



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

**“Alteración en la necesidad de seguridad y
protección en un escolar”.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA
INFANTIL, PRESENTA:

LEO SILVIA NÁJERA MÉNDEZ.

ASESORÍA:

E. E.I. VERÓNICA ESPINOSA MENESES.

México, 2005.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.	1-2
OBJETIVOS.	2
I. FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO.	
1.1. ESTUDIOS RELACIONADOS.	3 -11
1.2. MARCO CONCEPTUAL	
1.2.1. PROPUESTA FILOSÓFICA DE VIRGINIA HENDERSON.	11-24
1.2.2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	24-48
1.2. 3. CONSIDERACIONES ÉTICAS.	48-52
1.2.4. FACTOR DE DEPENDENCIA DE LA NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.	53 -61
II METODOLOGÍA.	
2.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.	61 – 69
2.2. PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN.	69 -70
2.3. PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.	70-73
2.4. ESTRUCTURACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADO.	74-104
III. RESULTADOS	
3.1. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES	104-107
3.2. CONCLUSIONES	107-108
3.3. SUGERENCIAS	108
IV. REFERENCIAS.	109 - 111
V. ANEXOS.	112
5.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.	
5.2. HOJA DE VALORACIÓN FOCALIZADA.	
5.3 HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA	

INTRODUCCIÓN

Es necesario contemplar que la evolución de la profesión de Enfermería requiere del desarrollo de una disciplina con conocimientos específicos que fundamenten el desempeño de su práctica, esta situación estimula el surgimiento de teorías y modelos que introducen conceptos para estructurar el proceso de sus acciones, así como la formación del personal especializado, capaz de profundizar en el ser y hacer de enfermería, mediante el análisis crítico de estas propuestas filosóficas y documentación, en este caso la aplicación de la propuesta filosófica de Virginia Henderson aprueba la atención de enfermería con un enfoque holístico, permitiendo visualizar a la persona como un ser único con necesidades específicas que en determinado momento requiere del apoyo o suplencia de la enfermera para satisfacerlas y tiene como objetivo la independencia de la persona.

Para el presente caso clínico, que trata de la alteración en la necesidad de seguridad y protección en un escolar, se requirió de una fundamentación sólida, iniciando con el análisis de estudios previos relacionados, la presentación de la propuesta filosófica de Henderson, los aspectos éticos y los datos relevantes del factor de dependencia, se continuo con la aplicación del proceso atención de enfermería, para lo cual se realizaron 13 seguimientos que abarcaron desde octubre de 2004 a mayo de 2005, utilizando dos instrumentos de recolección de datos, uno para la valoración de las 14 necesidades básicas en el escolar de 6 a 12 años y otro de reporte diario que facilitó la valoración focalizada, la información obtenida permitió la estructuración de los diagnósticos de enfermería, llevando a cabo los planes de intervenciones de aquellas necesidades con problemas reales o en riesgo y con una prioridad alta o intermedia, dichos planes fueron evaluados conforme al proceso, estructura y resultados obtenidos, por último se realiza un análisis de las variables basándose en el logro de la independencia alcanzada por la niña y las conclusiones en cuanto a su posible aplicación para lograr una atención de

calidad en el cuidado de los niños, sugiriendo su aplicación cotidiana en la práctica de enfermería.

OBJETIVOS

GENERAL

- ❖ Aplicar la propuesta filosófica de las 14 necesidades de Virginia Henderson, mediante el proceso atención de enfermería, para sustentar conceptualmente un estudio de caso relacionado con un escolar, con la alteración en la necesidad de seguridad y protección.

ESPECIFICOS.

- ❖ Analizar los datos obtenidos y validados, mediante la utilización de la valoración clínica, que nos permitan concluir una valoración completa y real de las 14 necesidades y determinar sus causas de la dificultad para satisfacerlas.
- ❖ Interpretar la información obtenida de las necesidades identificadas, para formular los diagnósticos de enfermería, integrando los datos que los sustenten.
- ❖ Mediante la fijación de prioridades, organizar un plan de intervenciones de enfermería, con objetivos y cuidados especializados, que contemplen la participación del usuario y familia, permitiendo tener un impacto en la disminución de la dependencia.
- ❖ Llevar acabo los cuidados especializados de enfermería de acuerdo a lo planeado, valorando dinámicamente el resultado de nuestras acciones y registrando dicha ejecución.
- ❖ Determinar mediante valoraciones subsecuentes el logro de los objetivos, para evidenciar el resultado de nuestras intervenciones

I. FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO.

1.1. ESTUDIOS RELACIONADOS.

Es necesario tener antecedentes de los resultados obtenidos que han sido publicados en revistas científicas, al aplicar los conceptos propuestos por Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en diversas investigaciones como en casos clínicos, con la finalidad de sustentar la base teórica que oriente este caso que se desarrolla entorno a un **escolar con alteración en la necesidad de Seguridad y Protección**, se encontraron un total de doce artículos publicados, de los cuales, dos artículos presentan investigaciones cuantitativas usando como marco teórico la propuesta de Henderson, ocho que la aplican a un caso clínico, tres describen situaciones de personas adultas y los cinco restantes se referentes al área infantil, uno de estos relacionado a la dependencia en esta necesidad, por último se presentan dos artículos que avalan la aplicación por sí sola del PAE.

El primer caso clínico fue publicado en la Revista Enfermería Clínica en 1998 y desarrollado en Barcelona, España, se aplica a un **recién nacido pretérmino**, centrado en la atención compleja que requiere el niño y su familia, para lo cual se apoya en la elaboración de un proceso enfermero y utiliza los conceptos de Henderson, logrando así la valoración de las 14 necesidades, establece que existe el rol de enfermería que un inicio fue de suplencia y que a medida que se logró de manera prudente la participación de los padres, la niña tuvo una evolución favorable hacia la independencia, permitiendo a la enfermera ejecutar el rol de ayuda hacia los padres y niña, la utilización del proceso y los conceptos de Henderson, permitieron llevar a cabo cuidados de enfermería de manera autónoma, cubriendo las necesidades del niño y familia.¹

¹ Guallart M., Roca N. Cuidados de Enfermería a un recién nacidos pretérmino. Enfermería Clínica 1998; 8(2): 84-89.

Otro de los casos, fue publicado en la Revista Enfermería Clínica en 1999, el trabajo se ocupa de la **planificación de alta** de un paciente adulto post trasplantado, utilizando con ello el modelo de Henderson como marco de referencia y la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), considera la adaptación que demanda un paciente adulto que posterior a padecer un problema crónico renal y dependiente de tratamientos de hemodiálisis, requiere de un nuevo enfoque en los cuidados de un trasplante renal, se realizó la valoración de las 14 necesidades, en dicha valoración se identificaron las capacidades y carencias del paciente, la realización de diagnósticos de enfermería se elaboró basándose en los sentimientos, conocimientos y expectativas, se plantearon actividades educativas, informativas y para la evaluación del grado de comprensión que logró el paciente, lo cual facilitó la adaptación del individuo a comportamientos saludables y da la seguridad para cuidar de sí mismo: el plasmar la información de una forma estructurada y con la unificación de criterios por parte del personal, requiere de conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería, el método científico nos permite racionalizar esfuerzos y ayudar a que nuestros cuidados sean efectivos.²

En ocasiones existen necesidades que parecieran no ser prioritarias en la valoración del paciente, lo interesante de caso es, resaltar los **conocimientos** que tiene y requiere una persona para lograr su independencia, que el individuo logra si se refuerza y apoya a continuar la conducta propia para mantenerse en óptimas condiciones.

En la Revista de Enfermería del IMSS, se publicó en el año 2001 un caso clínico desarrollado bajo el sistema de enseñanza tutorial del curso de especialización de Enfermería Infantil, explica la metodología aplicada a un estudio de caso de un paciente **adolescente** de 13 años, en el cual la necesidad de **movimiento y postura** se ve afectada por el tratamiento con uso

² Castillo E., Domínguez M. Planificación de alta de un enfermo con trasplante renal. Enfermería Clínica 1999; 3(4): 41-44.

de tracción en ambos miembros inferiores, llamando la atención la obesidad del niño, para afrontar lo anterior fue necesario la utilización de un método sistematizado, considerando los aspectos éticos y legales que sustentan la práctica de enfermería, se realizó la valoración global y focalizada del niño, mediante la exploración física e instrumentos de recolección de datos, se tomaron como variables las 14 necesidades fundamentales propuestas por Henderson, en el análisis de cada necesidad se concluyó que el sobrepeso fue el factor desencadenante en la alteración de la necesidad de moverse y mantener buena postura y la afección que tuvo hacia otras necesidades, para identificar los grados de dependencia, se utilizó el Continuum independencia-Dependencia según los criterios de Phaneuf, los planes de cuidados fueron elaborados para cada uno de los diagnósticos, el paciente evolucionó hacia un grado de dependencia decreciente, la aplicación del modelo de Henderson conjuntamente con el PAE, favoreció el análisis y reflexión sobre los cuidados de enfermería, que hicieron posible la independencia parcial del niño.³

Este caso fue publicado en 2001 por la Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, el método de trabajo tiene como modelo de atención la orientación de Virginia Henderson, partiendo de que el individuo tiene 14 necesidades básicas que se valoran en el paciente en periodo **postoperatorio de cirugía cardiovascular** durante su estancia en Terapia Intensiva, determinando la estabilidad o insatisfacción de necesidades, se elaboraron diagnósticos de enfermería determinando las fuentes de dificultad, todo esto para la planeación de las intervenciones con el objetivo de recuperar la independencia del paciente, la valoración de enfermería con este enfoque permite priorizar la atención y ubica a la atención de enfermería en el marco del PAE de forma sistemática y rápida, permitiendo establecer un vínculo entre la atención de enfermería y la calidad de los cuidados otorgados.⁴

³ Sánchez V. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener buena postura. Revista de Enfermería del IMSS 2001; 9(2): 91-96.

⁴ Ortega C. Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2001; 9(1-4):18-23.

Otro caso, fue publicado por la Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica en 2003 y realizado en el Instituto Nacional de Cardiología, considerando a un paciente **adulto con estenosis aórtica** en el postoperatorio mediato que requiere de una planeación de atención para facilitar la reintegración a su entorno sociocultural, tiene como objetivo proporcionar los cuidados de enfermería mediante la aplicación del PAE utilizando los preceptos básicos que contempla Henderson, se realiza la valoración de las 14 necesidades, respetando la jerarquización que propone Virginia, se adecuaron diagnósticos enfermeros de la NANDA, identificando los problemas según los datos de dependencia y los factores relacionados conforme las causas de la dificultad, para la planeación se determinó el nivel de relación enfermera – paciente ya sea de suplencia o ayuda, se ejecutaron los cuidados en forma integral y una evaluación del PAE, así como la elaboración de un plan de alta para lograr una rehabilitación exitosa, concluyéndose que la aplicación del PAE bajo la perspectiva de una propuesta teórica mejora los esquemas de cuidados y contribuye a una formación de enfermeras que brinden cuidados de calidad.⁵

En el siguiente estudio de caso publicado en el 2003, en la revista Desarrollo Científico de Enfermería, el principal objetivo de su realización fue aplicar los conceptos propuestos por Henderson a través del PAE en el cuidado de un **lactante mayor** de un año cuatro meses que ingresa a una institución de tercer nivel de atención en México, el cual presenta deterioro de la función respiratoria, se determina un diagnóstico médico de neumonía con derrame pleural, considerando la anterior como el factor modificante de la necesidad de **oxigenación**, se tomaron en cuenta los aspectos éticos para la realización del estudio, así como también los principios de beneficencia y justicia, se utilizó un instrumento de recolección de datos diseñado para la especialidad en Enfermería Infantil de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), dependiente de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con sede en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, basado en las necesidades

⁵ Ortega C. Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2001;9(1-4):18-23.

básicas del niño de 0-5 años, se llevó a cabo la valoración de las necesidades fundamentales, determinando los problemas independientes e interdependientes, las fuentes de la dificultad y grados de dependencia, redactándose 17 diagnósticos de enfermería, para determinar el grado de dependencia se consideró la propuesta hecha por Phaneuf a través del Continuum independencia – dependencia, se elaboró un plan de atención que contemplaba una actividad independiente de enfermería, vale la pena resaltar la importancia de formular diagnósticos de enfermería, ya que se conjunta el análisis de los datos y de los cuales surgen los cuidados de enfermería, esto sin duda cambia la práctica tradicional de enfermería, llevar a la práctica los conceptos de la propuesta de Henderson, es factible en el área infantil, lográndose el objetivo de beneficiar mediante un cuidado integral y a la práctica de enfermería al contar con una base teórica y metodológica.⁶

El mismo año fue publicado un artículo que aplica los conceptos de Henderson a un caso clínico de una **escolar** con pancreatitis y múltiples complicaciones sistémicas, la gravedad del caso afectó emocionalmente a la paciente y mamá, para contrarrestar lo anterior se realizó la valoración de las 14 necesidades, determinando que existían manifestaciones de dependencia en la niña que se complicaban por que el cuidador primario estaba afectado, la planificación de actividades se centraron en disminuir y tratar los problemas reales y potenciales encontrados tanto en la paciente, como en reforzar la participación de la madre logrando recuperar la confianza para desempeñar el rol de cuidador efectivamente, la aplicación de la propuesta de Henderson permitió englobar los diversos problemas que surgieron alrededor de este caso clínico y dar una solución concreta con una actuación eficiente.⁷

En este caso referente al área infantil fue publicado en el año 2004 por la revista Enfermería Universitaria de la ENEO – UNAM y realizado durante el año

⁶ Espinoza V., Franco M. Cuidados de Enfermería a las necesidades básicas de un lactante con neumonía. Desarrollo Científico de Enfermería 2003;1(11):24-29.

⁷ ParteraC., Molina F. Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre. Enfermería Clínica 2003; 13(5):313-320.

2001 de la especialidad en Enfermería Infantil en el Hospital Infantil de México, Federico Gómez, tiene como propósito aplicar los conceptos básicos de la filosofía de Virginia Henderson a través del Proceso del cuidado a un **preescolar** de 4 años 6 meses con VIH positivo, procedente de una institución de huérfanos que ingresa por presentar otitis, se determina como prioritaria la alteración en la necesidad de **seguridad y protección**; a través de la valoración de enfermería se identificaron el grado de independencia y dependencia en que se encontraban sus necesidades, se utilizó la clasificación de la NANDA para la elaboración de los diagnósticos de enfermería, así como la realización de un plan de atención de acuerdo a las fuentes de la dificultad y grado de dependencia identificados, estableciéndose intervenciones independientes, interdependientes y dependientes, además de un plan de alta que incluye las intervenciones a realizar por sus cuidadores secundarios, los objetivos planteados se establecieron en base a recuperar y mantener en condiciones óptimas las alteraciones encontradas, reforzar las actitudes y conocimientos que disminuyeran las causas de dificultad; la utilización conjunta del proceso de Enfermería y la filosofía de Henderson permitió ofrecer una atención integral y específica, observándose la necesidad de mantener contacto con las personas a cargo con la finalidad de propiciar un entorno seguro y dar continuidad a las intervenciones de enfermería, lo cual fue difícil por la falta de compromiso de los cuidadores secundarios.⁸

Dentro de los artículos encontrados, las investigaciones forman parte de las evidencias requeridas, por lo cual se presenta una investigación publicada en Barcelona, España en la revista Enfermería Clínica en 1999, el marco teórico es la propuesta teórica de Henderson y gira en torno a la necesidad de **comunicación** de los pacientes intubados o traqueostomizados, logrando esto a través de un panel que le permita evaluar la relación con las otras necesidades, para esto se consideró una muestra de 60 pacientes con estas características, que por lo tanto tenían una habilidad comunicativa mínima con

⁸ Benítez A., Franco M. Proceso del cuidado a un preescolar con VIH. Enfermería Universitaria 2004; 1(3): 13-23.

los familiares y las enfermeras que se relacionaban con ellos, quienes también fueron incluidos en la investigación, los resultados obtenidos reflejan la importancia de la comunicación e interrelación con la familia y el personal de enfermería para valorar y cubrir necesidades básicas del paciente y así lograr el confort en un periodo breve.⁹

Otra investigación que se publicó en la revista Enfermería Clínica en el año 2003, se realizó entre 1995 y 1999, analiza los problemas que se presentan para la aplicación práctica de la propuesta teórica de Henderson, utilizando 98 enfermeras, en las cuales se valoraron conocimientos acerca del PAE, los conceptos de Henderson y la aplicación posible, se encontró que existe dificultad para valorar ciertas necesidades, lo cual es una limitante para la valoración integral, por otra parte, a pesar de que existe personal con conocimientos suficientes acerca de los conceptos de Henderson, hubo dificultad para transcribir los datos, el consumo de tiempo constituye otro problema, se considera que una formación profesional dirigida a interiorizar la filosofía en el quehacer profesional, facilitaría su aplicación y haría más sencillo su manejo, con lo que se favorecería la práctica de enfermería.¹⁰

En la revisión realizada se encontraron dos artículos que justifican la aplicación del PAE por sí solo en la atención integral de la persona.

El caso clínico que se describe a continuación, se publicó en la revista de Enfermería Clínica que se llevó a cabo en la unidad coronaria del Hospital de Llobregat en Barcelona, España, el objetivo era la aplicación del PAE en una paciente **adulta** con valvulopatía, quien cursaba con descompensación cardíaca, por lo cual se le realizó una intervención quirúrgica, la valoración se realizó utilizando los **patrones funcionales de salud de M. Gordon**, el análisis de la valoración permitió conocer la realidad de la enferma y otorgar un grado de importancia a los problemas detectados, determinando los diagnósticos de

⁹ Roig C., Casasnovas A., Pedrós T. Evaluación de un lenguaje aumentativo para enfermos intubados o traqueostomizados. Enfermería Clínica 1999; 9(6): 16-22.

¹⁰ Martínez C., Cañadas A., Rodríguez E., Torel S. Dificultades en la valoración de enfermería. Enfermería Clínica 2003; 13(4): 195-201.

enfermería y el plan de cuidados individualizado con objetivos esperados a la realización de las acciones, posterior a la ejecución del plan de cuidados, se realizó la evaluación, notando una mejoría en el estado general de la paciente, la valoración global y continua permitió una toma de decisiones, que logrará la prevención y detección de posibles complicaciones, garantizado de este modo la seguridad de la paciente.¹¹

El último caso fue publicado por la Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica en el que se describe la aplicación de las etapas del PAE a un paciente **adulto** con angina de pecho inestable, realizando una valoración del área física y psicológica, se definen los datos subjetivos y objetivos, reconociendo las prioridades del paciente, se determinaron los diagnósticos de enfermería, la planeación de intervenciones y sus objetivos, así como la evaluación satisfactoria del paciente, egresando de la unidad hospitalaria con tratamiento farmacológico y prescripciones de enfermería, la aplicación del proceso permitió llevar una continuidad de las respuestas humanas y brindar cuidados específicos de enfermería sin perder de vista el valor humano.¹²

Se concluye que la aplicación del Proceso Atención de Enfermería como método que orienta la práctica profesional de enfermería en conjunto con los conceptos que maneja la propuesta teórica de Virginia Henderson, permite mejorar la calidad de la atención que se brinda, incluyendo su aplicación en el área infantil, realizar una valoración de las necesidades individuales, permite identificar grados de independencia y dependencia, así como los factores relacionados a las causas de dificultad, lo que es posible expresar en diagnósticos de enfermería que a su vez oriente la planificación de las intervenciones, las conclusiones en general de los casos presentados reflejan el éxito en la ejecución de los planeados, por lo tanto la evaluación fue la evolución satisfactoria de las personas afectadas, por otro lado existen limitaciones de

¹¹ Bernat R., García B., Inajeros L., Bardaji D. Enfermo crítico: valoración global para identificar necesidades. *Enfermería Clínica* 1997; 2(4): 32-38.

¹² Flores I., Torres M. Proceso de atención de enfermería en un paciente con angina inestable. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2000; 8(1-4): 14-18.

tiempo y conocimientos para aplicar la propuesta teórica que mediante la generalización de los conceptos sería posible su aplicación, trayendo los beneficios que se visualizan en los artículos encontrados.

1.2. MARCO CONCEPTUAL.

1.2.1. PROPUESTA FILOSÓFICA DE VIRGINIA HENDERSON.

Un modelo conceptual como sinónimo de marco conceptual, se describe como un conjunto de imágenes mentales acerca de la disciplina que se expresan en conceptos, los cuales son términos descriptivos que caracterizan objetos, personas o acontecimientos, que al derivar de la experiencia forman asunciones básicas del modelo; el modelo conceptual enfermero, es el conjunto de proposiciones generales y abstractas, que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan.¹³

A continuación se describen los componentes de la propuesta teórica de Virginia Henderson, desde la perspectiva de diferentes autoras, conjuntando información que facilite su comprensión y aplicación, como una guía que es indispensable conocer para orientar la práctica de enfermería a través del proceso de atención de enfermería.

ANTECEDENTES

Virginia Henderson nació en 1897, desarrolló su interés por la enfermería durante la primera Guerra Mundial, ingresó en 1918 a la Army School of Nursing de Washington D.C, iniciando su actividad de profesora de enfermería en 1922, en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia, a lo largo de los años realiza funciones como supervisora de enfermería, en 1929 en el Hospital

¹³ Luis M., Fernández C., Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona. Masson, 1998:27.

Rochester y en 1930 en el Teacher's Collage impartiendo cursos sobre proceso analítico y ejercicio profesional hasta 1948.¹⁴

Lo que a ella le llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba constatar la ausencia de una función propia de la enfermera, el modelo medicalizado de enfermería de aquella época le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero, se dio cuenta que los libros básicos de enfermería no definían de forma clara sus funciones y que sin esto no se podía establecer los principios básicos y la práctica de la profesión.¹⁵

Henderson incorpora principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de la enfermería, afirmando que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico, se observa una correlación entre jerarquía de Necesidades de Abraham Maslow, contemplando las necesidades físicas hasta los componentes psicosociales.¹⁶

Sus ideas se vieron plasmadas en la realización de su libro *The Nature of Nursing*, publicado en 1956, en donde define la función de enfermería de la siguiente forma:

“La única función de la enfermera es asistir la individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”.¹⁷

COMPONENTES DE LA PROPUESTA FILOSÓFICA DE VIRGINIA HENDERSON.

¹⁴ Mariner T. *Teorías y Modelos de Enfermería*. Madrid, España. Mosby-Doyma.1994:102-103.

¹⁵ Fernández C., Novel M. *El Proceso de Atención de Enfermería*. Barcelona. Masson-Salvat Enfermería, 1993: 3.

¹⁶ Mariner T. Op. Cit:104.

¹⁷ Fernández C., Novel M. Op. Cit: 3.

Dentro de los componentes de la propuesta filosófica de enfermería de Virginia Henderson están:

ASUNCIONES CIENTIFICAS O POSTULADOS.

Representan el **cómo** del modelo y aportan el soporte teórico y científico, se descubre el punto de vista de la persona que recibe los cuidados de enfermería:¹⁸

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
2. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
3. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo, no es independiente.¹⁹

ASUNCIONES FILOSÓFICAS O VALORES.

Constituyen el **por que** del modelo refiriéndose a las creencias sobre la naturaleza del ser humano y las metas profesionales:

1. La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales, por que forma parte de un equipo de salud.
2. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega su función propia en personal no cualificado, descuidando su función específica.
3. La sociedad espera un servicio de la enfermera, que ningún otro profesional puede brindarle.

Refiriéndose con la anterior a marcar los límites que separan el área médica de la enfermería, siendo Virginia Henderson la primera teórica que intentó definir esto.²⁰

SUPUESTOS PRINCIPALES.

¹⁸ Riopell L., Grondin L., Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid- España. McGraw-Hill-Interamericana,1997:3.

¹⁹ Luis M., Fernández C., Navarro M. Op. cit:33.

²⁰ Idem:34.

Henderson no cita directamente sus supuestos principales, lo siguientes han sido adaptados a partir de la publicaciones de Henderson.²¹

La enfermera:

- ❖ Tiene la función de ayudar a los individuos sanos y enfermos.
- ❖ Actúa como miembro de un equipo sanitario.
- ❖ Actúa independientemente del médico, pero apoya su plan.
- ❖ Está formada en ciencias biológicas y sociales.
- ❖ Puede apreciar las necesidades humanas básicas.
- ❖ Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarca todas sus funciones posibles.

La persona:

- ❖ Debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- ❖ La mente y el cuerpo son inseparables.
- ❖ Como paciente, requiere ayuda para ser independiente.
- ❖ El y su familia forman una unidad.
- ❖ Sus necesidades están cubiertas por los 14 componentes de enfermería.

La salud:

- ❖ Representa calidad de vida.
- ❖ Es necesaria para el funcionamiento humano.
- ❖ Requiere independencia e interdependencia.
- ❖ Su promoción es más importante que la atención del enfermo.
- ❖ Los individuos recuperaran su salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

El entorno:

- ❖ Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.
- ❖ La enfermera debe tener formación en materia de seguridad.
- ❖ Las enfermeras deben de proteger a las personas de lesiones mecánicas.
- ❖ Las enfermeras deben conocer hábitos sociales y prácticas religiosas para valorar sus riesgos.

²¹Mariner T. Op. Cit: 105-106.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES.

Conforman el **que** del modelo, se hacen afirmaciones específicas que orientan su adopción en la práctica, los conceptos son diversos, a continuación se describirán los diversos conceptos, englobándolos dentro de la metaparadigma de enfermería, para entender su proyección y organizar la información que brindan las diferentes autoras.²²

CONCEPTOS.

A partir de la definición de enfermería de Henderson, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos de su propuesta filosófica, que se presentan a continuación en el cuadro No.1.

ENFERMERÍA	ENTORNO	PERSONA	SALUD
Rol-cuidados. Intervenciones Relación con el equipo de salud	Factores ambientales. Factores socioculturales	14 necesidades básicas. Enfoque holístico y equilibrio.	Continuum independencia- Dependencia. Fuentes de la dificultad.

Cuadro No. 1, elaboró:SNM,2004.

ENFERMERÍA

Tiene como función ayudar a los individuos sanos o enfermos, actúa como un equipo de salud, puede ser como sustituto, ayuda o compañera del paciente, ayuda al paciente a ser independiente, mediante la asistencia de cada uno de los componentes básicos.²³

ROL DE LA ENFERMERA.

Los cuidados básicos, son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, según el nivel de dependencia identificado en la persona, en este aspecto, la enfermera inicia y controla y es dueña:²⁴

²² Luis M., Fernández C., Navarro M. Op. cit:34

²³ Mariner T. Op. cit.105

²⁴ Fernández C., Novel M. Op cit:8

- ❖ SUPLENCIA: La finalidad de los cuidados en conservar o restablecer la independencia de la persona, supliéndolo en aquello que el no pueda realizar.
- ❖ AYUDA: la enfermera ayuda al cliente a recuperar o mantener su independencia.

La intervención de enfermería debe centrarse en la fuente de la dificultad así como en las manifestaciones de dependencia, conforme a lo anterior las intervenciones de enfermería incluyen dos elementos:²⁵

1. - El centro de intervención: son las áreas de dependencia de la persona, los conocimientos (saber que hacer), la fuerza (poder hacerlo) o la voluntad (querer hacer).
2. – Los modos de intervención: se dirigen a aumentar, complementar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o voluntad, los modos de intervención son aplicables según el área de independencia.²⁶

Se pueden identificar tres tipos de relaciones que la enfermera establece y en los cuales se ve inmersa como parte de su desempeño profesional:

- 1.- Enfermera – persona. Como sustituto cuando el paciente carece de fuerza física, voluntad o conocimiento para considerarse integro, como ayuda para que la persona adquiera o recupere su independencia, para que en conjunto con la persona elaboren un plan terapéutico y logren los objetivos.
- 2.- Enfermera – Médico: El plan que elabore junto con la persona, se debe de llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico.
- 3.- La enfermera como miembro del equipo de salud: La enfermera y los demás miembros del equipo de salud se ayudan mutuamente, desarrollando cada uno su trabajo y dependiendo de las necesidades actuales de la persona, a medida que obtenga su independencia, el papel personal de enfermería y los otros miembros del equipo de salud disminuye.²⁷

²⁵ Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. México. McGraw-Hill-Interamericana, 1999:11

²⁶ Luis M., Fernández C., Navarro M. Op. cit: 35.

²⁷ Mariner T. Op cit: 106-107.

ENTORNO

Henderson no define claramente el entorno, pero reconoce su influencia positiva o negativa sobre la persona, de tal forma que promueva su salud mediante su modificación, habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la enfermera, el entorno se contempla como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y el desarrollo, los individuos pueden controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad, la enfermera y la persona elaboran un plan terapéutico para la modificación de las condiciones inseguras.²⁸

PERSONA.

Es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, tiene 14 necesidades básicas que interactúan entre sí y que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su crecimiento y desarrollo.²⁹

Una necesidad, es una exigencia fisiológica o aspiración, es esencial para asegurar el bienestar y preservarse física y mentalmente, el concepto de necesidad no representa el significado de carencia, si no es un requisito, cada una de las 14 necesidades constituye la conservación de diversas dimensiones del ser humano biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual, por lo que en torno a cada necesidad existe un aspecto biofisiológico ligado a la dimensión psicocultural que repercute en la forma en que se satisfacen las necesidades, algunas son esenciales para la supervivencia, pero todas son indispensables para poder mantener su integridad, equilibrio y asegurar su desarrollo, las necesidades son comunes en todas las personas, pero cada individuo, en su unidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente, para valorar el estado del individuo en forma holística es necesario visualizar la interrelación de cada necesidad con las restantes y estimar el estado del individuo como un todo, el análisis de una a una es adecuado para

²⁸ Mariner T. Op. cit: 106.

²⁹ Phaneuf M. Op. cit: 18.

finés didácticos en la recolección de datos, para lograr lo anterior es necesario identificar los conceptos que resumen a cada una de las 14 necesidades y que se presentan a continuación en el cuadro No. 2.^{30 31 32}

14 NECESIDADES FUNDAMENTALES.

NECESIDAD	ASPECTOS QUE CONTEMPLA LA NECESIDAD
Necesidad de oxigenación	Difusión y aporte esencial de oxígeno, intercambio a nivel pulmonar y celular y expulsión de bióxido de carbóna.
Necesidad de nutrición e hidratación.	Ingestión, digestión y absorción del agua y nutrientes necesarios para la vida.
Necesidad de eliminación	Expulsión de sustancias producidas por metabolismo o por ciertas funciones: eliminación urinaria e intestinal, sudor, lagrimas y menstruación.
Necesidad de moverse y mantener una adecuada postura	Mantener una buena alineación de los segmentos corporales y mantenerlos en movimiento en forma coordinada, favorece las actividades físicas y de circulación.
Necesidad de descanso y sueño.	Relajamiento, disminución de actividades y estado de conciencia que permite la recuperación física y emocional, para un buen rendimiento orgánico.
Necesidad de usar prendas adecuadas	La utilización de prendas y calzado en función del clima, normas sociales, pudor propio e ideología.
Necesidad de termorregulación.	Equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal.
Necesidad de higiene y mantener la piel.	Aplicación de los cuidados de higiene para mantener una apariencia personal y preservación de los tejidos que recubren el cuerpo.
Necesidad de seguridad y protección.	Protección contra amenazas, agresiones y negligencias a fin de mantener la integridad física y mental.
Necesidad de comunicarse.	Intercambio de un individuo con sus semejante, proceso dinámico en que las personas pueden volverse accesibles a otras y manifestar sentimientos, opiniones, experiencia e información.
Necesidad de vivir según sus creencias y valores.	Puesta en práctica de valores religiosos o de una filosofía de vida conforme a una noción personal.
Necesidad de trabajar y realizarse.	Realizar actividades para sentirse útil, empleando el tiempo de manera eficaz, autonomía y desarrollo personal.
Necesidad de jugar y recreación.	Práctica de actividades de esparcimiento, con el objetivo de obtener descanso físico y psicológico.
Necesidad de aprendizaje.	Adquirir conocimientos, para la modificación adquisición de comportamientos con el objetivo de mantenerse en óptimas condiciones.

Cuadro No. 2 Elaboró: SNM,2004.

³⁰ Fernández C., Novel M. Op. cit: 4.

³¹ Luis M., Fernández C., Navarro M. Op. cit:38

³² Fernández C., Novel M. Op. cit: 5

SALUD

No se especifica una definición propia de salud, pero Henderson la equipara con la independencia y la considera en función del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de la asistencia de enfermería, es la calidad de la vida, esa reserva de energía física y mental que permite a la persona alcanzar su potencial de satisfacción de vida, la salud requiere de independencia e interdependencia, la promoción de la salud es la más importante, se recupera o mantiene si se tiene fuerza, voluntad y conocimiento.³³

La satisfacción del conjunto de necesidades de una persona le permite conservar sus diferentes procesos fisiológicos y psicológicos en estado de equilibrio, este estado se le denomina homeostasis, la cual constituye una interacción entre diferentes mecanismos vitales, en estado normal o ante ligeras desviaciones, los procesos fisiológicos actúan para regularse mutuamente unos a otros, pero si existen ciertos procesos de autorregulación de cada una necesidad, que permanece en estado de insatisfacción importante, las demás necesidades sufren repercusiones.³⁴

Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos para cada individuo y se conceptualizan de la siguiente forma:

- ❖ “INDEPENDENCIA: alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin ayuda de otra persona, la independencia se asocia a una condición de salud”.³⁵
- ❖ “INDEPENDENCIA EN EL NIÑO: Alcanzar un nivel aceptable de sus satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que

³³ Mariner T. Op. cit:104-105.

³⁴ Phaneuf M. Op cit: 28

³⁵ Idem:29

otros hacen por el de forma normal, de acuerdo con la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentra”.³⁶

En algunos casos la satisfacción de necesidades puede verse obstaculizada o perturbada, la insatisfacción de las necesidades nos lleva a contemplar los siguientes conceptos:

- ❖ DEPENDENCIA: Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permitirían alcanzar un nivel de satisfacción a sus necesidades.³⁷
- ❖ “DEPENDENCIA EN EL NIÑO: Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona (por su edad) o incapacidad de realizar por sí mismos acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.³⁸

CONTINUUM INDEPENDENCIA - DEPENDENCIA.

Existen grados en la satisfacción de las necesidades de una persona y en la dependencia que desencadena, puede darse cierto grado de insatisfacción, sin que se suponga necesariamente la dependencia, esta se instala cuando una persona debe recurrir para que la asistan, le enseñen o suplan en lo que no puede hacer por sí mismo, es necesario evaluar la capacidad de la persona para tratar de evitar la antes posible la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.³⁹

El cuadro No. 3 que se encuentra en la página 21 representa el Continuum independencia – dependencia, este expresa que en grado 1 y 2 el individuo se considera independiente, el nivel 3 y 4 sugiere una dependencia parcial y por, lo tanto necesitan de apoyo para la satisfacción de sus

³⁶ Phaneuf M. Op. cit:30.

³⁷ Idem:29

³⁸ Idem:30

³⁹ Idem:32.

necesidades y hacia el nivel 5 y 6, se considera una dependencia total que requiere cuidados de suplencia.

CONTINUUM INDEPENDENCIA – DEPENDENCIA.

← INDEPENDENCIA

1	2	3	4	5	6
El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable, lo que le permite asegurar su homeostasis física y psicológica.	Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén o prótesis.				
		Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien, debe ser asistido aunque sea ligeramente.	Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén o una prótesis.	Debe contar con otro para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades, pero puede colaborar de algún modo.	Debe confiarse enteramente a otro para poder satisfacer sus necesidades.

DEPENDENCIA →

Cuadro No.3 Tomado de Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid, España. McGraw-Hill-Interamericana 1993:31.

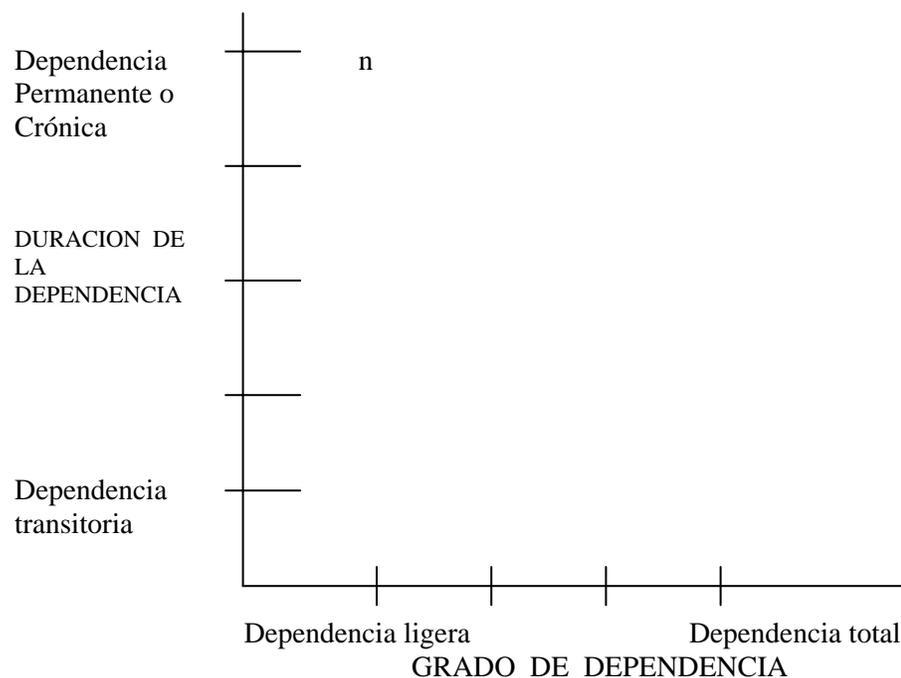
DURACIÓN DE LA DEPENDENCIA.

De acuerdo al grado de independencia puede ser ligera o total en relación con su intensidad y puede instalarse como transitoria o permanente, cuando mayor es la duración, el impacto sobre los cuidados y la persona es mayor.⁴⁰

⁴⁰ Phaneuf M. Op. cit. 33.

La gráfica que se presenta a continuación, expresa la relación entre el grado de dependencia y la duración de la misma, debido a que la dependencia se considera a partir del grado 3 y se clasifica como se menciona en la tabla anterior en ligera o total, es evidente que además de la intensidad de la dependencia existe una duración que puede ser transitoria o permanente y que el impacto de los cuidados de enfermería será mayor en un caso con dependencia total y /o permanente.

RELACIÓN ENTRE EL GRADO Y DURACIÓN DE LA DEPENDENCIA



Esquema No 1. Tomado de Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El Proceso Atención de Enfermería. Madrid, España. McGraw- Hill-Interamericana, 1993:32.

NIVELES DE PREVENCIÓN: las manifestaciones de la persona en la satisfacción de sus necesidades, consideran cambios que afectan diversos aspectos, considerando el punto de vista se consideran cambios que afectan diversos aspectos, considerando este punto de vista se identifican tres niveles de prevención que permiten orientar a los niveles de intervención.

1. Dependencia potencial: prevención de factores, la planificación de acciones se hará orientada a evitar su instalación inminente del problema.
2. Dependencia actual: reducir o limitar las consecuencias de un problema ya instalado, se considera que la dependencia va creciendo cuando la persona se recupera.
3. Dependencia Crónica o permanente: cuando el problema no puede ser corregido, el rol de enfermería es de suplencia en todo lo que no puede hacer por si mismo, pero le ayudara a adaptarse a sus limitaciones.⁴¹

FUENTES DE LA DIFICULTAD.

Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que le impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, es necesario identificar la causa de la dificultad que tiene la persona para la perturbación en esa satisfacción, las cuales pueden ser:

- ❖ Falta de fuerza: no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, si no también la capacidad del individuo para llevar acciones pertinentes a la situación, lo cual se verá interferido por algún estado emocional, alteraciones psíquicas o capacidad intelectual-
- ❖ Falta de conocimientos: en relación con las cuestiones esenciales sobre su propia salud y situación de enfermedades, 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 y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.⁴²

Otra autora clasifica de forma más específica estas causas de la dificultad:

⁴¹ Phaneuf M. Op. cit: 33.

⁴² Fernández C., Novel M. Op. cit:8.

- ❖ De orden físico: intrínsecas, provienen del propio individuo, factores orgánicos, genéticos y fisiológicos; y extrínsecas como agentes externos que dañan el desarrollo normal de las funciones.
- ❖ De orden psicológico: sentimientos emociones o estados de ánimo y del intelecto, trastorno del pensamiento y situación en crisis.
- ❖ De orden sociológico: rol social, cultural, plano económico y ambiental.
- ❖ De orden espiritual: engloba lo que se refiere al espíritu, moral o valores que entran en conflicto con la persona.
- ❖ Vinculadas a una insuficiencia de conocimiento: de si mismo, experiencias y características de salud y enfermedad de otros y de su medio físico y social.⁴³

1.2.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La enfermería consciente de las demandas de la sociedad, requiere de una definición en su ámbito profesional y aplicar en su orientación teórica – práctica, una metodología que asegure el desempeño de una práctica profesional de calidad, por lo tanto requiere de la incorporación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como la metodología para la práctica profesional basada en el método científico.⁴⁴

ANTECEDENTES.

El PAE se publicó por Hall en 1955 y Johnson en 1956 en Estados Unidos, señalaron el proceso como el método que guiara la actuación de enfermeras profesionales, desde entonces ha tenido una evolución tanto en su contenido como en su estructura, desde entonces el PAE ha sido legitimado como el método de la práctica de enfermería, la American Nurses Association (ANA), utilizó el proceso como norma para el desarrollo de la práctica de las

⁴³ Phaneuf M. Op. cit:42

⁴⁴ Andrade R., Martínez N. El proceso enfermero para brindar atención de calidad. Desarrollo Científico de Enfermería 2004;12 (1):17-18.

enfermeras y se ha incorporado en los planes de estudios, como instrumento para la aplicación de la base teórica de la disciplina de enfermería.⁴⁵

A partir de los años 70s, en México, el PAE se incorpora a la enseñanza de enfermería, la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A. C. señala que dicho proceso favorece e impulsa el pensamiento ordenado reflexivo y analista que requiere la enfermera para dar solución científica de los problemas y cambiar la dimensión de los cuidados de enfermería.⁴⁶

CONCEPTO

“Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales, consta de cinco etapas: **valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.**⁴⁷

Es un enfoque eficaz de los procesos mentales, destinados a desarrollar y poner en práctica el servicio enfermero, asiste a la enfermera a organizar sus pensamientos, observaciones e interpretaciones dirigidas a ser más eficiente y efectiva, para aplicar los sistemas teóricos a la práctica real, mediante la utilización de sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas de la persona a los problemas de salud y cuyo objetivo es el cubrir las necesidades reales de salud, contribuye además a la prevención, el mantenimiento y restauración de la salud del individuo, familia o comunidad.⁴⁸

OBJETIVO: Es proporcionar un sistema estructurado de atención de cuidados integrales dentro del cual se pueden cubrir las necesidades de la persona,

⁴⁵ Andrade R., Martínez N. Op cit: 17

⁴⁶ Idem: 18.

⁴⁷ Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Madrid, España. Mosby-Doyma 1992:6

⁴⁸ Andrade R., Martínez N. Op. cit: 17-19.

permite definir la intervención de la enfermera, garantizando una práctica consciente, cuidadosa y eficiente que mejore el desempeño de su profesión.⁴⁹

CONSECUENCIAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La utilización del PAE en la práctica de enfermería tiene consecuencias positivas tanto para la profesión, para la persona como para la enfermera que a continuación se describen.

Consecuencias para la profesión:

- ❖ Demuestra en concreto el alcance de la practica de enfermería.
- ❖ Define su rol ante la persona y los demás profesionales de salud.
- ❖ Se define la asistencia que se debe prestar a la persona que solicitan los servicios de enfermería.
- ❖ Se considera responsable de realizar una practica independiente.

Consecuencias para la persona:

- ❖ Los involucra en forma activa en la atención de su salud.
- ❖ Mejora la calidad de cuidados que la persona recibe.
- ❖ La atención individualizada favorece a las prioridades en el cuidado de la persona.

Consecuencias para el profesional de enfermería:

- ❖ Aumenta la satisfacción profesional, al ser recompensado y reconocido por la sociedad, esto derivado de una práctica capaz de ayudar a la persona cubrir sus necesidades identificadas.
- ❖ El ahorro de tiempo y energía, disminuye la frustración, cansancio y errores en la práctica.
- ❖ Favorece el desarrollo de capacidades cognitivas, técnicas e interpersonales.
- ❖ Potencia a la eficacia del profesional, por que permite un acumulo de conocimientos y una interacción con la persona, familia y compañeros, creando un refinamiento en sus capacidades desarrolladas.⁵⁰

⁴⁹ Iyer P. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. México. McGraw-Hill Interamericana 1997:11.

⁵⁰ Iyer P. Op. cit: 18-22.

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El PAE se aplica desde el planteamiento científico de la resolución de problemas y el método científico en sí y esta formado operacionalmente por una serie de etapas interrelacionadas entre sí y con similitud en los tres y procesos que se describen en el cuadro No. 4 que se presenta a continuación.

CUADRO COMPARATIVO.

METODO CIENTIFICO	METODO DE RESOLUCION DE PROBLEMAS	PROCESO DE ENFERMERIA
Selección del problema y delimitación.	Encuentro con el problema y recogida de datos.	Valoración: recolección y examen de los datos.
Recogida de datos: revisión bibliográfica y selección de teorías.	Análisis de los datos para identificar exactamente cual es el problema	Diagnóstico: análisis de los datos para identificar problemas de salud y recursos.
Establecer un diseño o método idóneo.	Diseño del plan	Planificación: desarrollo del plan.
Recoger los datos esenciales que requiere la evaluación de la hipótesis.	Puesta en práctica del plan.	Ejecución: puesta en práctica del plan.
Analizar y evaluar basándose en la función de la hipótesis.	Evaluación de los resultados.	Evaluación: decisión de la eficacia del plan.

Cuadro No. 4, elaboró: SNM, 2004.

VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso, la enfermera necesitará reunir y examinar la información, con el fin de obtener todos los hechos necesarios para determinar el estado de salud de la persona y describir sus capacidades y problemas.⁵¹

Existen tres tipos de valoración:

- ❖ Valoración exhaustiva o inicial, se realiza durante la entrevista inicial, se reúne información sobre aspectos del estado de salud de la persona, esta información llamada base de datos de referencia, expresa como está la persona antes de iniciar la intervención y cuales serán las bases para la identificación de capacidades y problemas, nos permite conocer datos

⁵¹ Alfaro R. Op. cit: 18.

generales de la persona, así como datos específicos en cuanto estado de salud y condiciones de la persona.⁵²

- ❖ Valoración focalizada, continua o posterior, se utiliza para reunir información específica a fin de determinar un problema real o potencial, es el principal método para las valoraciones subsiguientes y periódicas a un problema real o potencial identificado durante toda la atención, proporciona datos a medida que se producen cambios y contribuye a realizar revisiones y actualizar el plan de intervenciones.⁵³
- ❖ Valoración urgente, se considera como parte de una valoración focalizada a un problema que pone en riesgo la vida de la persona y antes de profundizar en aspectos generales requieren de una atención inmediata del personal de enfermería.⁵⁴

Esta etapa de valoración comprende los siguientes pasos:

1. RECOLECCIÓN DE DATOS.

Desde el punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca y utilice los datos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, para identificar las limitaciones y capacidades de la persona, mediante una valoración completa, tomar en cuenta todos los factores implicados para alcanzar un nivel óptimo de salud; sin un enfoque holístico es posible que se omita información importante sobre el funcionamiento de la persona como ser humano biopsicosocial.^{55 56}

MÉTODOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los métodos para la recolección de datos son tres:

- a) **OBSERVACIÓN:** se define como la utilización de los sentidos para la obtención de la información de la persona, del entorno o de otra fuente, los

⁵² Minguez D. Proceso de enfermería (en línea)(consulta 20-dic-2004), (29 págs.) disponible en: http://www.aibarra.org/Apuntes/fundamentos/Apuntes_Enfermeríafundamental_Procesodeenfermería

⁵³ Alfaro R. Op.cit:32.

⁵⁴ El Proceso Enfermero (en línea) ;(consulta 2004-oct-20)©25 págs) disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm.87k>

⁵⁵ Romero M. El proceso enfermero. Desarrollo Científico de Enfermería 2000; 8(6):173-174.

⁵⁶ Alfaro R. Op. cit: 18-19.

hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados, a diferencia entre observación e inspección es que esta última fija su atención en aspectos concretos.⁵⁷

- b) **ENTREVISTA:** es un proceso complejo de obtención de datos a través de la interacción y comunicación entre la persona y enfermera, es importante no producir en los usuarios impresiones negativas, ya que luego tenderán a generalizarlas a todos, los trabajadores de la salud, el entrevistador debe tener en cuenta las siguientes cualidades: empatía, calidez, concreción y respeto, la entrevista consta de tres partes, se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente agradable, asegurando la intimidad y un ambiente sin distracciones con la finalidad de iniciar una relación positiva a esta etapa se llama **iniciación**, posteriormente la conversación se centra en la obtención de la información necesaria, comenzando con el motivo de la consulta o con la queja principal y se amplía la información con otros aspectos, se puede auxiliar de formatos estructurados o semiestructurados para una recolección sistematizada, se correlacionan los datos obtenidos con la expresión verbal y la no verbal (**cuerpo**) y la fase final de la entrevista o **cierre** es el resumen de los temas significativos, en caso de no concluir, se emplazara a la persona para otra entrevista.⁵⁸
- c) **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Determina la profundidad de la respuesta del usuario a su proceso de salud, nos sirve para comparar y valorar la eficacia de las acciones de enfermería, además podemos confirmar datos subjetivos obtenidos durante la observación y la entrevista, existen cuatro técnicas básicas:
- ❖ **Inspección:** examen visual de aspectos concretos del paciente, que determinan respuestas anormales a su estado de salud, se centra en las características físicas o a los comportamientos físicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

⁵⁷ Phaneuf M. Op cit: 64-66.

⁵⁸ Phaneuf M. Op. cit: 65-69.

- ❖ **Palpación:** utilización del tacto para determinar características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencias y movilidad).
- ❖ **Percusión:** implica dar golpes sobre determinadas zonas de la superficie corporal, para obtener ruidos que identifiquen su tamaño, densidad, localización o límites.
- ❖ **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por el cuerpo, se utiliza el estetoscopio y determinamos las características de los ruidos como frecuencia, intensidad, duración y calidad de los sonidos del pulmón, corazón e intestino.⁵⁹
- ❖ Es importante obtener la somatometría del paciente y constantes vitales, para posteriormente compararlas con la tablas de referencias y valorar el rango obtenido.

FUENTES DE INFORMACIÓN: Se pueden acudir a diversa fuentes para complementar la información requerida para la valoración.

- ❖ **Fuente primaria o directa:** será la persona o paciente.
- ❖ **Fuentes secundarias o indirectas:** historia clínica y expediente, familia, intercambio de información con los demás miembros de salud, libros y artículos referidos del tema.⁶⁰

TIPOS DE DATOS:

- ❖ **Datos subjetivos:** Información que el paciente siente o percibe y no se pueden medir.
- ❖ **Datos objetivos:** se puede medir con escalas o instrumentos, por ejemplo: signos vitales, datos de laboratorio y gabinete.⁶¹

2. VALIDACIÓN DE LOS DATOS.

Significa que la información obtenida es verdadera (basada en hechos), esto se refiere a corroborar que los datos obtenidos de forma verbal, son

⁵⁹ Alfaro R. Op. cit:

⁶⁰ Phaneuf M. Op.c it. 63

⁶¹ Alfaro R. Op. cit: 40.

congruentes con lo que observamos y exploramos o que hemos recibido el mensaje correcto emitido por el paciente o familiar y darles una interpretación correcta, la validación de los datos nos permite evitar información innecesaria, tener mala interpretación de situaciones o llegar a conclusiones equivocadas, los datos verdaderos son los que pueden medirse de forma exacta como las constantes vitales, somatometría y estudios de laboratorio, aunque existe la posibilidad de que ocurra algún error se puede verificar volviendo a retomar los datos y determinándolos mediante una técnica correcta o pidiendo ayuda a otra persona experta, verificar las imprecisiones nos permitirá tener una imagen correcta del estado de salud de la persona y por lo tanto los datos precisos permiten llevar a cabo un diagnóstico de enfermería correcto.⁶²

3. ORGANIZACIÓN Y REGISTRO DE LOS DATOS.

La forma de organizar los datos dependerá de los conocimientos, habilidades y preferencias, lo importante es organizarlos de una forma que nos ayude a la identificación del problema y a la elaboración de los diagnósticos de enfermería, se sugieren agruparlos en este caso en especial conforme a las 14 necesidades que propone Henderson e identificar la prioridad de las necesidades.⁶³

Existen normas que se establecen para la anotación de los datos:

- ❖ Escritos en forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, anotando entre comillas la información subjetiva obtenida.
- ❖ Los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- ❖ Se deben de evitar generalizaciones y términos como mal o regular.
- ❖ Los hallazgos deben describirse meticulosamente.
- ❖ La anotación debe ser clara y concisa.
- ❖ Se debe escribir con letra legible y tinta indeleble.
- ❖ Se escribirán las anotaciones ortográficamente bien y evitar abreviaciones.

⁶² Alfaro R. Op. cit: 40.

⁶³ Alfaro R. Op cit:46-49.

- ❖ Anotando en primer lugar los datos más críticos, como signos vitales, medicamentos o alergias, lo importante es que estén disponibles ante cualquier emergencia.⁶⁴

A medida que se realiza la valoración se puede dar una interpretación, pero conforme se reúnen todas las piezas correctas obtenidas durante una valoración completa según el enfoque de Henderson, identificando las manifestaciones de dependencia de cada una de las 14 necesidades, para identificar el estado de salud de un individuo, lo cual nos permite concluir en un diagnóstico de enfermería.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

“Es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud de los problemas de la persona, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera, deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión de opinión.⁶⁵”

Se considera como el segundo paso, consistiendo en el establecimiento de conclusiones, lo cual permitirá, mediante un término concreto a entender la situación del paciente, familia o comunidad, identificándose los aspectos positivos derivados de la capacidad y sus recursos así como los negativos asociados a sus limitaciones susceptibles de modificarse o reforzarse mediante las intervenciones de enfermería.⁶⁶

1. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.

⁶⁴ El proceso enfermero (en línea) (consulta 2004 oct 20): (25 págs) disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm.87k>

⁶⁵ Griffith J., Christensen P. Proceso Atención de Enfermería. México. Manual Moderno 1986.141.

⁶⁶ Romero M. Op. cit: 174.

La primera situación que hay que establecer es la identificación del problema, utilizando la información obtenida, analizar y conjuntar los datos, signos y síntomas, antecedentes, que nos permitan concluir en la determinación del diagnóstico posible, con esto se logra descubrir el grado de dependencia de la persona así como las causas de la dificultad que lo originan.⁶⁷

Para la elaboración de diagnósticos se debe considerar que:

- ❖ Toma en cuenta el estado de persona que vive con un problema y su reacción frente a este estado.
- ❖ Tiene en cuenta diversos grados de reacción de la persona.
- ❖ Tiene en cuenta las causas que contribuyen a la aparición del problema o a su prolongación.
- ❖ Orienta a la enfermera hacia sus intervenciones independientes.⁶⁸

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

El diagnosticar debe entenderse como una función establecida independiente propia del personal de enfermería, lo cual requiere de conocimiento y capacidad, un buen establecimiento de un diagnóstico de enfermería es la clave para una práctica eficaz de la intervención de enfermería.⁶⁹

A continuación se describen en el cuadro No. 5 que se encuentra en la página 34, los conceptos de los diversos tipos de diagnósticos de enfermería y su formato específico, el uso de conectores que se escriben en cursiva, permite relacionar los componentes de cada tipo de diagnóstico.

DIAGNÓSTICO	FORMATO
Diagnóstico real: juicio clínico sobre una respuesta	Problema +

⁶⁷ Phaneuf M . Op. cit: 81.

⁶⁸ Idem:82.

⁶⁹ Hernández J. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Modelo. Madrid, España. McGraw-Hill-Interamericana 1999: 137-138.

individual, familiar o de la comunidad, ante problemas reales de salud o ante procesos de la vida, se utiliza el formato PES el cual aplica el concepto básico de identificar el problema y su etiología , mediante los signos y síntomas que lo definen.	<i>RELACIONADO CON + etiología + MANIFESTADO POR + signos y síntomas.</i>
Diagnóstico Potencial o de Riesgo. Evidenciado por factores de riesgo, existe la posibilidad y vulnerabilidad de desarrollar un problema.	Riesgo o problema potencial + <i>RELACIONADO CON +factor de riesgo.</i>
Diagnóstico de bienestar: trata sobre la transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel superior.	<i>Conducta generadora de salud o Potencial de mejora: especificar el patrón funcional.</i>
Diagnóstico de síndrome: juicio clínico sobre un estado físico y psicológico complejo de la persona cuyo enunciado comprende varios diagnósticos reales o potenciales.	<i>Síndrome de + problema complejo (sin causa ni factores de riesgo).</i>
Problema interdependiente: problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiológica del cuerpo a un traumatismo, enfermedad o modalidad terapéutica y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con otro profesional de salud.	Problema o complicación potencial + <i>RELACIONADO CON + causa.</i>

Cuadro No. 5, Elaboró. SNM, 2004.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ha realizado y perfeccionado la lista ordenada alfabéticamente de diagnósticos desde 1978 se reunieron y propusieron que los nueve patrones de respuestas humanas de persona unitaria formara el sistema para la organización de los diagnósticos, que clasificados bajo cada patrón describen la forma en que los individuos responden a determinados estados de salud o enfermedad, los diagnósticos pueden no corresponder con los postulados del modelo teórico enfermero que elijamos para llevar a cabo una descripción concreta.⁷⁰

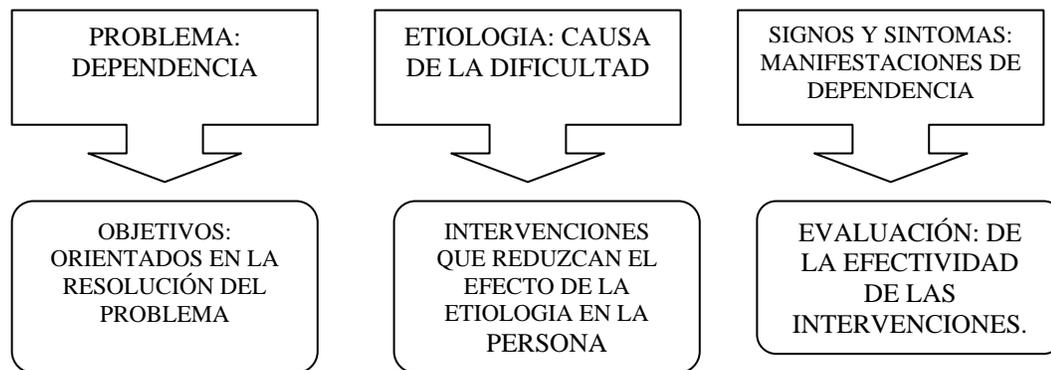
PLANEACIÓN.

Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados, consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, reducir o corregir las respuestas de la persona.⁷¹

⁷⁰Hernández J. Op. cit: 142.

⁷¹ Idem:143

En el esquema No 2 que se encuentra a continuación, se representa la relación que tiene la formulación del diagnóstico de enfermería (formato PES) y la realización del plan de intervenciones, para lo cual se requiere de fijar prioridades de acuerdo a la problemática encontrada, establecer objetivos orientados a lograr remitir el problema, mediante determinación de las intervenciones que se requieren para llegar a los objetivos y documentar el plan de cuidados que dirigirán nuestras acciones⁷².



Esquema No. 2, elaboró: SNM, 2004.

1. FIJACIÓN DE PRIORIDADES.

Se requiere de habilidad para valorar el conjunto de problemas y como afectan a la persona, identificar la causa es relevante, por ejemplo si se encuentra alterada la necesidad de oxigenación por alguna causa de tipo emocional como ansiedad, sería conveniente disminuir este problema con lo que se facilitaría la respiración, pareciera prioritario proporcionar las intervenciones para mejorar la oxigenación, pero probablemente sería difícil obtener una disminución del problema si no se disminuye la ansiedad.

Se deben tomar en cuenta los siguientes principios:

- ❖ La percepción de prioridades de la persona.
- ❖ El plan general de tratamiento.
- ❖ El estado general de salud de la persona.
- ❖ La presencia de problemas potenciales.

⁷² Alfaro R. Op. cit: 110-123.

Para priorizar las necesidades, se puede recurrir a diferentes criterios según la base teórica que estemos utilizando, en este caso se considera la escala propuesta por Henderson, conforme la necesidad afectada y considerando el grado y la duración de la dependencia, que refleje la intensidad del problema.⁷³

Se sugiere elaborar una lista de diagnósticos de enfermería para determinar cuales serán abordados en el plan de intervenciones, recordando que la propuesta de Henderson esta basada en la jerarquización de necesidades de Maslow, proponiéndose la siguiente enumeración:

PRIORIDAD 1: problemas que interfieren con las necesidades fisiológicas, oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, termoregulación, moverse y mantener buena postura y sueño (confort físico).

PRIORIDAD 2: problemas que interfieren con la necesidad de seguridad y protección.

PRIORIDAD 3: problemas que interfieren con el amor y pertenencia como la comunicación.

PRIORIDAD 4: problemas que interfieren con la autoestima como higiene, vestido y aprendizaje.

PRIORIDAD 5: problemas que interfieren con la capacidad de lograr objetivos personales como recreación, realización y actuar de acuerdo a sus creencias y valores.⁷⁴

Otro criterio para priorizar necesidades es que se determinan tres grupos de prioridad:

- ❖ ALTA: son aquellos diagnósticos de enfermería que si no se tratan pueden ser perjudiciales para la persona, pueden ser problemas potenciales o reales que pueden afectar vitalmente a la persona.
- ❖ INTERMEDIA: se agrupan los diagnósticos urgentes, pero que no amenazan la vida (complicaciones potenciales), son determinados por diagnósticos derivados del tratamiento.

⁷³ Phaneuf M. Op.cit: 87.

⁷⁴ Alfaro R. Op. cit: 102-103

- ❖ **BAJA:** son los diagnósticos que pueden no estar directamente relacionados con la enfermedad o pronóstico, pero que pueden afectar a su futuro bienestar, considerando la percepción de la persona.⁷⁵

2. FIJACIÓN DE OBJETIVOS.

El éxito del plan de terminado se medirá basándose en determinar si se han conseguido los objetivos fijados, los cuales dirigen la acción y son factores de motivación, son el marco temporal para conseguir las cosas, contemplando los cambios esperados en la persona en las diferentes dimensiones de la persona.⁷⁶

- ❖ **Objetivos a corto plazo:** son los que se deben de conseguir de forma relativamente rápida, en menos de una semana, se requiere de formular varios objetivos a corto plazo que sirvan de peldaños para conseguir un objetivo a largo plazo.
- ❖ **Objetivos a largo plazo:** son metas más ambiciosas que se pretenden conseguir en un lapso de semanas o meses.

La formulación de objetivos, por lo menos uno debe brindar la resolución directa del **problema (PES)** contemplando la primera parte del diagnostico, la formulación de los resultados esperados debe ser específica y formularse de acuerdo a los siguientes componentes que se describen y ejemplifican en el cuadro No. 6 que se presenta a continuación.⁷⁷

SUJETO	VERBO	CONDICION	CRITERIO	MOMENTO
QUIEN	QUE	COMO	EN QUE MEDIDA	CUANDO
EL SR. SANTANA	CAMINARA	CON UNA MULETA	HASTA EL FINAL DEL PASILLO	POR LA MAÑANA

Cuadro No. 6, elaboró: SNM, 2004.

Los resultados esperados deben de describir exactamente lo que el cliente tiene que hacer y pueden clasificarse en tres dominios, en el cuadro No.

⁷⁵ Minguez D. Proceso de enfermería (en línea)(consulta 20-dic-2004), (29 págs.) disponible en: http://www.aibarra.org/Apuntes/fundamentos/Apuntes_Enfermeríafundamental_Procesodeenfermería

⁷⁶ Alfaro R. Op. cit: 105.

⁷⁷ Alfaro R.Op. cit: 105-107

7 que se presenta a continuación, se enumeran los verbos representativos de cada competencia.⁷⁸

COMPETENCIA	VERBOS
Cognitiva: adquisición de conocimientos.	Enseñar, discutir, identificar, describir, enumerar, explorar.
Psicomotora. Desarrollo de habilidades	Expresar, compartir, escuchar, comunicar y relatar.
Afectiva: cambio de actitudes, sentimientos o valores.	Demostrar, practicar, realizar, andar, administrar y dar.

Cuadro No. 7, elaboró: SNM, 2004.

3. DETERMINACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Implica determinar acciones de enfermería que lograrán los resultados esperados establecidos, contemplar como reducir o resolver cada uno de los diagnósticos reales o potenciales identificados, para lo cual hay que contemplar cual es la etiología del problema, si se identifica un diagnóstico de enfermería posible, las intervenciones serán dirigidas a obtener información y decidir si existe o no el diagnóstico.⁷⁹

Se deben planificar valoraciones focalizadas para determinar el control del problema mediante vigilancia de los signos y síntomas así como el estado del diagnóstico para determinar si continua real o potencial.

Se sugiere la siguiente guía para la planificación de las intervenciones:

- ❖ Identifique las valoraciones focalizadas de la persona.
- ❖ Busque intervenciones que reducirán o eliminarán la etiología del problema.
- ❖ Considere los resultados esperados.
- ❖ Identifique las fuerzas de la persona y la familia que puedan reforzarse, de modo que puedan participar en la corrección del problema.
- ❖ Ser realista, considerar: las limitaciones, preferencias de la persona, la edad de la persona, las capacidades y conocimientos de la enfermera, la congruencia con los tratamientos, proporcionar un entorno seguro y la apropiada utilización de recursos.

⁷⁸ Idem: 107-110.

⁷⁹ Idem: 123-128.

- ❖ Cuando sea posible, crear oportunidades para la educación.
- ❖ Consultar a otros profesionistas cuando este indicado.

Todo lo anterior permitirá determinar el tipo de intervención y la forma para conseguir el comportamiento esperado de la persona y corregir su problema de dependencia estas pueden ser:

- ❖ INDEPENDIENTES: aquellas intervenciones que son responsabilidad y puede realizar el profesional de enfermería sin indicación del médico, están definidas por los diagnósticos de enfermería, son las respuestas que la enfermera esta autorizada a tratar en virtud de sus conocimientos y experiencias.⁸⁰
- ❖ INTERDEPENDIENTES: define las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de salud y se planean para dar solución a los problemas interdependientes.⁸¹
- ❖ DEPENDIENTES: son aquellas actividades que emanan de los diagnósticos médicos y se llevan a cabo bajo una prescripción médica.⁸²

De acuerdo a las posibilidades y comportamiento de la persona se puede recordar su relación con el rol de la enfermera: de suplencia cuando la persona es incapaz de satisfacer sus necesidades; de ayuda, cuando la persona esta enferma pero tiene posibilidades de colaborar en su atención y de apoyo cuando se le brinda a la persona para aumentar o mantener un grado de independencia.⁸³

Es necesario escribir órdenes de enfermería para que todas las enfermeras implicadas sigan instrucciones claras durante la ejecución del plan, se debe incluir los siguientes aspectos que se describen y ejemplifican a continuación en el cuadro No. 8.

FECHA	VERBO	SUJETO	FRASE DESCRIPTIVA
-------	-------	--------	-------------------

⁸⁰ Iyer P.Op.cit. 187.

⁸¹ Alfaro R. Op.cit: 126

⁸² Phaneuf M. Op. cit: 198.

⁸³ Idem:111.

En que se escribe el orden	Acción a realizar	Quien tiene que realizar la acción	Cómo, cuándo, dónde, con que frecuencia y en que medida.
22-05-04	Ayudar	A Consuelo	Sentarse en la cama durante 10 minutos tres veces al día.

Cuadro No. 8, elaboró: SNM, 2004.

4. DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.

El formato del plan de ayuda a procesar la información obtenida durante la fase de valoración y diagnóstico, es un proyecto para dirigir las actividades de enfermería, proporciona un mecanismo para la prestación constante y coordinada, existiendo comunicación entre las profesionales, permite establecer las normas para la evaluación entre los profesionales, permite establecer las normas para la evaluación.⁸⁴

Para realizar las anotaciones de los planes de cuidados se sugiere:

- ❖ Cada plan tenga los resultados esperados, órdenes de enfermería y evaluación.
- ❖ Citar aquellos diagnósticos de enfermería que salgan de los cuidados de enfermería rutinarios o estándar.
- ❖ Ser breve y clara, solo usar abreviaturas aceptadas y palabras claves en vez de frases completas.
- ❖ Formular objetivos a corto y largo plazo y determinar la fecha límite para su logro.
- ❖ Indicar las fechas en que los objetivos son fijados y alcanzados.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS.

El plan de cuidados se puede estructurar de diversas formas, sin embargo existen tres componentes básicos para la elaboración del plan:⁸⁵

- a) Diagnósticos de enfermería.
- b) Objetivos
- c) Intervenciones de enfermería.

⁸⁴ Iyer P. Op cit: 197

⁸⁵ Idem: 202.

Contemplando lo anterior la elaboración de planes de cuidados es diversa, pero siempre contendrán los tres componentes básicos referidos, se pueden utilizar los diferentes tipos de planes.⁸⁶

- ❖ Individualizados. Permiten la documentación de los diagnósticos, objetivos e intervenciones más adecuados para una determinada persona, no incluye información no aplicable, es específica de la persona, pero exige mucho tiempo en su elaboración.
- ❖ Estandarizado: estos planes se pueden organizar según el diagnóstico médico de la persona, se consideran los diagnósticos posibles reales, potenciales o en bienestar, objetivos e intervenciones, pudiendo individualizarse al dejar espacios que no afectan al cliente o añadir elementos específicos que surjan en las necesidades identificadas en la persona, reducen el tiempo invertido en la elaboración del plan, son concretos y cómodos, aunque pueden ser limitantes.
- ❖ Computarizados: se pueden construir diversos tipos de planes individualizados o estandarizados, a través de la información que se introduzca en el menú, acorde a las características definitorias de los problemas encontrados, se pueden actualizar fácilmente el eliminar o seleccionar información actual conforme a la evolución de la persona, pero se requiere de recursos suficientes para hacer viable esta opción.⁸⁷

EJECUCION

Supone la puesta en marcha del plan de intervenciones de enfermería, se ejecutan intervenciones concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente, esta fase orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en marcha del plan que elaboró previamente, se lleva a cabo en tres momentos:⁸⁸

1. PREPARACIÓN.

⁸⁷ Hernández J. Op. cit: 136-137.

⁸⁸ Iyer P. Op. cit: 228-231.

Exige una serie de actividades que sugiere el razonamiento crítico, consiste en:

- ❖ Revisar las intervenciones y determinar si son compatibles con el plan establecido, valorar si son suficientes y aclarar intervenciones dudosas.
- ❖ Realizar un análisis del conocimiento de enfermería y sus habilidades exigidas para determinar las funciones y competencia.
- ❖ Reconocer las complicaciones posibles de los procedimientos, esto permitirá poner en marcha enfoques preventivos para reducir el riesgo.
- ❖ Proporcionar los recursos necesarios y suficientes, en cuanto a tiempo, número de profesionales y el material aceptable y disponible.
- ❖ La preparación de un entorno seguro, sugiere comodidad para la persona, el crear un ambiente agradable y seguro.⁸⁹

2. INTERVENCIÓN.

Su abordaje incluye el inicio de las acciones planeadas ya sean independientes, dependientes e interdependientes y se ajustan

- A) Reforzar las cualidades de la persona, al ejecutar la intervención puede ayudar a identificar estas cualidades.
- B) Ayudar a las actividades de la vida diaria, da la oportunidad de valorar nuevos problemas, entablar una comunicación y seguir planificando, mediante la evaluación de la eficacia de nuestras intervenciones.
- C) Supervisar el trabajo, incluye definir responsabilidades del profesional y la determinación del campo de la práctica de enfermería, delegando la atención a la persona adecuada.
- D) La comunicación con otros miembros del equipo de salud, según sea necesario, se puede compartir datos, impresiones, objetivos e incluso estrategias para lograr una atención integral.
- E) La educación para la persona y su familia incluye realizar una valoración de las necesidades de la persona y los factores que intervienen para el aprendizaje de la persona y determinar estrategias con objetivos reales y posibles.

⁸⁹ Iyer P. Op. cit: 231-246.

F) El personal de enfermería que utiliza el razonamiento crítico esta constantemente anticipándose a los problemas y superando obstáculos.

3. DOCUMENTACIÓN.

Llevar un registro completo y exacto de los acontecimientos, se debe usar tinta y letra legible y realizar las notas lo antes posible en forma precisa y firmarlas, no se recomienda dejar espacios en blanco, escribir en forma concisa, específica y clara, sin términos vagos, se pueden utilizar diversos tipos de registro los comunes son:⁹⁰

- ❖ Gráficas narrativas: es la gráfica tradicional se registra cronológicamente y en forma narrativa el estado de la persona.
- ❖ Registros orientados al problema: esta enfocado en los problemas de la persona y consta de dos partes, una lista de problemas y por otra parte su nota de evolución, que incluye los datos subjetivos, objetivos, valoración y el plan.
- ❖ Gráfica Focus: es un método para organizar la información, se coloca una columna de enfoque con los datos objetivos y subjetivos obtenidos de la persona, se anota la intervención de enfermería ejecutada y por último se evalúa la respuesta obtenida.

SISTEMAS DE PRESENTACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

La forma de organizar al personal de enfermería depende del tipo de profesional de enfermería con que se cuenta, la filosofía de la institución y las características de los pacientes que demandan atención, a continuación se presentan cinco sistemas:

- a) Asignación de tareas: las responsabilidades se dividen en tareas y son realizadas por diversos niveles de profesionales de enfermería y de acuerdo a su complejidad, basándose en su conocimiento y experiencia.
- b) Equipos de enfermería: existe un coordinador experimentado y con conocimientos especiales, con la autoridad para asignar la intervención de

⁹⁰ Alfaro R. Op.cit:155.

un grupo de personas a un miembro del equipo de acuerdo a las necesidades de la persona y habilidades de la enfermera.

- c) Enfermera de cuidados básicos: el profesional de enfermería organiza un plan de cuidados básicos para cierto número de pacientes, la intervención es ejecutada por otro miembro del equipo de salud.
- d) Control de caso: existe una organización para conseguir resultados concretos, con un tiempo establecido, compatible con la estancia hospitalaria, diseñada para el diagnóstico del cliente.
- e) Atención enfocada al paciente: los recursos y los profesionales de salud se organizan para brindar la atención del paciente, siendo este el centro de atención y no basándose en la organización por departamentos.⁹¹

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

En 1987, el centro para la clasificación de enfermería en la Universidad de Iowa introdujo la NIC (Nursing Interventions Classification) y en 1991 la NOC (Nursing Outcomes Classification), estas dos clasificaciones adicionales fueron desarrolladas para su uso con la NANDA y otros sistemas de diagnósticos, se espera que la eficacia de los términos de los diagnósticos fuesen mejoradas con la disponibilidad de intervenciones y de resultados estandarizados, la traducción de la sigla NIC es CIE (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería), las intervenciones de la CIE incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales, hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, hay intervenciones para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos, si no que contemplan a la familia y comunidad.⁹²

EVALUACIÓN

Consiste en emitir un juicio comparativo sobre el trabajo realizado por el profesional de enfermería en relación con los resultados obtenidos en el estado

⁹¹ Iyer P. Op. cit: 248-257.

⁹² CIE. Clasificación de las intervenciones (en línea);(consulta 8-dic-2004): (10 págs) disponible en: <http://www.aibarra.org/archivos/CIE.htm>

de salud de la persona, es una condición absoluta que se emite de la calidad de los cuidados y la eficacia del proceso, la evaluación sugiere cuatro pasos, establecer criterios para la evaluación de los objetivos, evaluación del logro de los objetivos, identificación de las variables que afectan los resultados y modificación del plan de intervenciones y finalización de los cuidados de enfermería.⁹³

1. ESTABLECER CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS.

Los criterios de resultados serán los mismos que se establecen como objetivos en el plan de intervención, que de alguna forma son observables o demostrables, los objetivos que se planearon de acuerdo a los diagnósticos encontrados, son los logros que se esperan sean alcanzados por la persona mediante la intervención de enfermería, requiere de programar una evaluación sistémica y continua, para que mediante la recolección de datos se refuercen las ideas y constaten la situación actual del paciente, según el enfoque de Henderson mediante la valoración de las necesidades y sus manifestaciones de dependencia es posible llegar a una conclusión.⁹⁴

2. EVALUACIÓN DEL LOGRO DE LOS OBJETIVOS.

Los resultados obtenidos en la recolección de datos nos permite evaluar si el objetivo se cumplió parcial o totalmente o no se cumplió, si subsisten las manifestaciones de dependencia con la misma intensidad y los criterios de resultados no son logrados por la persona, se dice que el objetivo no se cumplió, si el grado de dependencia disminuye en cierto grado, no alcanzado el resultado esperado, se considera que el alcance de los objetivos fue parcial, por último si la persona logra su independencia o la dependencia disminuye en el grado esperado según los objetivos planteados, se considera que estos se cumplieron totalmente y de manera satisfactoria.⁹⁵

⁹³ Phaneuf M. Op. cit: 137.

⁹⁴ Alfaro R. Op. cit: 170-171.

⁹⁵ Phaneuf M. Op. cit:137-139.

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES QUE AFECTAN LOS RESULTADOS.

Cuando los objetivos no son alcanzados de manera se debe realizar una revisión exhaustiva de cada una de las etapas del proceso, para determinar por nuestras intervenciones no fueron efectivas.

- ❖ Si tomamos en cuenta la valoración en forma completa, la omisión de datos o la falta de profundidad puede afectar esta etapa.
- ❖ Si dentro de la elaboración de diagnósticos se identificaron los problemas correctamente y la emisión fue congruente a esta situación.
- ❖ Si los objetivos e intervenciones fueron realistas.
- ❖ Si la ejecución de las intervenciones se llevó a cabo de acuerdo a lo planeado.
- ❖ Y por último, si el surgimiento de nuevas manifestaciones o problemas fue identificado a tiempo y tomado en cuenta para la reestructuración del plan.⁹⁶

4. MODIFICACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES Y FINALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

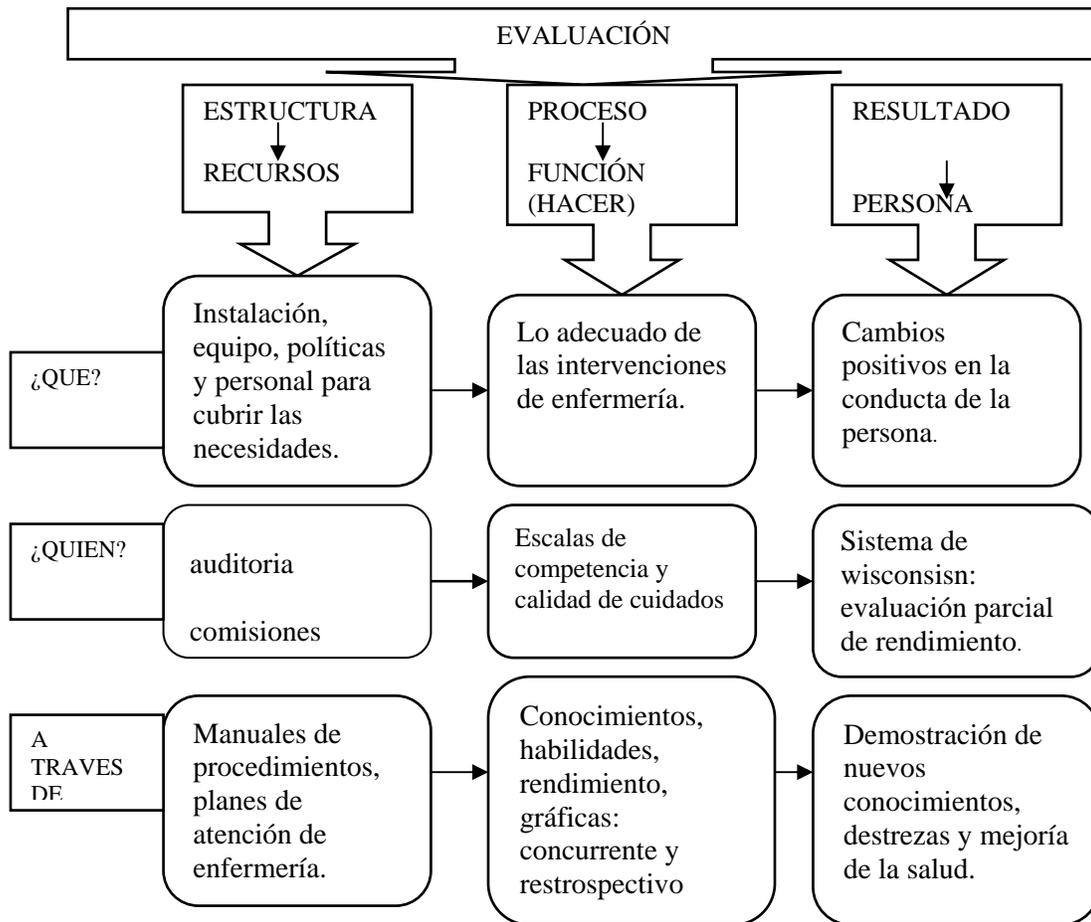
Al concluir la evaluación, la enfermera decidirá de acuerdo al logro de los objetivos o surgimiento de nuevos problemas, que rumbo tomará el proceso de enfermería, por una parte la falta de satisfacción total o parcial de la persona o el surgimiento de situaciones que generen problemas o modifiquen su situación actual, este sugiere la modificación del plan de cuidados de cuidados, la cual se llevará a cabo mediante la implementación de las 5 etapas del proceso, para eliminar añadir o modificar la información pertinente, si los objetivos se han cumplido de manera satisfactoria, se les hace responsable de su salud, según sea el caso, a la persona y/o su familia, existiendo entonces la capacidad de satisfacer sus necesidades y ser independiente, dando por concluido el plan.⁹⁷

TIPOS DE EVALUACIÓN

⁹⁶ Alfaro R. Op.cit: 173-174.

⁹⁷ Idem: 174-175

Es necesario evaluar desde una perspectiva general y como parte de un equipo de salud, la calidad de atención en los cuidados de enfermería, siendo parte esencial del proceso de atención de enfermería, para llevar a cabo lo anterior es preciso evaluar conforme a la estructura, proceso y resultado, que a continuación se presenta en el esquema No. 3.⁹⁸



Esquema No. 3, elaboro: SNM, 2004.

CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA.

La traducción de la NOC es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería), la NOC es una sigla definida como “estado del cliente después de una intervención de enfermería”, los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir efectos de las intervenciones de cuidados, se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente, por lo que se pueden medir el estado de la persona con varios acontecimientos de la salud

⁹⁸ Griffith J., Cristensen P. Op. cit: 141.

ante los periodos de cuidados, hay siete dominios del NOC que describen la respuesta deseada de la persona: la salud funcional, la salud psicológica, el conocimiento de la salud, la salud psicosocial y el comportamiento y percepción de la salud de la persona, familia y comunidad.⁹⁹

1.2.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La profesión de enfermería como cualquier otra disciplina, requiere de criterios éticos, que definan y reglamenten su ejercicio profesional, por esto mismo se necesita de tomar en cuenta algunos elementos que sustenten y orienten la realización del presente caso clínico y su finalidad en la formación de profesionales especializados, además de profundizar en conceptos aplicados en función de la atención de la salud.

ÉTICA.

En el congreso de Montreal, Canadá, en 1929, se presentó la primera propuesta de crear un código internacional de ética de la profesión, el cual fue aprobado en 1953 y modificado en 1973, como consecuencia a los cambios producidos en la concepción de la enfermería.¹⁰⁰

La ética, es la aplicación de la razón de la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber, por lo tanto es la valoración para tomar una decisión libre en bien propio y de los semejantes, su origen y desarrollo de las reglas y normas de conducta de los hombres, de su deber hacia la sociedad, la Patria y el Estado.¹⁰¹

⁹⁹ CRE. Clasificación de los resultados de Enfermería (en línea) ; (consulta 8- dic-2004): (10 págs.) disponible en: <http://www.aibarra.org/archivos/CRE.htm>

¹⁰⁰ Amaro M. El método científico de enfermería, el Proceso de atención y sus implicaciones éticas y bioéticas. (en línea) ; (consulta 18-nov-2004) :(6 págs). Disponible en: http://bus.sld.cu/revistas/enf7vol_1_047enf.10104.htm

¹⁰¹ Porra J. Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el proceso atención de enfermería. Revista Cubana de enfermería 2001;17 (2) .133.

El Consejo Internacional de Enfermeras, ha señalado que la responsabilidad fundamental de la enfermera es: promover la salud, evitar enfermedades, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento, esta serie de actividades se reflejan en la definición de Henderson cuando dice: la enfermería es la asistencia al individuo enfermo y sano en la ejecución de aquellas actividades que favorezcan su salud o ayudarle a tener una muerte en paz, tareas que realizaría sin ayuda, si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, todo ello para que el individuo recupere su independencia lo antes posible.¹⁰²

El código de ética para las enfermeras y enfermeros de México redacta los siguientes artículos referentes al tema que nos comprometen en diversos sentidos ya sea teórico, formativo y práctico, a llevar a cabo la realización del estudio de caso, bajo las siguientes perspectivas:¹⁰³

- ❖ En el capítulo II, de los deberes de las enfermeras con las personas, en el artículo 2º, se manifiesta el respeto a la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados, previamente informado, para la realización de este caso clínico se requirió del consentimiento informado, autorizado por la madre de la niña (anexo 1).
- ❖ En el capítulo III, de los deberes de las enfermeras como profesionistas, el artículo 10º, que se refiere a la aplicación de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, actualizados en el desempeño de la profesión.
- ❖ En el capítulo IV, de los deberes de las enfermeras para con sus colegas, refiere en el artículo 20º, el dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual y conjuntamente.
- ❖ En el capítulo V, de los deberes de las enfermeras para con su profesión, el artículo 24º, el cual nos invita a contribuir al desarrollo de la profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de la disciplina.

¹⁰² Idem.

¹⁰³ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México: Secretaría de Salud de México. México. Subsecretaría de Innovación y Calidad 2001:15-19

BIOETICA.

En 1964, en Finlandia, la asociación médica mundial emite la declaración de Helsinki, donde se establecen las recomendaciones para las investigaciones clínicas y se precisa que la investigación que comprometa a personas se justifican siempre y cuando se beneficie a la persona, se proteja su vida, la integridad y la dignidad de la población implicada con el resultado y se realice con un consentimiento informado.¹⁰⁴

En el terreno de la salud, el ritmo acelerado de las ciencias implicadas, trae como consecuencia el peligro de la deshumanización, el término bioética es utilizado para distinguir a la ética tradicional, contempla los problemas éticos que plantean los progresos de la medicina y biología, contribuyendo a salvaguardar la vida humana frente a los avances científicos.¹⁰⁵

La bioética se sustenta entres pilares:

- ❖ Autonomía: se da ética y jurídicamente, con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado, en 1972, la American Hospital Association, garantizó el derecho del paciente a la participación en la Declaración de Derechos del paciente, responde a una moralidad basada en el respeto mutuo, contempla además la participación voluntaria en el tratamiento y a recibir información comprensible y suficiente.
- ❖ Justicia: se refiere a la obligación de igualdad en la accesibilidad y el trato humano, las personas serán tratadas como tal y no como objetos de investigación, considerando que las necesidades son diferentes en cada persona.
- ❖ Beneficencia y no maleficencia: hacer y promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad, tiene aplicación social e individual de que todo tratamiento y estudio realizado beneficiará a las persona.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Fraile C. Ciencia, ética y enfermería (en línea); (Consulta 18-nov-2004): (5 págs.) disponible en: http://www.saelo_d/saelo_php?pldso7177

¹⁰⁵ Abascal M., Acosta J. Consideraciones acerca de la aplicación de una ética renovada al Proceso de Atención de Enfermería. Revista Cubana de Enfermería 2001; 17 (1): 20.

¹⁰⁶ Hernández C., Mendoza C. Consentimiento informado en Enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería 2002; 10(9):269.

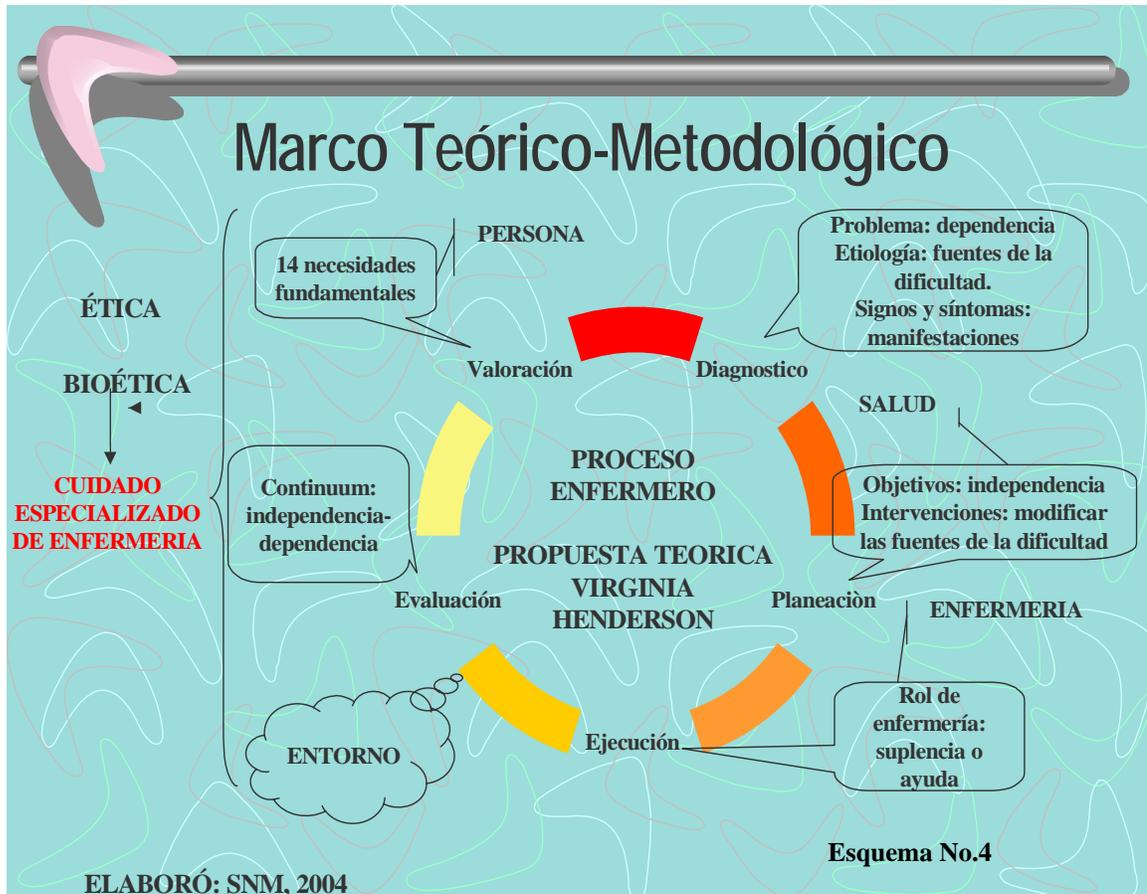
La enfermería como arte y disciplina que se encuentra en la ética del cuidar nos da conocimientos y describe las capacidades que necesitamos para desempeñar diversas funciones y mantener el profesionalismo requerido.

INTEGRACIÓN DEL MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

Después de conocer el contenido de esta propuesta teórica, su aplicación como marco teórico que oriente el proceso de atención de enfermería se describe de la siguiente forma y ejemplifican en el esquema No. 4, que se encuentra en la página 52:

- ❖ En la primera etapa del proceso se valora a la **persona** como un todo compuesto de 14 necesidades fundamentales y su relación entre cada una de ellas, la persona inmersa en un **entorno**, en el cual existen diversos factores que pueden afectar o favorecer la satisfacción de las necesidades básicas.
- ❖ En la etapa de diagnóstico: una vez analizada la información obtenida se determina los diagnósticos de enfermería identificando el problema de dependencia, las fuentes de la dificultad o etiología mediante los signos y síntomas o manifestaciones de dependencia que avalen dicho diagnóstico.
- ❖ En las etapas de planeación: se formularan objetivos para lograr la independencia o disminuir la dependencia en la satisfacción de las necesidades de la persona, mediante la planificación de intervenciones que modifique las causas de la dificultad o etiología del problema, permitiéndole a la persona recuperar su **salud**.
- ❖ La etapa de ejecución: se determina el modo de intervención de **enfermería** que le permita a la persona recuperar su independencia, ya sea el rol de suplencia o ayuda.
- ❖ En la última etapa del proceso, la evaluación se llevará a cabo identificando el grado de independencia alcanzado o la disminución de la dependencia, el instrumento para facilitarnos lo anterior es el Continuum independencia – dependencia propuesto por Phaneuf.

Como profesional especializado de enfermería es necesario contemplar los aspectos éticos en el proceso del cuidado, además de retomar aspectos bioéticos que permitan a la persona sometida a un estudio de caso a mantener su autonomía mediante la autorización de un consentimiento informado, en el cual se manifieste el objetivo de dicho estudio en beneficio de la persona asegurando un trato justo, con sentido humanitario y no como objeto de estudio.



1.2.4 FACTOR DE DEPENDENCIA DE LA NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

CÁNCER

Es el crecimiento incontrolado de células malignas que puede originarse en diversos órganos, en su presentación sólida se le denomina tumor maligno o primario que en términos generales se origina en un sitio determinado del cuerpo y desarrolla crecimiento local, además de tener la posibilidad de metástasis a distancia a través del sistema linfático a los ganglios que drenan la

región afectada a través de la circulación sanguínea hacia otros órganos del cuerpo como los pulmones, el hígado o el cerebro.¹⁰⁷

Los tumores malignos que se presentan en las extremidades se dividen en dos grandes grupos: tumores **óseos** y tumores de partes blandas, prácticamente todos estos tumores se incluyen dentro de la categoría conocida como sarcomas, los tumores de hueso son el **osteosarcoma** y sarcoma Ewing.¹⁰⁸

OSTEOSARCOMA

Es una neoplasia maligna primaria del hueso que se deriva del mesénquima primitivo y que produce de forma característica tejido osteoide o hueso inmaduro, la región donde se presenta la lesión en hueso generalmente es la metafisiaria, pero dependiendo de la avanzada del caso puede abarcar todo el hueso, existe aumento de volumen de la región afectada, disminución de los movimientos del miembro afectado y dolor.

EPIDEMIOLOGÍA.

El cáncer en la edad pediátrica se ha convertido en un problema de salud pública en nuestro país, el osteosarcoma es un tumor que afecta predominantemente a adolescentes y adultos jóvenes y representa aproximadamente un 5% de las neoplasias infantiles.¹⁰⁹

En general es más frecuente en niños que en niñas, el osteosarcoma representa el 6.5% de cáncer en niños de 1 a 4 años y ocupa el 6º lugar de mortalidad y el 2º lugar en escolares de 5 a 14 años, la mortalidad por infección en cáncer en la población infantil en 1997 fue de 19,613 niños (23%).

¹⁰⁷ Diccionario de Medicina. 16th ed. España. Océano –Mosby. 1999:190.

¹⁰⁸ Pérez C. Osteosarcoma. (En línea); (consulta 11-nov-2004): (6págs) disponible en: <http://www.percano.com.mx/prescripciónmédica2002/jul/osteosarcama.htm>

¹⁰⁹ Rivera R. Diagnóstico en el niño con cáncer. México. Mosby 1999:257.

En el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, en el año 2004, el osteosarcoma representó el 6º lugar como causa de egreso de morbimortalidad general (1.19%) y el 2º en el servicio de Oncología (4.84%).¹¹⁰

ETIOLOGÍA.

No podemos definir un factor causal del osteosarcoma, se mencionan algunos factores predisponente asociados, la radioterapia y como segunda neoplasia en el retinoblastoma, encontrándose una alteración cromosómica igual en ambas patologías (cromosoma 13), se encuentra también con mayor frecuencia en pacientes con talla mayor que la el resto de la familia.¹¹¹

CUADRO CLÍNICO

La mayor frecuencia de osteosarcoma en la adolescencia y en la metáfisis sugiere que el osteosarcoma se genera al nivel de las áreas de rápido crecimiento óseo, los huesos largos son los más afectados y de estos el tercio medio distal del fémur y proximal de la tibia, así como el húmero; con respecto a este último, lo vemos en pacientes escolares, ya que es cuando existe un acelerado crecimiento de las extremidades superiores, el cual rebasa al e la inferiores.¹¹²

Aparece hueso de neoformación que llega a involucrar las partes blandas con elevación de la corteza, formando el triángulo de Codman,, dato cardinal para la sospecha del osteosarcoma es la presencia de dolor óseo en la extremidad, se tenga o no el antecedente de traumatismo, la otra manifestación clínica es el aumento de volumen en el sitio afectado, se refiere que el osteosarcoma se puede presentar en cualquier hueso, pero es un tumor preferentemente metafisiario y de predominio en el área circundante de la rodilla, en el caso que afecte la articulación se ve disminuida la movilización de

¹¹⁰ Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, Departamento de bioestadística y archivo clínico.10 principales causas de egresos (morbimortalidad) en general y en el servicio de oncología, 2004.

¹¹¹ Rivera R. Op. cit: 258-257

¹¹² Idem: 257.

la misma, es probable que antes de establecer el diagnóstico el paciente acuda a métodos alternativos empíricos como la masoterapia para tratar su problema; la presencia de fiebre y la alteración del estado general son raros y están asociados a la existencia de metástasis.¹¹³

DIAGNÓSTICO.

- ❖ RADIOGRAFICO: es de utilidad diagnóstica la radiografía de la extremidad afectada, evidenciando la destrucción del patrón trabecular normal, con ausencia de márgenes que marca el periostio, además de la determinación del tumor primario, la radiografía anteroposterior y lateral de tórax, puede evidenciar la presencia de metástasis pulmonares.¹¹⁴
- ❖ BIOPSIA: debe realizarse para determinar la histología del tumor, siendo más frecuente el tipo osteoblástico y el más agresivo el telangiectásico.¹¹⁵
- ❖ RESONANCIA MAGNÉTICA: Posterior a la biopsia y la confirmación del diagnóstico es necesaria la realización de la resonancia magnética para determinar la extensión intramedular de la lesión.
- ❖ TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA: es un estudio de extensión para valorar la presencia de metástasis pulmonares, ya que se refiere en la literatura que de un 60 a 80% de los pacientes pueden tener metástasis pulmonares microscópicas al diagnóstico.¹¹⁶

FACTORES PRONÓSTICOS.

En el cuadro No. 9 que se encuentra a continuación se describen los factores que intervienen en el pronóstico y que permiten establecer un tratamiento quirúrgico conservador o intenso, o sea la preservación o amputación de la extremidad, sí como para determinar la intensidad de la

¹¹³Rivera R. Op. cit: 257-259.

¹¹⁴ Idem: 258-159.

¹¹⁵ Pérez C. Osteosarcoma. (En línea); (consulta 11-nov-2004): (6págs) disponible en: <http://www.percano.com.mx/prescripciónmédica2002/jul/osteosarcama.htm>

¹¹⁶ Pérez C. Osteosarcoma. (En línea); (consulta 11-nov-2004): (6págs) disponible en: <http://www.percano.com.mx/prescripciónmédica2002/jul/osteosarcama.htm>

quimioterapia, repercutiendo entonces en la calidad de vida del paciente y sus complicaciones posibles.

FACTOR PRONÓSTICO	PRONOSTICO FAVORABLE	PRONOSTICO DESFAVORABLE
Extensión del tumor	Tumor primario localizado	Lesiones contiguas
Extensión de las lesiones metastásicas.	Metástasis unilateral con posibilidad de resección.	Metástasis bilateral, con afección de ganglios y sin resección quirúrgica total posible.
Localización	Distal	Axial, es de difícil abordaje quirúrgico.
Respuesta al primer ciclo de quimioterapia.	95% de necrosis en el sitio primario.	Resistencia al tratamiento.
Tipo histológico	--	Telangiectásico, es el más agresivo.
Otros	--	Recaídas.

Cuadro No. 9, elaboró: SNM, 2004.

TRATAMIENTO.

El osteosarcoma recibe un esquema de tratamiento multidisciplinario, que incluye cirugía, quimioterapia y en algunos casos radioterapia.

QUIMIOTERAPIA.

Permite mejorar la sobrevida y la conservación de órganos en tumores sólidos, la programación de los ciclos depende de la fracción de crecimiento del tumor y la recuperación hematológica, la quimioterapia combinada representa el tratamiento eficaz para eliminar células tumorales, por el sinergismo que existe entre ciertos fármacos¹¹⁷.

Quimioterapia neo-adyuvante: se administra previo a un tratamiento quirúrgico locorregional con la finalidad de disminuir la metástasis y de proporcionar un tratamiento precoz, lo más importante es que disminuye la agresividad de una cirugía al disminuir el tamaño del tumor, si el paciente es candidato a salvamento del miembro, será sometido a arterografía con aplicación de cisplatino intra arterial en el miembro afectado por 4 ocasiones cada 2 semanas, además de aplicación de adriamicina intravenosa, valorando la

¹¹⁷ Idem.

respuesta para proceder o no a la colocación de la endoprótesis con resección del hueso afectado.¹¹⁸

Quimioterapia adyuvante: se aplica posterior al tratamiento quirúrgico con la finalidad de disminuir recidivas.

El cisplatino es el medicamento de elección para este tipo de tumor, posee acción alquilante con actividad antineoplásica de tipo no específica sobre el ciclo celular, después de la administración intravenosa de una dosis única de cisplatino, el 90% se concentra en el hígado, riñones e intestino, se excreta principalmente por orina pero en forma incompleta, a los 5 días se elimina el 43% de la droga, la **nefrotoxicidad** es la principal limitante para su uso, la **náusea y el vómito** se presentan en un alto grado, por lo que se recomienda la administración de antiémético con horario, la ototoxicidad que se manifiesta por pérdida de la audición uni o bilateral, estos efectos pueden ser más severos en niños, la mielosupresión se manifiesta por **leucopenia y trombocitopenia**, se ha reportado con menor frecuencia hipotensión, neuropatía periférica, convulsiones, necrosis de piel o celulitis por extravasación y hepatotoxicidad.¹¹⁹

CIRUGÍA.

Históricamente, la cirugía de los tumores malignos de extremidades era la amputación o desarticulación del miembro afectado, esta cirugía logra una tasa de control local del 100% pero afecta la calidad de vida del paciente, buscando mejorar este aspecto, con el tratamiento multidisciplinario se ha logrado el control local adecuado extirpando el tumor sin sacrificar la extremidad, se realiza una prótesis metálica interna articulada, cuando la reconstrucción es en la extremidad inferior, se logran resultados que permiten la marcha incluso sin ayuda de bastón, no se recomienda practicar deportes por el riesgo de fractura de la prótesis o del hueso en donde esta insertada.¹²⁰

¹¹⁸ Pérez C. Osteosarcoma. (En línea); (consulta 11-nov-2004): (6págs) disponible en: <http://www.percano.com.mx/prescripciónmédica2002/jul/osteosarcama.htm>

¹¹⁹ Diccionario de especialidades Médicas. PlatinoI. (en línea) ; (consulta 12- nov-2004): (1 pág). Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm/mex/productos/4967>

¹²⁰ Rivera R. Op. cit: 261.

En los tumores malignos siempre existe el riesgo de recurrencia, tanto en el sitio primario como en sitios distantes, ante estas situaciones las posibilidades de salvar la extremidad nuevamente son muy limitadas.¹²¹

COMPLICACIONES.

Es importante reconocer que los efectos tóxicos que originan la muerte celular afectan también a las células normales, principalmente aquellas que requieren de una rápida replicación celular para su recuperación, uno de los órganos implicado es la médula ósea, esta repercusión en la hematopoyesis afecta en el siguiente orden la producción de leucocitos, plaquetas y eritrocitos, lo cual representa un riesgo mortal importante.¹²²

COMPLICACIONES INFECCIOSAS: La infección en los pacientes con cáncer es la complicación más frecuente y la principal causa de muerte en pacientes oncológicos, la disminución de leucocitos y en consecuencia cuando la cifra de neutrófilos por debajo e 1000/mm³, se le denomina neutropenia, siendo esta supresión un factor de riesgo que deja expuesto al paciente a infecciones que en un 50% son causadas por microorganismos endógenos oportunistas y el resto por los adquiridos en la estancia hospitalaria.

TRATAMIENTO: la fiebre en pacientes neutropénicos sugiere el uso empírico de antibióticos, respaldados para disminuir el riesgo de sepsis por lo que esto representa una urgencia oncológica, la identificación del foco infeccioso se inicia mediante la toma de cultivos de sangre, orina y evacuación.¹²³

COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS: las cuentas plaquetarias por debajo de 50,000/mm³, reflejan algunos signos clínicos como equimosis y petequias, a medida que la cifra disminuye, el riesgo de hemorragias a cualquier nivel

¹²¹ Pérez C. Osteosarcoma. (En línea); (consulta 11-nov-2004): (6págs) disponible en: <http://www.percano.com.mx/prescripciónmédica2002/jul/osteosarcama.htm>

¹²² Idem.

¹²³ Martínez A. Urgencias en Pediatría: Urgencias infecciosas. 5º ed. México. McGraw-Hill-interamericana 2002:275-279.

aumenta, siendo la hemorragia intracraneal y el choque hipovolémico, las complicaciones que pueden evolucionar a la muerte del paciente, es necesario mantener cifras por arriba de 20,000/mm³ en condiciones estables y de 50,000/mm³ en procesos infecciosos o previo a algún procedimiento.

TRATAMIENTO: la transfusión de concentrado plaquetarios 1 unidad / cada 5 KG d peso, de manera necesaria en eventos hemorrágicos o de manera preventiva ante una plaquetopenia profunda.¹²⁴

MUCOSISTIS: el daño causado al epitelio de las vías digestivas puede ser originada por dos causas, la primera como efecto secundario a los fármacos y la segunda como inicio de un proceso infeccioso en pacientes inmunocomprometidos, la presencia de disfagia, sialorrea, entumecimiento bucal ,ardor en epigastrio, diarrea y puede agregarse fiebre, son características de esta complicación.

TRATAMIENTO: la prevención se sugiere con higiene bucal regular, la realización de colutorios con agua fría y bicarbonato de sodio, durante el periodo de administración de la quimioterapia se ha probado con éxito, el tratamiento correctivo es el uso de antisépticos orales así como analgésicos, de acuerdo al grado de dolor referido.¹²⁵

NEFROPATÍA: la administración de cisplatino produce efectos secundarios a nivel tubular renal, se puede presentar pérdida de electrolitos séricos como sodio, magnesio, potasio y calcio, se ha llegado a presentar insuficiencia renal aguda que disminuye la calidad de vida de los pacientes que han tenido que someterse a tratamiento dialítico.

TRATAMIENTO: la disminución de la toxicidad renal se logra mediante la administración de líquidos intravenosos a 3000ml/m² de superficie corporal al día con aporte de sodio, magnesio y potasio, es necesario tomar electrolitos séricos de control previo y posterior a la administración de cisplatino, así como vigilar la función renal mediante el control estricto de diuresis y la vigilancia de

¹²⁴ Martínez A. Complicaciones del tratamiento. Op. cit: 884-885.

¹²⁵ Idem.

densidades urinarias, las cuales se mantendrán por arriba de 100ml/m²/hr y menores a 1010, respectivamente.¹²⁶

NAUSEAS Y VÓMITO: los agentes citostáticos pueden estimular a los receptores del vómito localizados en el cuarto ventrículo, el vómito puede clasificarse de la siguiente forma:

- ❖ Anticipatorio: ocurre previo a la administración de quimioterapia, generalmente ocurre por factores emocionales adversos a su aplicación
- ❖ Agudo: ocurre en las primeras 24 horas de la administración.
- ❖ Se presenta después de las 24 horas de administrada la última dosis de quimioterapia.

TRATAMIENTO: se debe administrar antes de los esquemas de quimioterapia que son potencialmente ematógenos como el cisplatino, o en pacientes que presentan vómito anticipatorio y el tratamiento correctivo, se recomienda como medicamento de elección el ondasetrón a 4mg/m²/dosis en bolo, así como la evaluación del estado de hidratación, equilibrio electrolítico y medicamentos para proteger la mucosa gástrica.¹²⁷

SEGUIMIENTO

- 1) Podemos hablar del seguimiento que se realiza posterior a cada ciclo de quimioterapia para identificar o evitar algunas complicaciones, para lo que hay que tener un control de: biometría hemática, pruebas de funcionamiento hepático y renal.
- 2) Cada cuatro semanas: control audiológico, fracción de eyección ventricular, radiografías y tomografías de tórax.
- 3) El seguimiento de vigilancia, tiene como objetivo identificar lo antes posible una recaída:

¹²⁶ Diccionario de especialidades Médicas. Platino. (en línea) ; (consulta 12- nov-2004): (1 pág).
Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm/mex/productos/4967>

¹²⁷ Martínez A. Complicaciones del tratamiento. Op. cit: 884-885.

- a) Vigilancia mensual durante un año con toma de tomografía de pulmón, gamagrafía ósea, función cardíaca y auditiva.
- b) En el segundo y tercer año, se realizan los mismos estudios cada tres meses.
- c) En el cuarto y quinto año el mismo plan cada 6 meses.¹²⁸

¹²⁸ Rivera R. Op. cit: 267.

II. METODOLOGÍA.

2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.

Se trata de A.S.E. escolar femenino, originaria de Cuacnopalan Puebla, desde septiembre de 2004 es residente del Distrito Federal, siendo necesario su traslado a esta ciudad para fines terapéuticos, en donde ella y su mamá viven con una tía materna, cuentan con servicios públicos urbanos, no así en su lugar de origen en donde ocupan un cuarto como cocina y recámara, carecen de drenaje, por lo que la disposición de excretas se realiza en letrinas, los ingresos económicos son variables y escasos, la mamá y los hijos proveían el sustento derivado de la agricultura, por el momento cuentan con el apoyo de los tíos maternos para costear el tratamiento, ya que el padre se encuentra fuera del entorno familiar, por lo que la familia queda conformada por la abuela materna, la madre y siete hijos, contemplando a la escolar.

Se desconocen los antecedentes heredo-familiares de la línea paterna y por otra parte se encuentra que el abuelo paterno falleció de cirrosis hepática, la abuela materna padece de una afección pulmonar desconociéndose el tipo, el resto de la familia se refiere sano, las relaciones familiares se han estrechado aún más entre la niña y su madre, a partir de su enfermedad, existe un distanciamiento entre ambas con el resto de la familia, secundario a la separación por el cambio de domicilio.

Se desconocen los antecedentes perinatales de la niña, ya que la mamá no tuvo control prenatal y el parto fue atendido por partera empírica, la madre recuerda que la niña lloró y respiró al nacer, con relación a su problema actual, se inicia hace cuatro meses, en el mes de julio de 2004, posterior a una caída de la bicicleta, presenta dolor y aumento de volumen en la rodilla derecha en forma progresiva, utiliza masoterapia, pero al continuar la sintomatología acude

a clínica particular en el mes de septiembre, en donde se realiza una biopsia de hueso y se determinan el diagnóstico de osteosarcoma del tercio distal de fémur derecho, el cual limita la movilidad de la rótula, es entonces referida a esta institución en donde se reafirma el diagnóstico y se realizan los estudios de extensión: tomografía y gamagrama óseo, no encontrando evidencia de metástasis, ingresa el 5 de octubre a recibir su primer ciclo de quimioterapia intra-arterial.

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES: realizada el 15 de octubre de 2004.
OXIGENACIÓN.

Fracción de eyección ventricular	Hemoglobina	Hematocrito	Frecuencia respiratoria	Frecuencia cardiaca	Presión arterial
89%	11.5gr/dl	35.4gr	24 x min.	96x min.	110/60

Llama la atención la cifra de hemoglobina que se reportó posterior a la aplicación de quimioterapia, la cual no afectó esta necesidad, A.S.E., tiene nariz recta, se observa respiración nasal, sin alteraciones, labios rosados, orofaringe sin datos patológicos, cuello largo con tráquea alineada, no se palpan masas, con pulso presentes simétricos y homocrotos con el radial, braquial e inguinal, con buena intensidad y rítmicos, se aprecia tórax integro ovoide, respiración diafragmática, movimientos de simétricos, campos pulmonares con murmullo vesicular y se percute claro pulmonar, frecuencia cardiaca rítmica regular, con llenado capilar de 2", región de extremidad inferior derecha afectada sin compromiso vascular.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

DATOS VALORADOS	PESO	TALLA	PERIMETRO ABDOMINAL	PERIMETRO TORAXICO	PERIMETRO BRAQUIAL
MEDIDAS	26 Kg	127 cm.	54 cm.	61 cm.	16 cm.
RELACION CON LA EDAD	Percentil 25	Percentil 75	--	--	--

Fue alimentada con seno materno hasta el año de edad, inició ablactación a los cinco meses, generalmente come con buen apetito, a pesar de que le desagradan las verduras como calabazas y chayote las incluye en su dieta, come carne una a dos veces a la semana, por que no pueden comprarla con mayor frecuencia, pero varían la dieta con otros tipos de alimentos como verduras, cereales y legumbres, siendo suficiente y variada, ingiere de 1 a 2 litros de agua, preferentemente de frutas, secundario a la aplicación de cisplatino y adriamicina, hace cinco días, presentó vómito e hiporexia que ha cedido con la aplicación de ondasetrón y la tolerancia a la vía oral y ha mejorado su ingesta de alimentos paulatinamente, cubre el 92% de su peso ideal, y se encuentra con una relación peso/edad en el percentil 25 y talla edad en el 75.

A la exploración física, encuentro a escolar con edad aparente igual a la cronológica, de complexión delgada, piel morena, hidratada y turgente con palmas y plantas rosadas, carece de cabello ya que la madre lo cortó para evitar la molestia de que se cayera lentamente, con cráneo normocéfalo, ojos sin hundimientos, con conjuntivas y labios rosados y húmedos, mucosas orales hidratadas y rosadas, lengua movable, se aprecia secreción salival de glándulas, tiene 24 piezas dentarias firmes, mastica y deglute sin dificultad, orofaringe sin alteración, abdomen plano con integridad de la piel, con reflejo abdominocutáneo, peristalsis presente de cinco movimientos por minuto, no se palpan visceromegalias ni ocupación del marco cólico, se percute timpanismo en cuatro cuadrantes.

ELIMINACIÓN.

VALORES	Potasio	Calcio	Magnesio	PH urinario	Densidad urinaria	Gasto urinario	Perdidas insensibles
REAL	3.6meq/l	9mg/l	1.5meq/l	6	1008	110ml/m2/hr.	25ml/m2/hr
IDEAL	3.5 a 5	9 a 10	1.3 a 2.1	6 y 7	>1010	<100	--

Se refiere control de esfínter anal y vesical a los tres años de edad, previo al internamiento hospitalario se refieren de dos a tres deposiciones al día de consistencia formada y cantidad variable, café amarillentas, sin molestas al evacuar, al hospitalizarse se han disminuido y evacua una vez al día con las mismas características, la mamá lo relaciona ha que ha comido poco, las micciones se presentaban de 3 a 4 ocasiones sin predominio de horario, actualmente ha aumentado la frecuencia de 5 a 6 ocasiones relacionado al aporte intravenosos de líquidos..

Secundario a la aplicación de cisplatino presentó nefropatía perdedora de electrolitos, por lo que se encuentra con aporte de soluciones intravenosas a 1500ml/m²/24hrs. con aporte de magnesio, potasio y calcio, además de aporte vía oral con potasio 60meq/m²/día, sulfato de magnesio a 100mg/kg/día y lactato de calcio/kg/día, su último control en rango límite normal y en espera de nuevo control para valorar su ingreso.

Encuentro a la escolar sin datos congestivos ni edema, no se palpa ocupación de marco cólico y con ano de aproximadamente 2 cm. de diámetro integro y con contracción y relajación del esfínter, las deposiciones y micciones se realizan en cómodo para cuantificación, no se refieren molestias al evacuar y miccionar se aprecian órganos sexuales de acuerdo a sexo y edad integro y limpios, con orina amarilla clara y olor característico

MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.

Se refiere desarrollo psicomotor normal, encuentro a la niña en posición forzada decúbito dorsal con catéter periférico en mano izquierda inmovilizada, pierna derecha con elevación a 10° con cojín de apoyo al nivel de la rótula, se realiza valoración neurológica con escala de Glasgow 15/15 y valoración de pares craneales sin alteraciones, se realizan movimientos de cabeza y cuello sin dificultad, las extremidades superiores se encuentran simétricas y alineadas

con férula para fijación de vía intravenosa en mano izquierda, por lo que no se valoran los reflejos en esta área, con reflejo bicipital, tricipital y radial derecho ++, con amplitud de movimientos en brazos, manos y, dedos, con fuerza 5/5 y tono muscular normal, en extremidad inferior izquierda la valoración de reflejo rotuliano y aquiliano ++, movimientos amplios, con tono y fuerza muscular normal, en extremidad derecha se aprecia un aumento de volumen por arriba de la rótula de 32 cm contra 27 de la izquierda, no refiere dolor a la palpación, no se valoran reflejos ni movilización de la articulación afectada, discreta disminución de la fuerza 4/5, se aprecia marcha lenta con ligera inclinación hacia la izquierda, limitando así la carga de peso en la extremidad afectada, por lo que no apoya totalmente el pie derecho, ejecutando el paso con la punta del mismo, columna vertebral recta, necesita apoyo para subir a la cama.

DESCANSO Y SUEÑO.

Habitualmente duerme de 9 a 10 horas por la noche, se acostaba de 21:00 a 22:00 y se despierta a las 7:00am, no acostumbra siesta, duerme con la luz apagada y con pijama, desde que se internó la mamá considera que la niña duerma más tiempo incluso durante el día, en la noche se despierta fácilmente cuando las enfermeras entran al cuarto, la encuentro acostada y cobijada a las 12:00 del día, somnolienta al inicio de la plática, durante la entrevista estuvo bostezando y concluyó que se siente aburrida y se quiere ir a su casa.

VESTIRSE ADECUADAMENTE.

Por la escasez de recursos no le compran ropa con frecuencia, utiliza la que sus hermanos van dejando de usar, prefiere vestir con pantalón y ropa cómoda, por lo que se adapta a la ropa que le proporcionan, refiere que le gusta estar cómoda para jugar, el cambio lo realiza cada tercer día, durante su estancia hospitalaria, viste ropa de la institución, la considera tibia y suficiente, puede realizar el cambio de ropa por sí sola.

TERMORREGULACIÓN.

En ocasiones considera que la sala en que duerme es fría, pero lo remedia con la ropa hospitalaria, su temperatura corporal es de 36.6°C y la temperatura en todo el cuerpo se palpa uniforme, la mamá sabe tomar la temperatura axilar, pero no cuenta con termómetro para hacerlo en casa.

HIGIENE Y MANTENER LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.

Acostumbra el baño en su casa en Puebla cada semana en sábado, esto por la escasez de agua, en su actual domicilio se baña cada tercer día y dentro del hospital a diario, le gusta el agua caliente y se siente fresca y cómoda, no acostumbra lavarse los dientes, nunca ha acudido al dentista, desconoce su importancia, como rutina en el servicio realiza colutorios con agua bicarbonatada, aunque esto le produce náuseas, la mamá le ayuda a lavar y secar la parte inferior del cuerpo, se encuentra en condiciones generales óptimas de limpieza pero con cavidad bucal con dientes amarillos, caries dental en los dos incisivos centrales superiores y ocho molares (superiores e inferiores), efectivamente la niña refiere no realizar cepillado dental.

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

La mamá refiere que la niña era sana, no se refieren enfermedades exantemáticas de la infancia, niega alergias a medicamentos o alimentos, no recuerda esquema de vacunación, queda pendiente revisión de cartilla de vacunación, considera importante estar con su hija el tiempo en que esta hospitalizada, descansa con ella por las noches y la deja sola para ir a comer, ocasionalmente la apoya su hermana para cuidarla, refiere que la asiste a realizar actividades higiénicas y para la eliminación, ella y la niña cuidan que el catéter periférico no se mueva.

Se encuentra a la niña orientada en tiempo espacio y persona, con piel y mucosas integras, refiere sentirse mejor que días previos en que estaba vomitando, comparte la sala con cuatro pacientes más, el cuarto no cuenta con ventilación, está iluminada y la temperatura es cálida, los contactos de luz se encuentran fuera del alcance de la niña, la cama no cuenta con barandales, efectivamente se observa que la mamá la asiste y permanece con ella durante su hospitalización, ambas manifiestan la necesidad de saber sobre el tratamiento y sus efectos, ya que recibió su primer ciclo de quimioterapia con cisplatino y adriamicina, y se encuentra recibiendo aporte de líquidos y electrolitos por vía endovenosa y oral, se administra factor estimulante de colonias de macrófagos subcutáneo programado por 10 dosis, la cifra de leucocitos es de 5300/mm³ y plaquetas de 325000/mm³.

COMUNICACIÓN.

Su entorno familiar se vio alterado por la necesidad de trasladarse a esta ciudad a recibir su tratamiento, la niña no convive con su padre quien abandonó el hogar hace cuatro años, sus hermanos y abuela materna se encuentran en su pueblo y no mantienen comunicación ya que no cuentan con teléfono en su pueblo, la mamá se encuentra preocupada por sus demás hijos y la niña extraña su casa y familia, esto tiene a la niña enojada y triste, manifiesta que se quiere ir, espontáneamente se integró a la plática cuando se toca el tema de recreación, la valoración de los órganos de los sentidos fue normal y cuenta con una audiometría normal del 27 de septiembre.

CREENCIAS Y VALORES.

Son de religión católica, acudían a misa los domingos a la iglesia de su pueblo, actualmente no acuden, la mamá refiere que no hacerlo no es importante en este momento, ya que primero es estar con la niña, a la niña

tampoco le preocupa esto, se observa que tienen imágenes religiosas en su cama, ellas no asocian la enfermedad o salud con algún valor de este tipo.

REALIZACIÓN

La niña y su madre en este momento se encuentran enfocadas a la enfermedad y salir adelante con el tratamiento, sobre todo por los riesgos y los costos económicos que esto representa, lo cual consideran una limitante por su precaria situación económica, pero consideran que con el apoyo familiar materno y la adquisición de experiencia en el cuidado de la niña, podrán salir adelante, las metas en este sentido están limitadas a la recuperación de la salud y su reintegración a futuro a su dinámica familiar y social.

RECREACIÓN Y JUEGO.

A la niña le gustaba convivir con sus hermanos, primos y amigos, jugaban a los encantados, paseaban en bicicleta, muñecas y además tiene tres perros como mascotas, a los cuales alimenta con las sobras de alimentos, no los baña por falta de agua pero es responsable en sus cuidados, le gusta la música, dibujar, ver novelas infantiles y caricaturas, realiza todas estas actividades con frecuencia variable y sin horario establecido, principalmente por la tarde o fines de semana, sale de paseo rara vez con sus primos, no acostumbra juegos de mesa ni lectura, en el hospital se nota aburrida, y se entusiasma con el tema, se observa que carece de instrumentos para satisfacer esta necesidad.

APRENDIZAJE.

Cursaba el cuarto grado de primaria antes de enfermarse con un buen aprovechamiento, no se aprecia que cuente con instrumentos escolares para reforzar esta actividad, la niña ha dejado la escuela para recibir su tratamiento,

este momento la niña y su mamá le dan más importancia al aprendizaje que se requiere para seguir un régimen terapéutico correctamente y acerca de los cuidados para disminuir las complicaciones.

2.2 PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN.

Se utilizó como método el Proceso de Enfermería, siguiendo los pasos que comprende la primera etapa, mediante la valoración de las 14 necesidades fundamentales, estas valoraciones fueron exhaustivas y focalizadas, para lo cual se requirió de instrumentos que facilitarían lo anterior, a través de la **observación, entrevista** ala madre y niña y **exploración física** de la niña.

Los datos obtenidos fueron obtenidos de fuentes **primarias** (la niña) y fuentes **secundarias** como expediente clínico, madre, personal de salud y bibliografía.

La **validación** de los datos **objetivos y subjetivos** que se obtuvieron de las diversa fuentes y métodos de recolección de datos, proporcionaron de manera completa la información para valorar el estado real de la niña y la validación de la información, fue posible consultar al médico especialista, los estudios especiales como audiometría, fracción de eyección ventricular, gamagrafía y tomografías, brindando un panorama integral de la situación.

El registro y organización de los datos se llevo a cabo en formatos brindados por las asesoras de la especialidad:

- ❖ Para la valoración exhaustiva que se realizó el 15 de octubre de 2004, se utilizó el formato de “valoración de las necesidades básicas en escolares de 6 a 12 años” (anexo 2), el cual permitió organizar la información de la siguiente forma: datos demográficos, familiares, antecedentes individuales, y

la valoración de cada necesidad, jerarquía de necesidades, jerarquía de diagnósticos de enfermería, plan de intervención y plan de alta.

- ❖ Para la valoración focalizada que se llevó a cabo en cada seguimiento se utilizó la hoja de reporte diario (anexo3), la cual contiene datos objetivos, datos subjetivos, fuentes de la dificultad, establecimiento del diagnóstico de enfermería y comentarios con relación al grado y duración de la dependencia.

2.3 PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Se identificaron las necesidades afectadas y las fuentes de la dificultad a través de las manifestaciones de dependencia, lo que permitió elaborar diagnósticos reales, para los cuales se utilizó el formato PES que contempla el problema, etiología y signos y síntomas.

La valoración integral de las necesidades permitió identificar situaciones de riesgo que a su vez nos permitieron elaborar diagnósticos de riesgo, también se encontraron diagnósticos de bienestar en aquellas necesidades que se encontraban en independencia, dándole prioridad a las que se encontraban con problemas reales o en riesgo.

Los diagnósticos de enfermería se elaboraron conforme a la taxonomía de la NANDA I, fue necesario redactar dándole un enfoque utilizando los conceptos de Henderson.

Debido al tratamiento intensivo que recibió la niña para el tratamiento del osteosarcoma, hubo factores predisponentes que se identificaron durante los trece seguimientos que se realizaron, debido a que la programación de ciclos de quimioterapia eran similares, las necesidades afectadas se encontraron

durante y posterior a cada uno de los nueve ciclos que recibió, afectadas de manera similar, a continuación en el cuadro No. 10 se resumen dicho factores predisponentes y su afección a las necesidades.

INTERACCION DE LA NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CON OTRAS NECESIDADES.

NECESIDAD AFECTADA	FACTORES PREDISPONENTES
Nutrición e hidratación	Posible efecto secundario de la quimioterapia: vómito y náuseas.
Eliminación.	Posible efecto secundario de la quimioterapia: nefrotoxicidad.
Movimiento y postura	Uso de férula en miembro inferior derecho: para protección de articulación afectada por el osteosarcoma.
Descanso y sueño.	Hospitalizaciones frecuentes con actividad diurna disminuida.
Termorregulación.	Signo cardinal de infección pro el riesgo del efecto mielosupresor: fiebre.
Higiene y mantener la integridad de la piel.	Falta de aseo, riesgo de infección y sangrado por efecto mielosupresor.
Seguridad y protección.	Efectos de la quimioterapia: trombocitopenia y leucopenia.
Realización	Alteración de la imagen corporal (alopecia) y del entorno familiar y social.
Juego y recreación.	Entorno hospitalario desprovisto.
Aprendizaje	Falta de conocimiento del tratamiento, cuidados y complicaciones.

Cuadro No. 10, elaboró: SNM, 2004.

Durante los 13 seguimientos se encontraron en independencia las necesidades de oxigenación, ya que no presentó eventos hemorrágicos ni infecciosos a este nivel, otras necesidades fueron la de vestirse adecuadamente, comunicarse y creencias y valores.

A continuación en las páginas 72 y 73, se presenta la lista de diagnósticos reales y de riesgo que se consideraron de prioritarios para la presentación del caso clínico tanto por el impacto que tuvieron en la evolución de la niña como por promover las intervenciones independientes de enfermería.

Fecha de identificación	Necesidad afectada	Diagnóstico de enfermería	Grado y nivel de dependencia	Fuente de la dificultad.	Prioridad
18-10-04	Seguridad y protección	Alto riesgo de sangrado relacionado con perfil sanguíneo anormal (trobocitopenia de 43000/mm ³).	3 transitoria de días.	Física y de conocimientos.	Alta
18-10-04	Seguridad y protección	Alto riesgo de infección sistémica relacionado con alteración de las barreras secundarias (leucopenia de 1100/mm ³ y neutropenia de 154/mm ³).	3 transitoria de días.	Física y de conocimientos.	Alta.
19-10-04	Higiene y mantener la integridad de la piel.	Alteración de la higiene bucal relacionada con falta de conocimientos manifestada por dientes amarillos y caries en 8 molares (superiores e inferiores) y en 2 incisivos centrales superiores.	3 transitoria de meses.	Conocimientos	Alta
20-10-04	Descanso y sueño	Alteración del patrón del sueño: inversión día-noche relacionada con actividad diurna disminuida manifestada por cansancio, somnolencia y bostezos durante el día.	3 transitoria de días	Física y de conocimientos.	Alta.
20-10-04	Juego y recreación	Dependencia en la necesidad de jugar y recrearse relacionada con entorno hospitalario desprovisto manifestada por aburrimiento y enojo.			

Fecha de identificación	Necesidad afectada	Diagnóstico de enfermería.	Grado y nivel de dependencia	Fuente de la dificultad.	Prioridad .
22-10-05	Aprendizaje	Riesgo de lesión física a cualquier nivel relacionado con falta de conocimiento del cuidador primario y niño acerca de los cuidados en casa.	3 transitoria de días.	Conocimiento	Alta.
4-11-04	Nutrición e hidratación	Nauseas relacionadas con temor por experiencias previas al uso de quimioterapia manifestadas por verbalización de la sensación y rechazo de los alimentos previos a la administración de la quimioterapia.	4 transitoria de días.	Física.	Alta.
5-11-04	Eliminación.	Alto riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico relacionado con efectos tóxicos posibles de la quimioterapia.	4 transitoria de días.	Física.	Alta
6-11-04	Movimiento y postura.	Riesgo de lesión tisular en extremidad inferior derecha relacionado con falta de conocimientos (niña y madre) acerca de los cuidados referentes a uso de férula.	3 transitoria de meses.	Conocimiento	Alta.
30-03-05	Realización.	Riesgo de baja autoestima relacionado con alteración de la imagen corporal (alopecia).	3 transitoria de meses.	Física.	Intermedia.
6-05-05	Termoregulación.	Alteración del bienestar físico relacionada con elevación de la temperatura corporal manifestada por FC de 128 y FR de 38 x', diaforesis, escalofríos, piloerección y verbalización de malestar general.	5 transitoria de días.	Física	Alta.

2.4 ESTRUCTURACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES.

Para llevar a cabo la tercera etapa del Proceso Atención de Enfermería se utilizaron como variables las 14 necesidades fundamentales que contempla Virginia Henderson en su propuesta filosófica, se realizó una revisión general de los diagnósticos reales, de riesgo o de bienestar hallados en la valoración exhaustiva y focalizada de los 13 seguimientos, para determinar la prioridad alta, intermedia o baja de acuerdo a grado de afección encontrado en cada una de las variables, considerando la percepción de prioridad de la persona, el plan general de tratamiento y el estado general de salud de la niña, para el plan de intervenciones se consideraron diagnósticos de enfermería de cada una de las 14 variables afectadas, de estas necesidades se extrajeron los diagnósticos de prioridad alta o intermedia que favorecieran la intervención independiente de enfermería, se presentan 11 planes de intervenciones, de la necesidad de seguridad y protección se desarrollaron 2, aunque el resto de las variables afectadas están estrechamente influenciadas por esta necesidad.

Se establecieron los objetivos específicos a corto y mediano plazo y en diferentes competencias acordes a la resolución del diagnóstico de enfermería, los cuales sirvieron como criterios para evaluar la efectividad de los planes de intervenciones, lo cual se hizo tomando en cuenta las habilidades y capacidades de la persona y su cuidador primario, determinando el rol de la enfermera y en forma congruente con el plan de tratamiento médico, considerando la **causa** del problema el factor a modificar con nuestra intervención, para la documentación de plan se utilizó un formato que consta de los datos generales de la persona, la necesidad afectada, las manifestaciones de dependencia, que sustenta el diagnóstico de enfermería, su fecha de identificación, nivel y grado de dependencia, fuente de la dificultad, prioridad, rol de enfermería, las intervenciones independientes, interdependientes y dependientes y su fundamentación, por último la descripción de la evaluación en cuanto a la estructura, proceso y resultados.

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

PLAN DE INTERVENCIONES.

Nombre: A. S. E. Sexo: Femenino Edad: 9 años 2 meses

Servicio: Oncología Registro: 783801

Diagnóstico médico: Osteosarcoma de fémur derecho.

NECESIDAD AFECTADA.		MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA.
Seguridad y protección.	y	-Datos Subjetivos: La niña refiere que por la mañana presentó epistaxis y fiebre, por lo que acudió junto con su madre al hospital, se refiere escaso, pero no cuantificado, en urgencias se le colocó taponamiento nasal con trombina. -Datos objetivos: se observa en narina derecha tapón nasal limpio, no se aprecia sangrado activo anterior ni posterior, presenta tres petequias en región clavicular derecha, se revisa cuenta plaquetaria de 43,000/mm ³ .

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alto riesgo de sangrado relacionado con perfil sanguíneo anormal (trombocitopenia de 43,000/mm³).

Fecha de identificación: 18-10-04.

Nivel y grado de dependencia: 3 transitoria de días.

Fuente de la dificultad: falta de fuerza física y conocimientos.

Prioridad: Alta.

OBJETIVO: La niña no presentará datos de sangrado debido a los procedimientos o actividades durante la estancia hospitalaria, lo que se manifestará por la ausencia de hematomas, petequias o hemorragias.

Rol de enfermería: ayuda.

INTERVENCIÓN (Independiente).

1.-Valorar la presencia de sangrado a cualquier nivel una vez por turno:

- Identificar hematuria con tira reactiva.
- Inspeccionar mucosa oral en busca de gingivorragia.
- Inspección de piel, en busca de petequias o hematomas.
- Llevar un registro exacto de la intensidad y modificación de estos signos, reportar al médico el aumento de los mismos.

FUNDAMENTACIÓN

1.-La valoración de los pacientes con trombocitopenia debe efectuarse antes del desarrollo de hemorragias en sitios específicos, existen manifestaciones de acuerdo a la cifra plaquetaria:

50,000-100,000: equimosis y petequias.

20,000-50,000: equimosis, petequias y sangrado de mucosas.

<5000 los signos previos y hemorragia intracraneal. (Martínez A., 2002: 865).

INTERVENCIÓN (independiente).

2.-Llevar a cabo los procedimientos con cuidado y procurar la mínima invasión:

- a) No aplicar torniquetes para punciones (sólo presión manual).
- b) Hacer presión por lo menos durante 7 minutos, posterior a cualquier punción.
- c) Vigilar en los sitios de punción la presencia posterior de sangrado.
- d) Evitar la manipulación nasal, en las siguientes 24 horas, lubricar con solución fisiológica ambas narinas cada 6 hora (6-12-18-24 horas)
- e) Reposo relativo: traslado a estudios en silla de ruedas y deambulacion lenta y asistida en la sala una vez por turno durante 15 minutos.
- f) Realizar la higiene bucal solo con enjuagues (revalorar el uso de cepillo dental posterior a un control de cuenta plaquetaria), evitar palillos e hilo dental.
- g) Evitar situaciones de estrés y llanto excesivo, procurando un mínimo de procedimientos invasivos

FUNDAMENTACIÓN.

2.-La aplicación de presión directa, en el sitio de la lesión interrumpe el flujo sanguíneo en la zona, permitiendo la formación del coagulo (Morgan K., 1993:179).

Cuando un pequeño vaso sanguíneo es dañado, la lesión inicia la formación del coagulo (hemostasia), esto conduce al sellado de los vasos sanguíneo y la prevención de la pérdida sanguínea, el fenómeno iniciado es la constricción del vaso y la formación del tapón hemostático temporal de plaquetas, cuando baja la cuenta plaquetaria la retracción del coagulo es deficiente y disminuye la constricción de los vasos rotos, el síndrome clínico se caracteriza por una gran fragilidad capilar vascular aumentada con múltiples hemorragias subcutáneas, que se hace evidente aún en lesiones mínimas (Ganong W., 1994: 489).

INTERVENCIÓN (independiente)

3.- Enseñar y supervisar a la mamá y la niña en la realización de actividades de la vida diaria con la precaución necesaria.

- a) Restringir el uso de objetos punzocortantes: tijeras, tenedor, cortaúñas y palillos.
- b) Evitar actividades extenuantes como brincar o correr y favorecer la deambulacion y periodos de descanso con actividades manuales.
- c) Proporcionar alimentos blandos y dieta laxante, para disminuir el riesgo de lesión de la mucosa bucal y anal.

FUNDAMENTACIÓN

3.- La comprensión del propósito de los cuidados permiten disminuir la ansiedad y aumenta la colaboración del niño, así como el apoyo e integración de los padres en su seguimiento. (Morgan K., 1993, 93).

INTERVENCIÓN (independiente).

4.- Orientar a la mamá y niña sobre signos de alarma:

- a) En el primer día de internamiento y reforzar la información diariamente (durante la valoración física).
- b) Describir los datos de alarma: sangrado de encías, manchas color púrpura, moretones o sangrado de la nariz, dolor de cabeza.
- c) Valorar al egreso de la niña los conocimientos de la niña y madre, preguntando la información proporcionada aclarando sus dudas, con la finalidad de que acudan oportunamente a urgencias.

FUNDAMENTACIÓN

4.- El conocimiento y cumplimiento de las medidas de seguridad disminuyen el riesgo de traumatismo y hemorragias secundarias a golpes, caídas, laceraciones y accidentes, tomar las medidas de precaución evita la exposición del niño a eventos hemorrágicos. (Morgan K., 1993: 178).

INTERVENCIÓN (dependiente).

5.- Considerar la transfusión de concentrados plaquetarios, con indicación médica:

- a) Verificar la cifra plaquetaria reciente.
- b) Mantener una vía periférica en óptimas condiciones.

FUNDAMENTACIÓN.

5.- Tomar las medidas apropiadas con los niños con riesgo de sangrado ayuda a prevenir hemorragias letales (Morgan K., 1993:179).

EVALUACIÓN.

La niña estuvo en hospitalización durante 5 días, durante los cuales aumentó la cuenta plaquetaria y no presentó datos de sangrado, se realizaron las intervenciones planeadas y el último control plaquetario del día 22 de octubre, fué de 63,000/mm³. con lo cual la niña egresó, ante esta cifra de plaquetas, los conocimientos acerca de los cuidados de la niña y mamá en la realización de sus actividades lograron disminuir el riesgo de sangrado, este diagnóstico fue recurrente posterior a la administración de cada uno de los 8 ciclos de quimioterapia, siendo necesaria la transfusión de concentrados plaquetarios en 4 ocasiones de manera preventiva y hasta el momento no ha presentado eventos hemorrágicos severos.

NECESIDAD
AFECTADA
Seguridad y
protección.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA.

-Datos subjetivos: hace dos semanas recibió su primer ciclo de quimioterapia, egresó hace tres días, debido a que sabía que era peligroso que presentara fiebre la madre acude muy temprano con la niña ya que le tomó 38°C de temperatura.

-Datos objetivos: leucopenia de 1100/mm³, neutrófilos de 154/mm³, temperatura de 37.6°C, frecuencia cardíaca de 100xmin, frecuencia respiratoria de 24 x minuto, a la exploración física sin foco infeccioso evidente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alto riesgo de infección sistémica relacionado con alteración de las barreras secundarias (leucopenia de 1100/mm³ y neutropenia de 154/mm³)

Fecha de identificación: 18-10-2004.

Grado y nivel de dependencia: 3 transitoria de días.

Fuente de la dificultad: falta de fuerza física y de conocimientos.

Prioridad: alta

OBJETIVO: La niña se mantendrá sin eventos infecciosos mediante los cuidados que se proporcionen en el transcurso de una semana de estancia hospitalaria y el seguimiento de estos en casa.

Rol de enfermería: de ayuda.

INTERVENCION (independiente)

1.- Promover y vigilar la realización de los cuidados de higiene personal, fomentando el apoyo de la mamá a la niña.

a) Baño diario matutino 9:00 a.m.

b) Enjuagues con sol bicarbonatada previo al desayuno y posprandial (8, 10, 14 y 18 horas)

c) Aseo de genitales con agua y jabón posterior a cada evacuación.

FUNDAMENTACIÓN

1.- *El Alto riesgo de infección en los pacientes con cáncer esta asociado con la supresión de la respuesta inmunitaria del huésped como resultado del tratamiento o de la enfermedad de base, aproximadamente el 50% de las infecciones es causado por la flora endógena y el resto se adquiere por la estancia hospitalaria. (Martínez A., 2002).*

INTERVENCIÓN (Interdependiente)

2.- Mantener un entorno limpio, mediante la vigilancia del seguimiento de medidas que involucren al personal y familiares:

- a) Lavado de manos previo y posterior a la realización de procedimientos, incluyendo aquellos que no sean parte del tratamiento, (alimentación, higiene y manejo de excretas).
- b) Mantener limpia la unidad de la niña, la enfermera realizará la limpieza de la cama y bombas de infusión, con solución jabonosa por las mañanas.
- c) La enfermera jefe de cada turno, supervisara la realización del aseo exhaustivo de la unidad de la niña por parte del personal de intendencia, y la extracción de basura dos veces por turno.
- d) El familiar evitará tener alimentos almacenados, bultos de ropa y acumulo de pañales sucios.
- e) Se le proporcionarán alimentos frescos o cocidos, evitando dar alimentos que hayan sido almacenados o expuestos al calor ambiental.
- f) Se evitará el contacto con personas con enfermedades respiratorias o infecto-contagiosas.

FUNDAMENTACIÓN

2.-Con un número de granulocitos por debajo de 1500/mm³ el riesgo de infección es del 12% por debajo de 100/mm³, el riesgo aumenta a un 100%, en los pacientes neutropénicos las complicaciones infecciosas más frecuentes son gastrointestinales y bacteremias de origen indeterminados asociados a gérmenes gramnegativos, E. Coli, Klebsiella y pseudomonas (Rivera R., 1997:82).

El contacto es el tipo más común de transmisión de infecciones intrahospitalarias:

-El contacto directo: durante las medidas asistenciales.

-El contacto indirecto: con objetos, sábanas e instrumentos contaminados (Deacon J., 2001: 500).

INTERVENCIÓN (Independiente)

3.-Realizar una valoración exhaustiva, con la finalidad de identificar oportunamente la presencia de infecciones:

- a) Toma de signos vitales cada 4 horas con vigilancia estrecha de curva térmica.
- b) Valoración física cefalo-caudal por turno.
- c) Reportar inmediatamente al médico y llevar un registro de los siguientes signos: Fiebre, rubicundez, piloerección, tos, lesiones dérmicas y de mucosa, secreción ótica o diarrea.

FUNDAMENTACIÓN

3.- El paciente neutropénico tiene disminuida la capacidad para desarrollar una reacción inflamatoria, la fiebre es el signo cardinal que sugiere en primer lugar un problema infeccioso que generalmente no está definido, se debe poner atención en oídos, senos paranasales, catéteres, región perianal, piel y mucosas, los focos frecuentes detectados son faringoamigdalitis, otitis media y gastroenteritis (Martínez A., 2002: 809).

INTERVENCIÓN (independiente).

4.- Fomentar el seguimiento de las medidas higiénicas durante la hospitalización y casa:

- a) Explicar la importancia, debido al riesgo de infección.
- b) Durante la hospitalización corroborar la realización de las medidas higiénicas, aclarando las dudas de la niña y mamá y valorando el grado de comprensión.
- c) Evitar el contacto con personas con enfermedades respiratorias o infecto-contagiosas.

FUNDAMENTACIÓN.

4.- La explicación de la necesidad de protección frente a infecciones permite aumentar los conocimientos, sobre la enfermedad y los cuidados lo que fomenta el control de la situación (Morgan K., 1993: 184).

INTERVENCIÓN (Interdependiente)

5.- Explicar los signos y síntomas que la mamá y la niña deben identificar para reportar al médico y acudir a urgencias.

- a) Fiebre, escalofrío, tos, diarrea, lesiones, cambios de coloración o aumento de la temperatura corporal y alteraciones en boca, piel y región anal,

FUNDAMENTACIÓN

5.- Conocer los signos y síntomas, permite la detección precoz de infección, así como la instauración de tratamiento inmediato, lo que disminuirá el riesgo de complicaciones (Morgan K., 1993: 15).

EVALUACIÓN.

La niña egresó posterior a 5 días de hospitalización con tratamiento empírico de antibióticos, egreso sin medicamentos y con una cuenta leucocitaria de 3000mm³, sin corroborarse foco infeccioso, se notó seguridad en el seguimiento de las intervenciones por parte de la mamá y la niña y se contó con los recursos materiales, fue necesario recordar al personal de la institución constantemente las medidas estándar, el diagnóstico se consideró recurrente posterior a cada ciclo de quimioterapia, acudiendo en 3 ocasiones a urgencias oportunamente, con eventos de neutropenia y fiebre sin focos infecciosos y de estancia breve, fue hasta el 6 de mayo que presentó colitis neutropénica asociada a una disminución intensa de neutrófilos (280/mm³).

NECESIDAD
AFECTADA
Higiene y mantener la
integridad de la piel

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA.
-Datos subjetivos: la mamá refiere que en su familia ni tienen el hábito de lavarse los dientes ni de asistir al dentista, saben que en el Centro de Salud existe el recurso pero no asisten.
-Datos objetivos. Se observan dientes amarillos con caries en 8 molares (superiores e inferiores) y en 2 incisivos superiores centrales, no refiere molestias en estas piezas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la higiene bucal relacionada con falta de conocimientos manifestada por dientes amarillos y caries en 8 molares (superiores e inferiores) y en 2 incisivos centrales superiores.

Fecha de identificación: 20-10-04.

Nivel y grado de dependencia: 3 parcial transitoria de meses.

Fuente de la dificultad: Falta de conocimientos.

Prioridad: alta

OBJETIVO: La niña mantendrá una higiene bucal mediante el conocimiento y seguimiento de cuidados que le permitan mantener la integridad de la cavidad en el transcurso de su hospitalización (5 días).

Rol de enfermería: de ayuda.

INTERVENCION (independiente).

1. – Valoración matutina diaria de la cavidad bucal a las 8:00am:

a) Verificar hidratación, coloración e integridad de la cavidad.

b) Registrar y avisar al médico en caso de existir lesiones necróticas o blanquecinas, gingivorragia o gingivitis y fisuras en los labios.

FUNDAMENTACIÓN

1. - *El crecimiento celular de tejidos que requieren de una rápida replicación de las mismas, se ve afectada por efecto de la quimioterapia, por lo tanto las barreras mecánicas piel y mucosas se ven alteradas, el riesgo de infección y hemorragias aumenta cuando la hematopoyesis causa leucopenia y trombocitopenia. (Rivera R., 1997: 82).*

INTERVENCIÓN (Independiente).

2.- Resaltar la importancia de la higiene bucal, las medidas de precaución.

a) Como medida preventiva, la higiene óptima disminuye el riesgo de infección en la cavidad y mejora su aspecto.

- b) La sensación de bienestar que se produce posterior a la realización del procedimiento, haciendo notar que se puede generar un hábito permanente.
- c) Evitar el uso de cepillo e hilo dental mientras dure su tratamiento disminuye el riesgo de lesión y por consecuencia de que se infecte o sangre.

FUNDAMENTACIÓN

2.- *La comprensión de las causas subyacentes, incrementa los conocimientos de la persona y puede aumentar su motivación para mejorar la higiene bucal y seguir un régimen terapéutico (Kozier B., 1999: 802).*

INTERVENCIÓN (independiente)

3.- Enseñar el cuidado de la cavidad oral:

- a) Diariamente con el siguiente horario: 8:00 a.m. previo a los alimentos, 10:00, 14:00 y 18:00. posterior a los alimentos.
- b) Proporcionar un vaso clorhexidina para la realización de colutorios, permitirle hacer enjuagues hasta que el agua este limpia.
- c) Proporcionar un hisopo para remover residuos de alimentos y proporcionar un masaje suave a las encías.
- d) Al finalizar el procedimiento lubricar los labios con vaselina o crema.

FUNDAMENTACIÓN

3.- *La placa bacteriana resulta mas difícil de quitar cuando se calcifica, este proceso inicia 24 horas mas tarde; cuando los azúcares entran en contacto con la placa bacteriana, el estreptococo mutans, presente en esta placa es el causante de la caries, ya que produce ácido durante 20 minutos, lo importante no es la cantidad de azúcares que se consuman, si no el tiempo que permanece en contacto con los dientes. (Berkow R., 1997: 482).*

La clorhexidina es eficaz contra bacterias grampositivas y gramnegativas, hongos y virus lipofílicos y es pobremente absorbida por piel y mucosas (PLM, 2002: 687)

INTERVENCIÓN (Interdependiente).

4 -Una vez terminado el tratamiento oncológico con citostáticos, sugerir el tratamiento odontológico para la eliminación de la caries en las piezas dañadas

FUNDAMENTACIÓN

4.- *Una vez que la caries alcanza la dentina, la parte del diente con caries debe extraerse y sustituirse por un empaste, el tratamiento limita daños a la pulpa (Berkow R., 1997: 483).*

EVALUACIÓN

La necesidad se encontró en grado 3 de dependencia, se ha llevado a cabo la higiene bucal de la manera programada y la niña refiere que en su casa continua con los cuidados, con lo que ha recuperado el color blanquecino de los dientes, aunque se ha mantenido la integridad de la cavidad bucal y no ha

presentado eventos infecciosos a este nivel; por el tratamiento mielosupresor por el momento no se pueden programar las intervenciones que lograrían la independencia de esta necesidad (cepillado dental y el tratamiento odontológico), por lo tanto queda en el mismo nivel de dependencia y pendiente la resolución del problema posterior al término del tratamiento oncológico.

NECESIDAD AFECTADA
Descanso y sueño.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA.
-Datos subjetivos: la mamá refiere que la niña esta aburrida, se la pasa "medio dormida y en la noche se despierta fácilmente, en su casa dormía de 9 a 10 horas a pesar de que estuviera la T.V. encendida.
-Datos objetivos: durante la entrevista, la niña estaba somnolienta y bostezando constantemente, refiere aburrimiento y le da sueño en el día, por lo que le cuesta dormir por la noche, además de que se siente cansada.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del patrón del sueño: inversión día-noche relacionada con actividad diurna disminuida manifestada por cansancio, somnolencia y bostezos durante el día.

Fecha de identificación:20-10-2004.
Nivel y grado de dependencia: 3 parcial transitoria de días.
Fuente de la dificultad: falta de fuerza física y de conocimientos.
Prioridad: alta.

OBJETIVO: La niña logrará dormir de 9 a 10 horas por la noche, lo que se conseguirá si realiza diversas actividades que regulen su ritmo circadiano en el transcurso de la hospitalización.

Rol de enfermería: de ayuda.

INTERVENCION (Independiente).
1.- Establecer un horario de actividades diurnas ajustándose a los espacios de tiempo que no interfieran con el tratamiento.

- a) Realizar actividades higiénicas 1 hora por la mañana.
- b) Alimentación con horario de 9:00 13:00 y 17:00 con duración hasta una hora.
- c) Actividades recreativas de dos a tres horas, en forma alternada con otras después del medio día.
- b) Actividades de aprendizaje de dos a tres horas después de medio día.
- e) Horario de dormir partir de las 21:00 o 22:00 hasta las 7:00 a.m.

FUNDAMENTACION

1.- *Los biorritmos o relojes biológicos se controlan desde el cuerpo y se sincronizan con factores ambientales como la luz y oscuridad, el más común es el ritmo circadiano, cuando la persona esta despierta los ritmos fisiológicos psicológicos están activos y están inactivos cuando la persona está dormida.*

INTERVENCIÓN (interdependiente).

2.- Mantener un entorno seguro y tranquilo durante la noche:

- a) Apagar la T.V. a las 21hrs.
- b) Mantener las luces apagadas en los cubículos a partir de las 22:00hrs.
- c) levantar los barandales de la cama.
- d) Evitar al máximo la realización de procedimientos nocturnos (incluyendo la quimioterapia).

FUNDAMENTACIÓN.

2.- *El ciclo del sueño se inicia con las 4 fase del sueño NREM, se le denomina sueño de onda lenta: en la fase 1 de sueño NREM, la persona se siente somnolienta y relajada, los ojos ruedan y se le puede despertar fácilmente con cualquier estímulo auditivo suave o táctil y solo dura unos minutos (Ganong, 1994:176).*

INTERVENCIÓN (independiente).

3.- Realizar actividades previas a que se duerma,

- a) Favorecer la comunicación entre la enfermera, familiar y niña, acerca de preocupaciones y satisfacciones de los acontecimientos surgidos durante el día.
- b) Favorecer la eliminación vesical antes de acostarse.
- c) Realizar una oración acompañada de la mamá.
- d) Revisar que la ropa de cama y de vestir no este ajustada y abrigar a la niña.
- e) Realizar un procedimiento de relajación en posición cómoda y en silencio.:
 - ❖ Inspiración rápida y profunda y espiración lenta y suave por 3 ocasiones.
 - ❖ Continuar con inspiración lenta y profunda y espiración rápida, repetir en 6 ocasiones.
 - ❖ Iniciar con contracción durante 10 segundos y continuar con la relajación de área, empezando con cara y cuello, extremidades superiores y tórax y finalizando con abdomen y extremidades inferiores, al concluir el procedimiento se deja cómoda a la niña en posición libremente escogida.

FUNDAMENTACION

3.- *Las personas hospitalizadas enfermas requieren de un sueño y reposo que les permita reestablecer sus funciones alteradas a través de un proceso de*

recuperación, para restaurar energía y tener un control de sus emociones (Kozier, 1999: 1011)

La distensión de todas las generaciones alveolares ocurre únicamente cuando ejercitamos mediante inspiración límite nuestro volumen corriente, al aumentar el aporte de oxígeno, aumenta la capacidad energética del organismo (Ganong, 1994:627).

INTERVENCIÓN (Independiente).

4.- Valorar por la mañana los logros obtenidos en el transcurso de la noche:

- a) Entrevista a la niña acerca de sus sensaciones tales como, cansancio, descanso y que factores intervinieron en esto.
- b) Anotar el número de horas que durmió por la noche, cuantas veces despertó y la causa de esto.

FUNDAMENTACIÓN.

4.- Una de las funciones del sueño es restaurar los niveles de actividad y equilibrio en el sistema nervioso, al predominar la función para simpática, se producen cambios en los cuales se disminuye el gasto de energía y el funcionamiento orgánico, por lo que se reduce la síntesis de proteínas, la tasa metabólica se reduce en un 30% en la fase IV NREM, es en esta fase donde se restaura el cuerpo físicamente, cada ciclo se repite de 4 a 6 veces y la persona iniciará el ciclo cada vez que se interrumpa (Kozier, 1999: 1010).

EVALUACION.

La dependencia disminuye de un grado 3 a un grado 1 en el transcurso de la hospitalización de 4 días, se logró la integración de diversas actividades diurnas en hospitalizaciones subsecuentes, así como su adaptación al ambiente hospitalario, lo cual permitió a la niña estar tranquila y ocupada, no se respetaron los tiempos establecidos, no interfiriendo esto en la satisfacción de la necesidad, la niña expresa que en su casa esta acostumbrada al ruido por lo que considera que este no interfiere durante la noche en su sueño, logrando dormir en promedio 9 horas a excepción del día en que se administra cisplatino ya que se encuentra con molestias, en general, la niña luce alegre y relajada.

NECESIDAD

Jugar y recrearse.

MANIFESTACIONES

- Datos subjetivos: la mamá refiere que se aburre, está enojada y se la pasa en cama viendo la T.V., pero sin poner atención, no le puede comprar juguetes y no sabe que hacer para ayudarla.

 - Datos objetivos: se observa y refiere aburrimiento y enojada por que esta hospitalizada y extraña sus actividades que realizaba previamente.
-

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dependencia en la necesidad de jugar y recrearse relacionada con entorno hospitalario desprovisto manifestado por aburrimiento y enojo.

Fecha de identificación: 20-10-04

Nivel y grado de dependencia: 3 parcial, transitoria de días.

Fuente de la dificultad: falta de fuerza física y de conocimientos.

Prioridad: intermedia.

Objetivo: La niña participará en actividades lúdicas diversas para fomentar su habilidad física, mental y social, de forma programada durante su estancia hospitalaria.

Rol de enfermería: de ayuda.

INTERVENCION (Independiente).

1.- Valoración diaria de la situación emocional, capacidad física y preferencias para realizar actividades recreativas:

a) Entrevista breve diaria matutina y evaluar el estado anímico.

b) Identificación conjunta del área de interés y posibilidades para el desempeño de las actividades.

FUNDAMENTACIÓN

La valoración inicial y periódica de la conducta del niño, puede derivar de un recuento de hechos de los padres, de la enfermedad y otros factores que sugieren utilizar un perfil de juego como un procedimiento de valoración y tratamiento (Henderson, 1989,482).

INTERVENCIÓN (Interdependiente).

2.-De acuerdo a la siguiente lista de actividades posibles y preferidas, elegir en forma conjunta con la niña y la mamá, cuáles son óptimas y convenientes a realizar cada día y en que horario:

- a) Dibujar con lápices de colores ya sea en hojas blancas o con revistas para iluminar (sin límite de tiempo).
- b) Proporcionarle revistas, tijeras y pegamento para que realice trabajos con diversos temas.
- c) Llevar a la sala de cine del hospital los días Martes (horario variable).
- d) Asistir los días jueves a ARCA (área de juego), para que participe junto con el personal voluntario en la realización de manualidades.(1 hora)
- e) Se programa diariamente que vea su novela infantil 17:00 (1 hora).
- f) Con la muñeca que proporcionó el personal voluntario, organizar juego de roles, permitiéndole ser la mamá, la hija o la enfermera, proporcionándole el material necesario, ya sea peinarla, bañarla o solamente mantenerla cerca de la niña.

FUNDAMENTACIÓN.

2.- En la edad escolar el estrés acompaña a la enfermedad y la hospitalización, para hacer frente a la crisis del ajuste, existe un estado de regresión que hace que sus necesidades sean similares a los preescolares, además de tener una actividad física y mental disminuida que no tiene escape adecuado en el medio hospitalario, lo que hace que se extrañen las rutinas, por lo que son comunes los sentimientos de aburrimiento, aislamiento y depresión, en su lucha por la independencia pueden no expresar sus sentimientos verbalmente si no a través de la terapia del juego que disipe sus sentimientos acumulados.(Whaley & Wong, 1995,488).

INTERVENCIÓN (Independiente).

3.- Favorecer la realización de actividades que la niña, no acostumbra a realizar, pero que puede conocer, permitiendo ampliar e integrar la diversidad de actividades:

- a) Lectura (iniciar con cuentos), leerlos para que la niña posteriormente los lea, (proporcionados por el personal voluntario).
- b) Enseñarle a jugar, rompecabezas, memorama, lotería y adivinanzas (juegos de habilidad mental).

FUNDAMENTACIÓN

3.-A los nueve años los niños se ocupan de perfeccionar las habilidades adquiridas y suelen agregar otras, alcanzando un nivel de ejecución similar a la de los adultos, el progreso se vuelve más complejo al entremezclarse las facetas neuromuscular, intelectual, social y emocional del comportamiento, siendo este periodo relevante para preparar su ingreso a un mundo social más amplio y llegar a la adolescencia con una base sólida de confianza en sí mismo y autoestima. (Watcher, 1993,508).

INTERVENCIÓN (Independiente).

4.-Fomentar las relaciones interpersonales.

- a) Integrar a sus compañeros de sala en pláticas referente al juego.
- b) Integrar a sus compañeros de cuarto en juegos grupales, memorama, lotería, adivinanzas y armar rompecabezas.

FUNDAMENTACIÓN.

4.-El juego ofrece oportunidades para experiencias sociales con grupos de camaradas, así como opciones de aprendizaje, cooperación, trabajo de equipo y labores creativas, que originen logros positivos, en cuanto habilidades y actitudes (Watcher, 1993, 522).

INTERVENCIÓN (Independiente)

5.- Al finalizar cada actividad permitirle a Angélica comunicar la experiencia e identificar:

- a) Capacidad para expresar verbalmente sus preferencias y sentimientos.
- b) Relación con otros niño y el personal de salud.

FUNDAMENTACIÓN.

5.-Debido a padecimientos crónicos los niños tienen pocas ideas o escasa energía para desarrollar sus habilidades, el seleccionar proyectos que el niño sea capaz de concluir estimula su interés, produce orgullo, alivia la tensión y da energía para formar otros proyectos (Watcher, 1993, 537).

EVALUACIÓN

La dependencia en la que se encontraba Angélica se modificó de un grado 3 a independencia grado 2 en el transcurso de la hospitalización (hasta el 24 de octubre) y durante cada ciclo de quimioterapia que requirió hospitalización, la realización de las intervenciones programadas dentro de la sala de hospitalización fue posible, el personal voluntario que brinda a los niños hospitalizados este tipo de atención favoreció la realización de manualidades y la asistencia a la sala de cine para ver películas, la niña pudo asistir a diversos eventos, no interfiriendo esto en el tratamiento médico, ya que estas actividades se realizan después de medio día lo que hace posible su asistencia, la niña se encuentra alegre, describe la experiencia a detalle con gusto y tiene mayor socialización con sus compañeros.

NECESIDAD
AFECTADA
Aprendizaje

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA.

-Datos subjetivos: la niña recibió su primer ciclo de quimioterapia, la mamá ha recibido la información por parte del médico acerca de que es posible que se infecte o sangre posterior a cada ciclo de quimioterapia.

-Datos objetivos: la mamá y la niña refieren tener dudas y preocupación acerca de los efectos secundarios de la quimioterapia y que hacer para evitar e identificar las complicaciones.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de lesión física a cualquier nivel relacionado con falta de conocimientos del cuidador primario y niña acerca de los cuidados en casa.

Fecha de identificación: 22-10-2004.

Nivel y grado de dependencia: 3 transitoria parcial de días.

Fuente de la dificultad: falta de conocimientos.

Prioridad: intermedia.

OBJETIVO. La mamá y niña describirán la información proporcionada acerca de los cuidados en casa en el lapso de 3 días(al concluir la hospitalización), lo que se pondrá de manifiesto mediante el seguimiento de los mismo.

Rol de enfermería: ayuda.

INTERVENCION (independiente).

1.-Obtener la información acerca de los conocimientos previos que los miembros del equipo de salud han proporcionado.

a) Cuestionar que preguntas específicas tiene al respecto o si la información ha sido clara o confusa.

FUNDAMENTACIÓN

1.- La información que se obtiene de los padres y del niño (si tiene edad suficiente), debe reforzarse para poder incorporarse al plan de tratamiento (Morgan, 1993.217).

INTERVENCIÓN (independiente).

2.-Integrar al familiar y a la niña en el transcurso de la hospitalización a las actividades para la satisfacción de sus necesidades:

a) Identificando sus capacidades y el seguimiento de las indicaciones que le damos.

FUNDAMENTACION

2.-La familia ofrece un sistema de apoyo para la educación cuidadosa y apropiada, esencial para que el niño desarrolle un sentimiento de identidad y seguridad (Morgan, 1993:203).

INTERVENCIÓN (Interdependiente).

3.-Brindar información acerca de los cuidados diarios:

- a) reposo relativo en la realización de actividades físicas y proporcionar un ambiente tranquilo.
- b) Medidas higiénicas, con especial atención en el ase bucal.
- c) Alimentación sin restricciones, en óptimas condiciones de higiene y consumo de líquidos 2 litros diariamente.
- d) Deambulaci3n con muleta, para proteger la extremidad inferior derecha.
- e) Toma de temperatura axilar en caso datos de infecci3n.
- f) Evitar contacto con personas con enfermedades transmisibles por ejemplo: tos, gripe, varicela o sarampi3n.

FUNDAMENTACIÓN.

3.-El aprendizaje apropiado sobre hábitos sociales y las alternativas para su cuidado, fomentan en el niño la aceptaci3n de su realidad, favorece la confianza en sí mismo y en el control de la enfermedad o tratamiento, lo que resulta básico para tener un éxito terapéutico (Morgan, 1993:209)

INTERVENCIÓN (interdependiente).

4.-Proporcionar informaci3n a la mamá y niña acerca de los signos de alarma par acudir a urgencias:

- a) Datos de sangrado a cualquier nivel: petequias hematomas, en cavidad bucal o cefalea.
- b) Datos infecciosos: fiebre por arriba de 38°C, escalofríos, diaforesis, piloerecci3n, diarrea, disfagia y otalgia.
- c) Vómitos o rechazo de los alimentos.
- d) Palidez de piel, labios o palmas de las manos, fatiga o debilidad.

FUNDAMENTACIÓN.

4.-Conocer los signos y síntomas, permite la detecci3n oportuna de complicaciones, favorece la instauraci3n de un tratamiento inmediato, lo que disminuye el riesgo de complicaciones severas.

INTERVENCIÓN (Independiente).

5.- A l egreso se verificará la compresi3n de la informaci3n por la mamá y la niña en forma individual.

- a) Reforzando la informaci3n en la que haya dudas.
- b) Posterior a cada egreso.

FUNDAMENTACIÓN.

5.-Disponer de toda la informaci3n colabora a que se utilice y continúe, el tratamiento en casa, así como la asistencia oportuna al hospital (Morgan, 1993:179).

EVALUACIÓN.

Se logro la resolución del diagnóstico, quedando la falta de conocimientos erradicada como la causa para presentar complicaciones, ya que la mamá y niña acudieron oportunamente a urgencias en cuatro ocasiones por fiebre y en dos por epistaxis discreta (no cuantificada), por lo que el tratamiento fue oportuno y en ocasiones no requería de hospitalización, sino más bien de manejo ambulatorio con vigilancia estrecha, la ausencia de complicaciones severas así como la verbalización de la información de la mamá y la niña, reflejaron el logro de la independencia en el sentido del aprendizaje.

NECESIDAD AFECTADA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA.
Nutrición	-Datos subjetivos: la mamá refiere que la niña, recibió su primer ciclo de quimioterapia con cisplatino y adriamicina, secundario a esto, cursó con nauseas y vómitos, que no cedían a pesar de la administración de antiemético y uso de ranitidina, durante cinco días se mantuvo con esta sintomatología, egresando y manteniéndose en su casa con una ingesta de alimentos adecuada. -Datos objetivos: la niña se mantiene con hidratación y ondasetrón desde su ingreso, previo a la administración de cisplatino la niña verbaliza la sensación nauseosa “por la quimioterapia” y rechaza los alimentos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Nauseas relacionadas con temor por experiencias previas al uso de quimioterapia manifestadas por verbalización de la sensación y rechazo a los alimentos previo a la administración de citotóxicos.

Fecha de identificación: 4-05-05.

Nivel y grado de dependencia: 4 transitoria de días.

Fuente de la dificultad: falta de fuerza física.

Prioridad: alta.

OBJETIVO: La niña no presentará nauseas previo, durante y posterior a la administración de cada ciclo de quimioterapia (4 días), con lo que mantendrá una ingesta regular de alimentos.

Rol de la enfermera: ayuda.

INTERVENCION (independiente):

1.-Realizar una valoración para clasificar la nausea:

- a) Inicialmente, en caso de rechazo a los alimentos, preguntar la causa (percepción de la niña).
- b) No contradecir a la niña.
- c) Verificar en que momento se presentan para clasificarlas:
 - Previas – anticipatorias
 - Agudas – en las primeras 24 horas.
 - Tardías – más de 24 de administrada la quimioterapia.

FUNDAMENTACIÓN

1.- *La expresión de los sentimiento permiten valorar el estado emocional y los síntomas referidos por las personas, ayuda a establecer el punto de partida en el cual se basará el establecimiento del plan terapéutico del niño (Morgan, 1993: 208).*

INTERVENCION (independiente):

2.- Explicar a la niña la posibilidad de controlar la nausea posterior a la quimioterapia:

- a) Aclara que dentro del tratamiento se contempla la administración de antiemético y que se infunde previo y posteriormente a la administración del cisplatino y adriamicina.
- b) sugerirle que es necesario que avise al médico o enfermera en cuanto tenga la sensación nauseosa con la posibilidad de contemplar dosis extras de antiemetico para evitar el vómito.

FUNDAMENTACIÓN.

2.- *Los agentes antineoplásicos pueden estimular a los receptores (serotonina) de la zona desencadenante del vómito localizado en el 4º ventrículo provocando la sensación (Martínez, 2002: 884).*

Quando el vómito es consecutivo a la quimioterapia, se puede dividir el tratamiento en preventivo, antes de aplicar la quimioterapia, altamente ematógena y correctivo, posterior a la administración de quimioterapia y ante la sensación nauseosa o vómito. (Martínez, 2002: 884).

INTERVENCIÓN (dependiente).

3.- Seguimiento estricto del tratamiento indicado en esquema para osteosarcoma:

- a) Hidratación intravenosa con soluciones al 1:1 con ondasetrón y dexametazona, 12 horas previas a la aplicación de cisplatino y 48 horas después.
- b) En caso de nausea aguda administración de ondasetrón 4mg/m²/dosis, diluido en 50 ml de solución y en 15 minutos.
- c) Ranitidina 2mg/kg/dosis intravenosa cada 12 horas.

FUNDAMENTACIÓN.

3.- *Cisplatino: a los 5 días se elimina el 43% de la droga, la infusión de soluciones permite su eliminación en menor tiempo, es un alquilante con ocasiona alto grado de emesis (PLM, 2002:1791).*

El Efecto del ondasetrón se debe al antagonismo de los receptores 5HT₃ (serotonina) en las neuronas localizadas en el sistema nervioso periférico y en

el 4º ventrículo, alcanza la máxima concentración plasmática en 15 minutos y la vida media de eliminación es de 3.2 a 3.7 horas (PLM, 2002: 1981).

INTERVENCIÓN (Interdependiente).

4.- Disminuir los factores externos que provocan las náuseas y favorecer la ingesta de alimentos:

- a) Evitar olores desagradables.
- b) Ambiente tranquilo a la hora de comer.
- c) Dieta a complacencia.

FUNDAMENTACIÓN.

4.-La gente basándose en experiencias previas, puede contribuir al agravamiento de trastornos físicos, pero también las enfermedades afectan su estado de ánimo, demostrando que la interacción cuerpo - mente es una vía de doble dirección (BerKow, 1999:410).

INTERVENCIÓN (Interdependiente)

5.- En caso de persistir la náusea o vómito:

- a) Corroborar infusión correcta de soluciones con antiemético.
- b) Aplicación correcta de ondasetrón en bolos.
- c) Descartando las causas previas, avisar al médico para descartar otras causas asociadas.

FUNDAMENTACIÓN.

5.-Considerar que la náusea o vómito aún después de haber recibido tratamiento antiemético puede ser manifestación de alguna enfermedad, por ejemplo: colitis, esofagitis, meningitis, gastritis o insuficiencia renal (Martínez, 2002:884).

EVALUACIÓN.

Se considera que el diagnóstico fue modificado a lo largo del internamiento (4 días), la niña manifestaba la sensación posterior a la administración del cisplatino y adriamicina y eran controladas con dosis extras de antiemético, cuando se administraba sólo dosis de cisplatino era evidente que no las presentaba, en los ocho ciclos se presentó en dos ocasiones náusea y vómito tardío (24 horas posterior a la quimioterapia), corroborando la infusión insuficiente de las soluciones, con lo que el aspecto emocional emergido por la experiencia previa dejó de ser el factor etiológico del problema modificándose por el efecto tóxico posible propio de los antineoplásicos, quedando en grado 2 de independencia, por requerir de medicamentos, ya sea de manera programada por el tratamiento o sugerida por las necesidades de la niña.

NECESIDAD AFECTADA.	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA.
Eliminación	-Datos subjetivos: el cisplatino es un medicamento nefrotóxico, en su primer internamiento curso con desequilibrio hidroelectrolítico secundario a una nefropatía . -Datos objetivos: se hiperhidrata con soluciones a 4000ml /m ² /día con aporte de sodio, potasio, magnesio y calcio, no presenta datos de congestión y con diuresis espontánea.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alto riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico relacionado con efectos tóxicos posibles de la quimioterapia.

Fecha de identificación: 5-11-2004.

Nivel y grado de dependencia: 4 transitoria de días.

Fuente de la dificultad: falta de fuerza física.

Prioridad: alta.

OBJETIVO: La niña se mantendrá con una adecuada función renal con gastos urinarios por arriba de 100ml/m²/hr y con densidades urinarias menores a 1010, lo que evitará la congestión hídrica durante su tratamiento con quimioterapia (4 días).

Rol de la enfermera: Ayuda.

INTERVENCION(Interdependiente)

1.-Seguimiento de la indicaciones para disminuir la toxicidad renal del cisplatino:

a) Verificar pruebas de funcionamiento renal previo y posterior a la administración de quimioterapia (creatinina, urea, sodio, potasio, calcio y magnesio).

b) Administración de soluciones a razón de 4000ml/m²/día.

Administración de manitol al 20% previo y posterior a la quimioterapia.

FUNDAMENTACIÓN.

1.-Cisplatino: se excreta por la orina pero en forma incompleta: a los 5 días se elimina el 43% de la droga, la infusión de soluciones y diurético favorece su eliminación en menor tiempo, ya que produce efectos secundarios a nivel tubulo renal, con pérdida de electrolitos como sodio, magnesio, potasio y calcio, llegándose a presentar insuficiencia renal aguda (PLM, 2002: 1971).

INTERVENCION (Independiente).

2.- Valorar datos de congestión hídrica:

a) Peso diario matutino 7:00am.

- b) Exploración física: identificar edema, ingurgitación yugular y crepitantes pulmonares (1 vez por turno).
- c) Signos vitales cada 4 horas: identificar taquicardia, polipnea e hipertensión arterial.

FUNDAMENTACIÓN

2.- *Los trastornos hemodinámicos activan mecanismo de reserva cardíaca que incluye aumento de la frecuencia cardíaca, aumento del volumen sistólico, aumento de la extracción de oxígeno (polipnea) y redistribución del flujo sanguíneo y líquidos (Slota M., 2000:207).*

INTERVENCION (Independiente).

3.-Llevar un control estricto de líquidos y de la función renal.

- a) balance hídrico cada 6 horas.
- b) Verificar densidad urinaria dos veces `por turno, corroborar que sea ,menor de 1010.
- c) Verificar que los gastos urinarios sean mayores a 100ml/m2/hr.
- d) Infusión cuidadosa de las soluciones de hiperhidratación, previa y posteriormente a la administración de cisplatino.

FUNDAMENTACION.

3.- *El filtrado glomerular se compone principalmente de agua, la capacidad o resistencia de las vías de filtración dependen del tamaño y forma de las moléculas, las moléculas grandes en cantidad o tamaño crean una presión oncótica que se opone a la filtración del espacio vascular, la resorción, es la cantidad de soluto resorbido en diferencia con la cantidad de soluto filtrado hacia el glomérulo y la cantidad de orina excretada, la secreción tubular, es la cantidad de solutos (pudiendose aumentar la cantidad por ciertos medicamentos) filtrados hacia el glomérulo y excretados por la orina. (Slota M., 2000: 398-399)*

INTERVENCION (Independiente).

4.- Reportar inmediatamente en caso de presentar las siguientes alteraciones:

- a) datos de congestión hídrica.
- b) datos de daño renal: densidades urinarias mayores a 1010 y gastos menores a 100ml/m2/hr y balances positivos.
- c) Parestesias, temblores finos, letargia, confusión y tetania.

FUNDAMENTACIÓN

4.- *El control y la valoración frecuente del estado hidrico, permite la detección precoz y el tratamiento inmediato para la estabilización (Morgan K., 1993: 120)*

EVALUACIÓN

El riesgo fue constante durante los 8 ciclos de quimioterapia presentando a partir de que se identificó el diagnóstico en una ocasión alteraciones hidroelectrolíticas, el personal del servicio de oncología en general conoce los

cuidados específicos en el manejo del esquema de quimioterapia, requiriéndose de un gran sentido de responsabilidad, experiencia y conocimientos para brindar los cuidados específicos a este tipo de niños, se considero que la necesidad queda en independencia hasta el momento en que concluyó con su tratamiento (mayo de 2005).

**NECESIDAD
AFECTADA**

Moverse y mantener una buena postura.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA.

-Datos subjetivos: la mamá refiere que no sabe que cuidados tenerle a la férula que se le instaló el día previo a la valoración, tiene dudas sobre los cuidados, el uso y la actividad física que Angélica puede realizar.

- Datos objetivos: se encuentra extremidad inferior derecha con férula posterior muslo-tibial con llenado capilar de 2 “, con coloración rosada y piel integra, aumento de volumen por tumoración en el tercio medio distal del fémur (32cm). Angélica no refiere molestias, pero tiene las mismas dudas sobre los cuidados y las actividades que puede realizar.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de lesión tisular en extremidad inferior derecha relacionada con falta de conocimientos (niña y madre) acerca de los cuidados referentes a la férula e inmovilización de la extremidad.

Fecha de identificación: 6-11-2004.

Nivel y grado de dependencia: 3 parcial transitoria de meses.

Fuente de la dificultad: Falta de conocimientos.

Prioridad: alta.

OBJETIVO: La niña mantendrá la integridad cutánea y neurovascular de la extremidad afectada, mediante los cuidados y enseñanza que la enfermera proporcione durante la hospitalización a la mama y a la niña para la comprensión y el seguimiento de estos cuidados en casa.

Rol de la enfermera: Ayuda.

INTERVENCION (Interdependiente).

1. - Explicar junto con el personal médico a la niña y madre el objetivo del uso de la férula: “Protección de la articulación al nivel de la rótula”.

FUNDAMENTACIÓN

1.-El aumento de volumen en el hueso afectado y debilitado por la neoplasia, es un factor desencadenante para afectar la función de la extremidad, es por eso que el trauma es un evento asociado a osteosarcoma. (Martínez A., 2002: 887).

INTERVENCION(Independiente).

2.-Valorar diariamente la extremidad inmovilizada durante la hospitalización integrando y enseñando a la niña y a la mamá en esta actividad.

- a) Inspección de la piel, verificando zonas de enrojecimiento (sobre todo alrededor de las prominencias óseas) coloración de la extremidad y palpación de la temperatura en toda la extremidad, verificando el llenado capilar. (cada 4 hr)
- b) Interrogar a la niña sobre la sensibilidad desde los dedos hasta la cadera y si existe molestia (en las mañanas y posterior a la deambulacion).
- c) Con todo lo anterior verificar signos de **alarma**: extremidad fría, cianótica, pálida, con zonas de enrojecimiento, dolor, adormecimiento y llenado capilar de más de 2".
- d) Verificar que el vendaje no se encuentre húmedo y tampoco apretado. (por las mañanas).

FUNDAMENTACIÓN.

2.-Es preciso una valoración frecuente del sistema, lo cual permitirá una intervención inmediata y la detección precoz de complicaciones, tales como necrosis hística y síndrome compartimental, debido a que el dispositivo de inmovilización puede interferir en la circulación.(Morgan, 1993: 150).

Cuando la piel se presiona ocurre en ese sitio una triple respuesta: reacción roja alrededor de la lesión, rubor debido a la dilatación y edema debido al incremento de permeabilidad y fuga de líquidos de los capilares y vénulas.(Ganong , 1994:563).

La cianosis se observa más fácilmente en el lecho ungueal, donde la piel es más delgada, su aparición depende del grado del estado de la circulación capilar,. (Ganong, 1994:621)

La humedad e irritación constituyen posibles causas de a pérdida de la integridad de la piel, el proteger la férula de la humedad previene el crecimiento bacteriano. (Morgan,1993: 151)

INTERVENCION (independiente).

3.- Proporcionar los siguientes cuidados diariamente, explicándole a la mamá y niña y permitiendo expresar las dudas:

- a) Mantener la férula colocada durante todo el día.
- b) Retirar únicamente durante el baño diario, evitando que se moje.
- c) Preferentemente en la cama: llevar a cabo la valoración de la extremidad.
- d) Secar perfectamente la piel.

Lubricar la piel de toda la extremidad, realizando un masaje en la parte posterior de la pierna y en los pies (evitar manipular la articulación y el tumor).

- e) Colocar la férula, alineando cada segmento, verificando coincidan con las flexiones con la posición anatómica de la pierna.
- f) Realizar un vendaje suave desde la parte inferior de la tibia hasta la parte superior del muslo.
- g) La deambulaci3n y la realizaci3n de sus actividades continua siendo apoyada por sus muletas, ya que la finalidad de la férula es permitirle mantener el nivel de actividad física con la seguridad de que la estructura ósea no se dañe.

FUNDAMENTACIÓN.

3.-La piel cumple con una tarea específica de protecci3n desde la parte superior que es la epidermis y la dermis en donde se encuentran los receptores táctiles y glándulas sudoríparas y sébaseas, vasos sanguíneos que nutren y mantienen una temperatura óptima así como nervios que se ramifican entre las diversas capas, cualquier alteraci3n en la irrigaci3n o lesi3n externa puede alterar el funcionamiento de sus estructuras por lo tanto el cuidado que se tenga para mantener una integridad de la epidermis como de la dermis, requiere de medidas higiénicas y mecánicas que favorezcan su integridad y nutrici3n. (Berkow. 1997:980).

INTERVENCION (independiente).

- 4.- En caso de presentar los siguientes datos de alarma: erosi3n, cianosis, enfriamiento, llenado capilar mayor de 2", adormecimiento y dolor:
- a) retirar inmediatamente el vendaje y verificar que los signos desaparezcan inmediatamente antes de volverlo a instalar.
 - b) En caso de persistir, no instalar el vendaje y consultar con el médico el problema.

FUNDAMENTACIÓN

4.-El síndrome compartimental conduce a la contractura de Volkman, es una temible complicaci3n que se debe al compromiso vascular que afecta a un grupo muscular (habitualmente de una extremidad) y que si no se trata en menos de 6 horas, las secuelas suelen ser permanentes. (Baily. 1997: 191)

INTERVENCION (independiente).

- 5.- La enfermera valorara diariamente el grado de compresi3n alcanzado:
- a) Repitiendo la informaci3n o la realizaci3n de los procedimientos cuantas veces sea necesario y aclarando las dudas.
 - b) Preguntando por separado a la mamá e hija, la informaci3n contenida en este plan de intervenciones, para asegurar un manejo óptimo en casa.

FUNDAMENTACIÓN.

5.- El conocimiento que tenga los padres y el escolar acerca de los cuidados, permite un seguimiento del régimen terapéutico que disminuye la presencia de complicaciones, el reconocimiento de signos y síntomas de alarma permite la instauraci3n de un tratamiento oportuno. (Morgan. 1993: 157).

EVALUACION

La necesidad se encontró en grado 3 de dependencia, evolucionando a un grado 2 de independencia, ya que la niña puede caminar y realizar sus actividades de la vida diaria con el uso de muletas en una forma más segura para su extremidad, se notó seguridad en el cuidado de la férula por parte de la mamá y la niña y ausencia de complicaciones, sin embargo debido al material poco convencional, la férula se flexionó, por lo que fue necesario reinstalarle una férula muslo-podálica (17-11-04) misma que utilizó hasta el día en que fue intervenida quirúrgicamente para una tumerectomía con colocación de prótesis (18-01-05), para la protección de la extremidad trabajo social consiguió una férula articulada que favoreció la comodidad y de uso sencillo.

NECESIDAD AFECTADA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA.
Realización	-Datos subjetivos: La niña ha permanecido en la casa de su tía desde hace 6 meses y sus hermanos la han visitado con frecuencia, se nota adaptada al medio hospitalario y a su situación actual, le faltan 2 ciclos mas de quimioterapia. -Datos objetivos: La niña se manifiesta contenta por que ya ha terminado la primera etapa de su tratamiento y ha pasado la cirugía, se preocupa de como le verán sus compañeros si retorna a la escuela sin cabello, piensa reincorporarse a la escuela en el siguiente ciclo escolar (septiembre) a cursar el 4º grado.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de baja autoestima relacionado con alteración de la imagen corporal (alopecia).

Fecha de identificación: 30- 03-05.

Nivel y grado de dependencia: 3 transitoria de meses

Fuente de la dificultad: falta de fuerza física

Prioridad: intermedia.

OBJETIVO: La niña expresará un concepto positivo de sí misma e interés por su cuidado personal, en forma progresiva hasta la recuperación de su cabello.

Rol de la enfermera: Ayuda

INTERVENCION (independiente).

1.- Llevar acabo por lo menos dos entrevistas en los ingresos posteriores y mientras dure su tratamiento oncológico con quimioterapia:

- a) Explorar los sentimientos de la niña, estimulando la verbalización de sus emociones acerca de sus preocupaciones, en especial por la alopecia.
- b) Procurar un ambiente tranquilo y privado para iniciar la plática.
- c) Iniciar con un saludo y preguntar siempre ¿Como estas?.
- d) Continuar, si ella lo quiere o necesite y mostrando interés en cualquiera que sea el tema.

FUNDAMENTACIÓN

1.-La alopecia a causa de la toxicidad de la quimioterapia es motivo de ansiedad para el niño ya que el escolar es sensible a la reacción de las personas ante su apariencia (Watcher. 1993:1362).

Escuchar con empatía es una condición para cualquier actividad de ayuda y que la persona sepa que escuchamos lo que dice, el contacto psicológico sirve para reconocer y legitimizar sentimientos reduciendo su intensidad y reorientando el curso de la situación (Slaikeu, 1988:78).

INTERVENCIÓN (Independiente).

2.- Explicar al termino de la primera y segunda entrevista el efecto temporal de la quimioterapia, en el sentido de la pérdida de cabello, pestañas y cejas:

- a) Responder a sus dudas en este sentido.
- b) Observar y escuchar su reacción ante esta situación.

FUNDAMENTACIÓN.

2.-Examinar la dimensión de un problema se enfoca en tres áreas pasado, presente y futuro, saber como se llegó al problema y del impacto que esto tiene sobre su vida actual y futura (Slaikeu, 1998: 78).

INTERVENCION (Independiente).

3.- Fomentar el recuerdo de experiencias positivas previas y logros personales:

- a) No forzar la emisión de un juicio personal.
- c) Resaltar el tipo de actividades que puede realizar actual y posteriormente

FUNDAMENTACIÓN

3.- El apoyo del “yo” incluye despejar ideas negativas falsas sobre una situación, permitiendo llenarse de ideas positivas que estimulen a la persona a ser independiente, con lo que se llega a tener control de sentimientos y aumento de autoestima (Slaikeu, 1998: 186).

INTERVENCIÓN (independiente).

4.-Favorecer la aceptación de su situación actual, con posibilidad de mejorarla e informando a la mamá:

- a) Animar a la niña a mirarse al espejo.
- b) Sugerir posibles actividades que mejoren su imagen corporal: uso de gorros con flores, uso de accesorios como pulseras de colores, collares y aretes de fantasía.
- c) Retomar la importancia del baño e higiene oral y del vestido como parte de una imagen pulcra.

FUNDAMENTACIÓN.

4.-El encontrar un rango de alternativas de soluciones para la resolución de problemas, evita la impotencia y estimula a la persona, ayudando a tomar una acción concreta y favoreciendo la satisfacción de las necesidades, cambiando así la dimensión de un problema (Slaikeu, 1998:80).

INTERVENCIÓN (Independiente).

5.-Terminar las entrevistas retomando la información positiva y valorando las sensaciones al término de cada una.

FUNDAMENTACIÓN

5.- Cuando un problema no se puede resolver, la prioridad es hacer que el problema parezca más manejable y que la persona se sienta mejor preparada para resolverlo (Hudson, 1990: 69).

EVALUACIÓN.

Se continua apoyando a la niña en esta necesidad, con respecto a la aceptación de su imagen corporal se encuentra tranquila posterior a que concluya su tratamiento, sabe que es necesario que continúe asistiendo al hospital para revisiones, también está consciente de que el cabello tardará en crecer, ella recuerda que en diciembre estuvo 1 mes sin quimioterapia esperando tiempo quirúrgico, y que en ese lapso el cabello le creció un poco, por lo que corrobora que la información del efecto temporal de la alopecia es cierto, por el momento se le ha apoyado con algunos accesorios para su arreglo personal y le agradan, esta entusiasmada por el retorno a su entorno social y familiar, por lo que la dependencia disminuye a un grado 2 de independencia.

NECESIDAD
AFECTADA
Termoregulación

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
-Datos subjetivos: recibió su ciclo de quimioterapia con ifosfamida y etoposido a dosis altas por cinco días, manifiesta la mamá que inicia hoy con fiebre de 39°C y acude a urgencias con escalofríos y molestias.
-Datos objetivos: se corrobora temperatura de 39°C, frecuencia respiratoria de 38 y cardiaca de 128 por minuto, se aprecia piloerección, diaforesis y se obtiene cuenta de neutrófilos de 280/mm³.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del bienestar físico relacionado con elevación de la temperatura corporal manifestado por frecuencia respiratoria de 38 y cardiaca de 128 por minuto, diaforesis, escalofríos, piloerección y verbalización de malestar.

Fecha de identificación. 6-mayo-2005.

Nivel y grado de dependencia: 5 transitoria de días.

Fuente de la dificultad: falta de fuerza física.

Prioridad: Alta.

Objetivo: La niña recuperará su bienestar físico, estabilizando sus constantes vitales dentro de su percentil, lo que se logrará manteniendo su temperatura corporal menor a 37.5°C en las primeras 72 horas de la hospitalización o hasta controlar el evento infeccioso.

Rol de enfermería: de suplencia.

INTERVENCIÓN (independiente).

1.- Valoración y registro de constantes vitales en forma horaria:

a) Curva térmica: identificar tipo de fiebre, recurrente, intermitente, continua o esporádica.

b) Corroborar la relación de signos y síntomas asociados a la presencia de fiebre: taquicardia, taquipnea, extremidades frías, piloerección, deshidratación o diaforesis.

c) reportar al médico en caso de presentar datos de respuesta inflamatoria sistémica, taquicardia y taquipnea con o sin fiebre.

FUNDAMENTACIÓN.

1.-La fiebre es producida por la liberación de pirógenos y la estimulación de interleucinas que estimulan el hipotálamo esta elevación de temperatura corporal se manifiesta clínicamente por alteraciones que compensan las demandas metabólicas del organismo, la taquicardia sinusal e hiperdinamia, existe vasodilatación y pérdida de líquidos, para posteriormente presentarse vasoconstricción en órganos como piel de extremidades y mesenterio (Rodriguez, 2002: 234).

INTERVENCIÓN (Independiente).

2.- Control de la temperatura corporal de la niña de la siguiente forma:

a) Menor de 37.5°C mantener descubierta y verificar constantemente que la presencia de taquicardia, taquipnea, diaforesis y piloerección.

b) Entre 37.6°C y 38°C, manejar con medios físicos, aplicando fomentos tibios en región frontal y occipital mientras dure la fiebre.

c) Por arriba de 38.5°C proporcionar un baño con agua tibia durante 15 minutos y continuar con fomentos, de aumentar o continuar la cifra elevada de temperatura, considerar en conjunto con el médico el uso de antipiréticos.

FUNDAMENTACIÓN.

2.-*La producción de calor es endógena y depende de la actividad metabólica de los tejidos, la temperatura corporal puede influir a su vez en el metabolismo celular, el cuerpo humano pierde calor por los siguientes mecanismos: conducción, siendo esta la transferencia directa de un cuerpo hacia otra superficie, esto es, el 3% de la pérdida de calor, la conducción a través del agua es mayor con relación a la del aire (Rodríguez, 2002: 228).*

INTERVENCIÓN (Independiente).

3.-Mantener un entorno fresco y seguro:

- a) Evitar corrientes de aire mientras la niña está descubierta.
- b) Procurar en la medida posible fuentes de calor: apagar lámpara de luz y evitar exposición al sol.

FUNDAMENTACIÓN.

3.- *La radiación es la transferencia directa de un cuerpo hacia su medio ambiente que los rodea en forma de rayos infrarojos; 60% de la pérdida de calor es radiante.*

La convección es la transferencia directa del aire del cuerpo caliente perdido a través del aire, 12% de la pérdida de calor es por este mecanismo (Rodríguez, 2002:228).

INTERVENCIÓN (Interdependiente).

4.- Sugerir y realizar la administración de medicamentos de forma necesaria:

- a) Administración de paracetamol a 10mg / kg / dosis, vía oral.
- b) Vigilancia estrecha de normotermia, controlada por medios químicos y asociación de signos de respuesta inflamatoria sistémica.

FUNDAMENTACIÓN.

4.- *El paracetamol es un analgésico y antipirético rápido, con un pico máximo de 30 a 60 minutos, no afecta la protrombina y su acción es débil sobre plaquetas, su uso debe ser limitado en pacientes con daño hepático o anemia (PLM, 1999: 1794).*

EVALUACIÓN

La necesidad se había mantenido en riesgo constante a expensas de que presentara un foco infeccioso, con las intervenciones contempladas en la necesidad de seguridad y protección se había logrado un tratamiento oportuno del riesgo de infección, por lo que el control de los focos infecciosos y de los eventos de neutropenia, habían sido manejados de manera ambulatoria, fue hasta el cambio de quimioterapia que se presentó con un

foco infeccioso y neutropenia severa, lo que repercutió en la alteración de la necesidad, con una curva febril en las primeras 48 horas de manera intermitente, desapareciendo a las 72 horas de su ingreso y de controlado el foco infeccioso (colitis neutropénica), el uso de antipiréticos se requirió en dos ocasiones que la temperatura se elevó hasta 39°C, disminuyendo el grado de dependencia 5 a independencia 1 y recuperando su bienestar, el ambiente de la sala de Urgencias no fue favorable, ya que es muy cálido, sin embargo se le mantenía con ropa interior por que la niña refería calor, esto no influyó posteriormente en la independencia de la necesidad.

III. RESULTADOS.

3.1. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES.

Posterior a trece seguimientos se concluye el caso clínico, encontramos que las variables, en este caso las 14 necesidades que contempla Henderson en su propuesta teórica, evolucionaron de la siguiente forma en estrecha relación con la necesidad de seguridad y protección.

Debido a que los ciclos de quimioterapia eran programados, se tuvo un control y seguimiento frecuente de las 14 necesidades, encontrando diagnósticos de riesgo similares durante y posterior a cada ciclo, esto favoreció el fortalecimiento de las intervenciones y la evaluación continua de los cuidados que el cuidador primario (mamá) y niña deberían de comprender durante la hospitalización y continuar su seguimiento en casa, logrando así la independencia en las siguientes necesidades:

El **aprendizaje** en cuanto al cuidado de la salud fue determinante en la satisfacción del resto de las necesidades resaltando como prioritario aquellos conocimientos adquiridos por la mamá y niña para el seguimiento de los cuidados que disminuyeron los **riesgos** a que se enfrentaba la niña así como la identificación oportuna de los signos y síntomas de alarma, fue así que en la necesidad de **movimiento y postura**, la habilidad y conocimientos adquiridos por la niña para el cuidado de aparato ortopédico fue importante para lograr la deambulación y el desempeño de actividades cotidianas, lo que tuvo un impacto en la **realización** de la niña ya que permitió en conjunto con las actividades

planteadas para recuperar la autoestima la sensación de bienestar que le permitió llevar a cabo el cuidado de su imagen corporal y mantener una integridad emocional hasta el momento, en espera únicamente de que cuando recupere su imagen corporal y concluya el control y vigilancia médica retorne a su estado para continuar sus estudios y vida familiar previa.

Otro factor determinante para la disminución de los riesgos infecciosos y hemorrágicos, se obtuvieron de la **comunicación** eficaz madre-hija-enfermera, para expresar dudas y reforzar información acerca de las actividades prudentes que se podían realizar tanto para evitar la presencia de complicaciones como para acudir al hospital oportunamente, llevándose a cabo una vigilancia de la **termoregulación** como signo cardinal posible de alteración evidente, además del seguimiento de medidas de **higiene** bucal, previamente no acostumbradas, y el fortalecimiento de otras medidas generales como baño diario, higiene del **vestido** y de los alimentos y la realización de actividades prudentes para disminuir el riesgo de sangrado; el apoyo de la madre y la familia materna, con quien convivían fue relevante, lo que se vió reflejado en todo momento principalmente por la ausencia de complicaciones severas, presentándose mas bien aquellas que dependían mas bien de la cifra de leucocitos y plaquetas, que de los cuidados brindados, aun así la atención oportuna favoreció un control sencillo y ambulatorio, a base de antibióticos profilácticos y transfusiones pertinentes, con lo anterior se determina que la necesidad de **oxigenación** no estuvo en riesgo, no presentándose cuadros infecciosos ni hemorrágicos que la pusieran en riesgo.

Se logró recuperar un patrón de **descanso y sueño**, mediante la adaptación a de un rol de actividades diurnas posibles durante la estancia hospitalaria, que a su vez apoyaran la satisfacción de las demás necesidades, siendo prioritaria la de **recreación y juego**, para favorecer la adaptación al medio hospitalario, también se ampliaron los conocimientos de otras

posibilidades de recreación tales como la lectura y manualidades, logrando que la niña le interesara la elaboración de servilletas bordadas.

La **nutrición e hidratación** así como la **eliminación** vesical estuvieron dependientes del tratamiento con quimioterapia, mediante la infusión de antieméticos, soluciones y electrolitos intravenosos, y la vigilancia de la ingesta de alimentos y de la función renal, una vez concluidos cada ciclo de quimioterapia la niña recuperaba su independencia, reforzando únicamente la necesidad de consumir una dieta variada y completa, así como de líquidos suficientes.

Al concluir el caso clínico la niña y su mamá continúan en esta ciudad, se han adaptado a los cambios en su entorno familiar y social, durante este lapso de tiempo, han continuado viviendo de acuerdo a sus **creencias y valores**, en un ambiente sustituido por su familia materna pero similar a su familia nuclear que ha favorecido su independencia.

En comparación con el caso clínico publicado por la Revista Enfermería Universitaria en el año 2004 por Benitez A. y Franco M. que trata del “Proceso del cuidado a un preescolar con VIH”, los riesgos infecciosos a que se exponía al niño eran similares al presente caso clínico por tratarse en ambos casos de niños inmunocomprometidos, la aplicación del Proceso de Enfermería utilizando los conceptos de la propuesta Teórica de Henderson, fué posible en ambos casos permitiendo proporcionar la atención integral a los niños, sin la independencia lograda en el presente caso clínico fue favorecida por un entorno familiar principalmente por el apoyo de la madre en el cuidado del niño, ya que en el caso referido los cuidadores secundarios (hospicio) no favoreció lo anterior, demostrando la relevancia de que la **enfermera** considere a la **persona** como un ser social que requiere de la interacción de un **entorno** propicio para el seguimiento de los cuidados en casa, como parte necesaria

para alcanzar su independencia (**salud**) fuera de un ambiente hospitalario en niños con problemas crónicos.

3.2. CONCLUSIONES.

Se determina que la aplicación del Proceso Atención de enfermería bajo la perspectiva de la propuesta filosófica de Virginia Henderson fue posible para sustentar y orientar la realización del presente estudio de caso, por otro lado se consideraron los aspectos éticos y científicos que apoyaran el curso de nuestras acciones, se utilizaron los métodos contemplados en la etapa de valoración, en este caso de las 14 necesidades propuestas por Henderson, los instrumentos utilizados, favorecieron que esta etapa se valorara de manera integral logrando identificar problemas reales y potenciales, así como determinaron las causas de la dificultad, lo que permitió estructurar diagnósticos de enfermería, de los cuales se desarrollaron los planes de intervenciones en base a una priorización de necesidades, de aquellas que se encontraban en riesgo o con problemas reales y de aquellos diagnósticos que fomentaran las intervenciones independientes de los cuidados especializados de enfermería, fue posible la ejecución de las intervenciones en gran parte por la colaboración de la mamá y niña así como de la institución, por último se realizó la evaluación de los planes de intervenciones conforme a la estructura, proceso y resultado propuesto por Christensen, con lo que se concluye que la estructuración de un marco teórico que orienten nuestra práctica de enfermería permite dar un enfoque específico a la disciplina de enfermería permitiéndole consolidar su identidad y crear una satisfacción personal y profesional por los resultados y experiencias obtenidas, siendo posible la utilización del proceso de enfermería y la perspectiva de Henderson, en este caso en un escolar con enfermedad crónica y con el apoyo de la familia, para el logro de la independencia.

3.3. SUGERENCIAS.

- ✓ Sería provechosa que desde la formación del profesional de enfermería se concibiera la aplicación del Proceso de enfermería bajo una perspectiva

Teórica, la cual haría posible su uso en forma generalizada a diversos ámbitos de intervención de la enfermera.

- ✓ La difusión de estudios de casos, independientemente de la Teoría utilizada permitiría la socialización de conocimientos, además de ser un estímulo profesional.
- ✓ La actualización del personal de enfermería debe basarse en fortalecer los conocimientos propios de la disciplina, contemplando dentro de estos el reconocimiento del Proceso de Enfermería una herramienta que debe de implementarse en los campos de trabajo para mejorar el desempeño de la profesión.

IV. REFERENCIAS.

1. Guallart M., Roca N. Cuidados de Enfermería a un recién nacido pretérmino. *Enfermería Clínica* 1998; 8(2): 84-89
2. Castillo E., Domínguez M. Planificación de alta de un enfermo con trasplante renal. *Enfermería Clínica* 1999; 3(4): 41-44.
3. Sánchez V. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener buena postura. *Revista de Enfermería del IMSS* 2001; 9 (2) 91-96.
4. Ortega C. Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico* 2001;9(1-4):18-23.
5. Parra A., Heredia E. Proceso atención de enfermería a un paciente con estenosis aórtica crítica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2003; 11(2): 66-71.
6. Espinosa V., Franco M. Cuidados de Enfermería a las necesidades básicas de un lactante con neumonía. *Desarrollo Científico de Enfermería* 2003; 1 (11): 24-29.
7. Partera C., Molina F. Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre. *Enfermería Clínica* 2003; 13(5):313-320.
8. Benítez A., Franco M. Proceso del cuidado a un preescolar con VIH. *Enfermería Universitaria* 2004; 1 (3):13-23.
9. Roig C., Casasnovas A., Pedrós T. Evaluación de un lenguaje aumentativo para enfermos intubados o traqueostomizados. *Enfermería Clínica* 1999; 9(6): 16-22.
10. Martínez C., Cañadas A., Rodríguez E., Tornel S. Dificultades en la valoración enfermera. *Enfermería Clínica* 2003; 13(4): 195-201.
11. Bernat R., García B., Inajeros L., Bardaji D. Enfermo crítico: valoración global para identificar necesidades. *Enfermería Clínica* 1997; 2 (4): 32-38.
12. Flores I., Torres M. Proceso de atención de enfermería en un paciente con angina inestable. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2000; 8 (1-4): 14-18.

13. Luis M., Fernández., Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona. Masson, 1998.
14. Mariner T. Teorías y Modelos de Enfermería. Madrid-Esspaña. Mosby-Doymma.1994.
15. Fernández C. Novel M. El Proceso de Atención de Enfermería. Barcelona. Masson-Salvat Enfermería. 1993.
16. Riopelle L., Grondin L., Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid-España. McGraw-Hill-Interamericana, 1997.
17. Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. México. McGraw-Hill-Interamericana, 1999.
18. Andrade R., Martínez N. El proceso enfermero para brindar atención de calidad. Desarrollo Científico de Enfermería 2004; 12 (1):17-18.
19. Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Madrid- España, Mosby-Doyma 1992.
20. Iyer P. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. México. McGraw-Hill Interamericana 1997.
21. Romero M. El proceso enfermero. Desarrollo Científico de Enfermería 2000; 8 (6) : 173-174.
22. Griffith J., Christensen P. Proceso Atención de Enfermería. México. Manual Moderno 1986.
23. Hernández J. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Modelo. Madrid-España. McGraw-Hill Interamericana 1999.
24. CIE. Clasificación de las intervenciones.(en línea)(consulta 2004- dic- 8): (10 págs) disponible en: <http://www.aibarra.org./archivos/CIE.htm>
25. CRE. Clasificación de los resultados de Enfermería (en línea) (consulta 2004-dic-8): (10 págs) disponible en: <http://www.aibarra.org./archivos/CRE.htm>
26. Amaro M. El método científico de enfermería, el Proceso de atención y sus implicaciones éticas y bioéticas. (en línea).(consulta 2004-Nov-18);(6 págs.). Disponible en : http://bus.sld.cu/revisras/enf/vol.20_1_04/enf10104.htm

27. Porra J. Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el proceso atención de enfermería. Revista Cubana de enfermería 2001; 17(2): 133.
28. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México: Secretaría de Salud de México. México. Subsecretaría de Innovación y calidad 2001, p 15-17.
29. Fraile C. Ciencia, ética y enfermería (en línea) (consulta 2004-Nov-18) (5 págs) disponible en: http://www.saelo_d/saelo_php?pldso717
30. Abascal M., Acosta J. Consideraciones acerca de la aplicación de una Ética renovada al Proceso de Atención de Enfermería. Revista Cubana de Enfermería 2001; 17(1): 20
31. Hernández C., Mendoza C. Consentimiento informado en Enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería 2002; 10(9):269.
32. Davis A. Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. Enfermería Clínica; 9 (1): 28.
33. Diccionario de Medicina. 16th.ed. España: Océano-Mosby. 1999; p 190.
34. Pérez C. Osteosarcoma. (en línea) (consulta 2004 Nov 11): (6 págs) disponible en:
<http://www.percano.com.mx/prescripciónmédica2002/jul/osteosarcoma.htm>
35. Rivera R. diagnóstico en el niño con cáncer. México: Mosby; 1999.p 257.
36. Rivera R. Academia de Pediatría A.C. (en línea) (consulta 2004 Nov 11);(6págs) disponible en : <http://www.facmed.unam.mx/amp/eventos>
37. Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, Departamento de Bioestadística y archivo clínico.10 principales causas de egresos (morbimortalidad) en general y en el servicio de Oncología.
38. Diccionario de especialidades Médicas. México:PLM Latina; 2004. p 270.
39. Martínez A. Urgencias infecciosas. Urgencias en Pediatría. 5ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana 2002.
40. Diccionario de Especialidades Médicas. Platinol. (en línea) (2 págs): (consulta 2004-nov-12) Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm/mex/productos/4967>

V. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

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

Consentimiento Informado para estudio de caso

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

_____, cuyo Objetivo principal es: _____

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

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

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

Nombre y firma del responsable del estudio: _____

Firma
Nombre del padre o Tutor: _____

Firma

Testigos

Nombre: _____

Firma: _____

Domicilio: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Domicilio: _____

México, D.F. a _____ de _____



Universidad nacional Autónoma de México
 Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
 División de estudios de Postgrado
 Especialidad en enfermería Infantil
 Sede: hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Reporte Diario

Nombre de la alumna: _____ Fecha _____ Servicio _____
 Nombre del paciente _____ Edad _____ Reg. de Expediente _____

Valoración focalizada de la necesidad de: _____

Datos subjetivos:

Comentarios:

Datos objetivos (Exploración física focalizada, cuando corresponda)



Fuentes de la dificultad: (conocimientos, fuerza, y voluntad)

Tabla 4. "Conocimientos independientes de experiencia"

Tabla 5. "Conocimientos que requieren la práctica y el grado de desarrollo de sus fuentes"

<p>El alumno debe tener un nivel de conocimientos que le permita reconocer, comprender y aplicar los conocimientos de enfermería en la práctica profesional.</p>	<p>El alumno debe tener un nivel de conocimientos que le permita reconocer, comprender y aplicar los conocimientos de enfermería en la práctica profesional.</p>	<p>El alumno debe tener un nivel de conocimientos que le permita reconocer, comprender y aplicar los conocimientos de enfermería en la práctica profesional.</p>	<p>El alumno debe tener un nivel de conocimientos que le permita reconocer, comprender y aplicar los conocimientos de enfermería en la práctica profesional.</p>	<p>El alumno debe tener un nivel de conocimientos que le permita reconocer, comprender y aplicar los conocimientos de enfermería en la práctica profesional.</p>
--	--	--	--	--

Diagnósticos de enfermería:

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

1.

ENFERMERÍA INFANTE.

Valoración de las necesidades básicas en los menores de 6-12 años

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega: _____ Servicio: _____

2.

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Nombre de la madre: _____

Fecha de revisión: _____ Hora: _____

Comentarios:

De la madre: _____ De la madre: _____ De la madre: _____

La información es proporcionada por: _____

Domicilio: _____

Procedencia: _____

Teléfono: _____ Diagnóstico médico: _____

Problemas de salud de padres, hermanos, hijos y

características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____

Servicios intradomiciliarios: _____

Exposición de excretas: _____

Descripción de la vivienda: _____

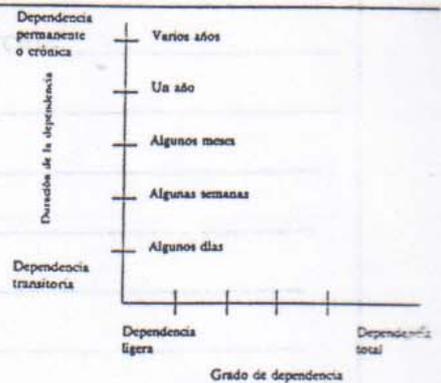


Tabla 6. Continuum independencia-dependencia¹⁴

Figura 3. Gráfico que relaciona la duración y el grado de dependencia de una persona.

<p>INDEPENDENCIA</p>	<p>El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable, que le permite asegurar su homeostasis física y psicológica.</p>	<p>Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén, o una prótesis.</p>	<p>Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer, y para controlar si lo hace bien; debe ser asistido, aunque sea ligeramente.</p>	<p>Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén, o una prótesis.</p>	<p>Debe contar con otro, para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo.</p>	<p>Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.</p>	<p>DEPENDENCIA</p>
	← 1	2	3	4	5	6 →	

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

ENFERMERÍA INFANTIL

Valoración de las necesidades básicas en los menores de 6-12 años

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega: _____ Servicio _____

Nombre: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Nombre del padre o tutor: _____
 Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____
 Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____
 Escolaridad del padre: _____ De la madre: _____ del Niño: _____
 Religión: _____ La información es proporcionada por: _____
 Domicilio: _____
 Procedencia: _____
 Teléfono: _____ Diagnóstico médico: _____

Antecedentes familiares: Problemas de salud de padres, hermanos, tíos y

abuelos: _____

Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____

Servicios intradomiciliarios: _____

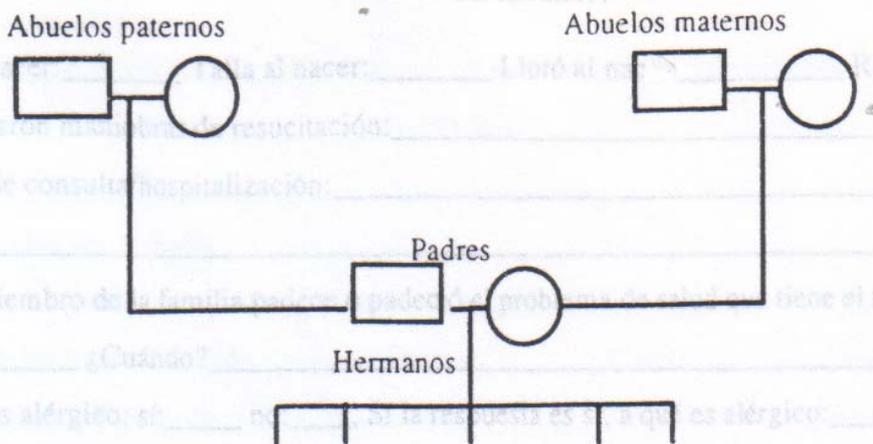
Disposición de excretas: _____

Descripción de la vivienda: _____

Ingresos económicos de la familia: _____

Medios de transporte de la localidad: _____

Mapa familiar



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

Nombre	Edad	Sexo	Ecolaridad	Relac. Afectiva	Enfermedades

Símbolos

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

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

Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____ Lloró al nacer: _____ Respiró: _____
 Se realizaron maniobras de resucitación: _____
 Motivo de consulta/hospitalización: _____
 Algún miembro de la familia padece o padeció el problema de salud que tiene el niño: _____
 ¿Quién?: _____ ¿Cuándo?: _____
 El niño es alérgico: sí: _____ no: _____, Si la respuesta es sí, a qué es alérgico: _____
 Qué dificultad presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____

Alimentación

Peso: _____ Talla: _____ Perímetro abdominal: _____ Torácico: _____ Del brazo: _____
 El niño fue alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____
 ¿Considera usted que el niño tiene poco _____ buen o mucho _____ apetito?
 ¿Cuáles son los alimentos y bebidas preferidas del niño?
 En el desayuno _____ En la comida _____ En la merienda _____

 Los alimentos y bebidas que le disgustan son: _____
 Tiene dieta especial: _____
 Tiene alergias alimentarias: _____
 Con quién acostumbra comer: _____
 Cuáles son sus hábitos en las comidas: _____
 Tiene problemas en mucosa oral: _____
 Cuáles es el estado y cantidad de las piezas dentarias: _____

Reposo-Sueño

Horas de sueño: _____ Qué costumbres tiene antes de dormir: Con juguetes _____

A qué hora se duerme: _____ A qué hora se levanta: _____ Cuántas horas duerme con luz: _____ Con música: _____ Otras costumbres: _____

¿Con quién duerme?: _____ Tiene cuarto separado: _____ Despierta de noche: _____

Es sonámbulo: sí: _____ no: _____ Tiene pesadillas: _____ Duerme siesta: _____

Valoración Neurológica: Actividades motora, Activo: _____ Letárgico: _____ Tranquilo: _____

Dormido: _____ Respuesta a estímulos: Dolorosos: _____ Calor: _____ Frío: _____

Reflejos: _____

Respuesta pupilar: _____

Vestido

Características de la ropa del niño: _____

Higiene: _____ Costumbre en el uso del vestido: _____

Otros enseres: _____ Significado del vestido: _____

¿Como quién te gustaría vestir? _____

¿Tienes suficiente ropa en el hospital? _____

¿Te vistes sólo? Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____

Temperatura

Considera usted que la temperatura de las habitaciones donde duerme el niño es:

Templada: _____ Fría: _____ Caliente: _____ ¿Su niño es friolento? _____ Está acostumbrado a que le tomen la

Temperatura: Sí _____ No _____ Si la respuesta es sí, ¿cómo se la toman? _____

Reposo-Sueño y Postura

Horas de sueño: _____ Qué costumbres tiene antes de dormir: Con juguetes _____

A qué hora se duerme: _____ A qué hora se levanta: _____ Cuántas horas duerme con luz: _____ Con música: _____ Otras costumbres: _____

¿Con quién duerme?: _____ Tiene cuarto separado: _____ Despierta de noche: _____

Es sonámbulo: sí: _____ no: _____ Tiene pesadillas: _____ Duerme siesta: _____

Valoración Neurológica: Actividades motora, Activo: _____ Letárgico: _____ Tranquilo: _____

Dormido: _____ Respuesta a estímulos: Dolorosos: _____ Calor: _____ Frío: _____

Reflejos: _____

Respuesta pupilar: _____

Vestido

Características de la ropa del niño: _____

Higiene: _____ Costumbre en el uso del vestido: _____

Otros enseres: _____ Significado del vestido: _____

¿Como quién te gustaría vestir? _____

¿Tienes suficiente ropa en el hospital? _____

¿Te vistes sólo? Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____

Temperatura

Considera usted que la temperatura de las habitaciones donde duerme el niño es:

Templada: _____ Fría: _____ Caliente: _____ ¿Su niño es friolento? _____ Está acostumbrado a que le tomen la

Temperatura: Sí _____ No _____ Si la respuesta es sí, ¿cómo se la toman? _____

Movimiento y Postura

- A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió los objetos con los ojos: _____
- 7 Se sentó con ayuda: _____ Se sentó sólo: _____ Se paró: _____ Caminó: _____
- Saltó: _____ subió escaleras: _____ camina con ayuda de algún aparato ortopédico: _____ Qué postura adopta al sentarse: _____
- Al caminar: _____ Al dormirse: _____ Al pararse: _____
- Cuando está enfermo adopta una postura especial: _____ ¿Cuál? _____

Comunicación

- ¿Cuánto tiempo tiene en el domicilio actual? _____
- Cuántos hermanos son: _____ Hermanas: _____ Hay otras personas que viven en casa: _____ El niño vive con sus padres: _____ Papá: _____ Mamá: _____
- 8 Hermano: _____ Pariente: _____ El niño usa anteojos: _____ Aparato Auditivo: _____
- Algún otro aparato: _____ Describa el carácter de su hijo: _____
- _____
- _____
- ¿Con quién acude el niño cuando le falta algo? _____
- ¿Con quién hace la tarea?: _____
- Otros comentarios del niño o familiar: _____

Higiene

- A qué hora acostumbra el baño: _____ Se baña sólo: _____ Con ayuda: _____
- 9 Cuántas veces se cepilla los dientes: _____ Cuando se cepilla los dientes: _____
- Tiene prótesis dental: _____ Cuando fue la última visita al dentista: _____ Se peina solo (a): _____ Con ayuda: _____

Recreación

¿Qué preferencia tiene el niño con los juegos? _____

Los objetos: _____

Con mascotas: _____

Las personas: _____

Mencione los programas de televisión, películas y paseos preferidos por el niño: _____

10

Creencia y religión

¿Cuál es la práctica religiosa de la familia? _____ Cómo participa el niño en esa práctica: _____

Para usted (familiar) cuál cree que fue la causa de la enfermedad: _____

Cuando alguien de la familia se enferma, qué hace usted (familiar) para mejorar el problema: _____

Para el niño: ¿Por qué te enfermaste? _____

11

Seguridad y protección

Ha consultado a otras personas u organismos sobre la salud de su hijo: _____

Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____

Describa los medios que tiene para resolver la enfermedad de su hijo: _____

12

Puede usted participar en los cuidados del niño: Sí _____ No: _____ Si la respuesta es sí
¿Cómo?: _____

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

Describa los cambios más recientes que hubo en la familia, tales como cambios de domicilio, despido del padre en el trabajo: _____ Separación de los padres: _____

Enfermedad crónica de algún familiar: _____

Cómo ha reaccionado el niño ante los cambios: _____

Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padezcan alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Escuela: _____ Con vecinos y amigos de la familia: Sí _____ No _____

Toma medicamentos en el hogar, si los toma indique nombres, dosis y vía así como fecha de última toma:

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

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

Aprendizaje

¿Su niño está acostumbrado a ir al jardín de niños: Sí _____ no _____

Le gusta estar en casa: Sí _____ No _____ En la escuela: Sí _____ No _____

13 ¿Qué grado escolar cursa: _____ Cómo considera usted el aprovechamiento del niño: _____

El niño estuvo hospitalizado antes: Sí _____ No _____ A que edad: _____

¿Qué información tiene el niño sobre la hospitalización? _____

¿Qué dice el niño sobre la hospitalización? _____

¿Qué costumbres nuevas tiene su niño? _____

De qué tema le gustaría tratar con el personal de enfermería: Enfermedad: _____

Tratamiento del niño: _____ Procedimientos: _____ Convalecencia: _____

Otros: _____

Realización

¿Qué espera usted de su hijo? _____

¿Qué esperas de tus padres? _____

¿A quien de la familia su hijo imita? _____

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

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

Otros datos:

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

Opiniones:

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

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

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____ Registro: _____ Servicio: _____
 Fecha: _____ Nombre del Alumno: _____

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

Código: Grado de dependencia

- Total = Dt
- Temporal = Dtm
- Parcial = Dp
- Permanente = D pr.

Causas de la dificultad

- Falta de Fuerza = FF
- Falta de Voluntad = FV
- Falta de conocimiento = FC

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

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: _____ Edad: _____ Registro: _____ Servicio: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Dx. Médico: _____ Registro: _____

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
		Control de la alimentación Falta de Placenta = 10 Falta de lactancia = 10 Falta de conocimiento = 10			

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

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____ Registro: _____ Servicio: _____
 Fecha: _____ Nombre del Alumno: _____

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

Código: Grado de dependencia
 Total = Dt
 Temporal = Dtm
 Parcial = Dp
 Permanente = D pr.

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

VIII. PLAN DE ALTA

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

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

Orientación dietética:

Medicamentos indicados:

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

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

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

Fecha de su próxima cita: _____

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

Fecha: _____
Nombre de la enfermera: _____

Carpenter Inc