

00903



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
ENFERMERIA INFANTIL II

ESTUDIO DE CASO:

**ADOLESCENTE FEMENINO CON ALTERACION DE
LA NECESIDAD DE MOVIMIENTO DEL MIEMBRO
SUPERIOR DERECHO POR TUMORACION**

QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA INFANTIL
P R E S E N T A
L.E.O. MERCADO MERCADO ANGELICA



ASESORES ACADEMICOS: LIC. ISABEL GOMEZ MIRANDA

ESCUELA NACIONAL DE LIC. GUILLERMINA MORALES GALVAN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

MEXICO, D. F., 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos :

A mis coordinadoras y profesores,
por su tiempo y apoyo brindado.

A mis compañeras,
por haber tenido la oportunidad de conocerlas
y de andar este camino juntas.

A Eva, Carlos y Norma,
por sus palabras de aliento y
apoyo incondicional.

A mi madre,
por ser un gran ejemplo de lucha y
apoyo constante,
por todo su esfuerzo para que
pudiera llegar hasta aquí y ser lo
que soy.

A Gaby, y a todos aquellos pequeñitos
por los que trataré de ser
cada día mejor.

NO PIERDAS NUNCA LA FE EN TI.

Ashley Bell.

Nunca pienses que te falta
alguna condición,
nunca dudes de tu capacidad,
nunca pongas en duda tu juicio,
nunca dejes que nadie ni nada,
te haga sentir menos de lo que eres,
porque TU eres
una persona especial.

Nunca pienses que el próximo paso
Llega demasiado lejos,
si tropiezas por el camino,
levanta la cabeza y
recuerda que las palabras o las acciones
de otras personas,
no podrán nunca lastimarte,
porque TU eres una persona especial.

No pierdas nunca la fe en ti
mira a tu alrededor,
las amistades que te rodean
porque te aman y te quieren,
te ayudan y creen en ti . . .

POR QUE TU ERES UNA PERSONA ESPECIAL.

INDICE.

INTRODUCCIÓN	6
I. SELECCIÓN Y DESCRPCIÓN DEL CASO	8
* Antecedentes personales	9
* Exploración física	10
II. OBJETIVOS	
* Generales	12
* Específicos	12
III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL ESTUDIO DE CASO	
3.1 Estudios relacionados	13
3.2 Antecedentes de enfermería	15
3.3 Teoría de enfermería relacionada	
3.3.1 Virginia Henderson y el metaparadigma	16
3.4 Proceso de enfermería	
* Desarrollo histórico del Proceso de enfermería	25
* Definiciones, funciones y elección del marco conceptual	26
* El Proceso de Enfermería	27
3.5 Consideraciones éticas	
* Ética	36
* Principios éticos	36
* Principios éticos aplicados durante el estudio de caso	37
* Código internacional de ética de enfermería	38

3.6 Proceso fisiopatológico	
* Rbdomiosarcoma	40
* Clasificación	40
* Fisiopatología	42
* Síntomas	52
* Diagnostico	53
* Tratamiento	55
* Perspectivas	56
IV. ESQUEMA METODOLÓGICO	
4.1 Selección del caso	58
4.2 Variables de estudio	59
4.3 Valoración de enfermería de las 14 necesidades básicas	61
4.4 Necesidades alteradas	64
V. RESULTADOS	
5.1 Jerarquización de necesidades y causas de la dificultad	66
5.2 Diagnósticos de enfermería	68
5.3 Plan de intervenciones	71
5.4 Obtención de resultados	91
VI. PLAN DE ALTA	93
5.1 Etapas de duelo	93

5.2 Intervenciones de enfermería	95
VI. CONCLUSIONES	96
VII. BIBLIOGRAFÍA	97
VIII. ANEXOS	99

INTRODUCCION.

En la actualidad con los avances de la ciencia, propiamente en el campo de la enfermería, ha surgido la necesidad de contar con personal altamente capacitado de aquí que las enfermeras requieran de especializarse y con ello brindar cuidados de mejor calidad en el área donde laboran. Por lo tanto, en los últimos tiempos se ha notado que en los hospitales ha surgido un gran interés por emplear el proceso de enfermería basándose en un modelo conceptual, con la finalidad de proporcionar atención integral al paciente.

El empleo de dicho modelo deberá ser aplicable en la práctica, útil en el medio y además que se le puedan hacer adaptaciones necesarias, por lo cual se seleccionó la filosofía de Virginia Henderson, quien definió los elementos principales del paradigma enfermero, que son enfermería, salud, entorno y paciente, además de identificar 14 necesidades básicas en la persona, y así con estas poder elaborar diagnósticos de enfermería que nos permitan intervenir directamente en el estado de salud con la intención de mejorarlo o bien, ayudarlo a tener una muerte tranquila.

Para llevar a cabo las intervenciones con orden lógico utilizamos el Proceso de Enfermería que consta de cinco etapas, las cuales podemos imaginar como un esquema cíclico, es decir, que podemos regresar de una etapa a otra para revalorar la funcionalidad y validez de este. Dichas etapas son : valoración, diagnóstico, intervención, ejecución y evaluación.

La elaboración del presente trabajo, se llevo a cabo durante la Especialidad en Enfermería Infantil con el fin de demostrar como podemos involucrar y unir en la práctica el cuidado especializado con el enfoque de Virginia Henderson, el proceso de enfermería, para lo cual se eligió al azar una paciente con una patología crónico degenerativa, como es el Rabdomiosarcoma Infantil del cual

se tenía un pronóstico incierto y dicho enfoque nos permitiría actuar según la situación que se presentara.

I. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO.

Se trata de adolescente femenina, de 14 años de edad, procedente del D. F., que ingresa al Instituto Nacional de Pediatría, al servicio de Oncología con diagnóstico médico de probable Rbdomiosarcoma, actualmente ya confirmado.

Dicho padecimiento inició en Agosto de 2002, con un aumento de volumen en el antebrazo derecho, ligero dolor, la paciente refiere haber creído que sufrió picadura de alacrán, sin mencionar alguna otra sintomatología.

Posteriormente, continuó el incremento de volumen, sin presencia de datos de debilidad muscular al sostener objetos o escribir, solo ligera limitación del arco de movimiento, manifestado por dificultad para peinarse por sí misma.

Por lo anterior decidieron llevarla a médico particular por no contar con seguridad social, quien indicó placa de rayos X del miembro afectado, una vez obtenidos los resultados decidió enviarla a Centro Nacional de Rehabilitación donde ingresó el 18 - Noviembre - 2002, para ser estudiada. Le es realizada una biopsia que reportó microscópicamente grupos de células tumorales malignas compatibles para Rbdomiosarcoma. El 24 - Nov - 02, inició con fiebre de 38°C, gingivorragia, hematemesis y menorragia, por lo que se ingreso a la U.C.I.; se transfundió plasma y paquete globular mejorando aparentemente en su estado de salud por lo que deciden su traslado al I.N.P., donde ingresó el 27 - Nov - 02 al servicio de oncología.

Ya en el instituto, se realizaron nuevamente las pruebas para la confirmación diagnóstica reportando :

- **Patología.** Espécimen laminillas de médula ósea, microscópicamente con abundantes células neoplásicas. Como diagnóstico final para el aspirado de médula ósea positivo para células de Rbdomiosarcoma.

- **Tomografía Computarizada simple y contrastada. Antebrazo derecho.** Tejidos blandos aumentados de volumen en relación a las capas musculares, sin involucramiento de estructuras óseas, dando la impresión de estar libres las articulaciones de codo y muñeca.
- **Tomografía Computarizada. Tórax.** No se observaron imágenes que sugieran metástasis.
- **Ultrasonograma. Hígado y vías biliares.** Normal.

Por lo anterior, se estableció el diagnóstico médico de Rabdomiosarcoma en antebrazo derecho con infiltración a médula ósea y se decidió iniciar con tratamiento de quimioterapia.

***ANTECEDENTES PERSONALES.**

Se trata de paciente del sexo femenino adolescente de 14 años, que procede del D. F. Como antecedentes tenemos que es producto de la gesta IV, cuyo embarazo llevo control prenatal regular, nació por parto eutócico, lloró y respiró al nacer. La madre refiere no recordar tiempos exactos de características de valoración de crecimiento y desarrollo como son : sostenimiento de la cabeza, fijación de la mirada, gateo, y bipedestación, sin embargo, ella menciona que la paciente era valorada periódicamente por el médico pediatra este decía que se trataba de una niña normal y sana, además la paciente cuenta con esquema completo de vacunas.

En lo que concierne a su desarrollo escolar, mantiene un promedio regular de calificaciones de 8 aproximadamente

- **Patológicos previos al padecimiento actual.** Varicela a los 7 años, cálculos renales a los 10 años tratados por médico particular.

- **Heredo familiares.** Madre padece Diabetes Mellitus tipo II, hipercolesterolemia, hipertensión arterial actualmente bajo tratamiento médico. Padre se encuentra aparentemente sano.
- **Motivo de la consulta o Internamiento.** Incremento de volumen en el antebrazo derecho, actualmente con diagnóstico confirmado de rhabdomioma.

***EXPLORACIÓN FÍSICA.**

A la exploración física se observa :

Cabeza, en tamaño normal sin embargo, muestra implantación de cabello débil como efecto secundario a procedimiento quimioterapéutico, pabellón auricular derecho con secuelas de sangrado escaso, la capacidad auditiva de ambos oídos están normales, ojos normales, con campo visual amplio, aplicación de taponamiento nasal actualmente sin datos evidentes de sangrado, cavidad oral con puntos blanquecinos en paladar y mucosas, dientes con acúmulo de secreción por deficiente aseo, labios resecos.

Cuello, con tráquea alineada, sin adenopatías presentes.

Tórax, frecuencia respiratoria de 24 respiraciones x minuto, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos regulares, rítmicos frecuencia cardiaca de 96 latidos x minuto, telarca presente.

Abdomen blando, depresible, sin dolor a la palpación, no hay distensión abdominal, peristalsis presente.

Extremidades superiores. Izquierda, con presencia de hematomas de gran tamaño abarcando gran extensión del antebrazo y brazo, edema en brazo,

además colocación de catéter central funcional en porción distal del brazo. Derecha, brazo con hematomas, antebrazo en porción distal, muestra un incremento de volumen y herida quirúrgica limpia posterior a la realización de procedimiento diagnóstico, por medio del cual se confirmó se trataba de masa tumoral, los dedos se encuentran contracturados por disminución de la movilidad, en general la extremidad muestra movilidad limitada de abducción y aducción.

Extremidades inferiores en condiciones aparentemente normales, sin embargo, muestran debilidad para la deambulación y tono muscular disminuido, con ligera limitación de la movilidad causada por periodos prolongados de reposo.

Columna vertebral alineada, sin deformidades aparentes, se palpan cuerpos vertebrales.

Genitales ubicados en el estadio II según la escala de Tanner, que describe a los genitales con presencia de vello púbico largo de textura suave y crecimiento cercano a los labios. Ano aparentemente normal.

Al momento de la valoración existe presencia de vértigo a la incorporación, piel reseca en la mayor parte del cuerpo.

Se encuentra activa y reactiva a estímulos, manifiesta estar inconforme con su estado de salud actual ya que menciona "no haber hecho nada para enfermarse", por lo tanto rechaza el medio hospitalario en el que se encuentra y expresa su deseo de irse de este, se observan actitudes de retraimiento y poca comunicación, crisis de llanto ocasional, e indiferencia hacia sus compañeros de ambiente, los familiares de estos e inclusive hacia el personal que le atiende.

II. OBJETIVOS.

*** GENERALES.**

- **Demostrar el cuidado de alta calidad que se puede brindar en la práctica mediante la realización de un estudio de caso durante la Especialidad en Enfermería Infantil.**
- **Elaborar un estudio de caso que incluya el enfoque de Virginia Henderson, y el Proceso de Enfermería en sus distintas etapas, tomando en cuenta las 14 necesidades identificadas por ella.**

*** ESPECÍFICOS.**

- **Consultar bibliografía que permita ampliar los conocimientos sobre la filosofía de Virginia Henderson y el Proceso de Enfermería.**
- **Reunir información bibliográfica a cerca del padecimiento oncológico.**
- **Realizar una historia clínica de enfermería del paciente elegido, basada en el estudio de las 14 necesidades básicas identificadas por V. Henderson.**
- **Elaborar un plan de enfermería que contribuya al mejoramiento del estado de salud o bien a proporcionar una muerte tranquila al paciente seleccionado.**
- **Incluir en el plan de enfermería el apoyo al proceso de duelo, para contribuir a proporcionar una muerte tranquila.**

III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL ESTUDIO DE CASO.

3.1 ESTUDIOS RELACIONADOS.

En la actualidad la mayoría de las veces al escuchar la palabra "cáncer" de inmediato la colocamos como sinónimo de muerte, y es debido a esto que cuando se nos informa que alguna persona cercana a nosotros padece cáncer nos es difícil asimilar la noticia de esta magnitud, esto suele parecernos aún más cruel si se trata de un niño pequeño o de un adolescente, pues se dice que en ellos el cáncer es menos frecuente que en los adultos como lo cita el Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos, en su artículo sobre Rbdomiosarcoma Infantil : el cáncer es poco común en los niños y adolescentes, los cuales deben ser referidos a centros médicos que cuenten con un equipo multidisciplinario de especialistas con amplia experiencia en el tratamiento de esta enfermedad y que incorpore a médicos, cirujanos pediatras, radiooncólogos, hematólogos, especialistas en rehabilitación, en enfermería pediátrica, trabajadores sociales y otros, con el fin de asegurarse que los pacientes reciban el tratamiento , apoyo terapéutico y rehabilitación que determinen la calidad de vida y supervivencia óptima. ¹

Sin embargo, aunque el Instituto Nacional del Cáncer en E. U. Dice que el cáncer es menos común en niños y adolescentes en España ante la presencia de un número cada vez mayor de casos de cáncer infantil Fernández y cols. Vieron la necesidad de crear un programa . de "Cuidados pallativos en el domicilio en Oncología Pediátrica", ya que muchos de los pacientes acuden a consulta de primera vez cuando el cáncer ya tuvo metástasis a órganos importantes o bien, cuando después de llevar un tratamiento no logra erradicarse y por lo tanto produce metástasis; este programa consta de actividad asistencial en el domicilio e incluye tratamiento del dolor, oxigenoterapia, hemoterapia, quimioterapia pallativa arrojando como resultado

¹ <http://www.cancer.gov> Rbdomiosarcoma Infantil

que en todos los casos favoreció la implicación de los padres en los cuidados y tratamiento del niño, pues se les ofreció apoyo técnico y emocional a la familia al permitirles permanecer en su entorno habitual en la fase de más difícil para ellos. Las encargadas de capacitar a los padres en la atención del niño en el domicilio fueron las enfermeras, quienes les enseñaron a preparar las quimioterapias y como administrarlas, controlar sus efectos secundarios, el tipo de alimentación que deberían de llevar, a controlar el dolor y brindar cuidados específicos de acuerdo a como se fueran presentando las complicaciones o bien el deterioro del niño, además de solicitar la presencia del médico cuando así se requiriera.² Con todo esto se favoreció el vínculo afectivo permitiendo una comunicación mayor entre paciente – familia, disminuyendo un poco la angustia ante el suceso de la muerte.

² FERNANDEZ N. J. M. y cols. "Cuidados paliativos en el domicilio en Oncología Pediátrica".

3.2 ANTECEDENTES DE ENFERMERÍA.

El ámbito enfermero significativo está constituido por la historia relacionada con el planteamiento del "saber" y el "quehacer", en la actividad de cuidar a lo largo de los siglos. Lo anterior se remonta a las prácticas cuidadoras ligadas a la conservación de la especie humana. En todas las etapas de la historia las madres, mujeres y esclavos han utilizado los conocimientos intuitivos o de transmisión oral, tanto en lo teórico como en la práctica lo cual es inevitable ligar a la sociabilidad humana.

Los elementos constitutivos del cuidado, son una constante sometida a algunos vaivenes de las distintas épocas. Por lo que, los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico, ya que en definitiva, desde el principio de la humanidad, surge con carácter propio e independiente. Las enfermeras aseguran la continuidad de la vida, ayudando a través de sus prácticas de cuidados, a enfrentarse a la enfermedad y / o a la muerte.

La significación histórica de los cuidados es tan obvia como la propia existencia del hombre; forma parte de nuestro quehacer como enfermeras el intentar iluminar, a la luz de la historia, el contenido propio de nuestra profesión, tratando de extraer el significado que han tenido los cuidados, ¿quién los ha proporcionado?, cómo, dónde, porqué y para qué.³

³ ALATORRE W. E. "Desarrollo histórico de la enfermería en México". P. 6 - 131

3.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA SELECCIONADA.

3.3.1 VIRGINIA HENDERSON Y EL PARADIGMA.

Virginia Henderson es una iniciadora del pensamiento científico de la enfermería. Establece una serie de conceptos, que permiten al gremio enfermero ubicar en cada situación de la práctica los elementos del paradigma y así explicarlos y abordarlos desde la óptica de la disciplina.⁴

Henderson considera su trabajo una definición más que una teoría, ya que la teoría no estaba de moda en esa época. Describe su interpretación como la "síntesis de muchas influencias, unas positivas y otras negativas".

Al no ser una teoría, se nomina como filosofía, es decir, la postura personal para visualizar la circunstancia.

Incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería.

***PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES.**

Enfermería. Henderson la define en términos funcionales como : La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud a su recuperación o a una muerte tranquila, y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Salud. No especifica una definición propia, sin embargo, considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes

⁴ OSTIGUIN M. R. M. "Método de trabajo enfermero y la filosofía de V. Henderson". P. 111

de la asistencia de enfermería. Dice que es "la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida".

Entorno. No hace una definición propia, se remite al *Webster's New Collegiate Dictionary*, 1961, que define el entorno como "el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo".

Persona. Considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como una unidad.⁵

Necesidades. No se encuentra una definición específica de necesidad, sin embargo, se menciona que 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.⁶

Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería. Dichas necesidades son :

1. Necesidad de oxigenación. La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe (inspiración) del exterior, el oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y eliminar (expiración), del interior los gases nocivos para la misma. El intercambio de gases en el acto de la respiración se realiza a dos niveles, 1º entre el organismo y el medio

⁵ MARRINER T. A., RAILE A. M. "Modelos y teorías de enfermería". P. 102 - 105

⁶ PHANEUF, M. "La planificación de los cuidados enfermeros". P. 13

ambiente, y 2° al interior del organismo, entre las células de los tejidos y la sangre, (respiración tisular).⁷

2. Necesidad de nutrición e hidratación. Es la necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.
3. Necesidad de eliminar los residuos corporales. Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo los residuos producidos por el metabolismo. La necesidad de eliminar comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios.
4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada. Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.
5. Necesidad de dormir y descansar. Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse. Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, y los gustos personales.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales. Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel. Necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y del conjunto del sistema tegumentario.

⁷ GARCIA, G. M. J. "El proceso de enfermería y el modelo de V. Henderson". P. 55

9. Necesidad de evitar los peligros. Necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.

10. Necesidad de comunicarse con los demás. Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad.

11. Necesidad de actuar según las propias creencias y valores. Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que le convengan o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

12. Necesidad de realización. Necesidad de realizar acciones que permiten ser a la persona autónoma, utilizar los recursos de que dispone para asumir su rol, para ser útil a los demás y su pleno desarrollo.

13. Necesidad de distraerse. Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversión.

14. Necesidad de aprender. Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados. La necesidad de aprender afecta a todas las demás necesidades, puesto que para satisfacerlas bien la persona debe recibir a menudo información.⁸

⁸ PHANEUF M. Op. Cit. P. 32 - 50

*SUPUESTOS PRINCIPALES.

Virginia Henderson no cita directamente lo que cree que constituyen sus supuestos principales, los siguientes han sido adaptados a partir de sus publicaciones, son características de los elementos del paradigma desde la perspectiva de Henderson :

Enfermería. La enfermera tiene la función única de ayudar, actúa como miembro de un equipo sanitario, independiente del médico, está formada en ciencias biológicas y sociales, puede apreciar las necesidades humanas básicas, los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

Persona. Debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, la mente y el cuerpo son inseparables, requiere ayuda para ser independiente, el paciente y su familia forman una unidad, sus necesidades están cubiertas por los 14 componentes de enfermería.

Salud. Representa calidad de vida, es necesaria para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, la promoción a la salud es más importante que la atención al enfermo, los individuos la recuperan o la mantienen si tiene la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

Entorno. Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, la enfermera debe tener formación en materia de seguridad, debe proteger a los pacientes de lesiones mecánicas, debe reducir las posibilidades de lesión, los médicos utilizan las observaciones de las enfermeras como base para la prescripción de dispositivos protectores, las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.⁹

⁹ MARRINER, T. A. RAILE, A. M. Op. Cit. P. 105, 106

Independencia. Es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia. Puede ser considerada como la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer sus necesidades. O bien, como la realización de actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Causas de la dificultad. Son los obstáculos o limitaciones personales del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Pueden ser por :

- Falta de fuerza. No es 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, las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
- Falta de conocimientos. Es lo relativo al saber de las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- Falta de voluntad. Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación, la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las necesidades.¹⁰

¹⁰ FERNÁNDEZ F. C. "El PAE. Estudio de casos". P. 6, 7

*AFIRMACIONES TEORICAS.

Relación enfermera – paciente.

Se identifican tres niveles en la relación enfermera – paciente que varían desde una relación dependiente a otra independiente :

1. La enfermera como un *sustituto* de algo necesario para el paciente.
2. La enfermera como *ayuda* para el paciente.
3. La enfermera como *compañera* del paciente.

En caso de enfermedad, la enfermera está considerada como "un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle *completo, íntegro o independiente*, por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento.

Durante la convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia. Henderson afirma : "La independencia es un término relativo. Ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma".

La enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico. Las necesidades básicas existen aunque se hallan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad.

La enfermera debe ser capaz de apreciar no solo las necesidades del paciente sino también las circunstancias y estados patológicos que las alteran. Henderson dice que la enfermera "debe estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita".

La enfermera puede modificar el entorno como considere necesario haciendo el mejor uso de los medios que dispone.

La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea este la independencia o una muerte tranquila. La promoción de la salud es otro de los objetivos importantes para la enfermera. Henderson afirma que "se consigue más ayudando a que cada persona aprenda a estar sana, que preparando a los terapeutas más capacitados para servir a los que lo necesiten".

La enfermera como miembro del equipo sanitario.

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. Henderson recuerda que "nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que alguno de ellos sea incapaz de realizar su función específica", dice también que "el tamaño del sector de cada miembro depende de las necesidades actuales del paciente y, por lo tanto, varía a medida que el paciente va progresando hacia la independencia".¹¹

***ETAPAS DEL METODO DE TRABAJO ENFERMERO, CON EL ENFOQUE DE VIRGINIA HENDERSON.**

Una vez precisados los términos del metaparadigma (paciente, salud, enfermera, entorno), es conveniente señalar otros conceptos que acompañan al modelo, que es el método de trabajo enfermero al cual conocemos como Proceso de Enfermería y que consta de cinco etapas que son las siguientes :

Valoración.

En esta etapa Henderson considera las 14 necesidades, las cuales no están definidas como concepto sin embargo, el término implica tener información sobre los requerimientos vitales necesarios para conservar el equilibrio del individuo como son la respiración, comer y beber, evacuar, moverse y mantener una postura adecuada, dormir y descansar, elegir la ropa adecuada mantener la

¹¹ MARRINER, RAILE "Modelos y teorías de enfermería". P. 102 - 109

temperatura del cuerpo, higiene corporal, evitar peligros, comunicarse, actuar conforme a la fe, autosatisfacción, entretenimiento y aprender.

Diagnóstico.

Henderson no hace una propuesta pero retoma la estructura de respuestas humanas Problema + Etiología + Signos y síntomas (P.E.S.).

El diagnóstico requiere claridad en el tipo de CAUSA o ETIOLOGÍA que origina el problema, es decir, es necesario determinar si la CAUSA es por CONOCIMIENTO, VOLUNTAD O FUERZA, porque de ello dependen totalmente las intervenciones a realizar.

Intervención y ejecución.

La intervención la propone en tres tipos de relaciones : las independientes en las que la enfermera sobre la base de su ámbito determina por sí sola como pertinentes para la persona; las acciones interdependientes aquellas que están sujetas a la interacción de diversos profesionales y las dependientes que corresponden a las acciones que realiza enfermería y que están sujetas a las prescripciones de otro profesional de la salud.

Evaluación.

Es una de las áreas vulnerables, en tanto que conceptualmente en la filosofía de Henderson no existen elementos con los cuales contrastar el impacto real de las intervenciones de enfermería, excepto la eliminación de la necesidad.¹²

Ella evaluaría al paciente según su grado de independencia. Sin embargo el lactante no puede ser independiente ni tampoco el paciente inconsciente.

¹² OSTIGUIN Op cit. P.112

3.4 PROCESO DE ENFERMERÍA.

*DESARROLLO HISTORICO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

El proceso de enfermería ha llegado a convertirse en una actividad organizada, que va adquiriendo, lentamente, un mayor conocimiento y aplicación en el ámbito de la práctica de enfermería.

En 1955, Lidia May pronunció una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria, durante la cual afirma que "la asistencia sanitaria es un proceso". Definió como preposiciones fundamentales : "la asistencia sanitaria al paciente, para el paciente y con el paciente", que deberían de guiar el proceso de enfermería.

La obra de I. J. Orlando, en los sesenta, ha sido citada con frecuencia por su presentación del proceso de enfermería y por la identificación de las actividades sanitarias. Propone acciones deliberadas, establece distinciones entre éstas y las actividades automáticas; fue una de las primeras que utilizó el término *Proceso de la Asistencia Sanitaria*, hoy conocido como **Proceso de Enfermería**.

En 1966 Lois Knowles presentó una descripción de un modelo que contenía las actividades de enfermería. Sugiere que el éxito depende de su maestría para desarrollar las siguientes actividades :

- a) Descubrir : adquirir conocimientos o información acerca de algo que no conocía, contribuir a la prestación de un mejor servicio.

- b) Investigar : utiliza la información del mayor número de fuentes para obtener datos acerca del paciente.

- c) **Decidir** : planear el procedimiento.
- d) **Actuar** : desarrollar en la práctica el plan que ha concebido.
- e) **Discriminar** : establecer prioridades mediante la evaluación de los problemas y necesidades del paciente.

En 1967 un comité norteamericano definió Proceso de Enfermería como "la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas de comportamiento acción del paciente, de la enfermera, y la interacción resultante. Las fases del proceso son : percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación".¹³

***DEFINICIÓN, FUNCIONES Y ELECCIÓN DEL MARCO CONCEPTUAL.**

El proceso enfermero es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas, de forma eficiente.¹⁴

El proceso de enfermería es el método enfermero de intervención que permite, tras el análisis de un caso concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado. Es un procedimiento metódico de intervención práctica; conlleva la aplicación de cuidados de enfermería, con un fin práctico e inmediato, sin aspiraciones supremas hacia una explicación o predicción.

Las funciones del proceso de enfermería se han clasificado en dos apartados :

1. Las funciones que cumple para las instituciones en las que se desarrolla la actividad enfermera.

¹³ HERNADEZ C. E. "Fundamentos de enfermería, teoría y método". P. 127 - 129

¹⁴ ALFARO L. R. "Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso". P. 4

2. Las funciones que cumple para el propio sujeto que se servirá de dicho método de intervención.

***EL PROCESO DE ENFERMERÍA.**

La finalidad es, mantener el bienestar del paciente, y si decae, proporcionarle la cantidad de cuidados necesarios para restituirlo, y en el caso de que no pudiera, debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible.

Se divide en cinco fases. Con el fin de realizar un análisis deliberado y reflexivo, es preciso distinguir las distintas fases y sugerir que la enfermera se esfuerce en definir cada acción. Esta práctica garantiza que se está persiguiendo cuidadosa, consciente y deliberadamente el "cómo" del proceso de enfermería, en definitiva el cómo de la intervención de enfermera.

Las fases o componentes del Proceso de Enfermería son :

- Valoración.
- Diagnóstico.
- Planificación.
- Ejecución.
- Evaluación.

Del modelo utilizado dependerán los componentes específicos del Proceso en su aplicación.

Valoración.

Es el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos

precedentes de diversas fuentes. Supone el establecimiento de prioridades según las necesidades del paciente, por lo que es de suma importancia hacer participar en la recogida de datos a los pacientes, a la familia y a otros profesionales.

Ofrece una base sólida, que favorece la prestación de una atención. Es necesario que la valoración sea exacta y completa, lo que debe llevar al profesional de enfermería a reunir los datos que tenga a su alcance, procedente de diversas fuentes. Estas fuentes se pueden clasificar como primarias y secundarias, identificando al paciente como la fuente primaria, para obtener los datos subjetivos y objetivos pertinentes, ya que es él, quien puede compartir con mayor precisión las percepciones y sensaciones personales sobre su situación de bienestar, identificar objetivos o problemas concretos y validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento. Las fuentes secundarias son totalmente aquellas personas o documentos a los que pueda tener acceso.

Una valoración completa puede identificar respuestas reales o potenciales. Sin embargo, puede ser poco realista o difícil de manejar; es vital establecer un sistema o marco conceptual para determinar que datos deben reunirse en primer lugar, marco que, a su vez, dependerá del modelo teórico de enfermería que se utilice.

Se recogerá la información relativa a los requisitos del desarrollo, y por último los datos referidos al estado de desviación de la salud. Se utilizan tres técnicas principales para obtener información. Estos métodos incluyen : entrevista, observación y exploración física. Los cuales proporcionan un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de los datos.

El primer paso de la fase de valoración, la recogida de datos, consiste en acumulación de información subjetiva y objetiva, actual y anterior, obtenida de

fuentes primarias y secundarias. Los principios del razonamiento crítico favorecen la adecuación de una base de datos.¹⁵

La exploración física se realiza mediante :

- **Inspección.** Es una observación directa e intencionada, es el método más socorrido para la evaluación. Es el método en el que la enfermera usa los sentidos de forma colectiva para abarcar todos los sistemas del paciente.
- **Percusión.** Es una acción de golpeteo sobre una parte determinada del cuerpo. Las puntas de los dedos se usan con mucha frecuencia para causar una vibración del tejido, colocando los dedos medio y anular de una de las manos sobre la región del cuerpo que se va a percutir, el dedo medio de la mano contraria golpea ligeramente el lecho ungueal de los otros dedos produciendo la vibración. Las partes masivas producen un sonido sordo, las estructuras huecas o llenas de aire como los pulmones producen sonidos resonantes.
- **Palpación.** Esta se vale del sentido del tacto para reunir información. El examinador utiliza el contacto físico o la presión sobre diferentes partes del cuerpo.
- **Auscultación.** Requiere el uso del sentido del oído. Hay sonidos que pueden escucharse sin utilizar un instrumento especial, sin embargo existen otros que únicamente con el uso de aparatos como el estetoscopio podemos escucharlos.¹⁶

¹⁵ HERNÁNDEZ, C. E. Op. Cit. p. 129 - 132

¹⁶ WOLF L. L. V. "Fundamentos de Enfermería". P. 342, 343

Diagnóstico.

Es el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado. Permite, entender la situación del paciente, identificando aspectos positivos derivados de la capacidad y los negativos, asociados a sus perturbaciones y limitaciones. Es un juicio acerca del problema del paciente.

Es importante no confundirlo con los objetivos, no debe ser utilizado como sinónimo de las intervenciones. Debe entenderse como una función establecida e independiente de enfermería. Se requiere capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios inteligentes; constituye una de las claves para la práctica eficaz. Por lo que existen tres principales :

1. El diagnóstico de enfermería real, es un juicio clínico sobre una respuesta, ante problemas reales de salud.
2. El diagnóstico de enfermería de riesgo, es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, para desarrollar un problema, y de otros que se encuentran en situación igual o similar. Incluyen factores de riesgo, y guían las actuaciones de enfermería para evitar que se produzca un problema.
3. El diagnóstico de enfermería de bienestar, es un juicio clínico sobre un individuo, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

Para elaborarlos se utiliza la estructura de respuestas humanas Problema, Etiología, Signos y síntomas (PES).

Planificación.

Es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo, identificadas en el diagnóstico. Durante esta fase se elaboran los objetivos, lo que hace al paciente objetivo de las acciones de enfermería, que describen la forma en que el profesional debe actuar para ayudar al paciente a conseguir los objetivos.

Se entiende como un proceso de toma de decisiones, para la realización de un plan de acción. Se debe tener en cuenta en primer lugar la elección de un marco conceptual, es decir, un modelo teórico. En segundo lugar el diagnóstico de enfermería, que es el juicio emitido sobre el estado del paciente. Por último, se decide acerca de qué es lo que se pretende conseguir; como acción técnica.

La planificación consta de cuatro etapas :

1. Establecimiento de prioridades.¹⁷ Antes que nada debe asegurarse que no hay algún problema que requiera atención inmediata.¹⁸
2. Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo. Estos dependerán del tiempo en que se haya programado, los objetivos a mediano y largo plazo se referirán a la prevención de complicaciones, a la rehabilitación y a la educación sanitaria.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería. Con la aplicación de las acciones que se describan en este momento se confirmará la validez y eficacia del mismo. Las acciones deben ir orientadas hacia la

¹⁷ HERNÁNDEZ C. E. Op. Cit. P. 133 - 135

¹⁸ GARCÍA, G. M. J. Op. Cit. P. 37

consecución de los objetivos. Deben ser claras y capaces de ser realizadas y adaptadas a la problemática.

4. Documentación del plan. Las decisiones tomadas deben ser precisadas en el plan de cuidados.

Ejecución.

Es la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos. Se ejecutan intervenciones para modificar los factores que contribuyen al problema. Esta fase está orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional es responsable.

El profesional debe ser capaz de coordinar las actividades de los distintos miembros del equipo sanitario, prestar cuidados directos al paciente y delegar responsabilidades.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas :

La primera ejecución, exige una preparación para comenzar las intervenciones. Consiste en una serie de actividades, las cuales exigen el uso del razonamiento crítico :

1. Revisión de las intervenciones para asegurarse que son compatibles.
2. Análisis del conocimiento y de las habilidades.
3. Reconocimiento de las complicaciones potenciales.
4. Proporcionar los recursos necesarios.

5. Preparación de un entorno seguro.

Un segundo momento es la propia intervención de enfermería, para cubrir la mayor parte de las necesidades. Puede incluir el inicio de las acciones independientes e interdependientes. Generalmente la ejecución se ajusta a una de estas 6 categorías :

- 1. Refuerzo de las cualidades.**
- 2. Ayuda en las actividades de la vida diaria.**
- 3. Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo.**
- 4. Comunicación con otros miembros del equipo.**
- 5. Educación.**
- 6. Prestación de cuidados para conseguir los objetivos.**

Finalmente, en la etapa de documentación el registro completo y exacto de los acontecimientos, acciones y reacciones. La calidad del registro sobre lo que la enfermera decide dejar constancia, determinará el valor de la información de la aproximación a los objetivos propuestos, las reacciones individuales y proporcionará la orientación necesaria para continuar trabajando sobre el problema.

Evaluación.

Es la última fase del Proceso de Enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta del paciente a la acción planificada. En esta fase el diagnóstico y los objetivos propuestos se utilizarán como marco para la evaluación, y las

consecuencias que producen en el paciente, constituyen el objeto de la evaluación.

El profesional determina si el plan de cuidados es adecuado, o si necesita revisión.

En ocasiones el objetivo definido puede no ser ya aplicable debido a que los cambios en las circunstancias o en el estado de salud del paciente exigen un cambio. No se consigue el objetivo porque el diagnóstico no es exacto. Se debe revisar si describe con precisión el estado del paciente. Cuando el diagnóstico no se resuelve y se han revisado los objetivos, la enfermera deberá revisar las actuaciones especificadas en el plan de cuidados y determinar porque no fueron eficaces.

Lo que se debe evaluar y cómo : la apertura conceptual para dar cabida a resultados no previstos, apertura de un enfoque que permita la recogida de datos, apertura metodológica siendo procedimientos informales realizando una compaginación de métodos experimentales, y una apertura ético política proporcionando información a todos los participantes y recogiendo opiniones de todas las persona implicadas.

Principios de referencia de la evaluación, son un marco de referencia permanente :

- Evaluación como comparación : cuando evaluamos el cuidado estamos realizando una medición. Mediante esta constatamos el estado actual del objetivo que queremos evaluar. Realizamos una comparación que reflejan el "cómo es o el cómo debería ser".

- **Evaluación como proceso y sistema :** la evaluación es "un proceso y está en proceso", juega un papel específico con respecto al conjunto de componentes que integran el cuidado como un todo.
- **Comprensividad de la evaluación :** comprometida con el hecho de aportar información sobre el proceso de enfermería. Rica en profundidad, extensión, diversidad metodológica y técnica obtenida. Debe abarcar toda la diversidad de componentes y aspectos que se presenten en el cuidado.¹⁹

¹⁹ HERNÁNDEZ, C. E. Op. Cit. P. 138 - 140

3.5 CONSIDERACIONES ETICAS.

*ETICA.

Estudia las formas de conducta o comportamiento sociales que la humanidad considera valiosas, debidas y además moralmente obligadas.

Son objeto de estudio de la ética, las actividades humanas conscientes y voluntarias que afectan a otros seres humanos o a la sociedad en su conjunto.²⁰

*PRINCIPIOS ETICOS.

No maleficencia. Este se refiere a la inocuidad de la medicina, y procede de la ética médica hipocrática. En la práctica hay que evitar hacer daño. En términos éticos, en la relación enfermera – paciente no deben producirse lesiones en la integridad del paciente que no sean las estrictamente terapéuticas.

Beneficencia. Se debe pretender que la actuación del profesional sanitario sea beneficiosa para su paciente. Hay que obrar buscando el bien del enfermo en términos terapéuticos, tiene su expresión ética de : hacer el bien y evitar el mal.

Justicia. Exige tratar a todas las personas con la misma consideración sin hacer discriminaciones por algún o ningún motivo, no sólo de raza o de ideología sino tampoco por razones de edad, inteligencia, nivel sociocultural o comportamiento. Hay que tener en cuenta que la vida y la salud no son solamente bienes personales, sino también sociales; cada persona debe ocuparse de la salud de los demás junto con la suya.

Autonomía. Pone énfasis en que en la relación paciente – enfermera la prioridad en la toma de decisiones sobre la enfermedad es la del paciente, que

²⁰ BALDERAS P.M.L. "Ética de enfermería". P. 2

decide lo que es conveniente para él, durante dicho proceso. Esta toma de decisiones es un derecho que para ser ejercido requiere una información adecuada. El consentimiento a cualquier intervención en un sujeto capaz tienen que darla el paciente. Dicha práctica es el consentimiento informado.

Las cuestiones éticas que surgen en el trabajo de enfermería pediátrica están directamente relacionadas con el tipo de paciente que se atiende. Algunas de las características del paciente infantil son :

- El niño no es un ser independiente, no tiene autonomía completa.
- Es un ser humano en desarrollo y las influencias que recibe pueden tener repercusión en su vida de adulto.²¹

*PRINCIPIOS ÉTICOS APLICADOS DURANTE EL ESTUDIO DE CASO.

No maleficencia. Al realizar la exploración física sin hacer daño a la paciente.

Beneficencia y justicia. Fueron llevados a cabo durante el principio y hasta el final del estudio de caso, ya que este se inició con el objetivo de planear actividades que contribuyan al mejoramiento del estado de salud de la paciente o bien para proporcionarle una muerte tranquila.

Autonomía. Por ser menor de edad este principio está limitado, se le informó a la paciente sobre el deseo de elaborar un plan de intervenciones expresando su consentimiento de manera verbal y fue la madre de la paciente quien autorizó el estudio de caso previa información del objetivo, posibles implicaciones y los beneficios que se esperaban obtener.

²¹ PASTOR, G. L. M. LEON, C. F. J. "Manual de ética y legislación en enfermería". P. 37, 95

***CODIGO INTERNACIONAL DE ETICA DE ENFERMERÍA.**

- 1. La responsabilidad fundamental de la enfermera tiene tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud.**
- 2. La enfermera debe aplicar en todo momento las normas más elevadas de los cuidados de enfermería y conducta profesional.**
- 3. La enfermera no sólo tiene que estar bien preparada para ejercer, sino que tiene que mantener sus conocimientos y capacidades al elevado nivel que corresponda.**
- 4. Deben respetarse las creencias religiosas del paciente.**
- 5. La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba.**
- 6. La enfermera conoce no sólo sus responsabilidades sino también las limitaciones de su función profesional; recomienda o da tratamiento médico sin orden del médico sólo en caso de urgencia e informa a éste lo más pronto posible.**
- 7. La enfermera tiene la obligación de llevar a cabo con inteligencia y lealtad las órdenes del médico y de negarse a participar en procedimientos no éticos.**
- 8. La enfermera mantiene la confianza en el médico y demás miembros del equipo de salud: la incompetencia o conducta no ética de los miembros del equipo sólo deben exponerse a la autoridad competente.**

9. La enfermera tiene derecho a una remuneración justa y sólo acepta esa compensación según prevea el contrato real o implícito.
10. La enfermera no permite que su nombre sea utilizado para la publicidad de productos ni en relación con ninguna otra forma de publicidad personal.
11. La enfermera coopera y mantiene una relación armoniosa con los miembros de otras profesiones y con sus colegas de enfermería.
12. La enfermera en su vida privada mantiene una conducta irreprochable que acredite a su profesión.
13. La conducta personal de la enfermera no debe descuidar conscientemente las normas de comportamiento aceptadas de la comunidad en que vive y trabaja.
14. La enfermera debe participar y compartir con otros ciudadanos y otras profesiones de salud la responsabilidad de iniciativas tendientes a satisfacer las necesidades de salud del público locales, estatales, nacionales e internacionales.²²

²² Código internacional de ética de enfermería. Sao Paulo Brasil.

3.6 PROCESO FISIOPATOLÓGICO.

RABDOMIOSARCOMA.

Es una enfermedad en la que empiezan a crecer las células cancerosas (malignas) en el tejido muscular. El rabdomiosarcoma es un tipo de sarcoma el cual significa que es un cáncer del hueso, de los tejidos blandos o del tejido conectivo (por ejemplo tendón o cartilago).²³

Tumor maligno, derivado de las células primitivas del músculo estriado, de localización preferentemente en cabeza y cuello, tracto genitourinario, extremidades, paredes del organismo y retroperitoneo. En algunos casos se manifiesta a raíz de un traumatismo. Los síntomas de inicio dependen de la localización del tumor y son indicativos de destrucción tisular del órgano en cuestión.²⁴

El Rabdomiosarcoma es el tipo de sarcoma más común encontrado en los tejidos blandos de los niños.²⁵

***CLASIFICACION.**

Existen varios sistemas de clasificación para el rabdomiosarcoma infantil. Las opciones de tratamiento se basan en el tamaño y la localización del cáncer, además de cuánto y hacia dónde se ha extendido.

²³ <http://www.cancer.gov.com/rabdomiosarcoma> infantil

²⁴ Diccionario de medicina Océano – Mosby.

²⁵ <http://www.cancer.gov.com/rabdomiosarcoma> infantil

Etapa 1

El cáncer se encuentra en el ojo, la cabeza, el cuello o en todos estos, o cerca de los órganos sexuales y la vejiga.

Etapa 2

El cáncer está localizado en un área solamente (pero en ninguna de las áreas de la etapa 1), mide menos de 2 pulgadas (5 cm) de tamaño y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos.

Etapa 3

El cáncer está localizado sólo en un área (de la etapa 1), mide más de 2 pulgadas (5 cm) de tamaño y puede haberse diseminado a los ganglios linfáticos que se encuentran cerca del cáncer.

Etapa 4

El cáncer se ha extendido y se encuentra en más de un lugar en el momento del diagnóstico.

Recurrente

La enfermedad recurrente significa que el cáncer ha reaparecido (recurrido) después de haber sido tratado. Puede volver al área donde comenzó o a otra parte del cuerpo.²⁶

²⁶ <http://www.anec.org.co/yerecta>

*FISIOPATOLOGÍA.

La célula en su estado normal.

La célula es la unidad básica estructural y funcional de todos los seres vivos. Existen muchos tipos diferentes de células, las cuales necesitan nutrirse para mantener la vida, utilizan casi los mismos nutrientes y emplean oxígeno, el cual se combina con los lípidos, las proteínas o los carbohidratos para liberar la energía necesaria para su funcionamiento. La mayoría tiene la capacidad de reproducirse y cada vez que se destruyen algunas de ellas, las demás del mismo tipo se reproducen hasta que vuelven a alcanzar el número correcto.

Patrones de crecimiento proliferativo.

Las células cancerosas no están sujetas a las restricciones usuales impuestas por el huésped con respecto a la proliferación celular. Sin embargo, esta proliferación no siempre indica la presencia de cáncer. El crecimiento celular anormal se clasifica como neoplásico y no neoplásico :

- **Patrones de crecimiento no neoplásico.** Los cuatro patrones comunes de crecimiento no neoplásico son :

Hipertrofia, es un aumento en el tamaño celular.

Hiperplasia, consiste en un aumento reversible del número de células de determinado tipo tisular, que produce una masa mayor de tejido.

Metaplasia, es un tipo de célula adulta que es reemplazado por otro que rara vez se encuentra en el tejido afectado.

Displasia, se caracteriza por alteraciones en las células adultas sanas, que dan lugar a una variación en el tamaño, la forma o la organización normales, o cuando se reemplaza un tipo de célula madura por otro en una etapa inferior de maduración.

- Patrones de crecimiento neoplásico.

Anaplasia, significa "sin forma", y es un cambio irreversible en el cual las estructuras de las células adultas sufren una regresión a niveles más primitivos. Es un signo distintivo del cáncer. Pierden la capacidad para realizar sus funciones especializadas y se desorganizan.

Neoplasia, significa "crecimiento nuevo", y describe una masa tisular anormal que se extiende más allá de las fronteras del tejido sano, no cumple la función normal de las células en dicho tejido. Se caracterizan por funcionamiento descontrolado, falta de regulación en la división y el crecimiento, y motilidad anormal; algunas son potencialmente lesivas para el huésped porque ocupan espacio y compiten por los nutrientes esenciales. A los crecimientos neoplásicos se les conoce como neoplasias benignas o malignas. Las benignas incluyen papilomas o verrugas, mientras que entre las malignas, capaces de destruir al huésped, se encuentran los tumores sólidos y las leucemias. Cáncer es el término común para todas las neoplasias malignas.

Características de las células cancerosas.

- Propiedades microscópicas. El examen microscópico revela cambios estructurales :

Pleomorfismo, las células cancerosas son de distintas formas y tamaños.

Hipercromatismo, la cromatina nuclear, el componente principal de los genes, es más pronunciada en la tinción.

Polimorfismo, el núcleo es más grande y su forma varía.

Aneuploidia, cantidades anormales de cromosomas.

Organizaciones cromosómicas anormales, hay numerosas posibilidades, como translocaciones, intercambio de material.

- **Propiedades cinéticas.**

Pérdida del control de la proliferación. Todas las células cancerosas poseen esta característica. La necesidad de renovación o reemplazo celular es el estímulo usual para que las células se multipliquen. La proliferación se desencadena una vez que el estímulo inicia el proceso y las células cancerosas crecen de manera continua y sin control.

Pérdida de la capacidad de diferenciación. La diferenciación es el proceso mediante el cual las células se diversifican y adquieren características estructurales y funcionales específicas. En el cáncer se refiere al grado en que las células cancerosas se asemejan a las células normales comparables. Aquellas que se parecen bastante a la célula normal pero que originan tumores de crecimiento lento, por lo general encapsulados, se denominan "bien diferenciadas". Tienen funciones y estructuras especializadas fáciles de reconocer. Las que crecen de forma rápida y no poseen características morfológicas, ni las funciones celulares especializadas en el tejido original, se llaman "indiferenciadas". Estas han perdido la capacidad de realizar funciones especializadas, esta pérdida se llama "desdiferenciación" (anaplasia). Se considera que una sola célula maligna es más virulenta cuanto más indiferenciada.

Crecimiento tumoral.

En la proliferación celular normal, el número de nacimientos celulares es casi igual al de las muertes. La necesidad que tiene el organismo de aumentar y reemplazar el número de células se inicia cuando se pierden células del mismo tipo o cuando hay exigencias adicionales de los tejidos para su funcionamiento. Todos los elementos relacionados con el crecimiento tisular normal se encuentran en el crecimiento y la reproducción de las células cancerosas, sin embargo, el fallo progresivo de los mecanismos intrínsecos en el crecimiento normal produce el crecimiento característico del cáncer.

Un concepto erróneo es que el cáncer consiste en una población de células que se reproduce con mayor rapidez que las células normales. En realidad, muchos tipos son más bien de crecimiento lento. No todas las células cancerosas pueden multiplicarse de manera indefinida.

- **Propiedades del crecimiento tumoral.**

Immortalidad de las células transformadas. Experimentan un número infinito, siempre y cuando cuenten con suficientes nutrientes y factores de crecimiento.

Disminución de la inhibición del movimiento por contacto. Para adaptarse a la proximidad de las células vecinas las células normales detienen su crecimiento.

Disminución de la inhibición de la división celular por contacto. Las células normales dejan de dividirse cuando están en pleno contacto con otras células, cuando están rodeadas simplemente dejan de dividirse. Las células cancerosas no poseen esta propiedad continúan dividiéndose e incluso se apilan unas sobre otras.

Disminución de la adhesividad. Las células cancerosas son menos adhesivas, lo que produce un aumento de su motilidad.

Pérdida de la dependencia de un anclaje. Las células cancerosas no necesitan de una superficie para anclarse y multiplicarse.

Pérdida del punto de control restrictivo. Las células cancerosas pierden la capacidad de responder a un control estricto y siguen multiplicándose a pesar de una nutrición inadecuada y de una alta densidad celular.

Carcinogénesis.

Es el proceso por el cual las células normales se transforman en cancerosas. La causa exacta de la mayoría de los tipos de cáncer aún se desconoce. Es necesario comprender los siguientes términos :

- **Agente iniciador (carcinógeno).** Es un agente químico, biológico o físico capaz de cambiar de forma permanente, directa e irreversible a la estructura molecular del componente genético de una célula. Se han identificado factores virales ambientales, o del estilo de vida, y genéticos como iniciadores de la carcinogénesis.
- **Agente promotor (co-carcinógeno).** Altera la expresión de la información genética de la célula, y en consecuencia intensifica la transformación celular. Las hormonas, los productos derivados de las plantas y los medicamentos son algunos ejemplos.
- **Carcinógeno completo.** Posee propiedades iniciadoras y promotoras y es capaz de inducir el cáncer por sí mismo. La capacidad puede relacionarse con la dosis. La radiación es un ejemplo de un carcinógeno completo relacionado con la dosis.

- **Agente restitutorio.** Inhibe los efectos de los agentes promotores estimulando las vías metabólicas celulares que destruyen los carcinógenos.
- **Oncogén.** Es un gen que ha evolucionado hasta adquirir la capacidad de controlar el crecimiento y la reparación de los tejidos. Los oncogenes incluyen los protooncogénicos y los antioncogenes.
- **Avance.** A medida que las células tumorales se multiplican, experimentan cambios en sus estructuras microscópicas; esto se conoce como avance, es decir, el cambio de un tumor desde un estado preneoplásico, hasta un tumor virulento de crecimiento rápido.
- **Heterogeneidad.** Se refiere a las diferencias entre las células individuales de un tumor. Las células tumorales pueden ser heterogéneas con respecto a su capacidad para invadir los tejidos adyacentes, su composición genética, su velocidad de crecimiento, su potencial metastásico.
- **Transformación.** Es un proceso por el cual las células se tornan cada vez más anaplásicas después de haber sido expuestas a un agente iniciador.

Teorías sobre la carcinogénesis.

Se cree que incluye dos o más pasos. La teoría de Berenblum, enunciada en 1947, afirma que el cáncer es el resultado de dos eventos distintos : iniciación y promoción. La iniciación se considera que es rápida y de tipo mutacional. El cambio lo produce un agente iniciador, como una sustancia química. El segundo suceso involucra un agente promotor y se piensa que éste ocasiona cambios en el crecimiento, el transporte y el metabolismo celular.

Con los años, la teoría de Berenblum se convirtió en la teoría de las tres etapas de la carcinogénesis.

En la primera etapa, o de iniciación, un carcinógeno daña el DNA alterando un gen específico, que : 1) es reparado y por tanto no se produce el cáncer, 2)cambia permanentemente pero no produce cáncer, a menos que se vea expuesto a la acción de un carcinógeno coadyuvante en una fecha posterior, o 3) se transforma y produce una célula cancerosa si el iniciador es un carcinógeno completo.

En la segunda etapa, o de promoción, se introducen co-carcinógenos en forma sucesiva, los cuales producen un daño reversible o irreversible del mecanismo celular de multiplicación: El daño reversible conlleva la transformación de la célula cancerosa.

En la etapa final, o de avance, hay sucesos mutagénicos y no mutagénicos, que dan lugar a cambios morfológicos dentro de la célula y grados cada vez mayores de comportamiento maligno.

Con frecuencia la distinción entre las tres etapas es borrosa y difícil, debido a la presencia de un periodo de latencia entre la exposición inicial a un carcinógeno y el desarrollo real de un tumor maligno clínicamente detectable. No se caracteriza por signos o síntomas particulares, y no se han desarrollado pruebas que detecten las células transformadoras en estado latente.

Vías de propagación de los tumores.

El cáncer puede permanecer como un proceso de invasión localizada o propagarse a lugares distantes a través de vías hematógenas o linfáticas . Algunos muestran un patrón ordenado de avance. Al comienzo, crecen localmente y, a medida que el crecimiento continúa, las células tumorales se

diseminan a los ganglios regionales y los colonizan. Por último, se producen metástasis a distancia. Otros tumores envían metástasis a órganos distantes junto con la propagación a los ganglios regionales o incluso antes de que esto suceda.

La propagación depende de una serie de acontecimientos. La propagación de las células cancerosas desde un tumor primario se producen por dos procesos principales : propagación directa a áreas adyacentes o propagación metastásica.

- **Propagación directa.** Es la capacidad de un tumor para penetrar y destruir los tejidos vecinos. Algunos factores que intensifican este proceso incluyen :

Factor tumoral de angiogénesis. Es una sustancia secretada por las células cancerosas, estimula la formación de nuevos capilares. El tumor se vasculariza, aumenta su velocidad de crecimiento y se intensifica su capacidad para invadir tejidos locales.

Presión mecánica y velocidad de crecimiento tumoral. Un crecimiento rápido origina una presión intratumoral que fuerza la entrada a los tejidos adyacentes. La duplicación descontrolada produce masas tumorales densas y expansivas que ejercen presión sobre los tejidos circundantes. Se extienden dentro del tejido normal.

Motilidad celular y pérdida de la adhesividad. Las células cancerosas tiene propensión a la locomoción, lo que, aunado a su naturaleza resbalosa, promueve su dispersión.

Enzimas secretadas por los tumores. Tienen una función importante en la destrucción de las barreras normales de los tejidos, que permite la invasión de las células cancerosas.

La propagación directa también se produce como resultado de las siembras en las membranas serosas. Después de que las células tumorales se propagan localmente y penetran, forman émbolos y adherirse a las superficies serosas de los órganos dentro de la cavidad.

- **Propagación metastásica.** La palabra metástasis proviene del prefijo griego meta que indica un cambio. Este proceso permite la liberación de células desde un lugar primario, su posterior propagación y adherencia a estructuras distantes. La capacidad de la célula cancerosa para invadir tejidos vecinos y producir metástasis a distancia es su propiedad más virulenta. Constituye una característica importante del cáncer.

La secuencia de acontecimientos en el proceso metastásico a través de las vías hematógenas (diseminación de las células tumorales a través de las venas o las arterias).

Crecimiento y avance del tumor primario. El primer requisito es el crecimiento rápido. Debe alcanzar un tamaño de un centímetro para que la metástasis sea posible.

Angiogénesis en el lugar primario. La liberación del factor de angiogénesis tumoral estimula la formación de nuevos capilares. Un tumor no vascularizado muy pocas veces produce metástasis.

Desprendimiento. Las células cancerosas son más móviles que las normales. El periodo de menor adhesión celular se da durante la mitosis;

un tumor con un alto índice mitótico puede desprender más células que un tejido normal.

Circulación de las células tumorales. Se han encontrado células tumorales en el torrente circulatorio. Parece ser que el sistema circulatorio por sí mismo es citotóxico. Cuanto más tiempo circulen las células tumorales en el torrente sanguíneo, mayor es su tasa de mortalidad.

Defención de la células tumorales en el endotelio vascular. Después de entrar en el torrente sanguíneo, las células tumorales se agrupan en los linfocitos, las plaquetas u otras células cancerosas, formando un coágulo de plaquetas y fibrina. Esto las protege del entorno hostil y promueve la metástasis.

Predilección por un lugar. El lugar y la supervivencia de las células tumorales diseminadas dependen de las cualidades y propiedades particulares de la célula tumoral como tal.

Escape de la circulación. Una vez implantadas en las paredes vasculares del órgano elegido, las células tumorales deben salir de la circulación del órgano y penetrar sus tejidos para que puedan multiplicarse (extravasación).

Angiogénesis del implante metastásico. Las células tumorales llegan al tejido extravascular, continúan creciendo, requieren la inducción de nuevos capilares. Sin abastecimiento adecuado de sangre, las células tumorales permanecen en estado de latencia y no causan daños, su viabilidad se mantiene ya que reciben la nutrición suficiente de manera difusa.

- La propagación linfática, tiene lugar cuando las células cancerosas penetran los canales linfáticos que drenan el lugar afectado. En muchos

tipos de cáncer, la primera evidencia de propagación de la enfermedad es una masa en los ganglios linfáticos que drenan el área o la región corporal donde se encuentra el tumor.

Las células cancerosas que se quedan alojadas en los ganglios linfáticos tienen diversos destinos. Pueden morir como resultado de una inflamación local o por el ambiente que encuentran; crecen formando un tumor, o permanecen en estado de latencia por razones desconocidas.²⁷

*SÍNTOMAS

A continuación se enumeran los síntomas más comunes del rhabdomioma. Cada niño puede experimentar de una forma diferente. La sintomatología varía dependiendo del tamaño y la ubicación del tumor. Los síntomas suelen no manifestarse hasta que el tumor está muy desarrollado, especialmente si este se aloja en la profundidad de un músculo o en el estómago. Los síntomas incluyen :

- Un tumor o masa visible o palpable (que puede ser dolorosa o no).
- Sangrado de la nariz, la vagina, el recto o la garganta (que puede ocurrir si el tumor se encuentra en una de estas áreas).
- Hormigueo, adormecimiento, dolor y movimiento (que puede verse afectado si el tumor comprime los nervios del área donde se sitúa).
- Una protuberancia en el ojo o párpados caídos (que puede indicar la presencia de un tumor en el globo ocular).²⁸

²⁷ OTTO S. E. "Enfermería oncológica". P. 3 - 18

²⁸ <http://www.sap.org.ar/index.htm>

El síntoma inicial más común es una masa que por lo general detecta el propio paciente o alguno de sus padres; otros síntomas varían según el lugar de origen y la existencia de metástasis. Este tipo de tumor se desarrolla con más frecuencia en la cabeza y el cuello, el tracto genitourinario, las extremidades, el tórax y el retroperitoneo. Por lo general se extiende a los pulmones, los huesos, la médula ósea, los ganglios linfáticos, el cerebro, la médula espinal y el corazón.²⁹

*DIAGNOSTICO.

Además del examen físico y la historia médica completa, los procedimientos para diagnosticar el rhabdiosarcoma pueden incluir los siguientes:

- Biopsia del tumor. Procedimiento mediante el cual se obtiene una muestra de tejido del tumor que luego se examina con un microscopio.
- Análisis de sangre y de orina.³⁰ Se debe realizar una evaluación clínica completa, de estudios de laboratorio que incluyen : biometría hemática completa, pruebas de coagulación, pruebas de funcionamiento renal y hepática.³¹
- Varios estudios por imágenes :

Radiografía. Examen de diagnóstico que utiliza rayos invisibles de energía electromagnética para generar imágenes de tejidos internos, huesos y órganos en una placa.

Ecografía (también llamada sonografía). Técnica de imágenes diagnósticas que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia y una computadora para crear

²⁹ OTTO S. E. "Enfermería oncológica" Tomo 2 P. 404

³⁰ <http://www.sap.org.ar/index.htm>

³¹ RUANO A. J. M. CALDERÓN E. C. A. "Oncología medicoquirúrgica pediátrica" P. 206

imágenes de vasos sanguíneos, tejidos y órganos. Las ecografías se utilizan para ver el funcionamiento de los órganos internos y para evaluar el flujo sanguíneo en los distintos vasos.

Tomografía computarizada (también llamada escáner CT o CAT.). Procedimiento de diagnóstico por imagen que utiliza una combinación de rayos X y tecnología computarizada para obtener imágenes de cortes transversales (a menudo llamadas "rebanadas") del cuerpo, tanto horizontales como verticales. Un escáner CT muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo como por ejemplo, los huesos, los músculos, la grasa y los órganos. La tomografía computarizada muestra más detalles que las radiografías comunes.

Resonancia magnética nuclear (RMN). Procedimiento de diagnóstico que utiliza una combinación de imanes grandes, radiofrecuencias y una computadora para producir imágenes detalladas de los órganos y las estructuras internas del cuerpo.

Centellograma óseo. Fotografías o radiografías de los huesos tomadas después haber inyectado un contraste que es absorbido por el tejido óseo. Se utilizan para detectar tumores y anomalías en los huesos.

- Otros estudios de laboratorio :

Aspiración o biopsia de la médula ósea. Procedimiento que consiste en extraer pequeñas cantidades de fluido y de tejido de la médula ósea (en general de los huesos de la cadera) para examinar la cantidad, el tamaño y la madurez de las células sanguíneas o de las células anormales.

Punción lumbar (punción raquídea). Procedimiento mediante el cual se coloca una aguja especial en la parte baja de la espalda, en el interior del conducto raquídeo (la zona que rodea a la médula espinal). Por medio de este

procedimiento se puede medir la presión que existe en el conducto raquídeo y en el cerebro. También se puede extraer una pequeña cantidad de líquido cefalorraquídeo y enviarla al laboratorio para comprobar si existe una infección o algún otro tipo de problema.

El diagnóstico incluye la clasificación y la determinación de la etapa del tumor, que son fundamentales para definir el tratamiento a seguir.

***TRATAMIENTO.**

El tratamiento específico para el rabdomiosarcoma será determinado por el médico basándose en lo siguiente:

- La edad del paciente, su estado general de salud y su historia médica.
- Qué tan avanzada está la enfermedad.
- La tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- Sus expectativas para la evolución de la enfermedad.
- Opinión o preferencia tanto del paciente, como de su familia y del médico tratante.

El tratamiento puede incluir (solo o en combinación):

- Cirugía. Resección del tumor, de la metástasis o ambos.
- Quimioterapia.
- Radioterapia.

- **Punción lumbar (para administrar los medicamentos y tratar la células cancerosas, si se encuentran en esta área).**
- **Cuidados de apoyo para los efectos secundarios del tratamiento quimioterapéutico como son : náuseas, vómito, anorexia, disminución de peso, caída de cabello; además de los efectos psicológicos que estos producen como la depresión.**
- **Antibióticos (para prevenir y tratar infecciones).**
- **Trasplante de médula ósea.**
- **Seguimiento continuo (para controlar la enfermedad y detectar reapariciones del tumor).**

***PERSPECTIVAS.**

El pronóstico depende en gran medida de lo siguiente:

- **Qué tan avanzada está la enfermedad.**
- **El tamaño y la ubicación del tumor.**
- **La presencia o ausencia de metástasis.**
- **La respuesta del tumor a la terapia.**
- **La edad y el estado general de salud.**
- **La tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.**

- Los nuevos avances en el tratamiento.

Como sucede con cualquier tipo de cáncer, el pronóstico y la supervivencia a largo plazo pueden variar considerablemente según el niño. La atención médica inmediata y una terapia intensa contribuyen a un mejor pronóstico. Si se diagnosticó a un niño con rabdomiosarcoma, el seguimiento continuo es esencial. Un paciente que sobrevive a un rabdomiosarcoma puede presentar evidencias de los efectos secundarios de la radioterapia y la quimioterapia.

También es posible que la enfermedad vuelva a aparecer.³²

³² <http://www.sap.org.ar/index.htm>

IV. ESQUEMA METODOLÓGICO.

4.1 SELECCIÓN DEL CASO.

Para la realización del presente estudio de caso se seleccionó a una paciente adolescente femenina con un padecimiento oncológico que hubiera sido diagnosticada recientemente, lo cual nos permitiría elaborar un proceso de enfermería desde el principio de la enfermedad, así como las distintas etapas de tratamiento, sus posibles complicaciones, fases críticas la recuperación o muerte.

Las variables utilizadas en este estudio de caso fueron las 14 necesidades básicas estudiadas por Virginia Henderson en su filosofía, que permitieron evaluar de una manera mas exacta el estado de salud de la paciente.

Al momento de la selección y durante el desarrollo del estudio de caso se realizaron 12 valoraciones generales y focalizadas con el fin de determinar el grado de dependencia - independencia en el que se ubicaba la paciente

Además de la filosofía de Virginia Henderson, se utilizo el Proceso de Enfermería en sus cinco etapas que son valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, todas ellas orientadas a la propuesta de las 14 necesidades básicas.

Se realizó también un plan de alta que por tratarse de una paciente con un proceso crónico – degenerativo de pronóstico incierto, fue tomado en cuenta el proceso de duelo llevado por la familia y la paciente.

4.2 VARIABLES DE ESTUDIO.

Las variables utilizadas para la valoración de la necesidades alteradas en la paciente, fueron las 14 necesidades identificadas por Virginia Henderson, las cuales se enlistan a continuación :

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminar los residuos corporales.
4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada
5. Necesidad de dormir y descansar.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar los peligros.
10. Necesidad de comunicarse con los demás.
11. Necesidad de actuar según las propias creencias y valores.
12. Necesidad de realización.

13. Necesidad de distraerse.

14. Necesidad de aprender.

4. 3 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS.

Tomando en cuenta las 14 necesidades básicas estudiadas por Virginia Henderson se realiza la siguiente valoración :

1. Necesidad de oxigenación.

No tiene un problema real, sin embargo, por ser un requerimiento vital de alto riesgo se le mantiene vigilada de manera intermitente monitorizando su saturación y vigilando que no existieran datos de dificultad respiratoria.

2. Necesidad de nutrición e hidratación.

Debido a los efectos secundarios del tratamiento y por la depresión que tiene la paciente, presenta náuseas, vómito por lo que se niega a comer.

3. Necesidad de eliminar los residuos corporales.

No puede movilizarse sola, se le proporciona el cómodo o es llevada al sanitario en silla de ruedas.

4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada.

El principal problema de la paciente era el movimiento limitado y la dificultad para la deambulación.

5. Necesidad de dormir y descansar.

Se muestra retraída, depresiva, por lo que duerme durante el día más horas que durante la noche.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse.

Se le auxilia en el cambio de ropa por la dificultad para la movilización que presenta.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal.

Por su inmunodepresión se mantiene la temperatura vigilada de manera constante para detectar de forma oportuna una elevación de esta que sugiera el inicio de infección.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel.

Por la dificultad para la movilización no puede realizar medidas higiénicas por sí misma por lo que es auxiliada.

9. Necesidad de evitar peligros.

Por la dificultad para la movilización mientras permanece en la cama se le mantienen los barandales arriba y por su estado de inmunodepresión se le mantiene en ambientes hospitalarios donde no existen pacientes con algún dato de infección.

10. Necesidad de comunicarse con los demás.

Por su depresión y retraimiento se muestra indiferente con sus compañeros de ambiente y en ocasiones se torna agresiva con ellos y con su propia familia.

11. Necesidad de actuar según sus propias creencias y valores.

No acepta su enfermedad, cree que es un castigo aunque dice no haber hecho nada para merecerlo, llora y tiene actitudes negativas constantemente.

12. Necesidad de realizarse.

No puede llevarlo a cabo del todo por encontrarse enferma e internada, y debido a su negatividad.

13. Necesidad de distraerse.

Es muy negativa por lo que muestra muy poco interés para realizar alguna actividad de acuerdo a sus capacidades.

14. Necesidad de aprender.

No muestra interés por aprender algo nuevo.

4.4 NECESIDADES ALTERADAS.

Una vez que se llevó a cabo la valoración de enfermería, se realizó la priorización de las necesidades básicas de la paciente de acuerdo a los datos obtenidos.

1. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de higiene y protección de la piel.
4. Necesidad de eliminar los residuos corporales.
5. Necesidad de evitar peligros.
6. Necesidad de oxigenación.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal.
8. Necesidad de vestirse y desvestirse.
9. Necesidad de actuar según sus propias creencias y valores.
10. Necesidad de dormir y descansar.
11. Necesidad de comunicarse con los demás.
12. Necesidad de distraerse.
13. Necesidad de realizarse.

14.Necesidad de aprender.

V. RESULTADOS.

5.1 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

Necesidad	Problema	Manifestaciones	Fuente de dificultad
Moverse y mantener una postura adecuada.	Limitación del movimiento.	Dificultad para movilizarse por sí misma.	Falta de fuerza.
Nutrición e hidratación.	Disminución en el consumo de alimentos.	Anorexia, náuseas, vómito y depresión.	Falta de fuerza. Falta de voluntad.
Higiene y protección de la piel.	Disminución del movimiento y estado de ánimo.	Dificultad para movilizarse y rechazo a las medidas higiénicas	Falta de fuerza. Falta de voluntad.
Eliminar los residuos corporales.	Dificultad para movilizarse e colocación de catéter vesical.	Riesgo de eliminación.	Falta de conocimiento.
Evitar peligros.	Inmunodepresión.	Riesgo de evitar peligros.	Falta de fuerza. Falta de conocimiento.
Oxigenación.	Movilidad disminuida, posible alteración del estado de conciencia.	Riesgo de acumulo de secreciones.	Falta de fuerza.
Mantener la temperatura corporal.	Inmunodepresión.	Riesgo de infección.	Falta de conocimiento.

Necesidad	Problema	Manifestaciones	Fuente de dificultad
Vestirse y desvestirse.	Dificultad para la movilidad.	Dificultad para vestirse y desvestirse por sí misma.	Falta de fuerza. Falta de voluntad.
Actuar según sus propias creencias y valores.	Dificultad para aceptar su enfermedad.	Creía que era un castigo, llanto y actitudes negativas.	Falta de conocimiento. Falta de voluntad.
Dormir y descansar.	Depresión.	Dificultad para conciliar el sueño.	Falta de fuerza.
Comunicarse con los demás.	Depresión.	Retraimiento, indiferencia y agresividad.	Falta de fuerza. Falta de voluntad.
Distraerse.	Negatividad.	Poco interés en realizar alguna actividad.	Falta de fuerza. Falta de voluntad.
Realizarse.	Dificultad para la movilidad, negatividad.	Dificultad para moverse por sí misma, e internamiento.	Falta de conocimiento. Falta de fuerza. Falta de voluntad.
Aprender.	Desinterés.	Falta de interés por aprender algo nuevo	Falta de voluntad.

5.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA.

1. Alteración de la necesidad de movimiento r/c proceso oncológico, dolor, efectos de tratamiento quimioterapéutico m/p disminución del arco de movimiento del miembro torácico derecho, contracturas, debilidad muscular, dificultad para la deambulación, vértigo, movimiento de extremidades limitado.
2. Alteración de la necesidad de nutrición e hidratación r/c efectos de quimioterapia, estado de ánimo, y entorno, m/p disminución de la ingesta, anorexia, depresión, náuseas, vómito, rechazo a la dieta proporcionada por el hospital.
3. Alteración de la higiene personal y protección de la piel r/c movilidad disminuida, y estado de ánimo, m/p dificultad para movilizarse y realizar las medidas higiénicas necesarias, así como rechazo a ellas.
4. Riesgo de alteración de la higiene personal y protección de la piel r/c administración de líquidos intravenosos por periodo prolongado y movilidad disminuida.
5. Riesgo de alteración de la necesidad de eliminar los residuos corporales r/c dificultad para movilizarse, colocación de sonda vesical por periodo prolongado, nutrición e hidratación alterada e incomodidad.
6. Riesgo de alteración de la necesidad de evitar peligros r/c administración de quimioterapia, inmunodepresión, colocación de catéteres centrales y periféricos, sonda vesical, dificultad para la movilización, riesgo de caída.

7. Riesgo de alteración de la necesidad de oxigenación r/c movilidad disminuida, posible alteración del estado de conciencia y deterioro neurológico, probable acumulo de secreciones.
8. Riesgo de alteración de la temperatura corporal por arriba de los límites normales r/c inmunodepresión, riesgo de infección, ropa inadecuada para el ambiente hospitalario.
9. Riesgo de alteración de la temperatura corporal por debajo de los límites normales r/c disminución de la temperatura ambiental, uso de ropa inadecuada para el ambiente hospitalario, estado de Inmunocompromiso.
10. Alteración de la necesidad de vestirse y desvestirse r/c dificultad para la movilidad, flacidez, debilidad muscular, rigidez articular, m/p dificultad para vestirse y desvestirse en forma adecuada y por sí misma.
11. Alteración de la necesidad de vivir según sus creencias y valores r/c la fase de aceptación de la enfermedad, aspecto físico alterado, caída de cabello y la hospitalización m/p rechazo al medio hospitalario, crisis de llanto e indiferencia hacia el medio, al personal que le atiende a sus compañeros de ambiente, rebeldía, depresión, irritabilidad y negativismo.
12. Alteración de la necesidad de dormir y descansar r/c estado emocional, entorno, efectos de tratamiento m/p disminución de las horas de sueño por la noche e incremento de estas durante el día.
13. Alteración de la necesidad de comunicarse con los demás r/c angustia y temor a personas desconocidas m/p retraimiento, conversación escasa con los compañeros de ambiente y personal que le atiende.

- 14. Alteración de la necesidad de distraerse r/c fase de aceptación de la enfermedad, depresión, dificultad para movilizarse por sí misma, dificultad para la deambulaci3n, negativismo m/p falta de inter3s para realizar actividades recreativas.**
- 15. Alteraci3n de la necesidad de realizarse r/c aceptaci3n de la enfermedad, Internamiento, depresi3n crisis de llanto, negativismo m/p negaci3n a realizar actividades dentro del ambiente hospitalario y comentar su deseo de ser dada de alta.**
- 16. Alteraci3n de la necesidad de aprender r/c aceptaci3n de la enfermedad, depresi3n m/p baja autoestima y desinter3s por aprender algo nuevo.**

5.3 PLAN DE INTERVENCIONES.

1. Alteración de la necesidad de movimiento r/c proceso oncológico, dolor, efectos de quimioterapia m/p disminución del arco de movimiento del miembro torácico derecho, contracturas, debilidad muscular, dificultad para la deambulaci3n, v3rtigo, movimiento de extremidades limitado.

- **Objetivo.**

Disminuir el da3o que existe actualmente en las extremidades de la paciente por medio de ejercicios f3sicos.

- **Intervenciones de enfermer3a.**

a) Planificar programa de ejercicios f3sicos seg3n las capacidades de la paciente, iniciando con movimientos pasivos.

b) Ayudar a la paciente en sus movimientos seg3n su necesidad.

c) Realizar cambios posturales por lo menos cada 2 horas.

- **Fundamentaci3n.**

La actividad es el movimiento que acompa3a a las tareas de la vida. El movimiento del cuerpo es necesario tanto para el trabajo como para el juego. El sistema muculoesquel3tico del organismo consta de estructuras de las que el cuerpo se vale para proporcionar apoyo y movimiento. El objeto del ejercicio es favorecer la salud y el bienestar al mismo tiempo que previenen todo posible da3o o complicaciones por lo que este debe ser gradual.³³

³³ WOLF, L. L. V. KUHN, T. B. Op. Cit. P. 184 - 205

- **Evaluación.**

Se logra incrementar la actividad física y disminuir las contracturas.

2. Alteración de la necesidad de nutrición e hidratación r/c efectos de quimioterapia, estado de ánimo, y entrono, m/p disminución de la ingesta, anorexia, depresión, náuseas, vomito, rechazo a la dieta proporcionada por el hospital.

- **Objetivo.**

Incrementar el consumo de alimentos que favorezcan el estado de salud actual.

- **Intervenciones de enfermería.**

a) Disminuir las náuseas y los vómitos con la administración de medicamentos antieméticos 30 minutos antes de que le sean servidos los alimentos .

b) Conocer los gustos y los hábitos alimenticios de la paciente.

c) Solicitar a la dietista que preferentemente y en lo posible envíe alimentos que sean del agrado de la paciente.

d) Motivar a la paciente a seguir un régimen alimenticio, explicándole los beneficios de una alimentación sana.

e) Ofrecer las comidas a buena temperatura, a horas regulares y con presentación agradable.

f) Proporcionar alimentos frescos, de consistencia suave y que no induzcan las náuseas y el vomito.

- **Fundamentación.**

Cada día se cuenta con más evidencias de que el consumo de los alimentos, o la falta de éste actúa sobre la salud y el bienestar. El modificar y regular los alimentos ha sido una técnica estandarizada en el tratamiento de enfermedades.³⁴ Muchos de los pacientes oncológicos presentan falta de apetito ocasionado por la enfermedad o por los tratamientos antineoplásicos, lo que trae como consecuencia la pérdida de peso y desnutrición, por lo que la enfermera debe tomar en cuenta dichos procesos y estar capacitada para cubrir los requerimientos.³⁵

- **Evaluación.**

No se logra incrementar la ingesta de alimentos.

3. Alteración de la higiene personal y protección de la piel r/c movilidad disminuida, estado de ánimo, m/p dificultad para movilizarse y realizar las medidas higiénicas necesarias, así como rechazo a ellas.

- **Objetivo.**

Mantener una higiene adecuada, evitando la presencia de complicaciones en el estado de salud actual de la paciente.

- **Intervenciones de enfermería.**

a) Motivar a la paciente a que se realicen medidas higiénicas, explicándole el bienestar y comodidad que sentirá después del baño.

³⁴ Ibidem P. 141

³⁵ Manual de actualización para enfermería onco – hematológica P. 88

b) Ayudar a la paciente en el cuidado de su higiene auxiliándola en el cepillado de dientes, en el baño y en el peinado, así como en el lavado de manos.

- **Fundamentación.**

La higiene se ocupa del establecimiento y preservación del bienestar mediante el cuidado personal. Las formas que adopta la higiene personal no son siempre las mismas, ya que los valores y percepciones de la persona en torno a su propia salud dependen en gran medida del grado en que se cuida a sí mismo, incluyendo la higiene y arreglo personal por lo que una de las tareas esenciales de la enfermera consiste en favorecer la higiene personal de modo tal que conduzca al bienestar y a la salud.³⁶

- **Evaluación.**

Se logra mantener una higiene adecuada.

4. Riesgo de alteración de la higiene personal y protección de la piel r/c administración de líquidos intravenosos por periodo prolongado y movilidad disminuida.

- **Objetivo.**

Evitar la aparición de lesiones dérmicas en la paciente vigilando la administración correcta de líquidos IV.

- **Intervenciones de enfermería.**

a) Cambios posturales por lo menos cada 2 horas.

³⁶ WOLF, L. L. V KUHN, T. B. Op. Cit. P. 91

b) Vigilar la zona de punción y la permeabilidad de la vía donde se administra la quimioterapia.

c) Dar masaje para favorecer la circulación sanguínea en los sitios de presión.

d) Colocar almohadillas suaves en las articulaciones donde exista mayor presión.

- **Fundamentación.**

La piel intacta constituye una barrera contra los microorganismos, al mismo tiempo sirve para retener los líquidos y las proteínas dentro de las células y tejidos. Las úlceras por presión se originan donde la piel está lesionada y además puede ocurrir una destrucción eventual del tejido subyacente. Las enfermeras deben dirigir sus esfuerzos para proteger la integridad de la piel y no verse luego en la necesidad de recurrir a tratamientos drásticos para curar las úlceras por presión.³⁷

- **Evaluación.**

No se presentan úlceras por presión, ni lesiones dérmicas por administración de líquidos IV.

5. Riesgo de alteración de la necesidad de eliminar los residuos corporales r/c dificultad para movilizarse, colocación de sonda vesical por periodo prolongado, nutrición e hidratación alterada e incomodidad.

³⁷ *Ibidem* P. 633

- **Objetivo.**

Evitar alteraciones de la eliminación de residuos en la paciente como consecuencia de efectos secundarios de tratamiento.

- **Intervenciones de enfermería.**

a) Previo al retiro de la sonda realizar ejercicios vesicales como pinzamiento intermitente de la sonda .

b) Vigilar que después del retiro de la sonda no exista disuria, oliguria o anuria.

c) Insistir en el consumo de una dieta adecuada.

d) Proporcionar masajes abdominales para favorecer la eliminación intestinal.

- **Fundamentación.**

La eliminación del exceso de líquidos y de materiales de desecho es una necesidad básica. El sistema urinario lo hace a través de un líquido llamado orina, y el sistema gastrointestinal lo hace por medio de las evacuaciones. Algunos pacientes pueden experimentar dificultad para la eliminación urinaria sobre todo si la vejiga ha estado cateterizada por un tiempo prolongado por lo que la enfermera debe estar atenta a reportar cualquier cambio que se presente después del retiro de la sonda al momento de orinar y las características de esta, además de que exista una eliminación intestinal de características normales acordes a las condiciones de salud de la paciente.³⁸

³⁸ Ibidem P 687, 698, 743.

- **Evaluación.**

Previo al retiro de la sonda se realizaron los ejercicios vesicales por lo que no existen problemas de eliminación urinaria una vez que se retiró la sonda, las evacuaciones eran de características normales.

6. Riesgo de alteración de la necesidad de evitar peligros r/c administración de quimioterapia, inmunodepresión, colocación de catéteres centrales y periféricos, sonda vesical, dificultad para la movilización, riesgo de caída.

- **Objetivo.**

Evitar la adquisición de infecciones oportunistas y las lesiones por caídas en la paciente.

- **Intervenciones de enfermería.**

- a) Preguntar al médico tratante sobre el estado inmunológico de la paciente.
- b) Evitar el contacto con personas con datos de infección.
- c) Realizar curación periódica de catéteres centrales.
- d) Vigilar que no existan datos de infección en catéteres centrales, periféricos y vesicales.
- e) Mantener elevados los barandales de la cama.

- **Fundamentación.**

El sitio donde se coloca un catéter se considera como una herida abierta. Conviene vigilar y cubrir la herida con intervalos regulares, según las normas del hospital, se recomienda que esto sea cada 24 horas, haciendo anotaciones de las condiciones en que se encuentra el catéter del paciente. En algunas ocasiones se utilizan pomadas antimicrobianas, y es muy importante que se lleven a cabo las medidas de asepsia durante la revisión del catéter, ya que los organismos patógenos podrían circular fácilmente a otras áreas del cuerpo si se les permite el acceso al flujo de sangre.

Los barandales en la cama son un dispositivo de seguridad que nos ayuda para evitar lesiones por caída en los pacientes que se encuentran inmóviles o que presentan alguna dificultad de movimiento. Es muy importante que la enfermera que está en contacto con este tipo de paciente tenga presente que mientras ella no este vigilando directamente al paciente los barandales deberán mantenerse siempre elevados y asegurados para evitar cualquier accidente.³⁹

- **Evaluación.**

Debido al estado inmunológico de la paciente se presenta una infección oportunista aún cuando se mantiene alejada de personas con evidencia de infección, sin embargo esta no se relaciona con los catéteres, no se presentan lesiones por caídas.

7. Riesgo de alteración de la necesidad de oxigenación r/c movilidad disminuida, posible alteración del estado de conciencia y deterioro neurológico, probable acúmulo de secreciones.

³⁹ *Ibidem* P. 511, 841.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

- **Objetivo.**

Disminuir el riesgo de alteración de la oxigenación valorando de manera continua el estado de conciencia.

- **Intervenciones de enfermería.**

a) Hacer preguntas sencillas a la paciente que permitan valorar su estado de conciencia.

b) Realizar cambios posturales por lo menos cada 2 horas.

- **Fundamentación.**

Para determinar el nivel o grado de conciencia de un paciente, si se encuentra despierto y responde a preguntas sencillas de orientación como la fecha del día que esta viviendo no será necesario hacer un examen más exhaustivo a menos que se detecte alguna dificultad para responder este tipo de preguntas.⁴⁰

- **Evaluación**

La paciente siempre responde de manera rápida y adecuada a preguntas sencillas de orientación.

8. Riesgo de alteración de la temperatura corporal por arriba de los límites normales r/c inmunodepresión, riesgo de infección, ropa inadecuada para el ambiente hospitalario.

⁴⁰ *Ibidem* P. 357.

- **Objetivo.**

Mantener la temperatura corporal de la paciente durante su estancia hospitalaria para evitar complicaciones por el incremento de esta.

- **Intervenciones de enfermería.**

a) Vigilar la temperatura corporal por lo menos cada 4 horas.

b) Evitar el contacto con personas con algún dato de infección.

c) Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, usando ropa adecuada.

d) Aplicar medios físicos en caso de un incremento de temperatura y si no disminuye administrar medicamentos antipiréticos.

- **Fundamentación.**

Los cambios de la forma en como el cuerpo se desempeña suelen reflejarse en la temperatura corporal, frecuencia respiratoria, pulso y presión arterial. Los mecanismos corporales que regulan estas funciones son extremadamente sensibles y responden de inmediato a los cambios experimentados por la salud. La temperatura corporal fluctúa en una amplitud notoria por lo que cualquier alteración en esta deberá de reportarse de inmediato al médico y tratar de regularla, en este caso la enfermera hará uso de medidas específicas como son las compresas húmedas o frías lo que conocemos comúnmente como medios físicos y en caso de ser necesario, deberá administrar medicamentos que hagan que esta disminuya hasta encontrarse en límites normales.⁴¹

⁴¹ Ibidem P. 290 – 299.

- Evaluación.

Al inicio del proceso infeccioso hubo incrementos de la temperatura que se logran controlar con medios físicos y medicamentos.

9. Riesgo de alteración de la temperatura corporal por debajo de los límites normales r/c disminución de la temperatura ambiental, uso de ropa inadecuada para el ambiente hospitalario, estado de inmunocompromiso.

- Objetivo.

Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.

- Intervenciones de enfermería.

- a) Insistir a la paciente use ropa adecuada para el hospital.
- b) Proporcionar ropa abrigadora en caso de un descenso de la temperatura ambiental.

- Fundamentación.

La temperatura ambiental suele variara un poco de acuerdo al periodo del día, más baja en la madrugada que en la media tarde y en las primeras horas de la noche. Esta variación normal tiende a acentuarse en personas enfermas y aquellas que pasan por experiencias emocionales como la depresión y apatía en las que tienden a presentar temperaturas más bajas que las consideradas normales.⁴²

⁴² Ibidem. P. 294.

- **Evaluación.**

Se logra mantener la temperatura corporal de la paciente dentro de los límites normales con el uso de ropa adecuada en el hospital y de acuerdo a la temperatura ambiental.

10. Alteración de la necesidad de vestirse y desvestirse r/c dificultad para la movilidad, flacidez, debilidad muscular, rigidez articular, m/p dificultad para vestirse y desvestirse en forma adecuada y por sí misma.

- **Objetivo.**

Proporcionar ayuda a la paciente para que vista de una forma adecuada durante su estancia en el hospital.

- **Intervenciones de enfermería.**

a) Colocar cerca de la paciente la ropa que va a vestir.

b) Ayudar a la paciente a vestirse y desvestirse cuando se le dificulte o bien cuando ella así lo solicite.

- **Fundamentación.**

En ocasiones el paciente no puede vestirse y/o desvestirse por sí mismo por lo que la enfermera deberá estar dispuesta a ayudar al paciente o realizarlo ella misma, ya que en ocasiones este se encuentra con movimientos limitados a causa de su enfermedad, por tener algún dispositivo ortopédico o bien por tener alguna discapacidad motriz.⁴³

⁴³ Ibidem. P. 242.

- **Evaluación.**

Se logra que la paciente se vistiera con ayuda y de forma adecuada.

11. Alteración de la necesidad de vivir según sus creencias y valores r/c la fase de aceptación de la enfermedad, aspecto físico alterado, caída de cabello y la hospitalización m/p rechazo al medio hospitalario, crisis de llanto e indiferencia hacia el medio, al personal que le atiende y a sus compañeros de ambiente, rebeldía, depresión, irritabilidad y negativismo.

- **Objetivo.**

Favorecer la aceptación de la en la paciente para mejorar su estado de ánimo actual.

- **Intervenciones de enfermería.**

a) Brindarle confianza y seguridad a la paciente.

b) Permitirle a la paciente que exprese sus sentimientos y aclare sus dudas acerca de sus enfermedad.

c) Crear terapias ocupacionales motivando a la paciente a que converse con los compañeros de ambiente, realizando trabajos manuales de acuerdo a sus propias capacidades.

d) Proporcionar medidas distractoras como radio y TV.

- **Fundamentación.**

Las expectativas de vida aumentan cada año, no obstante se sigue considerando a la muerte como lo único cierto en la vida. Las enfermeras son probablemente las personas que guardan una estrecha relación con los niños que se encuentran en etapas terminales de la enfermedad, y para quienes la muerte es ya inminente. Mediante observaciones, se ha descubierto que la mayor parte de los pacientes se percatan de lo irremediable de su condición aún cuando no se les notifica al respecto, por lo que debe permitírseles exponer sus sentimientos, aclarar sus dudas y crear medidas distractoras para evitar actitudes negativas de retraimiento que faciliten la aceptación de su estado de salud.⁴⁴

- **Evaluación.**

Se logran disminuir las crisis de llanto, y que la paciente exprese sus sentimientos de temor y angustia, también disminuye su indiferencia hacia el medio, sin embargo, no se logra la aceptación de la enfermedad.

12. Alteración de la necesidad de dormir y descansar r/c estado emocional, entorno, efectos de tratamiento m/p disminución de las horas de sueño por la noche e incremento de estas durante el día.

- **Objetivo.**

Favorecer el descanso y sueño en la paciente creando medidas distractoras durante el día y de relajación durante la noche.

⁴⁴ Ibidem P. 1043 - 1045

- **Intervenciones de enfermería.**

a) **Administrar medicamentos que disminuyan los efectos secundarios de la quimioterapia.**

b) **Crear medidas distractoras de acuerdo a las capacidades de la paciente para mantenerla ocupada durante el día.**

c) **Proporcionar masajes corporales, disminuir el ruido, poner música relajante, apagar luces por la noche todo esto con el fin de favorecer el sueño.**

- **Fundamentación.**

La tensión y ansiedad comúnmente asociadas a la enfermedad, perturban la calidad del descanso y sueño. En los hospitales existen innumerables condiciones que interfieren con el sueño de los pacientes, entre estas se incluyen los ruidos producidos por los instrumentos médicos, el ser despertado para proporcionarle cuidados asistenciales, y es precisamente el interrumpir el sueño lo que disminuye la calidad de los cuidados. Es por esto que cuando un paciente recibe tratamiento de quimioterapia la enfermera deberá ser muy precisa en la administración de los medicamentos antiheméticos antes de que el paciente se encuentre dormido ya que habrá comenzado su efecto y una vez que el paciente concilie el sueño ya habrá disminuido o desaparecido el vomito.

Además la enfermera deberá crear las condiciones necesarias para favorecer el descanso del paciente e interrumpir el sueño en las menos ocasiones posibles.

- **Evaluación.**

Se le mantiene ocupada por periodos regulares de tiempo durante el día, por lo que disminuyen las horas de sueño durante esta y se incrementan por la noche.

13. Alteración de la necesidad de comunicarse con los demás r/c angustia y temor a personas desconocidas m/p retraimiento, conversación escasa con los compañeros de ambiente y personal que le atiende.

- **Objetivo.**

Mejorar la comunicación de la paciente con las personas que le rodean propiciando pláticas que motiven su interés.

- **Intervenciones de enfermería.**

a) Preguntar e investigar sobre los temas que le interesan a la paciente.

b) Motivar a la paciente a que exponga sus sentimientos.

c) Propiciar una plática entre la paciente, compañeros de ambiente y personal que le atiende.

- **Fundamentación.**

La enfermera puede descubrir que en algunos casos, los cuidados requeridos por los pacientes terminales resultan demasiado complejos o difíciles para la familia ya que es posible que no cuenten con la fortaleza física y emocional necesaria para tratar a la persona que se encuentra en esta fase.

El paciente que está por morir requiere apoyo emocional, quizá en mayor medida que en cualquier otra etapa de su padecimiento y de su vida. La enfermera puede ayudar al paciente, comprendiendo temores naturales, propiciando la comunicación y ayudando a los familiares y al propio paciente a aceptar la realidad.⁴⁵

- Evaluación.

Manifiesta no tener un tema específico de interés, sin embargo logra mantener una conversación regular con sus compañeros y el personal.

14. Alteración de la necesidad de distraerse r/c fase de aceptación de la enfermedad, depresión, dificultad para movilizarse por sí misma, dificultad para la deambulación, negativismo m/p falta de interés para realizar actividades recreativas.

- Objetivo.

Proporcionar a la paciente medidas distractoras que motiven el interés de la paciente.

- Intervenciones de enfermería.

- a) Preguntar sobre juegos, revistas libros y música que le gustan a la paciente.
- b) Motivar a la paciente a que vea algún programa que motive su interés.
- c) Permitirle que exprese sus dudas e inquietudes a cerca de su enfermedad.

⁴⁵ Ibidem P. 1053, 1058.

- **Fundamentación.**

Algunas personas enfermas y sobre todo aquellas que se encuentran en fase terminal suelen pasar por distintas etapas de negación, indiferencia, etc. hasta llegar a la aceptación. Sin embargo mientras esto sucede la enfermera suele ser la persona indicada para proporcionar medidas distractoras sin que el paciente se sienta agredido en sus sentimientos.⁴⁶

- **Evaluación.**

No se logra distraer a la paciente.

15. Alteración de la necesidad de realizarse r/c aceptación de la enfermedad, internamiento, depresión crisis de llanto, negativismo m/p negación a realizar actividades dentro del ambiente hospitalario y comentar su deseo de ser dada de alta.

- **Objetivo.**

Motivar a la paciente a que lleve a cabo actividades de autorrealización.

- **Intervenciones de enfermería.**

- a) Proporcionar a la paciente libros de estudio de acuerdo a su nivel escolar.
- b) Motivar a la paciente para que realice actividades de regularización escolar.

⁴⁶ *Ibidem.* P. 1053.

- **Fundamentación.**

Cuando alguna persona es internada sobre todo si aún es estudiante una de sus mayores angustias es el no asistir a sus clases lo que le traería como consecuencia retrasarse en sus estudios por lo tanto, es parte de las funciones de la enfermera contribuir a que disminuyan los periodos de angustia lo que incluye cubrir sus necesidades de estudio en la medida de lo posible y de acuerdo a las capacidades del paciente.⁴⁷

- **Evaluación.**

No se logra motivar a la paciente a que estudie o lea algún libro que sea de su interés.

16. Alteración de la necesidad de aprender r/c aceptación de la enfermedad, depresión m/p baja autoestima y desinterés por aprender algo nuevo.

- **Objetivo.**

Motivar a la paciente a que realice lecturas de aprendizaje a cerca de su enfermedad o de algún tema de interés.

- **Intervenciones de enfermería.**

a) Proporcionar libros de estudio.

b) Investigar sobre las tareas escolares de la paciente con algún compañero.

⁴⁷ Ibidem P. 122.

- **Fundamentación.**

Los pacientes que se encuentran en etapa estudiantil casi siempre se muestran interesados en seguir aprendiendo aún cuando se encuentran hospitalizados por lo que en ocasiones solicitan les sean llevados algunos libros que le permitan continuar estudiando o bien piden a los padres o a la enfermera a cargo que soliciten las tareas con sus compañeros de clase para que no se retrasen mucho en su desarrollo escolar.⁴⁸

- **Evaluación.**

No se logra motivar el interés de la paciente por aprender algo nuevo.

⁴⁸ *Ibidem.* P. 125

5.4 OBTENCIÓN DE RESULTADOS.

De acuerdo a la valoración de enfermería tomando en cuenta las 14 necesidades básicas, se obtienen los siguientes resultados, para lo cual se dio un porcentaje de resolución arbitrario con la intención de mostrarlos de manera gráfica :

Necesidad	Problema	Manifestaciones	Porcentaje de resolución
Moverse y mantener una postura adecuada.	Limitación del movimiento.	Dificultad para movilizarse por sí misma.	70 %
Nutrición e hidratación.	Disminución en el consumo de alimentos.	Anorexia, náuseas, vómito y depresión.	40 %
Higiene y protección de la piel.	Disminución del movimiento y estado de ánimo.	Dificultad para movilizarse y rechazo a las medidas higiénicas	95 %
Eliminar los residuos corporales.	Dificultad para movilizarse e colocación de catéter vesical	Riesgo de eliminación.	90 %
Evitar peligros.	Inmunodepresión.	Riesgo de evitar peligros.	50 %
Oxigenación.	Movilidad disminuida, posible alteración del estado de conciencia.	Riesgo de acumulo de secreciones.	100 %

Necesidad	Problema	Manifestaciones	Porcentaje de resolución
Mantener la temperatura corporal.	Inmunodepresión.	Riesgo de infección.	90 %
Vestirse y desvestirse.	Dificultad para la movilidad.	Dificultad para vestirse y desvestirse por sí misma.	80 %
Actuar según sus propias creencias y valores.	Dificultad para aceptar su enfermedad.	Creía que era un castigo, llanto y actitudes negativas.	50 %
Dormir y descansar.	Depresión.	Dificultad para conciliar el sueño.	90 %
Comunicarse con los demás.	Depresión.	Retraimiento, Indiferencia y agresividad.	70 %
Distraerse.	Negatividad.	Poco interés en realizar alguna actividad.	10 %
Realizarse.	Dificultad para la movilidad, negatividad.	Dificultad para moverse por sí misma, e retraimiento.	10 %
Aprender.	Desinterés.	Falta de interés por aprender algo nuevo	10 %

VI. PLAN DE ALTA.

Se lleva a cabo el plan de enfermería con actividades en caminadas al mejoramiento del estado de salud de la paciente sin embargo, el día 28 de Enero de 2003, ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos con Dx médico de Choque Séptico, que evoluciona desfavorablemente y el 2 de Febrero de 2003 aproximadamente a las 2 : 30 A. M. presentó paro cardiorrespiratorio por choque hipovolémico secundario a sepsis generalizada. Se realizaron maniobras de resucitación de manera irreversible dando la hora de defunción a las 2 : 45 A. M. aproximadamente.

Por lo anterior en el plan de alta son consideradas las etapas de duelo de la Dra. Kubler Ross, y la asimilación de estas por la familia.

6.1 ETAPAS DE DUELO.

1. **Negación.** La primera reacción tras la noticia de una enfermedad grave o fallecimiento, es el aturdimiento y la negación. "No lo puedo creer", "No puede ser verdad". Así lo expresan muchos de los pacientes y sus familias. La negación no sólo se usa al principio de la enfermedad, sino a lo largo de toda ella y de la misma muerte. El paciente puede interrogar a la enfermera sobre lo que ha dicho el médico, y ella deberá estar enterada sobre lo que el médico ha decidido decir al enfermo o su familia para no contradecirlo. Se considera que en esta etapa el paciente y la familia no están preparados para conocer la gravedad de su enfermedad.

2. **Cólera, ira, y rebeldía.** El enfermo se pregunta : ¿ Por qué a mí ? y culpa a la familia, al personal médico y de enfermería, a sí mismo y a Dios. Se muestra agresivo, rebelde y difícil. Se enoja por cualquier motivo. Su comportamiento provoca desconcierto en unos y agresividad en otros. En ocasiones los

familiares también muestran enojo y hostilidad. La enfermera debe reconocer que sus ataques no son personales. Y tratará de ser tolerante.

3. Pacto, sumisión y regateo. Si ha exteriorizado su enojo y rebeldía, el enfermo pasa a una fase de sumisión y regateo. Se somete dócilmente al que le puede curar: "Haré todo lo que me pida", es la fase de las promesas de ser mejor, de cambiar de vida, de dejar algo. Los familiares se dirigen hacia Dios diciendo "Te cambio mi vida por la de él o ella". Durante toda la enfermedad y la muerte requieren ayuda espiritual, pero principalmente cuando se encuentra en esta etapa, el paciente busca la ayuda y protección divina.

4. Depresión, desánimo y pena. Cuando el paciente comprueba que su negación, su enojo o sus pactos no le quitan la enfermedad, cae en una especie de depresión. Tiende a aislarse, no desea hablar con nadie, se niega a comer, y deja de luchar. Afronta plenamente la realidad y comprende que va a morir, sintiendo un gran pesar porque está a punto de perder todas las personas y cosas que ha querido. Aunque posiblemente no desee hablar, necesita la presencia de una persona amiga. La enfermera, no debe dejarlo solo mucho tiempo.

5. Aceptación, resignación y paz. El paciente acepta con serenidad y paz lo inevitable " Estoy dispuesto a partir, llegada la hora". Ya no está deprimido, ni enojado. Se siente cansado y débil y como en los primeros años de su vida, necesita a una persona cariñosa que lo acompañe y culde. En esta etapa los familiares requieren más apoyo por parte del equipo de salud. La enfermera deberá tratarlos con amabilidad y comprensión.⁴⁹

⁴⁹ GARCÍA, G. M de J. "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson". P. 288,289

6. 2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Como parte de las actividades del Plan de Enfermería la familia fue acompañada durante el sepelio y se observó que la mayoría de ellos se encontraba en la fase de aceptación de la muerte de la paciente sobre todo los padres, lo que no implica necesariamente, que no requirieran de apoyo emocional, ya que, el proceso de la enfermedad desde el momento del diagnóstico les fue difícil aceptarlo, sin embargo manifestaron que no por eso dejaron de luchar por un mejoramiento del estado de salud, pero que ya en el momento en que se encontraban comprendían que su familiar estaba descansando de ese proceso tan doloroso y que aunque no hubieran querido que la muerte sucediera sabían que había sido lo mejor en ese momento y no cuando el deterioro de la salud fuera aún mayor.

VII. CONCLUSIONES.

Virginia Henderson dice : "La enfermera puede modificar el entorno en lo que considere necesario, tanto ella como el paciente, trabajan por un objetivo, lograr la independencia o una muerte tranquila".

Por lo anterior se considera que se trabajó de la mejor manera posible considerando el pronóstico de la paciente ya que se le proporcionó el mayor bienestar desde el momento en que fue seleccionada para el presente estudio de caso, durante su tratamiento, sus fases críticas, su agonía además de que se le proporcionó una muerte tranquila y digna.

La realización de este trabajo ayudó a reafirmar el aprendizaje que se logró durante el Posgrado en Enfermería Infantil y con ello brindar una atención adecuada y de calidad al paciente elegido. Además de que se elaboró con la intención de que la experiencia plasmada en él sirviera como base para proporcionar cuidados de enfermería especializados y específicos a pacientes con la misma patología.

Por todo esto se espera que este trabajo sirva de motivación al personal de enfermería a capacitarse más y a adquirir un grado de especialista no solo de nombre o de papel, sino también de convicción, ya que con ello continuarán abriéndose cada vez, más puertas para desarrollarnos como enfermeras especialistas demostrando que podemos brindar cuidados de tan alta calidad como se desee.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. ALFARO, L. F. R. "Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso". Springer – Verlag Ibérica, España, 1999.
2. BALDERAS, Pedrero Ma. de la Luz "Ética de enfermería". Mc Graw Hill – Interamericana, México, 1998.
3. DIAZ, G. M. Et. Al. "Cuidados de enfermería pediátrica". Síntesis, España, 1998.
4. FERNÁNDEZ, F. C. NOVEL, M. G. "El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos". Masson – Salvat Enfermería, España, 1997.
5. GARCIA, González Ma. de Jesús. "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson". Progreso, México, 1997.
6. HERNÁNDEZ, Conesa E. "Fundamentos de enfermería, teoría y método". Interamericana – Mc Graw Hill, España, 1999.
7. MARRINER, T. A. RAILE, A. M. "Modelos y teorías de enfermería". 4ta. Edición. Harcourt Brace, España, 1999.
8. OSTIGUÍN, Meléndez Rosa Ma. "Método de trabajo enfermero y la filosofía de Virginia Henderson". En : Desarrollo científico de enfermería. Vol. 9 No. 4 Mayo 2001.
9. OTTO, Shirley E. "Enfermería oncológica". 3ra. Edición. Harcourt Brace – Mosby, España, 2002.

10. PASTOR, G. L. M. LEON, C. F. J. "Manual de ética y legislación en enfermería". Mosby, España, 2000.
11. PHANEUF, Margot "La planificación de los cuidados enfermeros". Mc Graw Hill – Interamericana, México, 2000.
12. RUANO, A. J. M. CALDERÓN, E. C. A. "Oncología medicoquirúrgica pediátrica". Mc Graw Hill – Interamericana, México, 2001.
13. WOLF, L. L. V. KUHN, T. B. "Fundamentos de enfermería". 4ta. Edición. Harla, Colombia, 1998.
14. "Manual de actualización para enfermería Onco – Hematológica" Laboratorios Glaxo.
15. "Código de Internacional de Ética de Enfermería". Adoptado por el Gran Consejo del Consejo Internacional de Enfermeras. Sao Paulo, Brasil.
16. <http://www.anec.org.co/verecta>
17. <http://www.sap.org.ar/Index.htm>
18. <http://www.cancer.gov.com> Rbdomiosarcoma Infantil

VIII. ANEXOS.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE: INSTITUO NACIONAL DE PEDIATRIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo María del Socorro Medrano declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Gabriela Sigand Medrano participe en el estudio de caso: Proceso de Enfermería en paciente adolescente con afectación de la necesidad de movimiento

Cuyo objetivo principal es: Elaborar un plan de cuidados específicos para la atención de la necesidad de movimiento

Y que los procedimientos de enfermería que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Y contestar en forma verbal las preguntas referentes, al estado de salud de mi hijo (a).

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

Nombre del responsable del estudio: Angélica Mercado Mercado

Angélica Mercado
Firma

Nombre del padre o tutor: Manoel del Socorro Alcázar

Manoel del Socorro Alcázar
Firma

México, D.F. a 13 de Diciembre 2002

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN LOS ADOLESCENTES DE 13 – 18 AÑOS.

Para la valoración de enfermería y el registro de datos se utilizó una cédula establecida por la División de Estudios de Posgrado de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, basada en las 14 necesidades básicas en los adolescentes de 13 – 18 años.

I.-DATOS DEMOGRÁFICOS.

Nombre : G. S. M. Edad : 14 años Sexo : Femenino
Nombre del padre o tutor : J. B. S. L. Edad del padre : 46 años
Nombre de la madre : M. S. M. Edad de la madre : 46 años
Escolaridad del padre : Primaria Madre : Primaria Adolescente : 3ro de secundaria
Religión : Católica La Información es proporcionada por : La madre
Domicilio : Calle Iirios # 59 Col. Buenavista Deleg. Iztapalapa
Procedencia : D. F. Teléfono : 54 – 29 – 19 – 17
Diagnóstico médico : Rabdomiosarcoma con Infiltración a médula ósea

II.-FAMILIA.

¿ Qué problemas de salud ha tenido usted o su esposo últimamente ? La madre padece Diabetes Mellitus, hipercolesterolemia e hipertensión arterial, el padre esta aparentemente sano

Características de la vivienda : Propia (x) Rentada () Tipo de construcción : Tabique y loza
Servicios intradomicillarios : Agua, luz, drenaje, teléfono
Disposición de excretas : Adecuadas, ya que cuenta con drenaje

Descripción de la vivienda : Cuenta con 2 recámaras, sala – comedor, cocina, sanitario y patio

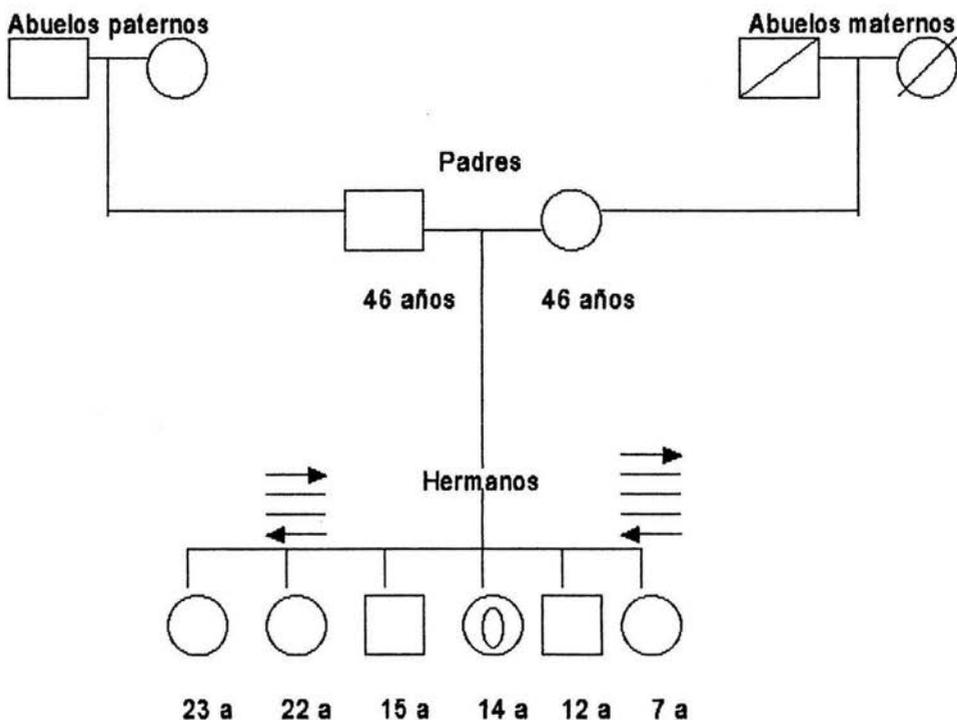
¿ Quién aporta los ingresos económicos de la familia ? El padre

Medios de transporte de la localidad : Colectivo, taxi y camiones

¿ Cuánto tiempo haces de tu casa al centro de salud más cercano ? 30 minutos

Y de tu casa al hospital : Una hora con 30 minutos aproximadamente

*MAPA FAMILIAR.



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Parentesco	Enfermedades
J.B.S.L.	46 a	Masc	Primaria	Padre	Ninguna
M.S.M.	46 a	Fem	Primaria	Madre	D.M., HTA
E.M.S.M.	23 a	Fem	Secundaria	Hermana	Ninguna
M.L.S.M.	22 a	Fem	Secundaria	Hermana	Ninguna
J.F.S.M.	15 a	Masc	Secundaria	Hermano	Ninguna
G. S.M.	14 a	Fem	Secundaria	Paciente	
L.F.S.M.	12 a	Masc	Primaria	Hermano	Ninguna
K.A.S.M.	7 a	Fem	Primaria	Hermana	Ninguna

SÍMBOLOS

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

III.-ANTECEDENTES.

Orientación en la hospitalización. Si han explicado los siguientes aspectos :
 Horarios de visita : Si (x) No () Sala de espera : Si (x) No () Normas sobre los
 bandales de camas y cunas : Si (x) No () Informes sobre el estado de salud :
 Si (x) No () Horarios de cafetería : Si () No (x) Servicios religiosos : Si ()
 No (x) Restricciones en la visita : Si (x) No ()

Valoración de las necesidades básicas del adolescente : Complete la información incluyendo las palabras del familiar o del joven :

Motivo de la consulta / hospitalización : Incremento de volumen en el antebrazo derecho

Problemas de salud anteriores / contactos con enfermedades transmisibles : No

¿ Qué dificultad presenta para satisfacer sus necesidades : Normalmente ninguna, sin embargo en la actualidad tiene limitaciones de movimiento para realizar tareas sencillas como peinarse

1.-Alimentación.

Peso : 35 Kg Talla : 1.52 mts Perímetro abdominal : 58 cm Perímetro braquial : 18.5 cm

Dinos, ¿cómo es tu apetito ? Bueno (x) Poco () Mucho () Los horarios de comida son : Regulares (No) ¿Cuál es el horario? _____

El lugar preferido para comer es : la sala En compañía de quién comes : De la hermana de 7 años ¿ Cuáles son tus alimentos y bebidas preferidas ? Me gusta casi todo menos las verduras, además me gustan las sabritas y el agua de horchata

¿ Cuáles son desagradables para ti ? Las verduras ¿ Conoces los 4 grupos de alimentos ? Si () No (x) ¿ Tienes alguna dieta especial ? Si () No (x) ¿ Tienes alergia a algún alimento ? Si () No (x)

¿ Tus emociones interfieren en la alimentación o digestión ? Si ¿ Cuáles ? La tristeza

Menciona la cantidad de alimentos que acostumbras en un día :

Cantidad de alimento	Desayuno	Comida	Cena
Cereales	<u>3</u>	<u>6</u>	<u>2</u>
Frutas	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
Vegetales	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Carne	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>0</u>

Otros _____ Leche _____ 0 _____ Leche _____
Te gusta la comida del hospital : Si () No (x)

2.-Eliminación.

Tienes problemas para evacuar : No Padeces estreñimiento : No Diarrea : No

Parásitos : No ¿ Qué haces para remediarlo ? _____

¿ Cómo son las heces ? Normales

Habitualmente la sudoración es : Escasa () Abundante () Poca (x)

Si eres una joven :

Ya menstrúas : Si A qué edad iniciaste : 11 años ¿Cada cuando ? Cada 28

días por 7 días Dinos como es la menstruación : Abundante ¿ Qué significa para ti "tener menstruación ? Es muy feo ¿ Tienes alguna duda sobre esto ? No

¿ Cuántas veces orinas al día ? 3 o 4 La cantidad aproximada es : _____

El color de la orina es : Amarillo claro

3.-Oxigenación.

Signos vitales. Tensión arterial : 130 / 80 mmHg Frecuencia cardiaca : 96

latidos por minuto Pulso. Regular (x) Irregular () Frecuencia respiratoria : 24

respiraciones por minuto Regular (x) Irregular ()

Dificultad respiratoria (anotar características) :

Ninguna

Fumas : Si () No (x) ¿ Quién fuma de la familia ? El papá

Ruidos respiratorios.

Lado izquierdo : Campo pulmonar bien ventilado sin ruidos respiratorios agregados

Lado derecho : Campo pulmonar bien ventilado sin ruidos respiratorios agregados

Ventilación : Adecuada, sin datos evidentes de dificultad respiratoria
Asistida : No Controlada : No Tos : Escasa, sin presencia de secreciones
Medidas para controlarla : Tomar un poco de agua
Coloración de la piel : Morena clara, sin datos de cianosis, sin embargo hay presencia de hematomas generalizados siendo más evidentes en los miembros superiores Integridad : Adecuada Petequias : No Rash : No
Escoriaciones : No

4.-Reposo y sueño.

¿ Cuántas horas duermes al día ? 11 horas aproximadamente ¿ Qué acostumbras hacer antes de dormir ? Escuchar música ¿ A qué hora te acuestas ? A las 10 de la noche ¿ A qué hora te levantas ? A las 9 de la mañana
Duermes bien : Si (x) No () Despiertas por la noche : Si () No (x) ¿ Cuántas veces ? _____ Tienes pesadillas : Si () No (x) Caminas dormido : Si () No (x)

5.-Vestido.

¿ Qué ropa te gusta usar ? Pantalón
¿ Qué significa para ti el uso de la ropa que te gusta ? Comodidad
¿ Tienes la ropa apropiada para usar en el hospital ? Si
Puedes vestirte solo : Casi siempre
Tienes algo que decir sobre la ropa : No

6.-Termorregulación.

¿ Cómo consideras el ambiente de tu casa ? Caluroso () Templado (x) Frío ()
Cuando tienes fiebre, ¿ cómo la controlas ? Tomando temprá o neomelubrina

7.-Movilidad.

Eres diestro o zurdo : Diestro Tienes que ocupar un aparato ortopédico : No
¿Cuál ? _____ ¿ Por qué ? _____
Cuando caminas adoptas una postura : La normal
Haces ejercicio : Si ¿ De qué tipo ? Educación física en la escuela y andar en bicicleta
Practicas algún deporte : Futbol
Describe la forma en que acostumbras estar sentado : Cuando veo la televisión en la sala a veces cruzo las piernas o abrazo un cojín

8.-Comunicación.

¿ Cuánto tiempo tienes viviendo en la localidad ? 14 años ¿ Cuántos hermanos tienes ? Cinco ¿ Qué lugar ocupas en la familia ? Contando solo a los hijos el cuarto
Vives con : Padres (x) Familiares () Solo () Otro lugar : _____
Tienes dificultad para oír : Si () No (x) Ver : Si () No (x) ¿ Usas lentes ? No
¿ Qué haces si tienes una alergia ? Nunca he tenido una
¿ Qué haces si tiene diarrea, gripa o alguna enfermedad ? Dependiendo de la enfermedad, si es muy fuerte acudo al médico o si no tomo algún remedio casero o mi mamá me da una medicina
¿ Con quién acudes si tienes algún problema ? Con mi segunda hermana
¿ Cuando pides ayuda a alguien, como te sientes ? Más tranquila
¿ Aceptas la ayuda de los demás ? Si

¿ Cómo te llaman en la familia ? Gaby, flaca, chilaquil

¿ Cómo te llaman tus amigos ? Gaby

Perteneces a algún grupo : Si (x) No () ¿Cuál ? Al coro de la escuela

9.-Higiene.

¿ Con qué frecuencia te bañas ? Diario Acostumbas lavarte las manos después de ir al baño y antes de comer : Si ¿ Cuántas veces te cepillas los dientes ? Dos ¿ Cuántas veces acudes al dentista al año ? Una o dos Tienes prótesis dental : No ¿Cuál ? _____ Tienes algún problema de la piel : No

10.-Recreación.

¿ Tienes alguna actividad preferida ? Si ¿Cuál es ? Jugar con amigos

¿ Te gustan las colecciones ? No ¿ De qué tipo ? _____

¿ Te gustan los animales ? Casi no ¿ Tienes alguno en tu casa ? Un perico

¿ Cuántas veces a la semana sales con tus amigos ? Dos ¿ A qué lugares acuden ? Al cine, y jugamos en la calle

¿ Cuántas horas ves la televisión al día ? Una hora ¿ Cuáles son tus programas favoritos ? Ninguno

11.-Religión (valores y creencias).

¿ Cuántas veces al mes acudes a la Iglesia ? Cuatro

¿ Qué piensas sobre la muerte ? Me da miedo

Para tí, ¿ qué es la enfermedad ? Es muy fea

12.-Seguridad y protección.

- ¿ Qué enfermedades has padecido ? Varicela, y piedras en el riñón
- ¿ Has consultado a otras personas diferentes a los médicos ? No
- ¿ Quienes te visitan en tu casa ? Amigos, hermanos y familiares
- ¿ Eres alérgico a algún medicamento ? No
- ¿ Qué medicamento tienes en tu casa ? Tempra
- ¿ Qué cambios importantes ha habido en tu familia, como cambio de domicilio, separación de los padres ? Ninguno
- ¿ Cómo te has sentido con esos problemas ? _____
- ¿ Tienes alguna preocupación ? Mi enfermedad
- ¿ Qué piensas de tu hospitalización ? Ya no quiero estar internada
- ¿ Cómo sientes tu cuerpo cuando estás enfermo ? Me duele
- Existe la posibilidad de que hayas estado en contacto con amigos (as) que padezcan alguna enfermedad contagiosa : No ¿ Cómo cuáles ? _____

13.-Aprendizaje.

- ¿ Estudias ? Si ¿ Qué año cursas ? 3ro de secundaria ¿ Aprendes ? Si
- Has estado hospitalizado antes : No ¿ Cuántos años tenías y cómo te sentías ? _____
- Menciona qué temas te gustaría hablar con la enfermera : Ninguno
-

14.-Realización.

- De todo lo que has hecho en la escuela y en tu casa, ¿ qué te ha causado más satisfacción ? Mis calificaciones
- ¿ Qué te gustaría ser cuando seas adulto ? Psicóloga
- ¿ Trabajas ? No ¿ Qué haces en tu trabajo ? _____

¿ Con lo que tu haces logras satisfacer tus necesidades o ambiciones ? SI

Nombre de la enfermera : Angélica Mercado Mercado

Fecha : 13 – Diciembre – 2002
