan escaleras con facilidad y aprenden a saltar a la pata coja. Al llegar a los 5 años normalmente saltan alternando los pies, saltan con una cuerda y comienzan a patinar y nadar. Mejorar las habilidades motoras finas permite manipulaciones complejas. Aprenden a copiar cruces y cuadrados. Normalmente dominan los triángulos y rombos entre los 5 y los 6 años. Hacer garabatos y dibujar ayuda a desarrollar las habilidades de los músculos pequeños y la coordinación ojo-mano necesaria para escribir letras y números.

Cambios cognitivos.

La maduración cerebral continúa, con el crecimiento más rápido en las áreas del lóbulo frontal, en donde es primordial planificar y organizar las nuevas actividades y mantener la atención para las tareas.

Los preescolares demuestran su capacidad de pensar de manera más compleja clasificando objetos según el tamaño y el color, y preguntando. Los niños han aumentado su interacción social tal como es ejemplificado por un niño de 5 años que ofrece una venda a un niño que se ha cortado el dedo.

A medida que los niños se acercan a la edad de 5 años, comienzan a utilizar o a aprender a utilizar las reglas para comprender la causalidad. Entonces, comienzan a razonar de lo general a lo particular. Esto forma la base para el pensamiento lógico más formal.

El mayor miedo de este grupo de edad es al daño corporal; esto es evidente por su miedo a la oscuridad, los animales, las tormentas y al personal sanitario.

Lenguaje.

El vocabulario de los preescolares continúa aumentando rápidamente; y al llegar a la edad de 6 años los niños tienen de 8.000 a 14.000 palabras que usan para definir objetos familiares, identificar colores y expresar sus deseos y frustraciones (Santrock, 2009). El lenguaje es más social y las preguntas se expanden a «¿Por qué?» y «¿Cómo es eso?» en su búsqueda de información. Las palabras fonéticamente similares como vaca y baca o ala y ¡hala! causan confusión en niños preescolares. Evitaremos tales palabras cuando se les prepare para procedimientos y valoraremos la comprensión de las explicaciones.

Cambios psicosociales.

El mundo de los preescolares se expande más allá de la familia hacia el barrio donde los niños se encuentran con otros niños y adultos. Su curiosidad e iniciativa de desarrollo les conduce a explorar el entorno activamente, desarrollando nuevas habilidades y haciendo nuevos amigos.

El sentimiento de culpa surge en los niños cuando sobrepasan los límites de sus habilidades y piensan que no se han comportado correctamente. Durante estos períodos de estrés, los preescolares a veces vuelven a mojar la cama o a chuparse el dedo y quieren que sus padres los alimenten, los vistan y los cojan.

Juego.

El juego de los preescolares se vuelve más social después del tercer cumpleaños en tanto que cambia de un juego paralelo a uno asociativo. Los niños que juegan juntos se meten en actividades semejantes si no idénticas; sin embargo, no hay división de trabajo u organización rígidos o normas. La mayoría de los niños de 3 años son capaces de jugar con otro niño de una manera cooperativa en la que fabrican algo o juegan designando roles como la madre y el bebé. Al llegar a la edad de 4 los niños juegan en grupos de dos o tres y a los 5 años el grupo tiene un líder temporal para cada actividad. El juego imaginario permite a los niños aprender a comprender otros puntos de vista, desarrollar habilidades de resolución de problemas sociales y llegar a ser más creativos. Los compañeros de juego imaginarios son un signo de salud y permiten al niño distinguir entre realidad y fantasía. ²⁹

Una de las características importantes son que en esta fase el mundo del preescolar se amplía. Durante el juego, ensayan nuevas experiencias y roles sociales. El crecimiento físico es más lento.

Las cinco fases del desarrollo según Freud.

Los genitales del niño son el centro del placer. La masturbación le da placer. Otras actividades pueden ser las fantasías, experimentar con sus iguales y preguntar a los adultos sobre temas sexuales. Conflicto principal: el complejo de Edipo o de Electra, que se resuelve cuando el niño se identifica con el progenitor del mismo sexo. (El complejo de Edipo se refiere a la atracción de los niños varones hacia su madre y las actitudes hostiles hacia su padre. El complejo de Electra se refiere a la atracción de las niñas hacia su padre y las actitudes hostiles hacia su madre.) Edad de los 4 a los 6 años. ³⁰

Fase del desarrollo según Erikson.

En edad desde los 3 hasta los 5 años, ha aprendido cómo influyen en el entorno la asertividad y las intenciones empieza a desarrollar la capacidad

para evaluar su propia conducta (indicador de resolución positiva). La falta de autoconfianza el pesimismo, miedo o malevolencia Control o restricción excesivos de la propia actividad (como indicador de resolución negativa).³⁰

Desarrollo motor y autonomía.

Es la capacidad de realizar movimientos manteniendo el equilibrio y coordinación. Edades de 4 a 5 años 11 meses.

- Se para y salta en un pie.
- Sube y baja escaleras.
- Camina en una línea.
- Lanza una pelota a lo alto y la agarra.
- Abrocha botones.
- Siempre bajo la supervisión de un adulto, hace figuras con plastilina y también recorta figuras rectas y curvas con las tijeras de punta redonda.
- Se lava, viste y come solo o sola cuando un adulto le sugiere.
- Anda en triciclo o en bicicleta con rueditas
- Salta Monta en triciclo
- Dibuja líneas claras en un papel; intenta imitar un círculo, una línea y una cruz
- Siempre come solo
- Se viste solo, aunque se pone algunas cosas al revés
- Tiene amigos y juega con otros³¹

Desarrollo del Pensamiento.

Es la capacidad de organizar información y resolver problemas. Edades de 4 a 5 años 11 meses.

- Reconoce el triángulo, círculo, cuadrado (figuras geométricas).
- Sabe los nombres de los integrantes de su familia
- Distingue “mucho”, “poco”, “más o menos”.

- Le gusta preguntar y saber cosas del mundo: animales extraños, máquinas, por qué pasan las cosas.
- Dibuja a una persona con tres partes del cuerpo diferentes.
- Utiliza el tiempo presente y pasado. Ej.: “Hoy jugué fútbol; ayer fui a la plaza”.
- Comienza a distinguir objetos por su forma, tamaño, color o peso.
- Sabe los días de la semana.
- Entiende y sigue órdenes con, al menos, dos instrucciones. Ej.: “Sácate la ropa y jala en el canasto de la ropa sucia”.
- Sabe contar hasta 20 objetos o más.
- Comprende los conceptos “agregar” y “quitar”.
- Sabe sumar y restar con números del 1 hasta 10.

Desarrollo del lenguaje y lectoescritura.

Es la capacidad de comunicarse a través del lenguaje, lectura y escritura.
Edades de 4 a 5 años 11 meses.

- Usa un vocabulario amplio: Ej.: Sabe nombres de animales, muebles, colores, tamaños, etc. Incorpora palabras nuevas.
- Conversa con otras personas y le entienden.
- Puede recitar poemas y narrar cuentos breves.
- Le gusta mucho escuchar cuentos e historias.
- Se interesa en conocer aquello que sale escrito. Ej.: Pregunta qué dice en la caja de leche.
- Conoce algunas letras de su nombre e identifica las vocales.
- Escribe algunas palabras familiares.
- Contesta preguntas sencillas.
- Transmite recados orales.

Desarrollo socioemocional.

Es el proceso a través del cual un niño o niña aprende a reconocer sus cualidades y limitaciones, sus emociones y sentimientos, a la vez que desarrolla la capacidad de expresarlos sin dañar a otros. Esto favorece su autoconocimiento y autoestima, como también sus habilidades para relacionarse con las demás personas. Edades de 4 a 5 años 11 meses.

- Reconoce sus características físicas (Ej.: Color de pelo, forma de ojos), habilidades (“soy bueno para...”) y preferencias (“me gusta jugar a...”).
- Confía en sus capacidades y se alegra por sus logros.
- Reconoce y expresa varios sentimientos como alegría, tristeza, rabia, miedo, vergüenza.
- Puede controlar sus impulsos y expresar sentimientos sin dañar a otras personas.
- Demuestra cariño a sus amigos o amigas a través de gestos o palabras.
- Considera los sentimientos de otros, realizando acciones para ponerlos contentos.
- Comparte materiales para realizar actividades con sus compañeros y compañeras.
- Puede obedecer las reglas de los padres.
- Tiene opinión y puede elegir qué quiere hacer o jugar cuando le preguntan.
- Tiene amigas o amigos y los invita a jugar.
- Respeta turnos y reglas en los juegos.
- Saluda, se despide y usa el “por favor” y “gracias”.

Desarrollo psicosexual.

Es el proceso de maduración de la sexualidad, entendida como un concepto amplio que incluye, en esta etapa, conocer el propio cuerpo, reconocerse como hombre o mujer y conocer lo que ello implica en cuanto a roles sociales. Edades de 4 a 5 años 11 meses.

- No hay desarrollo en el aspecto físico de la sexualidad.
- Se reconoce a sí mismo como hombre o mujer, señalando aspectos culturales para definirlo. Por ejemplo, dice que es hombre porque tiene pelo corto o es mujer porque usa pinches en el pelo.
- Se identifica con algunas conductas asociadas al rol masculino o femenino de su contexto social.
- Muestra curiosidad por el cuerpo de los otros y las diferencias entre niños y niñas.
- Muestra interés en explorar y conocer su cuerpo.
- Podría tocar sus genitales.³²

4.5 FACTOR DE DEPENDENCIA LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA.

Definición.

Las leucemias agudas son proliferaciones malignas de células hematopoyéticas inmaduras de tipo blástico, cuya acumulación progresiva se acompaña de una disminución en la producción de los elementos mieloides normales. La transcripción inactiva de genes supresores de tumores por la hipermetilación de islas CpG en regiones promotoras, ha sido un foco de interés de los investigadores como un factor causal en malignidades hematológicas.³³

Etiología.

La génesis de la leucemia aguda está relacionada con lesiones genéticas en las células madre hematopoyéticas, que comprometen la diferenciación celular para la diferenciación de células B y células T7. Las lesiones se producen en

el ADN en regiones críticas para los procesos de crecimiento y diferenciación celular (generalmente afecta a los protooncogenes). Los mecanismos por los que se pueden lesionar estas áreas son muy diversos: transducción, mutaciones puntuales, inserción o amplificación, pero lo más frecuente es la translocación cromosómica.³⁷

La LLA sido relacionada con la industrialización, sugiriendo el rol de los carcinógenos ambientales. En los Estados Unidos, los niños de raza negra no presentan el pico a esta edad y tienen una baja incidencia de LLA comparada con la raza blanca.

Epidemiología.

En México, las leucemias agudas son la principal causa de muerte asociada con cáncer. De forma general, acorde con la Organización Mundial de la Salud, se dividen en leucemias de precursores linfoides y mieloides. En estas últimas, la principal clasificación se basa en una serie de alteraciones citogenéticas específicas [t (8;21) (q22;122): RUNX1-RUNXIT1, inv. (16) (p13.1q22), t (15;17) (q22; q12), principalmente] y características morfológicas particulares, fundamentadas en la clasificación Franco-Américo-Británica (FAB). De forma general, la leucemia linfoblástica aguda (IIa) es la leucemia aguda más frecuente en la infancia y adolescencia.³⁴

Las Leucemias Linfoblásticas Agudas (LLA) constituyen el 75% de todos los casos de leucemias en niños, siendo el cáncer más frecuente en niños. Los datos obtenidos del Programa SEER del Instituto Nacional de Cancerología (Surveillance, Epidemiology, and Results) indican que entre los años de 1973-1991, la tasa ajustada para la edad aumentó de 2,7 a 3,3 casos por 100.000 niños entre las (1) edades de 0 a 14 años. La LLA es diagnosticada en aproximadamente 2000 niños en los EEUU cada año, mientras que la Leucemia Mieloide Aguda (LMA) en cerca de 500 niños y Leucemia Mieloide Crónica (LMC) en menos de 100. La leucemia linfocítica crónica (LLC) la más frecuente en los adultos, ocurre muy poco en niños.³⁵

Diagnóstico.

Las manifestaciones clínicas de los pacientes reflejan la infiltración de la médula ósea por blastos y la infiltración extramedular, como son: síndrome anémico, febril, desgaste y hemorragíparo; infecciones, dolor óseo; se detecta anemia, trombocitopenia y neutropenia; adenomegalias, hepatoesplenomegalia y también se puede observar un porcentaje de blastos en la médula ósea; clasificación citomorfológica según el grupo franco-americano-británico; inmunofenotipo y citogenética. ³⁴

Los signos y síntomas reportados en la literatura internacional incluyen fiebre (en 61% de los pacientes), hemorragias (en 48%), dolor óseo (en 23%), adenopatías (en 50%), esplenomegalia (en 63%) y hepatomegalia (en 68%). Con los protocolos actuales de tratamiento para niños con LLA, que incluyen terapias sistémicas y (9) específicas del SNC, es posible obtener la remisión en más de 95% de los casos, y una supervivencia libre de recaída de 75 a 85% a cinco años del diagnóstico. ³⁶

Tratamiento.

Hay que considerar las particularidades propias de los pacientes de estas edades, y no manejarlos como niños o adultos mayores. ³⁸ existen varias observaciones indicativas de mejores resultados terapéuticos con los programas de QT intensiva de tipo pediátrico en adolescentes y adultos jóvenes que con los de adultos. Tratamiento modificado con ciclofosfamida, daunorrubicina, vincristina, dexametasona y L-asparaginasa. ³⁵ La fase de inducción incluye los fármacos vincristina, dexametasona, daunorrubicina, L-asparaginasa, etopósido, arabinósido de citosina, que va seguida de consolidación con metotrexato a dosis altas, con rescates de ácido folínico, y mantenimiento de acuerdo al riesgo. ³⁸

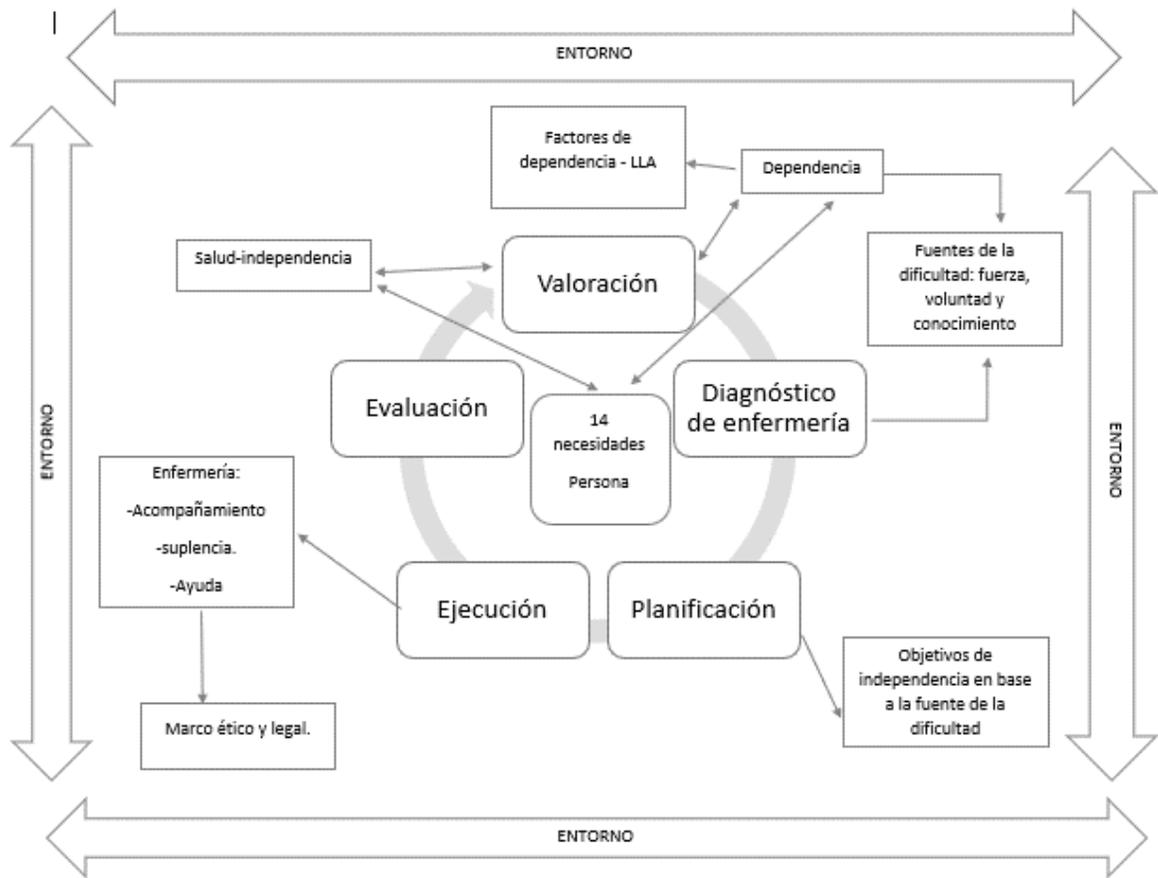
Pronóstico.

Con los protocolos actuales de tratamiento para niños con LLA, que incluyen terapias sistémicas y (9) específicas del SNC, es posible obtener la remisión en más de 95% de los casos, y una supervivencia libre de recaída de 75 a 85% a cinco años del diagnóstico. ³⁶

La LAL tiene un pronóstico claramente relacionado con la edad: en los niños es una enfermedad relativamente controlable y en los adolescentes el pronóstico es mejor que en los adultos y viejos. La enfermedad es biológicamente distinta en diferentes edades, como se reconoce desde hace muchos años, lo que explica su diferente respuesta al tratamiento. Así, los inmunofenotipos de peor pronóstico son más frecuentes conforme aumenta la edad: en los adultos predominan los linajes T y B maduro¹. Las alteraciones citogenéticas consideradas de buen pronóstico (hiperdiploidías) son más frecuentes en los niños y las de mal pronóstico Ph(+), en los adultos. ³⁷

A continuación, se muestra un esquema relación modelo teórico de Virginia Henderson y el Proceso de Atención Enfermería (ver figura 3).

Figura 3. Relación modelo teórico de Virginia Henderson y el Proceso de Atención Enfermería.



Elaboró: L.E. Alejandra Nayeli Sánchez Salas.

V.METODOLOGÍA.

5.1METODO E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

Para la realización de este estudio de caso se utilizó un modelo teórico y la práctica, el cual para este estudio se basa en el modelo teórico de Virginia Henderson, la cual valora 14 necesidades fundamentales que se analizaron en una persona preescolar con dependencia en sus necesidades por Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a Trasplante de Células Hematopoyéticas en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, mediante la aplicación del Proceso de Atención enfermería. Para recolección de la información se utilizó como técnica la entrevista y como método la observación. Los instrumentos utilizados para facilitar la recolección de la información fueron un instrumento de la valoración de la edad de 0 a 5 años, otorgado por la ENEO-UNAM, el cual contiene ocho apartados, que son los datos demográficos (I), antecedentes familiares (II), orientación de la familia (III), antecedentes individuales (IV), jerarquía de necesidades (V) y prioridad de los diagnósticos de enfermería (VI), en las distintas dimensiones (biopsicosocial y espiritual) de la persona, familia o comunidad, además del plan de atención y (VIII) el plan de alta, y la valoración cefalocaudal y por aparatos y sistemas, siguiendo las necesidades de Virginia Henderson. VER ANEXO 1

También se utilizó la hoja de reporte diario que contiene datos de identificación del paciente, nombre, servicio, edad, registro, fecha, nombre de la necesidad de valoración focalizada, así como datos subjetivos, datos objetivos como peso, talla, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura; y otros como escalas, formulas, perímetros, etc. La observación general del habitus externo, la exploración física, los tipos de relación de enfermería: acompañamiento, suplencia y ayuda, las fuentes de la dificultad: fuerza, conocimiento y voluntad. El diagnóstico de enfermería, el continuum

independencia – dependencia, y el grado de dependencia propuesta por Phaneuf. VER ANEXO 2

La recolección de datos objetivos se llevó a cabo mediante la exploración física (inspección, auscultación, palpación, y percusión) y la recolección de datos subjetivos se llevó a cabo mediante la técnica de la entrevista.

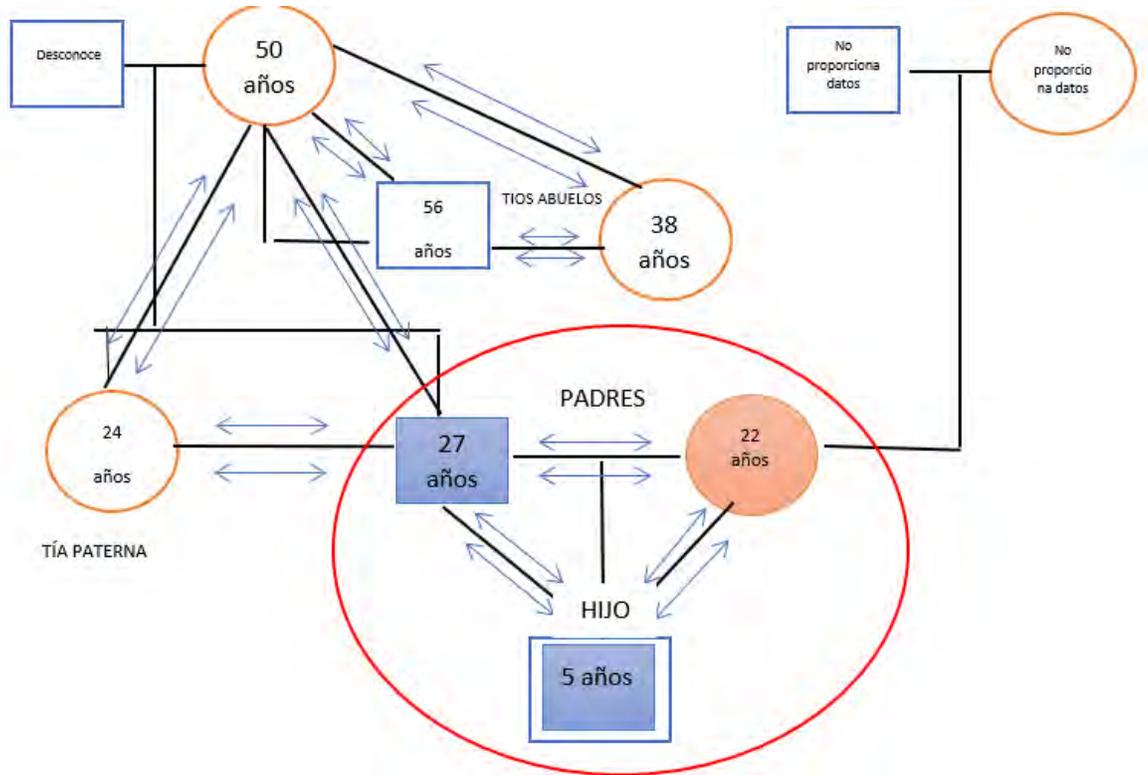
Por último, también se hizo uso del formato de consentimiento informado, con la autorización del cuidador primario, que en este caso fue la madre, para llevar a cabo el presente estudio de caso. VER ANEXO 3

VI. PRESENTACION DEL CASO.

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Paciente residente de Ecatepec, estado de México. Hijo único de padres aparentemente sanos. Familia que vive en casa propia, tipo de construcción tabique y concreto. La madre no cocina con leña. Viven a un par de avenidas cerca de una fábrica productora de jabón, a unas calles cerca de un canal de aguas sucias y de torres de alta tensión. Familia que viven en casa propia y cuentan con todos los servicios intradomiciliarios: agua, luz y drenaje. Familia integrada por tres personas, que llegan a cohabitar con cuatro familiares, ya que a lado de su vivienda se encuentran estas personas. Religión católica. Padres en unión libre. Madre de escolaridad preparatoria incompleta, dedicada al hogar, toxicomanías negadas. Padre de escolaridad licenciatura incompleta, empleado, con tabaquismo y alcoholismo social. Paciente con diagnóstico médico de Leucemia Linfoblástica Aguda, hospitalizado en múltiples ocasiones. Paciente en protocolo nacional en el Hospital General de México, tratado en el Instituto Nacional de Pediatría para seguimiento de quimioterapia. Actualmente en abordaje por el Hospital Infantil de México Federico Gómez, se encuentra en la Unidad de Trasplante de Medula Ósea en condiciones de aislamiento estricto protector, en la cama TM 2 para ser sometido a trasplante de células hematopoyéticas.

Mapa familiar.



Habitus externo.

Persona preescolar fenotípicamente masculino, con edad aparente menor a la cronológica, ectomórfico, con palidez de tegumentos (++), hidratado, sin facies características, en posición sedente en el sillón reclinable, en compañía de su familiar. Viste un pijama color azul marino, con un gorro color blanco con negro, con cubrebocas, con calcetines blancos y unas sandalias tipo sueca color morado. En condiciones adecuadas de luz y temperatura, ruido ambiental de la televisión. Se encuentra viendo la televisión. Paciente que se encuentra en condiciones de aislamiento con estricto protector a presión positiva.

VII.APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERÍA.

7.1 VALORACIÓN Y JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES FOCALIZADAS.

Valoración por necesidades.

Oxigenación.

Paciente residente de Ecatepec, estado de México. Hijo único de padres aparentemente sanos. Familia que vive en casa propia, tipo de construcción tabique y concreto. La madre no cocina con leña. Viven a un par de avenidas cerca de una fábrica productora de jabón, a unas calles cerca de un canal de aguas sucias y de torres de alta tensión. La madre refiere que su hijo no ha presentado gripa, llega a presentar cuatro veces al año gripe, que duraban alrededor de 5 días. La madre refiere que su hijo no presenta dificultad para respirar al momento de caminar, correr o jugar. No ha presentado obstrucción nasal, no presenta apoyo de con oxígeno durante la valoración. Cartilla de vacunación incompleta para la edad.

Datos Objetivos:

Día 0 día del trasplante, 01/11/2017: Peso: 15.2 kg Talla: 97 cm Frecuencia Cardíaca: 93 lpm Frecuencia Respiratoria: 24 rpm T/A: 105/67 mmHg Temperatura: 36.2°C

Persona preescolar masculino con edad aparente menor a la cronológica, que a la inspección se observa consciente y alerta, con palidez de tegumentos (++) generalizada e hidratado. A la inspección se observa nariz con puente nasal recto y simétrico, tegumentos hidratados con palidez (++) , nariz en forma chata, a la palpación se encuentra nariz con cartílago flexible a los movimientos, a la exploración instrumentada se encuentra narinas permeables, hidratadas e íntegras. Cavidad oral que a la observación se encuentra con mucosa oral hidratada, de coloración rosada, labios delgados y comisuras íntegros, a la inspección y palpación se encuentra cavidad oral

íntegra, encías rosadas no inflamadas, con piezas dentales completas y sin caries, movimientos de la lengua presentes, carrillos íntegros, úvula central, con paladar blando y duro íntegros, con reflejo nauseoso presente, faringe y amígdalas hidratadas de coloración rosada. Cuello que a la observación se encuentra íntegro, con tegumentos hidratados con palidez (++), de forma cilíndrica, a la palpación se encuentran pulsos carotídeos con intensidad y profundidad regular, sin adenomegalias. Tórax que a la observación se encuentra con tegumentos hidratados y rosados, simétrico, con catéter puerto cerrado y catéter Hickman, a nivel de subclavia derecha, a la palpación con movimientos de amplexación y amplexión simétricos, sin protuberancias o prominencias, a la auscultación se encuentra con ruido vesicular presente, entrada y salida de aire sin dificultad, ruidos cardíacos rítmicos, a la percusión con tono resonante. Llenado capilar de 2 segundos.

El día +12 posterior al trasplante, 13/11/2017 inicia oxígeno suplementario con mascarilla con bolsa reservorio a 5 litros/minuto, por tendencia a la taquicardia con tendencia menor a 120 lpm, el cual presenta mejoría intermitente. Signos vitales: T/A 100/61 mmHg, FC 111 lpm FR 21rpm, SatO₂ 95%, temperatura 36.2°C. El día +17 posterior al trasplante, 18/11/2017 se indica apoyo suplementario de oxígeno por puntas nasales a 1 litro/minuto, y para el día +24 posterior al trasplante, 25/11/2017 se retira el apoyo con oxígeno.

Nutrición.

Seno materno exclusivo por 6 meses, posterior con fórmula no específica, ablactación a los 5 meses, se integra a la dieta familiar a los 18 meses. La madre refiere que el niño come solo. En casa suele comer con su mamá y con su tío abuelo. Los alimentos preferidos del niño son el pollo, el espagueti, la sopa de fideos, las costillas de cerdo, chicharrón de cerdo en salsa verde y el arroz. Alimentos que rechaza los que se repiten mucho durante la semana. Niega alergias alimentarias. Con cantidad y calidad de los alimentos, fruta 7/7 días, verduras 3/7 días, carbohidratos tortilla, pan 7/7 días, carnes rojas 2/7

días y carne blanca 2/7 días, el tipo de líquidos que consume es leche y agua, de preferencia con frutas. Dentición que inicia a los 6 meses. Los alimentos como frutas y verduras los lava y desinfecta con cloro o gotas para desinfectar, los alimentos cárnicos que consume son empaquetados, todos los utensilios que usan para cocinar están previamente lavados. Fruta cruda sin cascara, no comida con mucha azúcar ni comida enlatada. Leche sin lactosa, agua 1 litro embotellada o de garrafón.

Datos Objetivos:

Día 0, día del trasplante 01/11/2017: Peso: 15.2 kg Talla: 97 cm FC: 93 lpm
FR: 24 rpm T/A: 105/67 mmHg Temp. 36.2°C.

Estatura baja para la edad por debajo del percentil 3 y peso bajo para la edad, en percentil 10. IMC=16.15 (delgadez moderada).

Perímetro cefálico: 51 cm, perímetro abdominal: 53 cm, perímetro braquial 16 cm, perímetro torácico 57 cm.

Otros:

Diagnóstico médico: Leucemia Aguda Linfoblástica.

Diagnóstico por el servicio de nutrición: desnutrición crónica armonizada.

Con administración intravenosa de solución Mixta 1000 ml+ KCL 10 ml a 42 ml/hora para 24/ horas.

Exámenes de Laboratorio: biometría hemática serie roja con eritrocitos $3.34 \times 10^6 / \mu\text{L}$, hemoglobina 9.7 g/dl, hematocrito 28.9 %, serie blanca con Leucocitos $2.50 \times 10^3 / \mu\text{L}$, neutrófilos $1.57 \times 10^3 / \mu\text{L}$, linfocitos $7.2 \times 10^3 / \mu\text{L}$, monocitos $1.0 \times 10^3 / \mu\text{L}$. Tiempos de coagulación: dentro del parámetro normal. Electrolitos dentro del parámetro normal.

Con dieta baja en bacterias para neutropénico de 1500 kcal.

Persona preescolar masculino con edad aparente menor a la cronológica, que a la inspección se observa consciente y alerta, con palidez de tegumentos (++) generalizada e hidratado. A la inspección la boca se observa labios íntegros con piel hidratada, frenillo de labio superior e inferior íntegro, con encías íntegras y rosadas, con todas sus piezas dentales para la edad y sin presencia de caries, lengua íntegra, central con movimientos presentes, carrillos íntegros, úvula central, amígdalas eutróficas. A la inspección se observa abdomen con piel íntegra e hidratada, a la auscultación por cuadrantes se encuentra con ruidos peristálticos presentes, 5 por minuto, a la palpación superficial no presenta dolor, con sensibilidad presente, a la palpación profunda no presenta dolor, no presenta masas ni tumoraciones, no presenta materia fecal ni gases, es blando y depresible. A la percusión se encuentra con sonido timpánico.

Día +7 posterior al trasplante, el 08/11/2017 inicia dieta para neutropénico más suplemento alimenticio (Pediasure) 250 ml por sonda nasogástrica en dos tomas, por odinofagia presencia de mucositis en cavidad oral. Se indica dieta de 700 kcal/ día cubriendo el 50 % del requerimiento energético estimado, inicia suplemento alimenticio (Pediasure) 500 kcal en 500 ml, en 2 tomas de 250 ml para asegurar el aporte nutricional y evitar deterioro nutricional.

Se observa pérdida de peso, día 0 día del trasplante 01/11/2017 pesaba 15.2 kg a continuación el día +7 posterior al trasplante 08/11/2017 pesó 14.6 kg, con una diferencia en pérdida de 600 gramos.

El día +9 posterior al trasplante 10/11/2017, el niño inicia con odinofagia, dolor de lengua y poca tolerancia a la vía oral. Se inspecciona faringe hiperémica (+++), con eritema en lengua y carrillo, sin úlceras, con placas blanquecinas en la porción posterior de ambos carrillos, a la palpación de la lengua presenta dolor, diagnóstico médico: mucositis grado 1.

El día +12 posterior al trasplante 13/11/2017, inicia morfina 12 mg aforado a 12 ml con solución fisiológica al 0.9% para pasar a 0.5 ml/ hora IV.

El día +13 posterior al trasplante 14/11/2017, el diagnóstico médico es mucositis grado 2.

El día +17 posterior al trasplante 18/11/2017, se disminuye la morfina a 0.3 ml y se suspende al termino, remitiéndose el dolor de lengua y mejora la tolerancia a la vía oral.

Eliminación.

Familia que viven en casa propia y cuentan con todos los servicios intradomiciliarios: agua, luz y drenaje. Para la disposición de excretas cuentan con baño propio. El padre refiere lo siguiente de su hijo: diuresis 1vez en la mañana y en el transcurso del día otras 3 veces, la orina es amarilla clara, sin olor fuerte. Evacuación de 1 a 2 veces al día, firmes color café, no olorosas. No presenta dolor al evacuar ni al orinar. El paciente presenta limitación del movimiento por deambulación en la unidad, el cual es un dato relevante ya que puede comprometer su patrón de eliminación.

Día 0 día del trasplante 01/11/2017: Escala de heces de Bristol tipo 3.

Persona preescolar masculino con edad aparente menor a la cronológica, que a la inspección se observa consciente y alerta, con palidez de tegumentos (++) generalizada e hidratado. A la inspección se observa abdomen con piel integra e hidratada, a la auscultación por cuadrantes se encuentra con ruidos peristálticos presentes, 5 por minuto, a la palpación superficial no presenta dolor, con sensibilidad presente, a la palpación profunda no presenta dolor, no presenta masas ni tumoraciones, no presenta materia fecal ni gases, es blando y depresible. A la percusión se encuentra con sonido timpánico. A la inspección de genitales se observan íntegros y de acuerdo al sexo, piel turgente e hidratada, meato urinario permeable con desembocadura uretral central, ambos testículos en bolsa escrotal descendidos. Perforación anal presente, piel integra.

Movimiento y postura.

Sonrisa social a los 4 meses, sostén cefálico a los 4 meses, mirada fija a los 3 meses, se sentó solo a los 8 meses, no gateo, se paró en ambos pies a los 9 meses, empezó a caminar solo a los 15 meses alternando los pies. Pinza gruesa 6 meses, pinza fina 1 año. La postura que adopta al comer es derecho, y al caminar también. Desgasta el zapato muy poco del lado derecho y en la punta. Duerme en posición fetal. Los padres refieren que el niño no presenta dificultad para coordinar manos y pies al momento del juego, cuando camina o cuando corre.

Día 0 día del trasplante 01/11/2017: El paciente necesita ayuda para trasladarse con tripié de un lugar a otro.

Medicamento para el dolor:

Morfina 12 mg aforado a 12 ml con solución fisiológica al 0.9% para pasar a 0.5 ml/ hora IV. (día 13/11/2017)

El día +12 posterior al trasplante 13/11/2017, se le administra oxígeno suplementario con mascarilla facial con bolsa reservorio a 5 litros por minuto.

Escala de Daniel's para fuerza muscular 5/5

Escala de Asworth modificada para respuesta al movimiento grado 0

Persona preescolar masculino con edad aparente menor a la cronológica, que a la inspección se observa consciente y alerta, con palidez de tegumentos (++) generalizada e hidratado, ojos simétricos con apertura palpebral normal, pupilas isocóricas y normorefléxicas, con adecuada coloración y movilidad ocular. Cierra los ojos al acercarle objetos, se realiza ejercicio para que siga un lápiz y al acercarle se encuentra mirada fija y sigue el objeto sin problema, ambos ojos hacen el mismo reflejo, movimientos de la lengua adecuada para su edad. Realiza movimientos de la cara de manera simétrica. Cuello cilíndrico simétrico, con movimientos de rotación, flexión y extensión sin alteraciones,

movimiento articular activo (el niño se mantenía irritable por momentos en ausencia de la madre). Con fuerza muscular 5/5. Tórax con movimientos de amplexación y amplexión simétricos. Extremidades simétricas, realiza movimientos de flexión y extensión, columna vertebral simétrica, A la palpación se encuentra llenado capilar de 2 segundos, se realiza movimientos en cuello y extremidades de flexión y extensión, aducción y aducción, pronación y supinación en manos, inversión y eversión en manos y pies, de rotación y circunducción en manos y pies y ejercicios en pinza gruesa y fina en manos, no se encontró alteración alguna al realizar estas actividades. A la percusión se realiza valoración de reflejos en codo, rodillas y talones encontrando adecuada respuesta en todas las extremidades. No se ausculta.

Descanso y sueño.

Duerme entre 8 y 9 horas, de 23:00 a 9:00 horas, no toma siestas en el día. La recamara donde vive es de temperatura templada. Duerme con sábanas y un cobertor, cambio en el hospital diario. Y en casa cada tercer día. La cobija favorita del niño es tipo polar con logos de búhos. No le cuesta trabajo despertar, solo se enoja cuando lo despiertan muy temprano. Duerme en posición fetal. No utiliza medicamentos para dormir, no se despierta por las noches, solo se duerme en el día cuando viaja en auto por mucho tiempo.

Día 0 día del trasplante 01/11/2017: Paciente preescolar masculino que a la inspección se encuentra con palidez de tegumentos (++), hidratado consciente y cooperador al manejo. Se encuentra somnoliento por momentos, no presenta ojeras, se encuentra con bostezos ocasionales durante el turno, más por aburrimiento que por sueño. Con respuesta pupilar normorefléjicas e isocóricas, a la exploración cardiopulmonar se encuentra dentro de los parámetros para la edad.

Vestido y desvestido.

Lo viste la madre de acuerdo al clima, no lo abriga mucho, cuando hace frío lo viste con tela suave, chamarra, gorro y guantes, ropa caliente y cuando hace frío ropa ligera de algodón, su pantalón de mezclilla y playera de algodón. Usa por lo general tenis, zapatos de piel con suela flexible y con velcro, y cuando hace calor huaraches. La ropa favorita del niño es un chaleco rojo, y pantalones suaves tipo pijama. Le gusta mucho una camisa de cuadros porque lo pone alegre, ya que dice que se parece a su papá. Últimamente lo visten con pijama completa, calcetines y pantuflas. A los padres le gusta vestirlo estilo rockero, pantalones pegados de mezclilla, color negro con rojo, el accesorio que le gusta usar es un reloj y le gusta usar loción cuando sale a fiestas. Lo general es la madre quien lo viste y los fines de semana lo hace el padre. Compran ropa para la edad. Le gusta las playeras con estampados de caricaturas. La mayoría es ropa de algodón, mezclilla y poliéster. La ropa que usa es regular, no muy costosa. No tienen un lugar preferido para la compra de la ropa del niño. El lavado de la ropa es con jabón de pasta, sin suavizante, con muy poco cloro, lavado a mano, secado al aire libre. No se viste al sexo opuesto. No usa ropa usada. Le gusta usar el color rojo y azul. Cambia la ropa cada que no le queda. El cambio de ropa solo lo realiza cuando se ensucia, por mucho una vez al día. No les cuesta trabajo a los padres comprar la ropa de su hijo. La ropa ajustada que ha usado son pantalones de mezclilla. Usa prenda de fácil cambio, la mayoría tiene botones. No usa refuerzos en la ropa.

Día 0 día del trasplante 01/11/2017: Usa ropa de acuerdo a su edad, por estar en un ambiente hospitalario el tipo de ropa que usa es un pijama. No le gusta vestirse solo, prefiere que lo vistan. No sabe abrochar botones, si sabe usar ropa con cierre y velcro, no sabe amarrar agujetas. Sí tiene poder de decisión al momento de vestirse. Presenta y un catéter Hickman con lumen proximal abierto que impide el fácil vestido.

El paciente trae pijamas limpias de su casa para usarla en la unidad de trasplante, esta ropa debe enviarse a esterilizar antes de ser usada por el paciente. De igual modo el familiar debe traer pijamas o ropa limpia de su casa, para esterilizarla y que pueda usarla exclusivamente para permanecer dentro de la unidad.

Termorregulación.

La madre refiere que el niño no es friolento. Cuando el niño tiene fiebre su mirada se ve cansada y está muy tranquilo. Para controlar la fiebre le administra ibuprofeno 5 ml y si no disminuye lo llevan al hospital. No ha convulsionado por fiebre y no tiene antecedentes familiares de convulsión por fiebre. Solo ha presentado temperatura baja cuando está hospitalizado, en algunas ocasiones ha llegado a 35° C. Tienen termómetro digital en casa y sí saben usarlo los padres. El clima preferido del niño son los climas extremos porque puede usar ropa diferente, sin embargo, le agrada estar en clima templado. El niño prefiere alimentos calientes que fríos.

Día 0 día del trasplante 01/11/2017: Persona que a la inspección se observa consciente y alerta, con palidez de tegumentos (++) generalizada e hidratado. A la inspección no presenta pilo erección en piel, ni escalofríos, con color de piel morena clara, no presenta rubicundez, no presenta cianosis periférica, no presenta diaforesis, con piel hidratada. A la palpación presenta uniformidad y distribución del calor corporal, con presencia de tejido adiposo, la medición de la temperatura corporal arroja resultados dentro de los límites normales. El paciente presenta parámetros de temperatura de 36.2°C y 36.7°C durante la transfusión de células hematopoyéticas, sin embargo, al tomarle la temperatura antes de concluir el turno presenta temperatura corporal de 35.2 °C y piel fría en extremidades.

Higiene.

La madre refiere que el aseo del cuerpo lo realiza en casa por la noche, en el hospital por el día, lo realiza con jabón líquido neutro, con un trapo suave de baño se talla de la cabeza a los pies, son dos uno para el cuerpo y otro para los genitales. El niño coopera para su aseo. Usa crema neutra, "Eucerin" para piel muy sensible. Para el baño, llenan una cubeta con agua caliente, para no estar con la regadera todo el tiempo, porque le da frío, y con una bandejita se le pone poca agua, se enjabona todo el cuerpo y se realiza el baño completo de los pies a la cabeza. Para el aseo de orificios: el niño limpia la nariz con papel después del baño, el aseo en los oídos se realiza con la esponja de baño, se limpia alrededor y adentro con un hisopo muy poco, casi en las orillas no hasta adentro, para el aseo del ombligo lo realiza con el trapito con jabón, lo enjuaga y seca con la toalla y de sus genitales con el mismo jabón, con el trapito para limpiarlos el área de los genitales, limpia la parte de su ano y la entrepierna, con la mano la parte del pene, con la espuma de jabón se levanta la parte del prepucio del pene y se le limpia. Para el aseo bucal lo realiza con agua bicarbonatada y agua de garrafón, después de bañarlo, se hace a mezcla y con su cepillo de cerdas suaves sin pasta, se talla los dientes muy suavemente, los dientes de arriba hacia abajo, los de abajo hacia arriba, muelas en círculo y hacia afuera la lengua y se enjuaga con agua con bicarbonato. El uso de hilo dental lo usa cada cuatro días. Durante el aseo del niño los cuidados que tienen con el catéter Hickman es que lo cubren con una bolsa de los guantes estériles, abren la bolsa la cubren la entrada y los guantes para cubrir las líneas con cinta Micropore. El corte de las uñas lo realizan cada semana y media aproximadamente. El niño se lava las manos antes de comer, después de comer, después de ir al baño, y cada que toma algún objeto, bajo la supervisión de su mamá. Para el niño la idea de bañarse no le agrada, pero una vez adentro si le gusta estar adentro del baño, para bañarlo utilizan algún juguete en forma de botella, se baña con ayuda de los padres. Se limpia la

cara por la mañana con una toallita de limpieza. Por lo general no suda. No usa loción o talco.

Día 0 día del trasplante 01/11/2017: Persona preescolar masculino con edad aparente menor a la cronológica, que a la inspección se observa consciente y alerta, con palidez de tegumentos (++) generalizada e hidratado. Cuero cabelludo limpio, con implantación del cabello uniforme, luciendo limpio. Boca y nariz íntegros y limpios. Orejas limpias. Uñas de las manos y pies cortas y limpias. Durante el turno, al realizar los colutorios bucales con clorhexidina el niño se niega y verbaliza no querer de realizarse el aseo por colutorios.

El día +9 posterior al trasplante 10/11/2017, el niño inicia con odinofagia, dolor de lengua y poca tolerancia a la vía oral. Se inspecciona faringe hiperémica (+++), con eritema en lengua y carrillo, sin úlceras, con placas blanquecinas en la porción posterior de ambos carrillos, a la palpación de la lengua presenta dolor. Con diagnóstico médico: mucositis grado 1, por lo que el aseo de la cavidad oral se realiza con enjuagues con Clorhexidina LACER y con agua bicarbonatada.

Seguridad y protección.

Viven en casa propia, tipo de construcción tabique y concreto. Cuentan con todos los servicios intradomiciliarios: agua, luz y drenaje. Disposición de excretas por drenaje en sanitario propio. Llegan a dormir máximo tres personas por habitación. Familia integrada por tres personas, que llegan a cohabitar con cuatro familiares, ya que a lado de su vivienda se encuentran estas personas. Como factores de riesgo ambientales su casa se encuentra a unas cuerdas de torres de luz de alta tensión, igualmente que, de un canal de aguas negras, y en la misma colonia hay una fábrica productora de jabón. Religión católica. Seno materno exclusivo hasta los 6 meses. Cartilla de vacunación incompleta para la edad. La madre refiere que solo ha consultado a otras personas sobre la salud de su hijo en un hospital público en Puebla. La

programación de visitas en el hospital está coordinada con el padre, durante el día se encuentra la madre con el niño y durante la tarde noche el padre. La madre refiere que el miedo que tiene sobre la enfermedad de su hijo es que no logre curarse, miedo a la muerte, miedo a las infecciones y al que el niño presente dolor. La madre refiere que, ante los cambios de salud de su hijo, el niño por el momento se siente tranquilo, porque sabe que va a estar junto a su padre, y él le va a dar sangre, siente tristeza porque extraña a su padre cuando no está con él más tiempo.

Día 0 día del trasplante 01/11/2017: Esta necesidad se encuentra en dependencia ya que el paciente preescolar masculino tiene pérdida de las barreras de protección a todos los niveles. De la primera barrera de protección de la piel por presencia de un catéter venoso central Hickman, a nivel de subclavia derecha, sin datos de infección. También cuenta con un catéter Puerto cerrado a nivel de clavícula izquierda. Alteración de los parámetros a nivel inmunológico y la persona se encuentra en la Unidad de Trasplante de Medula Ósea en condiciones ambientales de aislamiento estricto protector.

Exámenes de laboratorio: biometría hemática serie roja con eritrocitos $3.34 \cdot 10^6$ / μ L, hemoglobina 9.7 g/dl, hematocrito 28.9 %, serie blanca con Leucocitos $2.50 \cdot 10^3$ / μ L, neutrófilos $1.57 \cdot 10^3$ / μ L, linfocitos $7.2 \cdot 10^3$ / μ L, monocitos $1.0 \cdot 10^3$ / μ L. Tiempos de coagulación: dentro del parámetro normal.

Paciente con cartilla de vacunación incompleta, la madre refiere no traer la cartilla y no recuerda con que vacunas cuenta el niño.

Valoración de riesgo de caídas: 4 puntos riesgo alto, código de color rosa.

Valoración de riesgo úlceras por presión: 22 puntos riesgo bajo.

Con régimen de acondicionamiento: Quimioterapia con Busulfán 19 mg (3.1 ml) diluido en 25 ml de solución fisiológica al 0.9 %, ciclofosfamida 790 mg en 200 ml de fisiológica al 0.9 % + Mesna 300 mg.

Tratamiento con Aciclovir (750 mg/m²/día) 160mg IV C/8 horas inicia día -7

Fluconazol (6 mg/kg/día) 90 mg IV c/24 horas inicia día -7

Cefepime (50 mg/kg/dosis) 740 mg IV c/12 horas.

Omeprazol (1 mg/kg/día) 8 mg IV c/12 horas día -7 a partir del 24/10/2017.

Ondasetrón (0.15 mg/kg/dosis) 2.5 mg IV c/8 horas después de terminada la ciclofosfamida, después solo PRN

Ciclosporina (6 mg/kg/día) 50 mg VO C/12 horas.

Metotrexato (15 mg/m²/día) después 10 mg/kg/día. 10mg IV día +1 (02/11/2017), luego 7 mg IV los días +3, +5 y +11.

Datos del producto a trasfudir:

Producto: células Tallo Haploidéntico de sangre periférica 320 ml. No. de bolsas 1. Extracción 31/10/2017, caducidad 30/11/2017. Donador: C. T. E., 27 años, masculino, peso 60 kg. Fecha de nacimiento 21/10/1990. Tipo de sangre "O" positivo. Originario del Estado de México. Tipo de catéter Mahurkar.

Premedicación al paciente con Clorfenamina 1.5 mg IV, Hidrocortisona 50 mg IV, paracetamol 160 mg IV.

Persona preescolar masculino con edad aparente menor a la cronológica, que a la inspección se observa consciente y alerta, con palidez de tegumentos (++) generalizada e hidratado. A la inspección se observa con catéter puerto cerrado y catéter venoso central Hickman, a nivel de subclavia derecha, sin datos de infección. Se realiza el trasplante de células hematopoyéticas por catéter Hickman lumen proximal a las 08:30 horas. Se toman los signos vitales cada 5 minutos durante la trasfusión, la cual pasa en 1 hora 5 minutos. Hora de término de la trasfusión: 09:35 horas.

Se reportaron los siguientes signos vitales durante la trasfusión de células hematopoyéticas al paciente:

Hora	Estado conciencia	Estado de la piel	Llenado capilar	Temperatura °C	Frecuencia respiratoria	Frecuencia cardiaca	T/A	Saturación de oxígeno
08:45 Inicio	Alerta	Pálida	2 segundos	36.2	22	97	100/66(82)	100 %
09:00	Alerta	Pálida	2 segundos	36.7	24	103	96/59 (72)	100 %
09:10	Uresis de 110 ml							
09:15	Alerta	Pálida	2 segundos	36.7	24	105	96/64 (86)	98 %
09:35 Termino	Alerta	Pálida	2 segundos	36.7	34	114	106/69 (84)	97 %

Volumen total trasfundido 320 ml. Reacción ninguna. Complicación ninguna. Apoyo ventilatorio no, ventilación por aire ambiental.

Posterior al trasplante de células hematopoyéticas, durante las siguientes cuatro horas la persona se encuentra consciente y alerta, con palidez de tegumentos (++) generalizada e hidratado. A la inspección se observa con catéter puerto cerrado y catéter venoso central Hickman, a nivel de subclavia derecha, sin datos de infección. Paciente que se encuentra con llenado capilar de 2 segundos, temperatura de 35.2 °C, Frecuencia Respiratoria de 24 rpm, Frecuencia Cardiaca 78 lpm, T/A 91/64 Saturación de oxígeno al 100%.

Recibe dieta normal para neutropénico.

Paciente que durante el turno recibe cuidados generales de enfermería: baño con toallas con clorhexidina. Colutorios con clorhexidina y agua con bicarbonato. Cuidados de la lubricación de la piel con crema pH 5 Eucerin. Limpieza nasal con agua salina. Lubricación ocular con Acuafil oftálmico 2 gotas en cada ojo. Lubricación labial con crema para labios Labello.

El día +9 posterior al trasplante 10/11/2017, el niño inicia con odinofagia, dolor de lengua y poca tolerancia a la vía oral. Se inspecciona faringe hiperémica (+++), con eritema en lengua y carrillo, sin úlceras, con placas blanquecinas en la porción posterior de ambos carrillos, a la palpación de la lengua presenta dolor, diagnóstico médico: mucositis grado 1.

El día +12 posterior al trasplante 13/11/2017, inicia morfina 12 mg aforado a 12 ml con solución fisiológica al 0.9% para pasar a 0.5 ml/ hora IV. Valoración de dolor con escala de FLACC=2, con dolor leve.

El día +13 posterior al trasplante 14/11/2017, el diagnóstico médico es mucositis grado 2.

El día +17 posterior al trasplante 18/11/2017, se disminuye la morfina a 0.3 ml y se suspende al término, remitiéndose el dolor de lengua y mejora la tolerancia a la vía oral.

Comunicación.

La madre refiere que no recibió estimulación temprana. No fue prematuro. Cuando el niño inicio con su enfermedad se le inflamaban los pies y se cansaba para jugar, actualmente no presenta cansancio al jugar, y al realizar actividad física no presenta problemas de coordinación. No confunde palabras al hablar, y habla bien para su la edad. Su primera palabra fue papá. No tartamudea, solo repite palabras cuando no las sabe. No imita sonidos, no dice groserías. No le resulta difícil comprender lo que se le dice. No presenta visión borrosa, solo que en ocasiones tiene lagrimeo. En ocasiones cuando se le aplica las quimioterapias, el niño refiere que le molesta la luz del sol y le duele

la cabeza. No presenta dolor. No usa anteojos. No ha tenido secreción en los oídos que le impida escuchar, más que cerumen. En ocasiones se siente mareado con las quimioterapias. No presenta dificultad para hablar. No ha disminuido su agudeza auditiva, no usa audífonos. Sin alteración del olfato. No presenta rinitis alérgica. No presenta alteración para el gusto. No ha presentado alguna enfermedad neurológica.

Día 0 día del trasplante 01/11/2017: Persona preescolar masculino con edad aparente menor a la cronológica, que a la inspección se observa consciente y alerta, con palidez de tegumentos (++) generalizada e hidratado. A la inspección instrumentada se observan ojos simétricos con apertura palpebral normal, pupilas isocóricas y normorefléxicas, con adecuada coloración y movilidad ocular con carta de Snellen con figuras el niño identifica hasta la línea 8, con visión de 20/20. Con orejas simétricas, oídos permeables y limpios, no presenta otorrea, vértigo u otalgia. Sin datos de audición disminuida. Nariz con cartílago flexible a los movimientos, a la exploración instrumentada se encuentra narinas permeables, hidratadas e íntegras. Cavidad oral que a la observación se encuentra con mucosa oral hidratada, de coloración rosada, labios delgados y comisuras íntegras, a la inspección y palpación se encuentra cavidad oral íntegra, encías rosadas no inflamadas, con piezas dentales completas y sin caries, movimientos de la lengua presentes, carrillos íntegros, úvula central, con paladar blando y duro íntegros, con reflejo nauseoso presente, faringe y amígdalas hidratadas de coloración rosada, no presenta cambios en el gusto, se le dio a probar fruta, pasta, verduras y carne y las identificó acertadamente. Durante la hospitalización presento mucositis. No presenta paresia o parestesia. Datos de la piel y del tacto sin alteraciones, se le dio a tocar una tela suave, un papel y una tela gruesa, se pasó un cepillo sobre su mano, un piquete con la punta de una pluma y reacciono a la sensibilidad en la piel. No presenta secuelas neurológicas ni enfermedades crónicas que interfieran con la comunicación. Durante la exploración el niño

pronuncio correctamente las palabras en la conversación y su habla fue fluido. Durante la hospitalización presento mucositis. No presenta paresia o parestesia.

Creencias y valores.

El padre refiere que son de religión católica. No practicantes en la iglesia, solo acuden a fiestas importantes. Practican la oración. Involucran al niño en sus creencias. Si se sienten bien con su religión. Se acercan a su religión cuando el niño se enferma. En ocasiones hace uso de sus representaciones religiosas como uso de imágenes cuando el niño está hospitalizado. La madre es quien más le enseña al niño. Valores le enseñan al niño que se sea respetuoso, pedir las cosa por favor y gracias, honestidad, que no diga mentiras.

Día 0 día del trasplante 01/11/2017: A la inspección se observa que el niño sabe persignarse haciendo la señal de la cruz que su madre le he enseñado. Al ser un ambiente aislado no se observan imágenes religiosas. Los padres refieren sentirse bien con sus creencias religiosas católicas, aunque no lo practiquen constantemente, además de enseñarle al niño los valores de respeto, honestidad y amor. El niño manifiesta que le da miedo usar la mascarilla facial de oxígeno porque dice que se va a morir, que se siente mal cada que la usa, se niega a usarla, llora y evade la colocación de la mascarilla cada que debe usarla, la madre refiere que el niño presento una experiencia en el Instituto Nacional de Pediatría, en un procedimiento de aspirado de medula ósea le colocaron anestesia por medio de una mascarilla, y tuvieron que forzar al niño a usar la mascarilla, cuando despertó el niño tuvo mucho miedo porque no vio a su mama en el lugar, es por ello que la madre refiere que al niño le da miedo usar la mascarilla con bolsa reservorio para recibir oxígeno.

Realización.

Padres en unión libre. Madre de escolaridad preparatoria incompleta, dedicada al hogar, toxicomanías negadas. Padre de escolaridad licenciatura incompleta, empleado, con tabaquismo y alcoholismo social. Expresan el amor hacia su hijo diciéndole que lo aman, lo abrazan, los padres le han enseñado diferenciar entre lo bueno y lo malo, por ejemplo, cuando dice groserías o hace algún mal gesto. Expectativas hacía con el niño el padre lo ve como alguien importante, que es un niño muy inteligente para su edad. que el niño elija su propia carrera cuando sea mayor de edad.

Día 0 día del trasplante 01/11/2017: Apgar familiar= 19 puntos, con función familiar normal.

La valoración se realiza con ayuda ambos padres, el niño refiere lo siguiente: El niño refiere que su mamá lo quiere mucho, que lo consiente cuando está enfermo, que el niño se da cuenta que la mamá lo quiere porque el obedece lo que ella le pide, y lo mismo para con el papá. Al niño lo que no le gusta que sus padres es que lo regañen, dice que lo regañan porque se porta mal por hacer algo que le dicen que no haga. Se siente feliz con toda su familia. Los padres refieren tener una relación afectiva con toda su familia y que también se sienten apoyados con respecto a la enfermedad de su hijo. La madre manifiesta sentirse satisfecha con el apoyo que ha recibido por parte del personal de enfermería al resolver sus dudas con respecto al cuidado de su hijo, y para que este pueda apegarse mejor al tratamiento.

Recreación.

El padre refiere que al niño le gusta jugar con carritos, con la consola de videojuegos, con juegos de lotería y juegos eléctricos. Le gusta jugar más con su papá con carritos y juegos con pistolas. El niño es sociable para jugar con otros niños, no le cuesta trabajo al niño compartir sus juguetes. El niño cuenta con tres camioncitos artesanales de madera. Cuando está en el hospital le

gusta jugar con carritos de plástico y lotería que esta plastificado. El juguete preferido del niño es un carrito de plástico color rojo. Cuando esta con su familia al niño le gusta jugar con juegos de mesa tipo monopoli y lotería, cuando esta solo con su mamá le gusta jugar con el celular o ver videos, cuando esta con su papá le gusta jugar con la consola de videojuegos o con carritos. Los padres eligen juguetes de acuerdo a la edad rara vez, por lo general eligen juguetes que sean hasta los ocho años que le gusten al niño, como videojuegos portátiles. El niño juega solo sin inconveniente, cuando lo hace juega con carritos. Al niño no le cuesta interactuar con adultos al momento del juego. Sus juguetes son acordes al sexo.

Día 0 día del trasplante 01/11/2017: Paciente que de acuerdo a la prueba selectiva de desarrollo de Denver se encuentra con lo siguiente: no camina en un solo pie, necesita asistencia para el vestido, por lo tanto, se encuentra con retraso en el desarrollo motora y personal-social.

A la inspección: persona preescolar masculino con edad aparente menor a la cronológica, que a la inspección se observa consciente y alerta, con palidez de tegumentos (++) generalizada e hidratado. Durante la valoración se realiza un juego, que fue el de lotería mexicana, en cual se observó que el niño es cooperador al juego y se divierte, interactúa con las imágenes del juego, de tal manera que trata de identificar los objetos que se relacionan con las cartas, también muestra interés por saber la pronunciación del nombre del objeto. Se observa coordinación mano ojo para identificar las imágenes u colocar las fichas sobre la lotería. El niño refiere que tiene pocos juegos y juguetes. Es un paciente que se encuentra bajo condiciones de aislamiento estricto protector, y por lo tanto solo puede interactuar con juguetes que sean lavables porque tienen que pasar por un proceso de desinfección antes y después de ser utilizados por el niño. A pesar que la unidad cuenta con personal que imparte educación y entretenimiento exclusivamente para los niños que se encuentran

dentro de la unidad, las actividades lúdicas llegan a ser escasas para los días que se tienen que encontrar durante su hospitalización.

Aprendizaje.

La madre refiere ser el cuidador primario para el aprendizaje de su hijo. Madre de escolaridad preparatoria incompleta. Padre de escolaridad licenciatura incompleta. La madre refiere que no recibió estimulación temprana. No fue prematuro. No confunde palabras al hablar, y habla bien para su la edad. Su primera palabra fue papá. No tartamudea, solo repite palabras cuando no las sabe. No imita sonidos, no dice groserías. No le resulta difícil comprender lo que se le dice. No usa anteojos. No usa audífonos. No presenta rinitis alérgica. No presenta alteración para el gusto. Durante la hospitalización presento mucositis. Responde a los cambios de frío y calor. No presenta paresia o parestesia. No ha presentado alguna enfermedad neurológica.

Día 0 día del trasplante 01/11/2017: A la inspección instrumentada se observan ojos simétricos con apertura palpebral normal, pupilas isocóricas y normorefléxicas con adecuada coloración y movilidad ocular con carta de Snellen con figuras el niño identifica hasta la línea 8, con visión de 20/20. Con orejas simétricas, oídos permeables y limpios, no presenta otorrea, vértigo u otalgia. Sin datos de audición disminuida. Nariz con cartílago flexible a los movimientos, a la exploración instrumentada se encuentra narinas permeables, hidratadas e integra. Cavidad oral que a la observación se encuentra sin dificultad para pronunciar palabras, con reflejo nauseoso presente, faringe y amígdalas hidratadas de coloración rosada, no presenta cambios en el gusto, se le dio a probar fruta, pasta, verduras y carne y las identificó acertadamente. Datos de la piel y del tacto sin alteraciones, se le dio a tocar una tela suave, un papel y una tela gruesa, se pasó un cepillo sobre su mano, un piquete con la punta de una pluma y reacciono a la sensibilidad en la piel. No presenta secuelas neurológicas ni enfermedades crónicas que

interfieran con la comunicación. Durante la exploración el niño pronuncio correctamente las palabras en la conversación y su habla fue fluido.

Durante la valoración se realiza un juego, que fue el de lotería mexicana, en cual se observó que el niño interactúa con las imágenes del juego, de tal manera que trata de identificar los objetos que se relacionan con las cartas, también muestra interés por saber la pronunciación del nombre del objeto. Se observa coordinación mano ojo para identificar las imágenes u colocar las fichas sobre la lotería.

Análisis de necesidades en dependencia:

- Seguridad y protección.
- Termorregulación.
- Nutrición.
- Oxigenación.
- Movimiento y postura.
- Higiene.
- Vestido y desvestido.
- Creencias y valores.
- Recreación.

Análisis de necesidades en riesgo:

- Eliminación

Análisis de necesidades en Independencia:

- Descanso y sueño.
- Comunicación
- Realización
- Aprendizaje

7.2 PROCESO DIAGNÓSTICO.

Con los datos obtenidos en la historia clínica y las catorce valoraciones realizadas, se hizo un total de 11 diagnósticos reales, 2 de riesgo y 4 diagnósticos de salud. Se realizó un total de 5 seguimientos en hospitalización, 1 seguimiento en consulta externa y 1 visita domiciliaria.

Fue posible identificar las necesidades alteradas, así como las fuentes de dificultad que presentó el niño, permitiendo realizar los diagnósticos reales, de riesgo y de bienestar, utilizando el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) Realizando la relación entre el modelo teórico de Virginia Henderson y la aplicación del proceso de atención enfermería.

A continuación, se exponen los diagnósticos considerando su prioridad.

DIAGNÓSTICOS REALES.

Diagnóstico de enfermería: Dependencia en la necesidad de seguridad y protección R/C falta de fuerza por alteración de la primera y segunda barrera de protección M/P palidez (++) de tegumentos generalizada, presencia de catéter venoso central Hickman a nivel de subclavia derecha y un catéter Puerto cerrado a nivel de clavícula izquierda. Leucocitos $2.50 \cdot 10^3 /\mu\text{L}$, neutrófilos $1.57 \cdot 10^3 /\mu\text{L}$, linfocitos $10^3 /\mu\text{L}$, monocitos $1.0 \cdot 10^3 /\mu\text{L}$.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Seguridad y protección.	01/11/2017	Falta de Fuerza.	Nivel 6 algunas semanas.	Alta

Dolor R/C poca tolerancia a la vía oral M/P faringe hiperémica (+++), con eritema en lengua y carrillo, sin úlceras, con placas blanquecinas en la porción posterior de ambos carrillos, a la palpación de la lengua presenta dolor, valoración de dolor con escala de FLACC=2.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Seguridad y protección	14/11/2017	Falta de Fuerza	Nivel 5 algunas semanas	Alta

Deterioro de la mucosa oral R/C inmunosupresión por quimioterapia M/P faringe hiperémica (+++), con eritema en lengua y carrillo, sin úlceras, con placas blanquecinas en la porción posterior de ambos carrillos, a la palpación de la lengua presenta dolor y poca tolerancia a la vía oral.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Nutrición	10/11/2017, día +9 del trasplante de células hematopoyéticas	Falta de fuerza	Nivel 4 algunas semanas	Alta

Dependencia en la termorregulación R/C disminución de la temperatura corporal por reacción a la transfusión M/P temperatura corporal de 35.2 °C y piel fría en extremidades.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Termorregulación.	01/11/2017	Falta de fuerza.	Nivel 5 algunos días.	Alta.

Dependencia en la necesidad de nutrición R/C ingesta menor a sus requerimientos M/P IMC=16.15, Peso: 15.2 kg, debajo del percentil 3 Talla: 97 cm percentil 10 Perímetro cefálico: 51 cm, perímetro abdominal: 53 cm, perímetro braquial 16 cm, perímetro torácico 57 cm, eritrocitos 3.34 10 ⁶ /μL hemoglobina 9.7 g/dl, hematocrito 28.9 %, odinofagia y mucositis en cavidad oral.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Nutrición	08/11/2017	Falta de fuerza.	Nivel 5 algunas semanas	Alta

Dependencia de la oxigenación R/C efectos tardíos de células hematopoyéticas M/P taquicardia con tendencia menor a 120 lpm, el cual presenta mejoría intermitente. Signos vitales T/A 100/61 mmHg, FC 111 lpm FR 21 rpm, SatO2 95%, temperatura 36.2°C.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Oxigenación	13/11/2017	Falta de fuerza	Nivel 4 algunos días.	Alta

Deterioro en la deambulacion R/C limitación del movimiento terapéutico M/P el paciente necesita ayuda para trasladarse con tripié de un lugar a otro.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Movimiento y postura	01/11/2017	Falta de fuerza	Nivel 4 algunas semanas	intermedia

Deterioro del aseo bucal R/C falta de voluntad para realizar el aseo indicado M/P negación y verbalización de realizar el aseo por colutorios.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Higiene	10/11/2017	Falta de voluntad	Nivel 3 algunas semanas	alta

Dependencia en el vestido y desvestido R/C falta de pijama acorde a su edad M/P porta pijama de su domicilio.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
vestido y desvestido	01/11/2017	Falta de conocimiento	Nivel 3 algunas semanas	alta

Alteración en la necesidad de creencias R/C falta de voluntad y conocimiento con el uso de mascarilla facial M/P el niño refiere que va a morir si usa la mascarilla facial de oxígeno, que se siente mal cada que la usa, se niega a usarla, llora y evade la colocación de esta.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Creencias y valores	13/11/2017	Falta de conocimiento y voluntad	Nivel 3 algunos días	alta

Dependencia en la recreación r/c falta de actividades lúdicas m/p referir que tiene pocos juegos y juguetes				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Recreación	01/11/2017	Falta de conocimiento	Grado 3 algunas semanas	intermedia

DIAGNÓSTICOS DE RIESGO.

Riesgo de infección cutánea R/C perdida de la continuidad de la piel por presencia de catéter venoso central Hickman a nivel de subclavia derecha y catéter Puerto cerrado a nivel de clavícula izquierda.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Seguridad y protección	01/11/2017	Falta de Fuerza	Nivel 2 algunas semanas	Alta

Riesgo de alteración en la eliminación R/C limitación del movimiento por deambulación en la unidad.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Eliminación	01/11/2017	Falta de fuerza	Nivel 2 algunas semanas	intermedia.

DIAGNÓSTICOS DE SALUD.

Independencia en la necesidad de descanso y sueño M/P un patrón de sueño eficaz.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Descanso y sueño	01/11/2017	Sin fuente de la dificultad	Nivel 1 con independencia	baja

Conductas generadoras de salud para mejorar a comunicación del niño por el cuidador primario M/P una comunicación eficaz.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Comunicación	01/11/2017	Sin fuente de la dificultad	Nivel 1 con independencia	Baja.

Desempeño eficaz del rol del cuidador M/P la madre manifiesta sentirse satisfecha con el apoyo que ha recibido por parte del personal de enfermería al resolver sus dudas con respecto al cuidado de su hijo y este pueda apegarse mejor al tratamiento.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Realización	01/11/2017	Sin fuente de la dificultad	Grado 1 con independencia	baja
Conductas generadoras de salud para mejorar el aprendizaje del niño por el cuidador primario M/P interés en el aprendizaje por medio del juego.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Aprendizaje	01/11/2017	Sin fuente de la dificultad	Grado 1 con independencia	baja

7.3 PLANEACIÓN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS.

Se realizó la jerarquización de las necesidades alteradas, a la identificación de problemas se le asignó un grado de dependencia o independencia, así como su prioridad.

Prioridad alta considerando las dimensiones fisiológicas y psicológicas.

Prioridad intermedia para las necesidades que no amenazan la vida.

Prioridad baja para las necesidades que pueden afectar su futuro bienestar.

Los diagnósticos se clasificaron de acuerdo a la necesidad prioritaria afectada, por diagnóstico real, de riesgo y de bienestar.

Se realizaron objetivos con sus partes: sujeto, verbo, condición, criterio y tiempo.

Las intervenciones de enfermería se derivan de la etiología clasificada en independiente, interdependiente y dependiente, para finalizar con el plan de enfermería.

El plan de cuidados de enfermería se estructura con los siguientes elementos: ficha de identificación, necesidad alterada, diagnóstico de enfermería, tipo de prioridad, nivel y grado de dependencia, objetivo, intervenciones de enfermería y su fundamentación científica.

A continuación, se presenta el plan de intervención del diagnóstico principal.

PLAN DE INTERVENCIONES.

Nombre: C. S. A. S. Servicio: UTMO Edad: 5 años 1 mes Sexo: Masculino Dx. Médico: Leucemia Linfoblástica Aguda Registro: 8571**
Necesidad: Seguridad y protección. Nivel y grado de dependencia: nivel 6 algunas semanas. Tipo de prioridad: Alta Fuente de dificultad: Falta de fuerza
Diagnóstico de enfermería: Dependencia en la necesidad de seguridad y protección R/C falta de fuerza por alteración de la primera y segunda barrera de protección M/P palidez (++) de tegumentos generalizada, presencia de catéter venoso central Hickman a nivel de subclavia derecha y un catéter Puerto cerrado a nivel de clavícula izquierda. Leucocitos $2.50 \cdot 10^3 /\mu\text{L}$, neutrófilos $1.57 \cdot 10^3 /\mu\text{L}$, linfocitos $10^3 /\mu\text{L}$, monocitos $1.0 \cdot 10^3 /\mu\text{L}$.

<p>Objetivo: El paciente preescolar disminuirá su dependencia en su seguridad y protección mediante los cuidados especializados durante el trasplante de células hematopoyéticas en coordinación con el equipo multidisciplinario durante las siguientes 6 horas.</p>	
Intervención	Fundamento
<p>I. Realizar valoración del paciente antes del trasplante de células hematopoyéticas.</p> <p>Acciones independientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, T/A, saturación de oxígeno, estado de alerta, palidez de tegumentos y llenado capilar. 	<p>Ante síntomas o signos de una reacción transfusional, el médico tratante o el personal de salud deberá interrumpir inmediatamente la transfusión en lo que se esclarece su causa y se investiga un posible error en la identificación del receptor y de la unidad.³⁹</p> 
<p>II. Verificar material y equipo completo de seguridad antes del trasplante.</p> <p>Acciones interdependientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de paciente con aislamiento estricto protector: aplicación de medidas de precaución estándar y medidas de aislamiento protector para paciente inmunodeprimido. 	<p>Los pacientes inmunodeprimidos varían su susceptibilidad a infecciones nosocomiales dependiendo de la gravedad y duración de la inmunodepresión. Estos pacientes tienen aumentado el riesgo para infecciones bacterianas, fúngicas, parasitarias y virales, procedentes de fuentes endógenas o exógenas.</p> <p>En Hematología y otras Unidades de trasplante de órganos, la neutropenia</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos estándar y vestimenta de uniforme quirúrgico estéril al ingresar al servicio. • Lavado de manos quirúrgico antes de ingresar a la unidad del paciente. • Evitar el contacto mano-objeto al momento de ingresar a la unidad del paciente. • Mantener las puertas cerradas por ser una unidad del paciente con presión positiva. • Tener preparado el carro rojo de paro ante cualquier eventualidad. • Material y equipo para administrar oxígeno. • Material para la infusión de la transfusión. • Material para curación de catéter central Hickman. • Equipo para monitorización de signos vitales. 	<p>es el factor de riesgo más importante, aumentando el riesgo, si el número de neutrófilos es $< 500/\text{mm}^3$ durante un periodo \geq a 2 semanas, o en caso de neutropenia $<100/\text{mm}^3$ cualquiera que sea su duración.</p> <p>El aislamiento protector consiste en proporcionar un medio ambiente seguro para aquellos pacientes susceptibles de padecer una infección debido a su inmunodepresión. Se aplicarán las precauciones estándar y el Protocolo de aislamiento protector, ello reducirá la adquisición de microorganismos desde otros pacientes, trabajadores, familiares o desde el medio ambiente.⁴⁰</p> 
<p>III. Colaborar datos del producto a transfundir con la hoja de transfusión de trasplante de</p>	<p>Los tubos que contienen las muestras de sangre, plasma o suero de donantes y de pacientes, para</p>

<p>células progenitoras hematopoyéticas.</p> <p>Acciones interdependientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar datos del receptor: nombre, edad, sexo, cama, peso, superficie corporal, alergias, diagnóstico médico, fecha, tipo de sangre, lugar de origen, tipo de catéter. • Colaborar datos del donador: nombre, edad, sexo, peso, fecha de nacimiento, tipo de sangre, lugar de origen, tipo de catéter. • Colaborar datos del producto a trasfudir: obtención de la muestra (sangre periférica de tipo Haploidéntico), cantidad de leucocitos, cantidad de células mononucleares, células CD34+, células CD3+, manipulación, crioperservación con, tiempo de congelación, numero de UFC. • Colaborar premedicación 30 minutos antes de la infusión: medicamento, dosis y vía. 	<p>efectos de realización de las pruebas de detección de enfermedades transmisibles por transfusión, hemoclasificación, hemocompatibilidad u otras, deberán estar debidamente rotulados para su correcta identificación y su etiqueta contendrá anotada, como mínimo, la información siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Nombre del donante o del paciente; b) Fecha en que la muestra fue tomada; c) En caso de donantes, el número exclusivo asignado a la unidad de sangre o componentes sanguíneos colectados, y d) Tratándose de pacientes o receptores, en su caso, número de expediente o registro, el número de cama o habitación y el nombre del servicio clínico.³⁹ <div data-bbox="1015 1434 1221 1640" data-label="Image"> </div>
--	---

<p>IV. Preparación del paciente para el trasplante: preparar material para infusión y permeabilizar catéter central Hickman.</p> <p>Acciones independientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con técnica estéril, se realiza antisepsia de la bolsa de producto con las células progenitoras hematopoyéticas con alcohol al 70%, y colocarlo en campos estériles. • Purgado del equipo de infusión sin filtro con el producto de células progenitoras hematopoyéticas. • Preparación de material para infusión: campos estériles, guantes estériles, macrogoteros sin filtro, solución salina de 250 ml, llaves de tres vías y bolsas rojas y negras para desecho. • Preparación de material para permeabilizar el lumen proximal del catéter central Hickman: jeringa de 10 ml y 	<p>Los gérmenes pueden llegar al catéter a través de diferentes vías: fluidos intravenosos, desde otro foco infeccioso por vía hematógena, desde la piel que rodea la entrada del catéter, y desde la conexión.</p> <p>Para comprobar la permeabilidad del catéter la enfermera debe aspirar el catéter central buscando presencia de retorno sanguíneo sin resistencia. Si se encuentra resistencia o ausencia de retorno venoso, la enfermera deberá tomar medidas adicionales, con el fin de evaluar el dispositivo y realizar o buscar las intervenciones que sea más apropiada para establecer la permeabilidad antes de la administración de fármacos o soluciones.⁴¹</p>
--	--

<p>solución salina, previa antisepsia con alcohol al 70%. Este lumen se considera estéril.</p>	
<p>V. Realizar la conexión del equipo de transfusión con técnica estéril.</p> <p>Acciones independientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez permeabilizado el catéter central Hickman realizar la conexión del equipo de infusión con técnica estéril. 	
<p>VI. Durante la transfusión: vigilar los signos vitales.</p> <p>Acciones interdependientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, T/A, saturación de oxígeno, estado de alerta, palidez de tegumentos y llenado capilar, cada 5 minutos. 	<p>Ante síntomas o signos de una reacción transfusional, el médico tratante o el personal de salud deberá interrumpir inmediatamente la transfusión en lo que se esclarece su causa y se investiga un posible error en la identificación del receptor y de la unidad.³⁹</p> <p>Reacción Hemolítica Aguda: Casi siempre es por incompatibilidad ABO o Rh. Revisar siempre el expediente, para ver si no hubo un error con los hemoderivados. Revisar todas las unidades de hemocomponentes, para tratar de identificar la causa.</p>
<p>VII. Durante la transfusión: vigilar reacciones adversas durante los cuarenta minutos que duró la transfusión.</p> <p>Acciones interdependientes:</p>	<p>Síntomas y Signos:</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar manifestaciones clínicas de reacción transfuncional como fiebre, disnea, exantema cutáneo, escalofríos, calambres, arritmias, etc. • Vigilar estado neurológico. • Vigilar presencia de manifestaciones clínicas de estado de choque. 	<p>Dolor torácico Dolor lumbar Fiebre Escalofríos Hipotensión Dolor abdominal Disnea Anemia Hemoglobinuria Hemoglobinemia Shock Oliguria o anuria Sangrado generalizado Coagulación intravascular diseminada (CID) Urticaria Diarrea.⁴²</p> <p>Etiología: Anticuerpos preexistentes en el receptor contra antígenos eritrocitarios del donante. Generalmente incompatibilidad del sistema ABO. Formación de complejos inmunitarios, hemólisis intravascular, activación del complemento, CID, lesión renal (isquemia, necrosis tubular aguda, IRA) y muerte.</p>
---	--

Edema pulmonar no cardiogénico originado por la presencia de anticuerpos del donante en el producto transfundido que reconocen los leucocitos del receptor en un paciente predispuesto. También estarían involucrados los lípidos activos generados durante el almacenamiento de los componentes celulares.

Las reacciones cutáneas ocupan el segundo lugar en frecuencia después de las reacciones febriles no hemolíticas. Es una forma de hipersensibilidad cutánea desencadenada por la exposición a proteínas del plasma del donador a las que el receptor se ha sensibilizado previamente.

Los escalofríos, calambres y arritmias son inducidas por el citrato de la solución anticoagulante cuando se transfunden en un lapso breve grandes volúmenes. Si hay insuficiencia hepática, este fenómeno se exagera, ya que se dificulta el metabolismo del citrato. Pueden

	<p>aparecer durante procedimientos de aféresis prolongadas (terapéuticas).</p> <p>La hipotermia ocurre cuando se infunden grandes volúmenes de componentes durante un breve lapso a la temperatura que tienen en el Banco de Sangre. La hipotermia altera el metabolismo hepático del citrato del anticoagulante incrementando el riesgo de hipocalcemia.⁴³</p>
<p>VIII. Posterior a la transfusión: realizar el cierre y retiro del equipo de transfusión con técnica estéril.</p> <p>Acciones independientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realiza desconexión de equipo de transfusión, se realiza heparinización del lumen proximal del catéter central y se cierra. 	<p>El lavado del dispositivo si se encuentra resistencia, no se debe continuar con el lavado o el usar presión adicional, ya que podría desprenderse un trombo y causar una embolia pulmonar. Lave el dispositivo, si no nota resistencia, con salino normal en una jeringa de 10 ml, usando técnica de lavado por turbulencia.⁴¹</p>
<p>IX. Vigilar reacciones postransfuncionales y toma de signos vitales durante las siguientes 24 horas postrasplante.</p> <p>Acciones independientes:</p>	<p>El médico que atienda a un paciente que ha recibido una transfusión, deberá evaluar de inmediato cualquier aparente reacción transfusional y adoptará las medidas que estime necesarias, conforme a los procedimientos establecidos.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, T/A, saturación de oxígeno, estado de alerta, palidez de tegumentos y llenado capilar. • Vigilar manifestaciones clínicas de reacción transfusional como fiebre, disnea, exantema cutáneo, escalofríos, calambres, arritmias, etc. • Vigilar estado neurológico. • Vigilar presencia de manifestaciones clínicas de estado de choque. 	<p>Ante la sospecha de una reacción o efecto adverso imputable a una transfusión, el servicio clínico del establecimiento de atención médica, deberá enviar inmediatamente al banco de sangre o, en su caso, al servicio de transfusión, a fin de se hagan las determinaciones analíticas necesarias para esclarecer las causas.³⁹</p>
---	---

EVALUACIÓN.

En dependencia para la necesidad de seguridad y protección se inició con nivel 6 y grado de dependencia algunas semanas, con un tipo de prioridad alta, continua en un nivel 6 en dependencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente los próximos 30 días.

<p>Nombre: C. S. A. S. Servicio: UTMO Edad: 5 años 1 mes Sexo: Masculino Dx. Médico: Leucemia Linfooblástica Aguda Registro: 8571**</p>	
<p>Necesidad: Termorregulación. Nivel y grado de dependencia: nivel 5 algunos días. Tipo de prioridad: alta. Fuente de dificultad: falta de fuerza.</p>	
<p>Dependencia en la termorregulación R/C disminución de la temperatura corporal por reacción a la transfusión M/P temperatura corporal de 35.2 °C y piel fría en extremidades.</p>	
<p>Objetivo: El paciente preescolar mantendrá la temperatura entre 36.5°C y 37.5°C mediante los cuidados de enfermería, durante la trasfusión de células hematopoyéticas y posterior a la trasfusión.</p>	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>I. Valoración de signos vitales antes, durante y después de la trasfusión de células hematopoyéticas.</p> <p>Acción independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toma y registro de la temperatura axilar. • Toma y registro de la frecuencia cardíaca. • Toma y registro de la frecuencia respiratoria. • Toma y registro tensión arterial. • Toma y registro de la saturación de oxígeno. 	<p>En pacientes a los que se ha transfundido sangre completa o paquete globular deben vigilarse estrechamente los primeros minutos del procedimiento porque pueden presentar datos de reacción transfusional.</p> <div style="text-align: center;">  </div>

<p>II. Observar y reportar signos y síntomas asociados a cambios en la temperatura corporal del paciente, durante y después de la trasfusión de células hematopoyéticas:</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia de datos de cambios de temperatura con tendencia a la hipotermia como fatiga, debilidad, confusión, apatía, deterioro de la coordinación, habla con mala articulación, escalofríos y cambio del color de la piel. 	<p>La temperatura óptima para la actividad enzimática normal está dentro de los límites de la temperatura corporal, con un promedio de 37°C, equivalente a 98.6°F ⁴⁴</p> <p>La hipotermia ocurre cuando se infunden grandes volúmenes de componentes durante un breve lapso a la temperatura que tienen en el Banco de Sangre. La hipotermia altera el metabolismo hepático del citrato del anticoagulante incrementando el riesgo de hipocalcemia.⁴³</p>
<p>III. Instaurar medidas activas de calentamiento externo.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponer de ropa estéril para cubrir al paciente. • Proporcionar al paciente un cobertor, que se encuentre en su unidad, para su abrigo. 	<p>Los pacientes inmunodeprimidos varían su susceptibilidad a infecciones procedentes de fuentes endógenas o exógenas. ⁴⁰</p> <p>El cuerpo gana calor por diferentes mecanismos, entre ellos la conducción, que es el paso de energía (por ej., calor), de una partícula a otra o entre dos o más objetos puestos en contacto.</p>
<p>IV. Tomar medidas de control de temperatura ambiental.</p> <p>Acción independiente.</p>	<p>La temperatura corporal puede elevarse cuando la temperatura y la humedad ambientales son lo</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Llevar un control de acceso de la unidad del paciente. • Evitar las corrientes de aire disminuyendo las veces de entrada y salida en la unidad del paciente. • Vigilar y reportar los cambios de presión positiva de la unidad del paciente. 	<p>suficientemente altas como para inhibir los mecanismos fisiológicos de compensación.</p> 
<p>V. Valorar nuevamente la temperatura, signos y síntomas asociados a hipotermia.</p> <p>Acciones independientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toma y registro de la temperatura axilar. • Vigilancia y registro de datos de cambios de temperatura con tendencia a la hipotermia como fatiga, debilidad, confusión, apatía, deterioro de la coordinación, habla con mala articulación, escalofríos y cambio del color de la piel. 	<p>La hipotermia deprime todos los procesos metabólicos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La depresión de la función circulatoria puede provocar arritmias cardiacas (incluso llegar a producir para cardiaco) 2) Una depresión grave o prolongada de los procesos metabólicos conduce a la muerte celular. <p>La temperatura corporal es un equilibrio entre el calor producido por los tejidos (más el adquirido del ambiente) y la pérdida de calor hacia el ambiente. ⁴⁴</p>

EVALUACIÓN.

En dependencia para la necesidad de termorregulación, se inició con un nivel 5 y grado de dependencia algunos días, con un tipo de prioridad alta, para pasar a un nivel 2 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente los próximos 30 días.

Nombre: C. S. A. S. Servicio: UTMO Edad: 5 años 1 mes Sexo: Masculino Dx. Médico: Leucemia Linfoblástica Aguda Registro: 8571**	
Necesidad: Nutrición. Nivel y grado de dependencia: nivel 5 algunas semanas. Tipo de prioridad: alta. Fuente de dificultad: falta de fuerza.	
Dependencia en la necesidad de nutrición R/C ingesta menor a sus requerimientos M/P IMC=16.15, Peso: 15.2 kg, debajo del percentil 3 Talla: 97 cm percentil 10 Perímetro cefálico: 51 cm, perímetro abdominal: 53 cm, perímetro braquial 16 cm, perímetro torácico 57 cm, eritrocitos 3.34 10 ⁶ / μ L hemoglobina 9.7 g/dl, hematocrito 28.9 %, odinofagia y mucositis en cavidad oral.	
Objetivo: el paciente preescolar recuperará su estado nutricional mediante un plan nutricional en coordinación con el equipo multidisciplinario durante las siguientes tres semanas.	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>I. Valorar el estado nutricional del paciente.</p> <p>Acciones interdependientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Participar con el equipo de nutrición para la valoración 	<p>En la dieta se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales que provean lo necesario para:</p>

<p>del estado nutricional del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reportar datos de valoración del estado de valoración nutricional del paciente. <p>II. En coordinación con el servicio de nutrición establecer un plan nutricional.</p> <p>Acción interdependiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participar con el equipo de nutrición para establecer el plan nutricional del paciente. <p>III. Verificar en las indicaciones del expediente clínico la dieta indicada.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera se mantendrá al tanto de los cambios en la dieta del paciente, confirmando la información por escrito en el expediente clínico. <p>IV. Administrar dieta baja en bacterias.</p> <p>Acción interdependiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera debe verificar que la dieta que se le proporciona al paciente 	<p>A. La construcción, conservación y reparación de tejidos corporales.</p> <p>B. La síntesis de sustancias necesarias para la regulación de los procesos del organismo (por ej., enzimas y hormonas).</p> <p>C. La síntesis de sustancias necesarias para el correcto funcionamiento del organismo (por ej., hemoglobinas y anticuerpos).</p> <p>D. La producción de energía.</p> <p>El estado nutricional de una persona se determina según lo adecuado que sea para sus necesidades los nutrientes que ingiere, absorbe y utiliza.</p> <p>El estado nutricional óptimo se logra cuando se suministran y utilizan los nutrientes esenciales para mantener el estado de salud.</p> <p>Los signos y síntomas de problemas nutricionales, ya sean existentes o potenciales, incluyen aquellos relacionados con deficiencias nutricionales, relacionados con trastornos del aparato gastrointestinal y estructuras</p>
--	--

<p>corresponda con la solicitada en el expediente clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar que la dieta baja en bacterias contenga alimentos cocidos y libre de lácteos. <p>V. Administrar suplemento alimenticio (Pediasure).</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar el tipo de suplemento alimenticio en el expediente clínico. • Colaborar dosis y vía de administración del suplemento alimenticio en el expediente clínico. <p>VI. Verificar la permeabilidad de la sonda nasogástrica.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar si la sonda nasogástrica presenta alguna obstrucción antes de administrar el suplemento alimenticio. • Valorar si el paciente presenta contenido residual 	<p>accesorias y también los relacionados con el aprovechamiento inadecuado de los alimentos.</p> <p>La deficiencia proteica y calórica produce pérdida de peso, debilidad, fatiga, pérdida del tono muscular, retardo en el crecimiento, disminución de la resistencia a las infecciones y defectos en la cicatrización.</p> <p>La deficiencia proteica produce pérdida de peso, retardo en el crecimiento y desarrollo, edema, diarrea, disminución de la resistencia a las infecciones y defectos en la cicatrización.</p> <p>La deficiencia de grasas produce dermatitis, defectos en el crecimiento y signos y síntomas de deficiencia de las vitaminas hiposolubles.</p> <p>Los signos y síntomas de las vitaminas liposolubles son:</p> <p>A. Vitamina A: ceguera nocturna, signos y síntomas de inflamación ocular y cambios del tejido epitelial (piel y mucosas).</p> <p>B. Vitamina D: desarrollo anormal de los huesos,</p>
---	--

<p>en estomago antes de administrar el suplemento alimenticio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar el material y equipo con el que se debe contar antes de la administración del suplemento alimenticio. <p>VII. Verificar el perímetro abdominal antes y después de la alimentación.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera deberá valorar previa administración del suplemento alimenticio por sonda, si el paciente presenta datos de distensión abdominal. <p>VIII. Lleva una curva de peso y talla.</p> <p>Acción interdependiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera deberá registrar diariamente peso y talla del paciente. • Reportar al médico y al personal de nutrición si el paciente presenta algún cambio significativo en el peso y la talla. 	<p>deficiencia en el crecimiento y deformidades.</p> <p>C. Vitamina E: signos y síntomas de anemia y dermatitis en los recién nacidos y en los prematuros.</p> <p>D. Vitamina K: tendencia hemorrágica.</p> <p>Los signos y síntomas de la deficiencia de las vitaminas hidrosolubles son:</p> <p>A. Vitamina C: (ácido ascórbico): encías inflamadas y hemorrágicas, pérdida de los dientes, hemorragias en la piel y defectos de cicatrización.</p> <p>B. Complejo de vitaminas B:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tiamina: trastornos digestivos, neuritis, insuficiencia cardiaca y edema. 2) Riboflavina: grietas en las comisuras labiales y erupciones de la piel. 3) Niacina: neuritis, debilidad, confusión, dermatitis escamosa,
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • La enfermera deberá participar con el equipo de nutrición para la valoración de peso y talla del paciente cuando sea necesario. <p>IX. Tomar exámenes de laboratorio: química sanguínea.</p> <p>Acción interdependiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participar con el personal médico en la toma de muestra sanguínea para la valoración de estudios de laboratorio. • Verificar los resultados de laboratorio de química sanguínea en el expediente clínico. • Dar seguimiento a los resultados de laboratorio de química sanguínea para identificar alguna anomalía. 	<p>lengua saburral y trastornos digestivos.</p> <p>4) Piridoxina: signos y síntomas de anemia, neuritis, hiper-irritabilidad, convulsiones y dermatitis.</p> <p>5) Cobalamina y ácido fólico: signos y síntomas de anemia.</p> <p>Los signos y síntomas de las deficiencias de los minerales son:</p> <p>A. Calcio: desarrollo anormal de los huesos y dientes, y contracciones musculares anormales,</p> <p>B. Fósforo: desarrollo anormal de huesos y dientes.</p> <p>C. Sodio y potasio: signos y síntomas de desequilibrio electrolítico.</p> <p>D. Yodo: signos y síntomas de hipotiroidismo, incluyendo bocio.</p> <p>E. Hierro: signos y síntomas de anemia.</p> <p>La hipoglucemia produce dolor de cabeza, sudoración profusa, palidez, desfallecimiento, temblores</p>
---	--

	<p>musculares, hambre y pérdida de la conciencia.⁴⁴</p> <p>La colocación de una sonda nasogástrica consiste en la introducción de un tubo flexible desde uno de los orificios nasales hasta el estómago.</p> <p>Nutrición enteral: es la indicación principal, se emplea en aquellos pacientes que conservan el peristaltismo intestinal pero que no son capaces de ingerir los alimentos por vía oral.⁴⁶</p>
---	---

EVALUACIÓN.

En dependencia para la necesidad de nutrición se inició con nivel 5 y grado de dependencia algunas semanas, con un tipo de prioridad alta, para pasar a un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente los próximos 30 días.

<p>Nombre: C. S. A. S. Servicio: UTMO Edad: 5 años 1 mes Sexo: Masculino Dx. Médico: Leucemia Linfoblástica Aguda Registro: 8571**</p>	
<p>Necesidad: Oxigenación. Nivel y grado de dependencia: nivel 4 algunos días. Tipo de prioridad: alta. Fuente de dificultad: falta de fuerza.</p>	
<p>Dependencia de la oxigenación R/C efectos tardíos de células hematopoyéticas M/P taquicardia con tendencia menor a 120 lpm, el cual presenta mejoría intermitente. Signos vitales T/A 100/61 mmHg, FC 111 lpm FR 21rpm, SatO2 95%, temperatura 36.2°C.</p>	
<p>Objetivo: el paciente recuperará su independencia en la necesidad de oxigenación mediante la aplicación de medidas específicas de fisioterapia respiratoria mediante los cuidados de enfermería durante las siguientes dos semanas.</p>	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>I. Valoración de signos vitales del paciente. Acciones independientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, tensión arterial y temperatura. • Reportar si se presentan parámetros fuera de lo normal en la valoración de signos vitales. <p>II. Valorar datos de dificultad respiratoria. Acciones independientes.</p>	<p>La oxigenoterapia se define como el aporte artificial de oxígeno (O2) en el aire inspirado. Es considerado la terapia más común en cuidados respiratorios. El O2 se debe considerar como fármaco, por lo tanto, requiere una indicación documentada, dosis precisa y un control adecuado considerando las condiciones del paciente. Los principales objetivos de la oxigenoterapia que llevan a su utilización son: tratar o prevenir la hipoxemia, tratar la hipertensión</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Reportar si el paciente presenta datos de dificultad respiratoria. <p>III. Administrar oxigenoterapia a través de mascarilla facial con bolsa reservorio.</p> <p>Acciones dependientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar indicación de oxigenoterapia en el expediente clínico. <p>IV. Vigilar las reacciones secundarias derivadas del trasplante de células hematopoyéticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar si existe relación del incremento de la frecuencia cardiaca con reacciones secundarias derivadas del trasplante de células hematopoyéticas y reportar. 	<p>pulmonar y reducir el trabajo respiratorio y cardiaco.</p> <p>Evaluar la necesidad para la Oxigenoterapia. Existen 3 maneras de identificar la necesidad de O2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de medidas de laboratorio para documentar la hipoxemia. • Problema o condición clínica específica. • Manifestación de hipoxemia mediante taquipnea, taquicardia, cianosis y apariencia general de angustia. <p>Mascarilla de reservorio con reinhalación parcial.</p> <p>Este equipo es una simple mascarilla con la adición de una bolsa de depósito de 600 a 800 ml ubicado bajo el mentón del paciente. El flujo de O2 (normalmente de 8 a 15 l/min) se administra junto a un humidificador de burbujas el cual mantiene el depósito o bolsa a la mitad de su capacidad, mezclando O2 de la máscara y del depósito del</p>
--	--

	<p>reservorio. El término de reinspiración parcial se refiere a que el primer tercio del gas espirado entra en la bolsa de depósito. Este es gas del reservorio anatómico, con alto contenido de O₂ y bajo CO₂. A medida que se rellena el depósito con el flujo de O₂ en el primer tercio de la espiración, el restante gas es exhalado por los puertos de la mascarilla. A flujos de 6 a 10L/min aporta una FIO₂ de 0.4 a 0.7, se espera que el aporte de O₂ varíe dependiendo del patrón ventilatorio y flujo de O₂.⁴⁸</p>
---	--

EVALUACIÓN.

En dependencia para la necesidad de oxigenación se inició con nivel 4 y grado de dependencia algunos días, con un tipo de prioridad alta, para pasar a un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente los próximos 30 días.

<p>Nombre: C. S. A. S. Servicio: UTMO Edad: 5 años 1 mes Sexo: Masculino Dx. Médico: Leucemia Linfoblástica Aguda Registro: 8571**</p>	
<p>Necesidad: Movimiento y postura. Nivel y grado de dependencia: nivel 4 algunas semanas. Tipo de prioridad: intermedia. Fuente de dificultad: falta de fuerza.</p>	
<p>Deterioro en la deambulación R/C limitación del movimiento terapéutico M/P el paciente necesita ayuda para trasladarse con tripié de un lugar a otro.</p>	
<p>Objetivo: el paciente preescolar logrará deambular con ayuda por el personal de salud y su cuidador durante el turno.</p>	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>I. Valorar si el paciente presenta alguna alteración del estado del sistema músculo esquelético para poder deambular o alguna otra situación en cuanto a su estado de salud.</p> <p>Intervenciones independientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar fuerza muscular • Valorar tono muscular • Valorar reflejos 	<p>Con el fin de evitar la aparición de lesiones que afecten al sistema musculoesquelético cuando tenga que realizar actividades en las que sea necesario movilizar a personas.⁴⁹</p> <p>Algunos pacientes tienen hipotensión postural (ortostática) al levantarse cuando están acostados. El paciente puede mostrar alguno o todos los síntomas siguientes: palidez, sudoración, náuseas, taquicardia y mareos. Si aparece alguno, se debe ayudar al paciente a volver al decúbito supino en la cama y valorarle más de cerca.²⁹</p>

<p>II. Revisar en el expediente clínico las indicaciones de deambulaci3n.</p> <p>Acci3n independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar en el expediente cl3nico si existe alguna contraindicaci3n en para la deambulaci3n. 	
<p>III. Enseñar al paciente y al cuidador primario como realizar la deambulaci3n con tripi3.</p> <p>Acci3n independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera ensear3 las medidas de precauci3n al realizar la de la deambulaci3n con tripi3. 	<p>Explicar siempre el procedimiento que se va a realizar al paciente en presencia de su cuidador primario, en caso de ser menor de edad.</p>
<p>IV. Realizar ejercicios de ambulaci3n con el tripi3.</p> <p>Acci3n independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera ensear3 y realizar3 demostraciones al paciente y al cuidador primario sobre la deambulaci3n con tripi3. 	<p>Adoptar el 3rea en que se va a realizar la actividad, retirando los objetos que la entorpezcan (frenos, barandillas, cojines, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sujetar o trasladar un objeto manteni3ndolo pr3ximo al cuerpo para acercar los centros de gravedad. • Tener en cuenta que deslizar o empujar requiere menos

	<p>esfuerzo que levantar. La fricción puede reducirse procurando que la superficie esté lo más lisa posible.</p> <p>No olvidar que girar el tronco dificulta la movilización y aumenta, por lo tanto, el esfuerzo que hay que realizar. Por eso, el cuerpo debe mantener un alineamiento adecuado mientras hace un esfuerzo.⁴⁹</p>
V. Verificar las condiciones del entorno para deambular	Se deberá retirar obstáculos para evitar accidentes.
VI. Preparar al paciente para que pueda deambular.	Es importante reforzar las medidas de precaución al preparar al paciente para deambulación.

EVALUACIÓN.

En dependencia para la necesidad de movimiento y postura, se inició con nivel 4 y grado de dependencia algunas semanas, con un tipo de prioridad intermedia, para pasar a un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente los próximos 30 días.

Nombre: C. S. A. S. Servicio: UTMO Edad: 5 años 1 mes Sexo: Masculino Dx. Médico: Leucemia Linfoblástica Aguda Registro: 8571**	
Necesidad: Higiene. Nivel y grado de dependencia: nivel 3 algunas semanas. Tipo de prioridad: alta. Fuente de dificultad: falta de voluntad.	
Deterioro del aseo bucal R/C falta de voluntad para realizar el aseo indicado M/P negación y verbalización de realizar el aseo por colutorios.	
Objetivo: el paciente preescolar recuperará su higiene oral mediante la aplicación de medidas higiénicas orales especiales en coordinación con el equipo multidisciplinario durante las siguientes 4 semanas.	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>I. Valorar la cavidad oral del paciente. Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar diariamente la integridad e higiene oral del paciente. <p>II. Preparación del paciente. Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente el procedimiento de higiene oral antes de realizarlo, así como la importancia de su cooperación en el mismo. 	<p>Higiene oral en preescolares y niños en edad escolar: Como los dientes transitorios guían la aparición de los dientes permanentes, el cuidado dental es esencial para mantener estos dientes en buen estado. Los dientes transitorios mal situados o perdidos pueden producir alteraciones en la alineación de los dientes permanentes. El flúor sigue siendo importante en este estadio para evitar la caries dental. A los preescolares se les debe enseñar a cepillarse los dientes después de comer y a limitar la toma de azúcares refinados. Puede ser necesaria la supervisión de los</p>

<p>III. Preparar el material para el aseo bucal del paciente.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera debe contar con el material de higiene completo antes del procedimiento. <p>IV. Realizar la administración de colutorios bucales con clorhexidina al paciente.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera deberá confirmar indicación de colutorios con clorhexidina en el expediente clínico. • Ayudar y orientar al paciente en la administración de colutorios bucales con clorhexidina. • Capacitar al cuidador primario acerca del aseo bucal con colutorios con clorhexidina. 	<p>padres para asegurarse de que completen estas actividades de autocuidado. Son necesarias revisiones dentales periódicas durante estos años en que aparecen los dientes permanentes.⁴⁴</p> <p>El gluconato de clorhexidina es un agente antimicrobiano tópico que se utiliza para enjuagues bucales en el tratamiento de la gingivitis y de la enfermedad periodontal y tópicamente en la preparación de la piel del paciente antes de una operación quirúrgica, lavado de heridas, y tratamiento del acné vulgar. Otros usos de la clorhexidina incluyen la profilaxis y el tratamiento de las infecciones de boca, la estomatitis, la estomatitis ulcerativa y la gingivitis aguda ulcerativa necrotizante. Los enjuagues de clorhexidina se utilizan también para tratar y prevenir las mucositis en los pacientes tratados con fármacos anticancerosos. El espectro antibacteriano de la clorhexidina incluye tanto a</p>
--	--

	bacterias Gram-positivas como Gram negativas, algunos virus como el HIV y algunos hongos, pero sólo es esporicida a elevadas temperaturas. La actividad antiséptica de la clorhexidina es superior a la de la povidona, la espuma de alcohol y el hexaclorofeno. ⁴⁷
--	--

EVALUACIÓN.

En dependencia para la necesidad de higiene, se inició con nivel 3 y grado de dependencia algunas semanas, con un tipo de prioridad alta, para pasar a un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente los próximos 30 días.

<p>Nombre: C. S. A. S. Servicio: UTMO Edad: 5 años 1 mes Sexo: Masculino Dx. Médico: Leucemia Linfoblástica Aguda Registro: 8571**</p>	
<p>Necesidad: Vestido y desvestido. Nivel y grado de dependencia: nivel 3 algunas semanas. Tipo de prioridad: alta. Fuente de dificultad: falta de conocimiento.</p>	
<p>Dependencia en el vestido y desvestido R/C falta de pijama acorde a su edad M/P porta pijama de su domicilio.</p>	
<p>Objetivo: el paciente preescolar recuperara su dependencia en el vestido por medio de la utilización de ropa de acuerdo a su edad durante su hospitalización.</p>	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>I. Valorar el tipo de pijama que utiliza el paciente. Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar si el paciente usa pijama y que tipo de pijama usa. <p>II. Identificación del tipo de vestido que debe portar el paciente durante la estancia en la unidad de trasplante de medula ósea. Acción interdependiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar el tipo de pijama que se debe utilizar en la unidad. 	<p>El inicio de las prácticas de aislamiento para evitar la transmisión de los microorganismos suele considerarse responsabilidad del profesional de enfermería y se basa en una valoración exhaustiva del paciente. La valoración tiene en cuenta el estado de los mecanismos normales de defensa del paciente, su capacidad de poner en práctica las precauciones necesarias y la fuente y modo de transmisión del microorganismo infeccioso. El profesional de enfermería decide entonces si llevar guantes, batas, mascarillas y protecciones oculares.</p>

<p>III. Solicitar al cuidador primario que proporcione los pijamas necesarios a utilizar en la unidad.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar si el paciente cuenta con pijamas que pueda ser utilizadas exclusivamente para uso dentro de la unidad durante su hospitalización. 	<p>En todas las situaciones del paciente, el profesional de enfermería debe lavarse las manos antes de prestar la asistencia.</p> <p>Precauciones respecto al aislamiento recomendadas en los hospitales:</p> <p>PRECAUCIONES ESTÁNDAR</p> <ul style="list-style-type: none">• Dirigidas a todos los pacientes en el hospital.• Estas precauciones se aplican a: a) la sangre; b) todos los líquidos, excreciones y secreciones corporales, excepto el sudor; c) la piel no intacta (rota), y d) las mucosas.• Diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos desde fuentes reconocidas y no reconocidas. <ol style="list-style-type: none">1. Lavarse las manos después del contacto con la sangre, los líquidos corporales, las secreciones, las excreciones y los objetos contaminados, se lleven o no guantes.
--	---



2. Llevar guantes cuando se toque sangre, líquidos corporales, secreciones, excreciones y objetos contaminados (p. ej., batas sucias).
3. Llevar mascarillas, protecciones oculares o una protección facial si se espera que se produzcan salpicaduras o pulverizaciones de sangre, líquidos corporales, secreciones o excreciones.
4. Llevar guantes limpios no estériles resistentes al agua si es probable que la asistencia del paciente produzca salpicaduras o pulverizaciones de sangre, líquidos corporales, secreciones, excreciones.
5. La bata es para proteger la ropa.
 - a. Quitarse la bata sucia con cuidado para evitar transferir microorganismos a terceros (p. ej., pacientes u otros profesionales de la salud).
 - b.

Medidas de Prevención y Control

PRECAUCIONES ESTANDAR BARRERAS PROTECTORAS

- LAVADO DE MANOS.
- MASCARILLA.
- GUANTES
- PROTECTOR OCULAR.
- PECHERAS PLÁSTICAS.



Lavarse las manos después de quitarse la bata.

6. Manipular la ropa sucia lo menos posible. No sacudirla. Hacer un fardo con el lado limpio hacia fuera y el sucio hacia dentro y mantenerlo alejado del cuerpo para no contaminar el uniforme o la ropa.
7. Colocar las agujas usadas y otros «objetos afilados» en contenedores resistentes a la punción en cuanto se terminen de utilizar.

Las precauciones de aislamiento en los hospitales destacan la necesidad del lavado de manos eficaz, el uso de equipo de protección personal (EPP) y los controles del entorno. También han añadido las reglas de cortesía para la higiene respiratoria/tos, que indican que hay que taparse la boca y la nariz al estornudar o toser; que los pañuelos de papel deben eliminarse correctamente; y que ha de guardarse una distancia de al



menos 1 metro entre las personas potencialmente infectadas y las demás o utilizar mascarillas quirúrgicas. Los profesionales de la salud utilizan las PE cuando atienden a sus pacientes. Es decir, el riesgo de los cuidadores de tener contacto con los tejidos y líquidos corporales del paciente, más que la posible presencia o la ausencia de microorganismos infecciosos, determina el uso de guantes desechables, batas, mascarillas y protecciones oculares.

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL.

Todos los profesionales de la salud deben colocarse el EPP (guantes, batas, mascarillas y gafas protectoras limpias o estériles) en función de los riesgos de la exposición frente a materiales potencialmente infecciosos.

TÉCNICA ESTÉRIL Un objeto está estéril solo cuando está libre de cualquier microorganismo. Se sabe que la técnica estéril se practica en



el quirófano y zonas diagnósticas especiales.

En estas situaciones se aplican todos los principios de la asepsia quirúrgica como en el quirófano o la sala de recuperación; pero no todas las técnicas quirúrgicas que siguen son necesarias siempre. Por ejemplo, antes de una intervención en un quirófano, el profesional de enfermería instrumentista suele ponerse una mascarilla y un gorro, realizarse un lavado de manos quirúrgico y colocarse una bata y guantes estériles. En una zona de asistencia general, solo tiene que realizar el lavado de manos y ponerse guantes estériles.

PRINCIPIOS DE LA ASEPSIA QUIRÚRGICA.

Todos los objetos usados en un campo estéril deben de ser estériles.

Los objetos estériles se desesterilizan cuando se tocan con objetos no estériles. Los objetos estériles que están fuera de la vista o por debajo de la cintura o el nivel

<p>IV. Enviar a esterilizar los pijamas antes de su uso con el paciente dentro de la unidad</p> <p>Acción interdependiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que la madre proporcione pijama limpia para esterilizar. • Enviar al centro de esterilización de material, el pijama del paciente que se esterilizara para su uso. <p>V. Verificar la fecha de caducidad del pijama.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que el pijama que se envió a esterilizar cuente con la fecha de esterilización en el empaque, así como los datos de identificación del paciente. • Verificar que el pijama esterilizada corresponde al paciente. 	<p>de la mesa no deben considerarse estériles.</p> <p>Los objetos estériles pueden dejar de serlo por una exposición prolongada a los microorganismos del aire.</p> <p>Los líquidos fluyen en la dirección de la gravedad.</p> <p>La humedad que pasa a través de un objeto estéril deja microorganismos de superficies no estériles por encima o por debajo de la superficie estéril por acción capilar. Los bordes de un campo estéril no se consideran estériles.</p> <p>La piel no puede esterilizarse y no es estéril. El estado de consciencia, de alerta y la sinceridad son cualidades esenciales en el mantenimiento de la asepsia quirúrgica.</p> <p>ELIMINACIÓN DE EQUIPO Y MATERIAL SUCIOS.</p> <p>Muchas piezas del equipo se suministran para un solo uso y se desechan tras utilizarlas.</p> <p>Pero otras son reutilizables. Las instituciones tienen políticas y</p>
--	--

<p>VI. Indicar al paciente como utilizar el pijama dentro de la unidad.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La enfermera proporcionara capacitación al cuidador primario acerca del uso correcto de pijama estéril en la unidad. • La enfermera proporcionara capacitación al cuidador primario acerca de cómo colocarse el pijama esteral sin contaminarla al vestirse. • La enfermera proporcionara capacitación al cuidador primario acerca del retiro del pijama, su guarda y la limpieza del mismo fuera de la unidad para devolverla y esterilizarla nuevamente. 	<p>procedimientos especiales para manejar el equipo sucio (p. ej., disposición, limpieza, desinfección y esterilización); el profesional de enfermería necesita familiarizarse con estas prácticas en la institución en que trabaje. El manejo adecuado del equipo y material sucios es esencial por estas razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para evitar la exposición inadvertida de los profesionales de la salud a artículos contaminados por sustancias corporales • Evitar contaminar el ambiente.²⁹
---	--

EVALUACIÓN.

En dependencia para la necesidad de vestido y desvestido, se inició con nivel 3 y grado de dependencia algunas semanas, con un tipo de prioridad alta, para continuar en un nivel 3 con grado de dependencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente hasta que termine su hospitalización.

Nombre: C. S. A. S. Servicio: UTMO Edad: 5 años 1 mes Sexo: Masculino Dx. Médico: Leucemia Linfoblástica Aguda Registro: 8571**	
Necesidad: Creencias y valores. Nivel y grado de dependencia: nivel 3 algunos días. Tipo de prioridad: alta. Fuente de dificultad: falta de conocimiento y voluntad.	
Alteración en la necesidad de creencias R/C falta de voluntad y conocimiento con el uso de mascarilla facial M/P el niño refiere que va a morir si usa la mascarilla facial de oxígeno, que se siente mal cada que la usa, se niega a usarla, llora y evade la colocación de esta.	
Objetivo: el paciente preescolar recuperará su independencia en la necesidad de creencias mediante la explicación del uso de equipo médico durante las siguientes dos semanas.	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
I. Valorar por qué no quiere utilizar Acción independiente. <ul style="list-style-type: none">la mascarilla facial de oxígeno. Observar el comportamiento del paciente y preguntar el motivo del	La percepción de una persona, un objeto o un evento dado es única para el individuo. La percepción está influida por el estado fisiológico y psicológico del individuo y por sus experiencias pasadas.

<p>rechazo del uso de la mascarilla facial de oxígeno.</p> <p>II. Identificación del objeto que provoca miedo al niño.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar si es solo la mascarilla facial de oxígeno el objeto que provoca el miedo o la relación con objetos similares. • Identificar la percepción que tiene el paciente sobre el uso de la mascarilla facial. <p>III. Interrogar al cuidador primario acerca de antecedentes que se relacione con el objeto que provoca miedo al niño.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un análisis de la información proporcionada por el cuidador primario sobre antecedentes de comportamiento similar por el uso de mascarilla facial, así 	<p>El estado físico del individuo influye sobre la percepción de los objetos, de las personas o de los eventos. La percepción se encuentra influida por el estado emocional del individuo.</p> <p>La percepción se encuentra influida por las actitudes, opiniones, los valores y los intereses del individuo.</p> <p>La percepción de cada individuo cierta influencia sobre su comportamiento. Un individuo reacciona a las situaciones o a los eventos de acuerdo como los percibe, a pesar de la realidad de la situación o de como la perciben la mayor parte de las personas.</p> <p>Los principios, hipótesis y hechos relacionados con la percepción pueden utilizarse por la enfermera con el fin de ayudar a los pacientes a conservar una percepción adecuada.</p> <p>Después de haber observado al paciente y a su situación, la enfermera puede utilizar esta observación con el fin de llevar a cabo decisiones sobre las acciones que aumentarán o asegurarán la</p>
---	---

<p>como sus experiencias pasadas.</p> <p>IV. Enseñar la importancia del uso de mascarilla facial de oxígeno al niño y a cuidador primario.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y a su cuidador primario sobre el beneficio del uso de mascarilla facial de oxígeno. • Ayudar al paciente sobre el cambio de percepción del uso de mascarilla y el no daño al paciente cuando la use. <p>V. Ayudar al paciente y al cuidador primario a externar sus emociones y conocimientos.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar al paciente y al cuidador primario a externar sus emociones y conocimientos a través de la 	<p>calidad de su percepción. Por ejemplo, puede: controlar su comportamiento en presencia de pacientes pequeños (por ej., niños) o pacientes que presenten alguna incapacidad física, con el fin de evitar algún comportamiento que podría percibirse como amenazante o que podría distorsionarse por la misma incapacidad del paciente.</p> <p>Al trabajar con lactantes y niños pequeños, especialmente si se encuentran aislados de sus padres y de otros niños, la enfermera debe planear un contacto físico adecuado y una estimulación sensitiva apropiada. Utilizar la retroalimentación en el plan para corregir errores, para llenar vacíos y para corregir las distorsiones.⁴⁴</p>
---	---

ambientación agradable del lugar y la empatía.	
--	--

EVALUACIÓN.

En dependencia para la necesidad de creencias y valores se inició con nivel 3 y grado de dependencia algunos días, con un tipo de prioridad alta, para pasar a un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente los próximos 14 días.

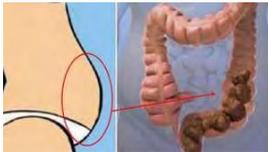
Nombre: C. S. A. S. Servicio: UTMO Edad: 5 años 1 mes Sexo: Masculino Dx. Médico: Leucemia Linfoblástica Aguda Registro: 8571**	
Necesidad: Recreación. Nivel y grado de dependencia: grado 3 algunas semanas Tipo de prioridad: intermedia. Fuente de dificultad: falta de conocimiento.	
Dependencia en la recreación r/c falta de actividades lúdicas m/p referir que tiene pocos juegos y juguetes	
Objetivo: El preescolar no presentará dependencia en la recreación por medio de la implementación de actividades lúdicas implementadas durante su estancia hospitalaria.	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
I. Verificar el tipo de juegos y juguetes que puede tener en el área. Acciones independientes.	El individuo al que se le proporciona una cantidad adecuada de experiencias puramente agradables, tiende a actuar en una forma más positiva

<ul style="list-style-type: none"> • Juguetes de plástico, que pueden ser desinfectados • Desinfectar juegos de mesa como lotería. 	<p>en la vida en general y está más preparado para tolerar las experiencias desagradables que sean necesarias.</p>
<p>II. Interactuar con el paciente en actividades lúdicas durante el día.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener las condiciones del entorno que ayuden al paciente a participar en las actividades recreativas. <p>Acción interdependiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participar con el personal de educación hospitalaria en actividades recreativas para el paciente. • Hacer uso de consola de videojuegos y proyector de películas como medio de distracción. 	<p>Las oportunidades para efectuar relaciones satisfactorias con los demás aumentan si el individuo es capaz de ver a los otros como personas competentes y en las que puede confiar.⁴⁴</p> 

EVALUACIÓN.

En dependencia para la necesidad de recreación se inició con nivel 3 y grado de dependencia algunas semanas, con un tipo de prioridad intermedia, para pasar a un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente hasta su alta.

Nombre: C. S. A. S. Servicio: UTMO Edad: 5 años 1 mes Sexo: Masculino Dx. Médico: Leucemia Linfoblástica Aguda Registro: 8571**	
Necesidad: Eliminación. Nivel y grado de dependencia: nivel 2 algunas semanas. Tipo de prioridad: intermedia. Fuente de dificultad: falta de fuerza.	
Riesgo de alteración en la eliminación R/C limitación del movimiento por deambulación en la unidad	
Objetivo: el paciente preescolar disminuirá el riesgo en la necesidad de eliminación mediante cuidados preventivos de enfermería durante el turno.	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
I. Valorar diario la eliminación de orina, heces y sudor. Acción independiente. <ul style="list-style-type: none">• Valorar y reportar cambios en el patrón de eliminación de orina, heces y sudor.	Para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal; que se elimine la orina, y que las sustancias tóxicas que se forman en el organismo se detoxifiquen o se eliminen.

<p style="text-align: center;">ESCALA DE BRISTOL</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Tipo 1</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="font-size: small;">Heces en forma de bolas duras y separadas que pasan con dificultad</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tipo 2</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="font-size: small;">Heces en forma de salchicha compuesta por fragmentos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tipo 3</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="font-size: small;">Heces con forma de salchicha con grietas en la superficie</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tipo 4</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="font-size: small;">Heces como una salchicha o serpiente, lisa y suave</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tipo 5</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="font-size: small;">Bolas blandas con los bordes definidos, que son defecados fácilmente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tipo 6</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="font-size: small;">Trozos blandos y esponjosos, con bordes irregulares y consistencia pastosa</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tipo 7</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="font-size: small;">Acuosa, sin trozos sólidos, totalmente líquida</td> </tr> </table>	Tipo 1		Heces en forma de bolas duras y separadas que pasan con dificultad	Tipo 2		Heces en forma de salchicha compuesta por fragmentos	Tipo 3		Heces con forma de salchicha con grietas en la superficie	Tipo 4		Heces como una salchicha o serpiente, lisa y suave	Tipo 5		Bolas blandas con los bordes definidos, que son defecados fácilmente	Tipo 6		Trozos blandos y esponjosos, con bordes irregulares y consistencia pastosa	Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos, totalmente líquida	<p>Normalmente las heces fecales contienen bacterias (la mayor parte muertas), células epiteliales descamadas, residuos alimenticios, pigmentos biliares, moco y sales inorgánicas.</p> <p>Los riñones eliminan través de la orina la mayor parte de los productos nitrogenados del metabolismo celular.</p> <p>El sudor contiene pequeñas cantidades de urea.</p>
Tipo 1		Heces en forma de bolas duras y separadas que pasan con dificultad																				
Tipo 2		Heces en forma de salchicha compuesta por fragmentos																				
Tipo 3		Heces con forma de salchicha con grietas en la superficie																				
Tipo 4		Heces como una salchicha o serpiente, lisa y suave																				
Tipo 5		Bolas blandas con los bordes definidos, que son defecados fácilmente																				
Tipo 6		Trozos blandos y esponjosos, con bordes irregulares y consistencia pastosa																				
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos, totalmente líquida																				
<p>II. Valorar diario el perímetro abdominal.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar medición de perímetro abdominal antes de ingerir alimentos. • Valorar si el paciente presenta datos de distensión abdominal. 	<p>Entre los signos y síntomas de la eliminación inadecuada de gases y residuos alimenticios están el dolor y la distensión abdominal.</p> <div style="text-align: center;">  </div>																					
<p>III. Identificar alguna anomalía en cuanto al patrón de eliminación en el paciente.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar diariamente la escala de heces Bristol. 	<p>Se debe interrogar, observar y examinar a los pacientes en busca de signos y síntomas de la eliminación deficiente del conducto gastrointestinal y de eliminación de la orina.⁴⁴</p>																					

<ul style="list-style-type: none"> • Identificar signos y síntomas de estreñimiento 	
<p>IV. Verificar la dieta que ingiere</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar en la dieta que ingiere el paciente alimentos que puedan facilitar el estreñimiento. 	<p>Los alimentos ricos en fibra facilitan el tránsito digestivo.</p>
<p>V. Verificar la cantidad de agua que ingiere diariamente</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar si presenta disminución en el consumo de líquidos durante la ingesta de la dieta. 	<p>La baja ingesta de líquidos en la dieta puede contribuir al estreñimiento en el paciente.</p>

EVALUACIÓN.

En dependencia para la necesidad de eliminación se inició con nivel 2 y grado de independencia, con un tipo de prioridad intermedia, para pasar a un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente hasta su alta.

Nombre: C. S. A. S. Servicio: UTMO Edad: 5 años 1 mes Sexo: Masculino Dx. Médico: Leucemia Linfoblástica Aguda Registro: 8571**	
Necesidad: Descanso y sueño. Nivel y grado de dependencia: nivel 1 con independencia Tipo de prioridad: baja. Fuente de dificultad: sin fuente de dificultad.	
Independencia en la necesidad de descanso y sueño M/P un patrón de sueño eficaz.	
Objetivo: el paciente preescolar mantendrá su independencia en la necesidad de descanso y sueño mediante el reforzamiento de los cuidados de enfermería durante su estancia hospitalaria.	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
I. Valorar diariamente el estado de falta de sueño como el estrés, ansiedad, lenguaje no verbal, estado de los ojos, irritabilidad, fatiga, dolor, inquietud y cefaleas.	Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo (tanto físico como mental). Los niños generalmente necesitan dormir de 10 a 14 horas diarias.
II. Identificar diariamente si el paciente presenta alguna alteración del estado de conciencia y respuesta a estímulos.	El sueño restablece el equilibrio normal entre las distintas partes del sistema nervioso. El sistema activador reticular, que controla el grado de actividad del sistema nervioso central, es el responsable del estado de alerta y del sueño.
III. Mantener condiciones del entorno que ayuden la	Se deben favorecer el sueño y el descanso mediante un ambiente

<p>satisfacción del sueño y descanso.</p> <p>Acciones independientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar el ruido existente durante el sueño • Verificar las condiciones de la luz • Verificar las condiciones de su habitación en general 	<p>carente de estimulantes (por ej., disminuyendo la luz y el ruido) y la comodidad física (por ej., la posición, controlando la temperatura ambiental, aliviando el dolor).⁴⁴</p> <div data-bbox="964 569 1281 842" data-label="Image"> </div>
<p>IV. Verificar que los procedimientos de enfermería se realicen sin molestar al paciente</p>	
<p>V. Continuar con las rutinas establecidas del paciente antes de dormir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de frazadas 	

EVALUACIÓN.

En dependencia para la necesidad de descanso y sueño se inició con nivel 1 y grado de independencia, con un tipo de prioridad baja, para continuar en un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente hasta su alta.

Nombre: C. S. A. S. Servicio: UTMO Edad: 5 años 1 mes Sexo: Masculino Dx. Médico: Leucemia Linfoblástica Aguda Registro: 8571**	
Necesidad: Comunicación. Nivel y grado de dependencia: nivel 1 con independencia. Tipo de prioridad: baja. Fuente de dificultad: sin fuente de dificultad.	
Conductas generadoras de salud para mejorar a comunicación del niño por el cuidador primario M/P una comunicación eficaz.	
Objetivo: el paciente preescolar mantendrá su independencia en la comunicación mediante medidas que refuercen su comunicación en las próximas 4 semanas.	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>I. Identificar diariamente si el paciente presenta alguna alteración del estado de los órganos de los sentidos y del sistema neuromuscular, mediante la valoración.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar y reportar alteraciones en el gusto, tacto, visión audición, y olfato. • Valorar y reportar alteraciones de vocalización y gesticulación que llegaran a presentarse durante la interacción 	<p>La comunicación es una función de la corteza cerebral.</p> <p>A. La comunicación implica capacidades visuales, auditivas, verbales, gráficas, vocales y lenguaje del cuerpo.</p> <p>B. El entender el lenguaje hablado es una función de las áreas sensitivas auditivas.</p> <p>C. El entender el lenguaje escrito es una función de las áreas sensitivas visuales.</p> <p>D. El área de Broca, que se sitúa en la corteza motora del hemisferio dominante, controla la vocalización.</p>

<p>con el paciente durante el turno.</p>	
<p>II. Ayudar al paciente a realizar su comunicación verbal o no verbal mediante el juego.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la comunicación no verbal y verbal mediante la interacción con el paciente mediante el juego. 	<p>El comportamiento no verbal es una parte esencial del proceso en la comunicación.</p> <p>El complejo total de comportamientos interactivos y comportamientos de interrelación constituye la comunicación continua entre los individuos y los grupos de individuos (por ej., para entender los procesos de la comunicación se necesita entender y analizar todo el comportamiento interactivo).</p>
<p>III. Crear relaciones armoniosas entre el personal de salud el paciente con la finalidad de que se le facilite la expresión de emociones y pensamientos.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear empatía con el paciente y el cuidador primario para facilitar la expresión de emociones y pensamientos. 	<p>La comunicación entre los individuos está fluida por la relación que existe entre ellos (por ej., la comunicación está influida por la percepción que tiene cada una de las personas, pues influye la que envía el mensaje como la que lo recibe).</p> <p>Mientras más confianza y prestigio inspira una persona, más probable será que los demás acepten su comunicación como válida sin alteraciones.</p>
<p>IV. Mantener las condiciones del entorno que faciliten la</p>	<p>Además de la relación que existe entre los comunicadores, la</p>

<p>comunicación con el paciente y la familia.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitir hasta donde sea posible la visita de personas significativas. 	<p>recepción y la interpretación de los mensajes están influidas por gran variedad de factores como la situación en la cual se lleva a cabo la comunicación, la cual incluye la concentración de la atención en los eventos ambientales y las influencias que pudieran distraer la atención, el tono o la atmósfera general del ambiente (por ej., un salón de clases o una cocina.). La enfermera puede alterar el ambiente cuando sea posible o necesario con el fin de obtener el mejor beneficio a partir de los esfuerzos de comunicación.⁴⁴</p>
---	--

EVALUACIÓN.

En dependencia para la necesidad de comunicación se inició con nivel 1 y grado de independencia, con un tipo de prioridad baja, para continuar en un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente hasta su alta.

<p>Nombre: C. S. A. S. Servicio: UTMO Edad: 5 años 1 mes Sexo: Masculino Dx. Médico: Leucemia Linfoblástica Aguda Registro: 8571**</p>	
<p>Necesidad: Realización. Nivel y grado de dependencia: grado 1 con independencia. Tipo de prioridad: baja. Fuente de dificultad: sin fuente de dificultad.</p>	
<p>Desempeño eficaz del rol del cuidador M/P la madre manifiesta sentirse satisfecha con el apoyo que ha recibido por parte del personal de enfermería al resolver sus dudas con respecto al cuidado de su hijo y este pueda apegarse mejor al tratamiento.</p>	
<p>Objetivo: El cuidador no presentará alteración en el desempeño eficaz con el apoyo del profesional de enfermería y equipo multidisciplinario durante su estancia hospitalaria.</p>	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>I. Identificar si el cuidador primario no presenta relaciones satisfactorias con los demás durante el procedimiento de trasplante de células hematopoyéticas que recibirá su hijo. Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado de realización del cuidador primario mediante el Apgar familiar. 	<p>La realización de las relaciones satisfactorias con los demás está influida por la estructura psicobiológica y la función del organismo. La comunicación es una función de la corteza cerebral. La comunicación implica capacidades visuales, auditivas, verbales, gráficas, vocales y lenguaje del cuerpo.</p>
<p>II. Mantener relaciones armoniosas con las personas que rodean al paciente.</p>	<p>La sensación de ser aprobado por los demás aumenta si se busca</p>

<p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear empatía con el cuidador primario para crear un círculo de confianza. • Involucrar al cuidador primario en la participación del cuidado de su hijo. 	<p>estar presente o participar en los grupos sociales.</p> 
<p>III. Valorar la apariencia física y emocional, postura y expresión del paciente y su cuidador primario.</p> <p>Acciones independientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntar al cuidador primario refiera su forma de sentir con el procedimiento que recibirá su hijo. • Permitir que exprese sus sentimientos 	<p>La preocupación por los asuntos personales o las ideas en cuanto a sujetos con problemas emocionales pueden interferir con la capacidad del individuo para recibir, interpretar, responder y mandar mensajes. ⁴⁴</p>

EVALUACIÓN.

En dependencia para la necesidad de realización se inició con nivel 1 y grado de independencia, con un tipo de prioridad baja, para continuar en un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente hasta su alta.

<p>Nombre: C. S. A. S. Servicio: UTMO Edad: 5 años 1 mes Sexo: Masculino Dx. Médico: Leucemia Linfoblástica Aguda Registro: 8571**</p>	
<p>Necesidad: Aprendizaje. Nivel y grado de dependencia: grado 1 con independencia. Tipo de prioridad: baja. Fuente de dificultad: sin fuente de dificultad.</p>	
<p>Conductas generadoras de salud para mejorar el aprendizaje del niño por el cuidador primario M/P interés en el aprendizaje por medio del juego.</p>	
<p>Objetivo: el paciente preescolar mantendrá su independencia en la necesidad de aprendizaje mediante el juego, a través del equipo multidisciplinario en las próximas 4 semanas.</p>	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>I. Identificar diariamente si el paciente presenta alguna alteración de su capacidad física y psicológica que alteren la capacidad de aprendizaje. Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar en el niño, a través de la interacción enfermera paciente, las expresiones emocionales que expresen alteración psicológica que altere el aprendizaje. • Evaluar en el niño, a través de la interacción enfermera paciente, las expresiones motrices que expresen 	<p>Los factores emocionales perturbadores y limitaciones físicas pueden interferir con el aprendizaje eficaz. Las situaciones en extremo tensas o traumáticas pueden hacer que el individuo necesite repetir con más frecuencia lo que debe aprender o que necesite varias experiencias agradables antes de que se lleve a cabo el aprendizaje.</p>

<p>alteraciones físicas que altere el aprendizaje.</p>	
<p>II. Identificar comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje para resolver problemas mediante el juego.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar conductas generadoras de salud en el niño mediante el juego. 	<p>El aburrimiento, la fatiga, los estados emocionales exagerados y la motivación negativa disminuyen la eficacia de los conocimientos adquiridos.</p> <p>La motivación es un prerequisite para el aprendizaje óptimo.</p>
<p>III. Interactuar con el paciente en pasatiempos y actividades para resolver problemas mediante el juego.</p> <p>Acción independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar el aprendizaje del niño en conjunto con el cuidador primario durante la hospitalización. 	<p>Es más fácil el aprendizaje cuando el individuo ve la relación entre lo que está aprendiendo y sus necesidades y problemas personales.⁴⁴</p> 

EVALUACIÓN.

En dependencia para la necesidad de aprendizaje se inició con nivel 1 y grado de independencia, con un tipo de prioridad baja, para continuar en un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente hasta su alta.

7.4 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

Durante las siguientes 6 horas que se vigiló al paciente se contó con el material necesario para la ejecución de las intervenciones de enfermería. Durante el procedimiento de la trasfusión de las células hematopoyéticas del paciente no se presentaron manifestaciones clínicas de reacción transfusional, ni incidencias, logrando así la estabilidad del paciente durante estas horas de evaluación de su estado de salud.

Después de poner en práctica las estrategias propuestas en los planes de intervención; la necesidad de seguridad y protección al inicio se encontraba en dependencia para la necesidad de seguridad y protección se inició con nivel 6 y grado de dependencia algunas semanas, con un tipo de prioridad alta, continua en un nivel 6 en dependencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente los próximos 30 días.

En dependencia para la necesidad de termorregulación, se inició con un nivel 5 y grado de dependencia algunos días, con un tipo de prioridad alta, para pasar a un nivel 2 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente los próximos 30 días.

En dependencia para la necesidad de nutrición se inició con nivel 5 y grado de dependencia algunas semanas, con un tipo de prioridad alta, para pasar a un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente los próximos 30 días.

En dependencia para la necesidad de oxigenación se inició con nivel 4 y grado de dependencia algunos días, con un tipo de prioridad alta, para pasar a un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente los próximos 30 días.

En dependencia para la necesidad de movimiento y postura, se inició con nivel 4 y grado de dependencia algunas semanas, con un tipo de prioridad intermedia, para pasar a un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente los próximos 30 días.

En dependencia para la necesidad de higiene, se inició con nivel 3 y grado de dependencia algunas semanas, con un tipo de prioridad alta, para pasar a un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente los próximos 30 días.

En dependencia para la necesidad de vestido y desvestido, se inició con nivel 3 y grado de dependencia algunas semanas, con un tipo de prioridad alta, para continuar en un nivel 3 con grado de dependencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente hasta que termine su hospitalización.

En dependencia para la necesidad de creencias y valores se inició con nivel 3 y grado de dependencia algunos días, con un tipo de prioridad alta, para pasar a un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente los próximos 14 días.

En dependencia para la necesidad de recreación se inició con nivel 3 y grado de dependencia algunas semanas, con un tipo de prioridad intermedia, para pasar a un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente hasta su alta.

En dependencia para la necesidad de eliminación se inició con nivel 2 y grado de independencia, con un tipo de prioridad intermedia, para pasar a un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente hasta su alta.

En dependencia para la necesidad de descanso y sueño, comunicación, realización y aprendizaje, se inició con nivel 1 y grado de independencia, con

un tipo de prioridad baja, para continuar en un nivel 1 con grado de independencia. Se deberá continuar con la valoración del paciente hasta su alta.

VIII.PLAN DE ALTA.

Nombre: C. S. A. S.

Servicio: UTMO Edad: 5 años 1 mes Sexo: Masculino

Dx. Médico: Leucemia Linfoblástica Aguda Registro: 8571**

Fecha de egreso: 28/11/2017

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

Se brinda orientación sobre los cuidados domiciliarios post trasplante de células hematopoyéticas sobre cuidados del entorno, cuidados diarios, alimentación, datos de alarma y medicamentos.

2. Orientación dietética:

Consumo de alimentos embotellados o enlatados, producto cerrado al vacío, previa verificación de la caducidad. Lavarse las manos al preparar alimentos. Lavado y desinfectado de frutas y verduras. Utilizar agua hervida para la preparación de los alimentos. Someter a cocción los alimentos crudos, carnes completamente cocidas. Conservar los alimentos en contenedores cerrados y refrigerados. No usar alimentos refrigerados después de tres días. Prohibido consumir alimentos preparados en la calle o de dudosa preparación.

3. Medicamentos indicados:

- Ácido fólico tabletas de 200 mg tomar 1 tableta diario por 1 mes y luego suspender.
- Vitaminas ACD gotas, tomar un gotero vía oral cada 24 horas por 1 mes.
- Vitamina E capsulas de 400 UI tomar 1 capsula vía oral por 1 mes

4. Registro de signos y síntomas de alarma:

- Sangrado a cualquier nivel.
- Fiebre (temperatura corporal igual o mayor a 38 °C)
- Diarrea.
- Cefalea (dolor de cabeza).
- Tos.
- Salpullido.
- Vomito constante.
- Piel y mucosas secas (deshidratación).

(Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)

Acudir inmediatamente al área de urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Dirección: Dr. Márquez No. 162. Colonia Doctores. Del. Cuauhtémoc. CP. 06720, México, Cd Mx. Teléfono: 52289917 ext. 2125.

5. Fecha de su próxima cita:

Miércoles 06 de diciembre 2017 a las 10:00 horas.

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

Ver anexo 4.

Fecha: 28/11/2017

Nombre de la enfermera: ---

IX.CONCLUSIONES.

Se abarco la elaboración de los 14 planes de cuidados ordenándolos por prioridad, se ha logrado el objetivo general que era realizar un estudio de caso aplicando el Proceso de Atención Enfermería utilizando el modelo teórico de Virginia Henderson a un paciente preescolar con dependencia en la necesidad de seguridad y protección por Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a Trasplante de Células Hematopoyéticas en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Así como el cumplimiento de los objetivos específicos del estudio de caso, se buscó la búsqueda de la mejor evidencia que fundamente el ejemplo del caso en un paciente preescolar con Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a Trasplante de Células Hematopoyéticas, encontrando 11 artículos, de los cuales son nacionales-mexicanos e internacionales- chilenos, siendo artículos en español, de estos 3 artículos son de neonatos, 1 es de lactante, 2 son escolares y 3 son de adolescentes.

Se realizó la búsqueda de 6 artículos de la mejor evidencia que fundamente el ejemplo del caso en un paciente preescolar con Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a Trasplante de Células Hematopoyéticas.

Se identificó los datos objetivos y subjetivos derivado de la valoración focalizada del paciente preescolar con Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a Trasplante de Células Hematopoyéticas.

Se realizaron 9 diagnósticos reales, 1 de riesgo y 4 de salud derivado de las fuentes de dificultad detectadas en cada una de las necesidades.

Se plasmaron 14 planes de cuidado de intervenciones especializadas en un paciente preescolar con Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a Trasplante de Células Hematopoyéticas y se ejecutaron los cuidados de cada una de las intervenciones especializadas en el paciente preescolar.

Se evaluó los cuidados de cada una de las intervenciones especializadas en un paciente preescolar con Leucemia Linfoblástica Aguda sometido a Trasplante de Células Hematopoyéticas.

Y se elaboró con la familia un Plan de Alta, que el paciente pueda realizar de manera dependiente en casa.

Se conto con todas las facilidades posibles, desde el material teórico y práctico hasta la participación del personal de la unidad de trasplante para facilitar mi aprendizaje en el proceso del paciente sometido a Trasplante de Células Hematopoyéticas.

X.SUGERENCIAS.

Para la elaboración de este estudio de caso se consultaron diversos artículos con la mejor evidencia posible, sin embargo, no fue fácil encontrarlos, por lo que sugiero dar a conocer a través de publicaciones este tipo de trabajos para tener más evidencia que respalde las investigaciones de las siguientes generaciones.

XI.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Roa, G. Proceso de cuidados de Enfermería en neonato con Epidermólisis (piel de mariposa) fundamentado en el modelo de Virginia Henderson. Portales Médicos [Internet] 2016. Enero [Citado en octubre, 2017]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-neonato-epidermolisis/>
2. C.A. Ignorosa-Nava L. González-Juárez, Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso, Enferm Univ. 2014(11) 110-6
3. Martínez C., Romero G. Neonato pretérmino con dependencia en la necesidad de oxigenación y realización. Enferm. univ 2015 12(3): 160-170.
4. Meza-Portillo C, Olvera-Arreola S, Cadena-Estrada J, Proceso enfermero en lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2013; 21 (2): 63-70
5. Castellan A, Nash N, Mendez L, et.al. Proceso de cuidados de enfermería en preescolar con Guillain Barré fundamentado en el modelo de Virginia Henderson. Portales Médicos [Internet] 2015. Enero [Citado en octubre, 2017]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-guillain-barre-henderson/>
6. Hernández A, Plan de alta y seguimiento domiciliario a un preescolar con alteraciones funcionales y morfológicas del corazón, Rev Mex Enf Cardiol 2015; 23 (1)
7. Carrillo-Medina E, Sierra Pacheco M, Proceso de atención de enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardíaca aplicando el modelo de Henderson, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2013;21 (3): 111-117

8. Dahrbacum-Solis N, Peña Silva B, Melo Severino A, Cuidado de enfermería con enfoque de integralidad en salud, aplicado a una escolar hospitalizada. *BENESSERE - Revista de Enfermería*, 2016 1(1):75-84.
9. P. Alvarado-Pacheco, M. Cruz-Jiménez, Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. *Enferm Univ.* 2013 (10):105-11
10. Gaona-Vázquez, Cruz-Jiménez M. Estudio de caso a una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. *Enferm. Univ.* 9(2): 37-45.
11. Meraz-Rosas M, Espinosa-Meneses V Alteración de la Seguridad y Protección en un Adolescente Masculino, *Desarrollo Cientif Enferm.* 2012 20(5): 169-173
12. Raile M. y Marrier A. Modelos y teorías en enfermería. 7.^a ed. Barcelona (España): Elsevier España, S.L.; 2011.
13. Phaneuf M. Cuidados de enfermería cuidados del proceso de atención enfermería 1.^a ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana de España; 1993
14. Fernández C. El proceso de tención de enfermería. Estudios de Caso. 1^a ed. Barcelona (España): Masson;1993
15. Riopelle L., Grondin L. y Phaneuf M. Cuidados de enfermería un proceso centrado en las necesidades. 1.^a ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana de España; 1993
16. Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. 1.^a ed. México: McGraw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 1996
17. Alba R., Bellido V., Cárdenas C., et. al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. 1.^a ed. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén;2010
18. Álvarez GMJ, Áukarte EI, Belaustegi AA, et.al. El modelo de Virginia Henderson y el P.A.E. En: Hospital Txagorritxu/editor. Guía de Práctica Clínica CUIDADOS CRÍTICOS DE ENFERMERÍA. Unidad De Medicina Intensiva Del Hospital Txagorritxu, 2004. p. 22-27

19. Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero fomentar el cuidado en colaboración. 5.^a ed. Barcelona (España): Elsevier Doyma, S.L.; 2003
20. Griffith J. y Christensen P. Proceso de atención enfermería aplicación de teorías, guías y modelos. 1.^a ed. México: El Manual Moderno S.A. de C.V.; 1993
21. Fundación para el desarrollo de la enfermería. Valoración de enfermería. [en línea]. Observatorio metodología enfermera. [citado el 12 de octubre de 2017] Disponible en: http://www.ome.es/media/docs/G1Doc.%20Valoraci%C3%B3n_enfermera.pdf
22. Comisión Interinstitucional de enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. México: Secretaría de Salud; 2001.
23. Agramonte A. Implicaciones éticas del uso de aplicaciones informáticas en la gestión de cuidados de enfermería. Revista Cubana de Enfermería, 2013;29(3):199-209
24. Villareal E. Dilemas éticos. Salud Uninorte, 2013; 29 (1):113-123
25. Loreto M. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. Acta Biotethica, 2015; 21(2): 311-317
26. Souza Ramos F, Cavalti L, Ambrosina M, et. al. Ethical conflicts and the process of reflection in undergraduate nursing students in Brazil. Nursing Ethics, 2014; (1): 1-12
27. Trobec I. Developing nursing ethical competences online versus in the traditional classroom. Nursing Ethics, 2014; 22(3): 352-366
28. Comisión Nacional de Bioética. Consentimiento Informado. México [Publicación periódica en línea] 2015 abril 21. [citado el 18 de octubre 2017]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html

29. Potter S, Perry H. Fundamentos de enfermería. 8ª. ed. Barcelona, España. Elsevier España, S.C.; 2015.
30. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería Kozier & Erb. 9ª. ed. Madrid, España. Pearson Educación, S.A.; 2013.
31. Unicef. Tiempo de crecer, Guía para la familia, el desarrollo de niños y niñas de 4 a 10 años. 1ª. ed. Chile. Fondo de las naciones unidas para la infancia, UNICEF; 2015.
32. Ball J, Bindler R. Enfermería pediátrica. Asistencia Infantil. 4ª. ed. ed. Madrid, España. Pearson Educación, S.A.; 2010.
33. Quintero M, Rojas A, Ruíz A, et. al. Utilidad del bandeado cromosómico con la enzima Alu I para la identificación de zonas metiladas en leucemias agudas. SABER. Revista Multidisciplinaria del Consejo de Investigación de la Universidad de Oriente. 2014; 26(4): 416-427.
34. Díaz A, Aguilar L, Vega A, et. al. Análisis de características clinicobiológicas de leucemia aguda linfoblástica (LAL) del adulto. Gac Med Mex. 2015; 151:150-6.
35. Ramírez S, Santoyo A, Collazo J, et. al. Correlación entre la edad y la cifra de leucocitos al diagnóstico de leucemia aguda. Rev Hematol Mex 2013;14:9-14.
36. Jiménez A, Samudio M, Caniza M. Factores de riesgo asociados a la sobrevida en niños y adolescentes con leucemia linfoblástica aguda. Pediatr. (Asunción), 2016; 43(1):18-26.
37. López M, Alvarado M, Álvarez J, et. al. Destino a largo plazo de adolescentes y adultos jóvenes con leucemia aguda linfoblástica (LAL) de novo tratados con un protocolo de tipo pediátrico. Gac Med Mex. 2016; 152:651-8
38. Palomo M, Gaytán J, Villegas L, et. al. Síndrome de Down y leucemia aguda linfoblástica en niños: características clínicas y resultados de tratamiento en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Gaceta Mexicana de Oncología. 2013;12(3):156-161.

39. NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Publicado en el Diario Oficial de la federación, NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, (26 de octubre 2012)
40. Aislamiento protector en pacientes inmunodeprimidos. (En línea) Plan de Vigilancia y Control Infección Nosocomial Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública (fecha de acceso el 02 de enero 2017). Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ugc_medicina_preventiva/figheros/aislamiento_protector.pdf
41. Virani T, Schouten J, Mac Connell H, et.al. Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones. 1ª ed. Toronto: RNAO Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario; 2005.
42. Hemoterapia y Reacción Hemolítica Transfusional. [En línea] [citado el 02 de enero 2017]. Disponible en: <http://medicina-ucr.com/quinto/wp-content/uploads/2015/03/Hemoterapia-y-Reacci%C3%B3n-Hemol%C3%ADtica-Transfusional.pdf>
43. Quesada C. Guías para la investigación y manejo de reacciones postransfusionales. Rev Mex Med Tran, 2013; 6 (1: 26-36)
44. Nordmark M, Roherder A. Bases científicas de la enfermería. 2ª ed. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.; 2003.
45. Colocación de sonda nasogástrica [internet]. México: UNAM, Facultad de medicina, departamento de integración de ciencias médicas, centro de enseñanza y certificación de aptitudes médicas. [consultado el 16 de enero de 2018]. Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/icm/images/cecam/01.p Medicos/COLOCACION-DE-SONDA-NASOGASTRICA.pdf>
46. Clorhexidina [internet] Argentina: Equipo de redacción de IQB (Centro colaborador de La Administración Nacional de Medicamentos,

alimentos y Tecnología Médica -ANMAT [consultado el 16 de enero de 2018]. Disponible en:

<http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c090.htm>

47. Rodríguez J, Reyes M, Jorquera R. Oxigenoterapia en pediatría. Rev. Ped. Elec. 2017; 14(1): 13-25.
48. Pérez E, Fernández A, Sánchez J. Atención sanitaria. 1ª ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana de España, S.L.; 2013.

XII.ANEXOS.

ANEXO 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

ENFERMERÍA INFANTIL

Instructivo

Para el alumno:

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

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

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

ENFERMERÍA INFANTIL

Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____ Servicio _____

I	D A T O S D E H I S T O R I A F I S I C O S	Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____ Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____ Edad de la Madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____ Escolaridad Padre: _____ Madre: _____ Niño: _____ Religión: _____ La información es proporcionada por: _____ Domicilio: _____ Procedencia: _____ Telefono: _____ Diagnóstico médico: _____ Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____
II	F A M I L I A	Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y abuelos: _____ Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____ Servicios intradomiciliarios: _____ Disposición de excretas: _____ Descripción de la vivienda: _____ Ingresos económicos de la familia: _____ Medios de transporte de la localidad: _____ _____ Mapa Familiar.

Mapa familiar

Abuelos paternos

Abuelos maternos

Padres

Hermanos

Descripción de la familia, incluyendo los antecedentes de salud y edad de cada uno de los parientes y las relaciones efectivas de la familia nuclear:

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectiva	Enfermedades

Símbolos

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

III Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?
 Horario de visita: Sí: ___ No: ___ Salas de espera: Sí: ___ No: ___ Normas sobre barandales de

HISTORIAL	camas y cunas: Sí: ___ No: ___ Permanencia en el servicio: Sí: ___ No: ___ Informes sobre el estado de salud del niño: Sí: ___ No: ___ Horario de cafetería: Sí: ___ No: ___ servicio religioso: Sí: ___ No: ___ Restricciones en la visita: _____ _____
IV ANTECEDENTES INDIVIDUALES	Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____ Lloró al nacer: ___ Respiró al nacer: ___ Se realizaron maniobras de resucitación: _____ Motivo de la consulta/hospitalización: _____ _____ <p>¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? _____</p> <p>¿Quién?: _____ ¿Cuándo?: _____ El niño es alérgico; Sí: ___ No: ___ Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico?: _____</p> <p>Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____ _____</p> Vacunación: _____
1	<p style="text-align: center;">Alimentación</p> El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad: _____ Dificultad: _____ Horario: _____ Tipo de alimentos: En puré: _____ Picados: _____ Licuados: _____ Otros: _____ ¿Come sólo? _____ ¿Con ayuda? _____ ¿Con quién come? _____ Lugar: _____ ¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____ ¿Qué alimentos rechaza? _____ Dieta especial: _____ Alergias alimentarias: _____ Otros: explique si tiene: _____ Alimentación especial: _____ _____ <p>Cantidad de alimentos: Desayuno Comida Merienda</p>

1	<p>Cereales _____</p> <p>Frutas _____</p> <p>Vegetales _____</p> <p>Carne _____</p> <p>Tipo de líquidos: Vía oral: _____ Vía Parenteral: _____</p> <p>Hábitos en los alimentos: _____</p> <p>A que edad le salieron los dientes: _____</p>														
2	<p style="text-align: center;">Eliminación</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Evacuaciones</td> <td style="width: 15%;">orina</td> <td style="width: 15%;">en el pañal</td> <td style="width: 15%;">en orinal</td> <td style="width: 15%;">en el baño</td> <td style="width: 10%;">día</td> <td style="width: 10%;">noche</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Consistencia de las heces: formadas: _____ Pastosa: _____ Blanda: _____ Líquida: _____</p> <p>Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con parásitos: _____ Grumosa: _____</p> <p>Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Café: _____ Negra: _____ Blanca: _____</p> <p>Olor: Ácida: _____ Fétida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos alimenticios: _____</p> <p>Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____ Sedimento: _____</p> <p>Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____ Maleolar: _____ Anasarca: _____</p> <p>Otros: _____</p> <p>Hábitos: _____</p> <p>Descripción de genitales: _____</p> <p>Sudoración: _____</p>	Evacuaciones	orina	en el pañal	en orinal	en el baño	día	noche	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Evacuaciones	orina	en el pañal	en orinal	en el baño	día	noche									
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____									
3	<p style="text-align: center;">Oxigenación</p> <p>Sonometría: Peso: _____ Talla: _____ Perímetros: Cefálico: _____</p> <p>Abdominal: _____ Torácico: _____ Branquial: _____</p> <p>Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____</p> <p>Pulso: _____</p> <p>Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____</p> <p>Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidea _____ Disociación toraco bdominal: _____</p> <p>Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho: _____ Lado izquierdo: _____ Ventilación: _____</p> <p>Respiración asistida: _____ controlada: _____</p>														

3	Secreciones bronquiales: Cantidad Consistencia Color Olor Tubo traqueal _____ _____ _____ _____ Cavidad oro nasal _____ _____ _____ _____ Humidificación y oxigenación: _____ _____ Tiene dificultad para respirar: Cuando come: _____ Camina: _____ Otros: _____ Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diaforesis: _____ Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____
	Reposo-sueño
	Horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: _____ Con luz: _____ Sin luz: _____ Con música: _____ Cubierto con alguna manta: _____ Otras costumbres: _____ Despierta por las noches: _____ Tiene pesadillas: _____ Duerme siesta: _____ En qué horario: _____ Valoración Neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico _____ Tranquilo: _____ Dormido: _____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____ Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____ Para el recién nacido: Reflejos, succión: _____ Deglución: _____ Nauseoso: _____ Búsqueda: _____ Moro: _____ Presión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____ Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbrincadas: _____
5	Vestido
	Condiciones de la ropa de vestir: _____ Higiene: _____ Costumbres en el cambio de la ropa: _____ Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____ Se viste solo: Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____
6	Termorregulación
	El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____ Cuando tiene fiebre, ¿cómo se la controla? _____

7	<p style="text-align: center;">Movimiento y Postura</p> <p>A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió objetos con la mirada: _____</p> <p>Se sentó: _____ Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pie: _____</p> <p>Salta alternando los pies: _____ Camina con las puntas de los pies: _____</p> <p>Camina con los talones: _____ Sobre escaleras: _____ Camina solo: _____</p> <p>Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____</p> <p>Qué postura adopta el niño al sentarse: _____ Al caminar: _____</p> <p>Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: _____</p> <p>Cambios de posición con ayuda: _____</p>
8	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> <p>Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes: _____</p> <p>Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____</p> <p>A qué edad sonríe: _____ A qué edad balbucea: _____ A qué edad dijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál? _____</p> <p>Quién lo cuida: _____ Con quien juega: _____</p> <p>Quién habla con el niño: _____ Como considera que es el niño: Alegre: _____</p> <p>Irritable: _____ Independiente: _____ Dependiente: _____</p> <p>Tímido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____ Uraño: _____</p> <p>Desordenado: _____ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo _____</p> <p>Qué hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
9	<p style="text-align: center;">Higiene</p> <p>Condiciones higiénicas de la piel: _____</p> <p>Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____</p> <p>Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: _____</p> <p>Frecuencia del cambio de ropa: _____</p>

Recreación									
10	Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____ Tienen alguna preferencia por: Los juegos: _____ Los objetos: _____ Animales: _____ Las personas: _____ Juega solo: _____ Con otros niños: _____ Con adultos: _____								
Religión									
11	¿Que prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____ _____								
Seguridad y protección									
12	Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____ _____ Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____ _____ Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____ _____ Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____ Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja: _____ Enfermedad Crónica de un familiar: _____ Otros: _____ Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____ _____ Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____ O con algún familiar o amigo: _____ Si la respuesta es sí diga, ¿cual? _____ El niño toma medicamentos en casa: Si: _____ No: _____ Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Nombre del medicamento</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Dosis</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Vía</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Fecha</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha				
Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha						

	De qué forma acostumbra a dárselos: _____
	Aprendizaje
	Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____
13	¿Que hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____ ¿Ha estado hospitalizado antes? Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿Por qué? _____ _____ ¿Cómo reaccionó? _____ ¿Que sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____ Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____ _____
	Realización
	¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____ _____
	Su hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ ¿Con quién? _____
14	Comparte juguetes: _____ Hace amistad con otros niños y adultos: _____ Imita a su papa, o a usted o algún pariente: Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo: _____ _____ _____
	Otros datos: _____ _____ _____
	Nombre de la enfermera: _____
	Fecha: _____

Análisis	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL

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

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

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

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

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____ Registro: _____

_____ Servicio: _____ Fecha: _____

Nombre del _____

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

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

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

Nombre: _____ Servicio: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Dx. Médico: _____

Registro: _____

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERIA INFANTIL

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente:

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

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

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

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

6. Fecha de su próxima cita:

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

ANEXO 2



Nombre del alumno: _____ Fecha: _____ Semestre: _____
Número del aula: _____ Edad: _____ Registro: _____
Valoración focalizada de la necesidad de: _____

I. Datos subjetivos:

II. Datos Objetivos:

Peso: _____ Talla: _____ FC: _____ FR: _____ T/A: _____ Temp. _____

Otros:

A) Observación general (hábitus externo)

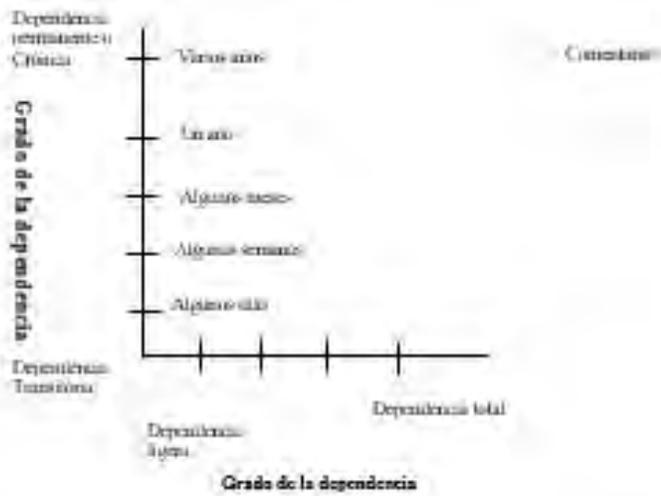
B) Exploración física

III. Tipo de relación de enfermería:

- a) Acompañamiento
- b) Suplencia
- c) Ayuda

IV. Fuentes de la dificultad (fuerza, conocimiento, voluntad)

V. Diagnóstico de Enfermería



Fitzpatrick, P. (1999). Diagnóstico de Enfermería. Diagnóstico de enfermería de 1999. Madrid: Elsevier (1999). (1999).

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

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

Consentimiento Informado para estudio de caso

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

_____ cuyo Objetivo principal es: _____

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

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

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

Nombre y firma del responsable del estudio: _____

Firma
Nombre del padre o Tutor: _____

Firma

Testigos

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

México, D.F. a _____ de _____

ANEXO 4

Nombre del paciente:

Enfermera:



Medicamentos

- Tomar únicamente los medicamentos indicados en el recetario médico.
- Lávese las manos antes de preparar medicamentos.
- Prepare los medicamentos en un área limpia.
- Respete los horarios establecidos en el hospital.
- Verifique que la dosis sea correcta.
- Utilice una jeringa por medicamento y deseche las utilizadas.
- Ingerir el medicamento inmediatamente después de su preparación.
- No suspenda ningún medicamento hasta que lo indique el médico tratante.
- No automedique a su paciente.
- Pregunte en caso de presentar dudas.

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Dr. Márquez No. 162 Col. Doctores
Del. Cuauhtémoc.

C.P. 06720, México. D.F.

Teléfono: 52289917 ext. 2125

www.salud.gob.mx

www.himfg.ed.mx



Elaboró: L.E. Alejandra Nayeli Sánchez Salas.

Revisor: E.E.I. Maricela Cruz Jiménez

Coordinadora de la Especialidad en
Enfermería Infantil.

Cuidados en el hogar posterior al trasplante de células progenitoras hematopoyéticas



ENTORNO

-La habitación debe contar con una cama, lavabo y baño privado.

-La habitación debe limpiarse todos los días y todos los que entran en la habitación deben seguir los procedimientos de aislamiento específicos.

-Todos los visitantes deben lavarse las manos antes de entrar y al salir de la habitación.

CUIDADOS DIARIOS

-Baño diario: con jabón neutro líquido y agua hervida para mantener la piel libre y limpia de gérmenes.

-Cambio de ropa diario (preferentemente de algodón).

-Lubricación de piel con crema con protección solar.

-Cuidados de la boca: es esencial mantener la boca lo más limpia posible, cepillar los dientes y la lengua, además de usar enjuagues bucales con bicarbonato (4 veces al día).

-Lubricación de los labios diario.

-Lubricación nasal.



OTROS

-Uso de lentes oscuros.

-Gorra con visera.

-Uso de cubrebocas.

ALIMENTACION

Alimentos permitidos

-Agua embotellada

-Hortalizas enlatadas.

-Jugos de vegetales enlatados.

-Cualquier fruta enlatada.

-Cualquier jugo de frutas enlatado o embotellado.

-Cualquier pan blanco o de granos enteros.

-Galletas empaquetadas.

-Cualquier cereal cocido o seco.

-Papas

-Macarrones, fideos, arroz, spaghetti.

-Carne de res bien cocida.

-Sopa caliente hecha en casa.



-Puede utilizar sal, especias, hierbas o condimentos en los alimentos sólo durante el proceso de cocción.

-Azúcar, mermelada, jalea, miel, almíbar, caramelos y chocolate.

-Café descafeinado y té (todo hecho con agua hervida)

DATOS DE ALARMA

-Sangrado a cualquier nivel.

-Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°)

-Diarrea.

-Cefalea (dolor de cabeza).

-Tos.

-Salpullido.

-Vómito constante.

-Piel y mucosas secas (deshidratación).

