

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
POSTGRADO DE ENFERMERÍA INFANTIL

ESTUDIO DE CASO:
PREESCOLAR CON ALTERACION DEL REQUISITO
UNIVERSAL,
MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE
LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA:
LEO. SONIA RUEDA GOMEZ

TUTOR:
E.E.I. ALMA ADRIANA GRANADOS MENDEZ

NOVIEMBRE 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

| | |
|--|-----|
| I.INTRODUCCION..... | 1 |
| II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO..... | 3 |
| III. FUNDAMENTACION TEÓRICA DEL CASO. | 4 |
| 3.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS RELACIONADOS..... | 4 |
| 3.2 CONCEPTUALIZACION DE LA ENFERMERÍA..... | 9 |
| 3.3 PARADIGMAS..... | 14 |
| 3.4 TEORÍA DE DOROTHEA OREM. | 22 |
| 3.5 PROCESO DE ENFERMERÍA..... | 38 |
| 3.6 RELACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA..... | 60 |
| 3.7 DAÑOS A LA SALUD (PATOLOGIA)..... | 64 |
| 3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS (PRINCIPIOS ÉTICOS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, CODIGO DE ÉTICA, DERECHOS DE LOS NIÑOS)..... | 72 |
| IV. METODOLOGIA..... | 78 |
| V. DESCRIPCION DEL CASO..... | 80 |
| VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA | 82 |
| VII. PLAN DE ALTA..... | 133 |
| VIII. CONCLUSIONES..... | 135 |
| IX. SUGERENCIAS..... | 136 |
| X. BIBLIOGRAFÍA..... | 137 |
| XI. ANEXOS..... | 140 |

I INTRODUCCION

En el desarrollo de nuestra formación como enfermeras especialistas, implica la profundización teórica metodológica de la disciplina, como de los grupos en quienes recaen los cuidados de los niños, por tal motivo adentrarse en el conocimiento de las bases teóricas para el cuidado especializado, así como la base metodológica que va en dirección al cuidado.

Debido a la necesidad de mejorar la calidad en el cuidado y la atención a los a pacientes, Enfermería se ha ido desarrollando en base al método enfermero con un sustento teórico disciplinar que permiten al profesional de enfermería brindar cuidados especializados, los cuales están sustentados en modelos conceptuales que dan la base para poder desarrollar un plan de cuidados, enfocados al bienestar del paciente y lograra su autonomía.

El presente estudio de caso titulado "Estudio de Caso de Preescolar Con Alteración Del Requisito Mantenimiento del Equilibrio Entre La Actividad y El Reposo", muestra como la profesión de enfermería aplica las bases teóricas, metodológicas e instrumentales que favorecen al ejercicio profesional y que durante la especialización son indispensables para el logro de los objetivos.

En este estudio se establece la relación del modelo de Dorothea Orem y sus requisitos universales fundamentados con el Proceso de Enfermería, incluyendo consideraciones éticas que respaldan el ejercicio profesional.

Para la realización de este trabajo se analizan cada una de las etapas del Proceso de Enfermería y en base a estas se inicia su desarrollo, basándose en los requisitos universales.

Se hace mención del modelo de Dorothea Orem describiendo cada uno de sus conceptos como son: persona enfermería, salud, entorno etc. describiendo los 8 requisitos universales así como el sistema de enfermería como son: Parcialmente Compensatorio, Totalmente Compensatorio y de Apoyo/Educacional. Requisitos del autocuidado del desarrollo, Requisitos del autocuidado en la desviación de la salud

Se menciona algunos aspectos importantes de la ética como parte del desarrollo profesional de enfermería, así como los derechos de los niños y de los pacientes.

Dentro de la metodología se realiza la descripción genérica del caso, donde se utilizan procedimientos e instrumentos para la etapa de valoración, y se realiza la elaboración diagnóstica.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

OBJETIVO GENERAL

Realizar un estudio de caso clínico a un preescolar con alteraciones en su salud, basado en el modelo de Dorothea Orem identificando, las etapas de la teoría de déficit de autocuidado, con el fin de evitar complicaciones para tener una mejor calidad de vida, utilizando como herramienta el proceso de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Realizar una valoración generalizada de enfermería al preescolar para saber su estado de salud.
- 2.- Identificar y valorar cada una de las etapas de la teoría de déficit de autocuidado.
- 3.- Jerarquizar las necesidades de acuerdo al grado de autocuidado.
- 4.- Utilizar los diagnósticos de enfermería dando un orden a la planeación de las intervenciones de enfermería.
- 5.- Organizar las intervenciones de enfermería basándose en un enfoque holístico.
- 6.- Evaluar las intervenciones de enfermería realizadas y el grado de adaptación del paciente.

III. FUNDAMENTACION TEÓRICA DEL CASO

3.1 ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS)

De las revistas investigadas, se revisaron varias en relación al caso, considerando las más significativas y que me podían aportar datos muy importantes para este estudio de caso son las siguientes:

A) El artículo; ***Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial***, donde dice: En los años ochenta del pasado siglo, las teorías incrementaron su apoyo entre las enfermeras, y actualmente, en países como Estados Unidos, se utilizan como marco de referencia para la investigación, la docencia y la práctica de la enfermería. Además, coexisten y/o se oponen paradigmas, ya que en los diferentes modelos se presentan diversas maneras de percibir/describir una persona o situación.

La teoría es esencial para explicar y comprender las prácticas enfermeras. El marco teórico ayuda a examinar, organizar, analizar e interpretar los datos del paciente, apoyando y facilitando la toma de decisiones. De la misma forma, favorece la planificación, la predicción y la evaluación de los resultados fruto de los cuidados. Por lo tanto, el enfoque teórico es una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y, además, favorece que las enfermeras puedan emplear y manejar toda la información acerca del paciente y gestionen la práctica del cuidado de forma ordenada y eficaz.

El uso de modelos conceptuales de enfermería en la atención, garantiza que todas las enfermeras compartan un lenguaje común y concepciones similares respecto a los paradigmas enfermeros, persona, salud, entorno y cuidados que caracterizan el rol profesional. Aquí, se plantea una reflexión acerca de lo que todavía, y aun siendo un tema de gran importancia, mantiene la dicotomía entre la práctica y la teoría enfermera.¹

Los modelos y teorías de enfermería se dividen en:

¹ Tazon Ansola M, Garcia Campayo ,J . Asequinolaza Chopitea Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. Enfermería clínica 2006; 16(4): 218-21

| CONCEPTO | DEFINICION |
|-------------------------------|---|
| Metaparadigmas | Nivel de conocimiento mas abstracto. Describen los conceptos primordiales que hacen referencia al tema principal, así como la finalidad de una disciplina. En la ciencia enfermera son: persona, entorno, Salud, y enfermería |
| Filosofías | Segundo nivel de conocimientos. Especifica las definiciones de los conceptos del metapardigma en todos los modelos conceptuales de enfermería. |
| Modelos Conceptuales | Marcos o paradigmas que suministran un amplio espacio de referencia para los enfoques sistemáticos de los fenómenos de los que se encarga la disciplina y ofrecen diferentes puntos de vista de la enfermería según las características de cada modelo. |
| Teorías de enfermería | Grupo de conceptos relacionados que propone acciones que guían la práctica. Se derivan de los modelos de enfermería y se dividen según complejidad y contenido de grandes teorías de nivel medio. |
| Grandes Teorías | Son un esquema estructural para grandes ideas y que proponen algo que es verdad o demostrable. |
| Teorías | Se limitan a los aspectos de la enfermería a los que se refieren. |
| Teorías de Nivel Medio | Comprenden la información acerca de la situación de salud, el grupo de población o edad del paciente, la ubicación o el área de su practica, y la acción o intervención de la enfermera. |

El conocimiento de todo lo mencionado previamente es primordial para una buena práctica profesional, ya que ayuda a organizar, comprender y analizar los datos del paciente, y a tomar decisiones acerca de las intervenciones de enfermería.

Las aportaciones de las distintas corrientes enfermeras para fundamentar la práctica en conocimientos teórico beneficia al paciente, ya que proporciona un enfoque sistemático para la practica enfermera. Beneficia a las instituciones, ya que los modelos ayudan a prestar un servicio accesible, comprendido y aceptado por el usuario.

B) El artículo *Adaptación de los pacientes oncológicos a la quimioterapia ambulatoria.*- El cual me parece de mucha importancia para demostrar la utilización de los modelos de enfermería, aplicable a pacientes oncológicos. Donde refiere que, la inclusión en este tipo de tratamiento representa para el

paciente de la quimioterapia una novedad en su estilo de vida, algo con lo cual va a convivir durante un tiempo determinado y que le requiere implementar un proceso de adaptación a la situación específica.

Para Roy la adaptación es un proceso que consiste en la transacción entre las demandas del medio ambiente y las respuestas de la persona.

Con el tratamiento ambulatorio se permite optimizar los recursos y abatir los costos de funcionamiento sin disminuir de ninguna manera la calidad en la prestación de los servicios, tratando a la población demandante en un periodo corto de tiempo, sin diferir los tratamientos y promoviendo la atención inmediata y oportuna. La ministración del ciclo de quimioterapia en el programa ambulatorio se realiza en forma diligente puesto que el paciente se presenta al servicio, previa valoración médica inicia con la infusión continua de los medicamentos citotóxicos, durante este tiempo se le proporcionan cuidados de enfermería y se observan estrechamente las alteraciones relacionadas con el tratamiento, registrando periódicamente sus signos vitales hasta terminar la infusión, que dura generalmente de 2 a 6 horas después del procedimiento, el paciente se reintegra a sus actividades cotidianas.²

Este modelo se encontró útil porque valida los conceptos teóricos para determinar la adaptación del paciente oncológico, además estos pacientes tuvieron menos afectación en el modo fisiológico.

C) Cuidados de enfermería ante el estreñimiento del paciente paliativo oncológico. El estreñimiento es común incluso en personas sanas, de ahí su importancia. La incidencia en el paciente oncológico es del 90% en cáncer agresivo. No solo supone una incomodidad para el paciente, también complicaciones en su evolución. Al analizar este problema se pretende unificar criterios y actuaciones de parte de enfermería, y destacar la importancia de la prevención, intentando resolver el problema.

²Ma.Leticia Rubí García Valenzuela, J. Javier Cuevas Cansino Adaptación de los pacientes oncológicos a la quimioterapia ambulatoria.-Desarrollo Científico Enfermería. Vol.14 No.5 junio,2006

La educación sanitaria tanto en el paciente, como del cuidador principal, favorecerá su control al alta hospitalaria, será capaz de identificar su aparición, sus causas y síntomas, conocer el tratamiento y donde acudir para revisarlo.³

En las manos de enfermería esta el poder prevenir y así evitar otro daño aparte de la patología de base, como enfermeras queremos el bien estar del paciente, por lo que tenemos que aprender a prevenir.

D) Adenopatías⁴ Este artículo encontrado en guías clínicas me pareció de mucha importancia para este caso clínico ya que primero debemos saber de lo que hablamos “de linfadenopatía”⁵ cuando existe una anormalidad en el tamaño, consistencia o número de los nódulos linfáticos, causada por la invasión ó propagación de células inflamatorias ó neoplásicas dentro del nódulo. Los nódulos o ganglios linfáticos son los órganos con más capacidad de reacción del sistema inmune.

Pueden ser:

Localizadas (el 75% del total): Sólo afectación de un área anatómica.

Generalizadas (el 25% restante): 2 ó más áreas no contiguas afectadas.

³ Cuidados de enfermería ante el estreñimiento del paciente paliativo oncológico. Enfermería clínica 2008; (2): 91-5

⁴ María del Rosario Navas Almodóvar Laura Riera Táboas (Dic 2003) Adenopatias recuperado 25 nov 2009 de <http://www.fisterra.com/guias2/adenopatias.asp#>

⁵ 15/12/2003 - Guías Clínicas 2003; 3 (32).

Son causas de adenopatía maligna:

| Enfermedad maligna | | |
|---|---|--|
| Etiología | Clínica | Diagnóstico |
| Hematológica | | |
| Linfomas (Hodgkin y No Hodgkin) | Fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, pérdida de peso ó asintomático. Hodgkin: Adenopatías periféricas en un territorio ganglionar, supraclavicular, axilar ó inguinal. No Hodgkin: Adenopatías en distintos territorios. | Biopsia del nódulo |
| Leucemias (Aguda Linfoblástica, Aguda No Linfoblástica, Linfática Crónica, Mieloide Crónica) | Discrasias sanguíneas, hepato esplenomegalia... | Fórmula leucocitaria, biopsia de médula ósea. LMC: Cromosoma Filadelfia |
| Metastásica | | |
| Melanoma | Lesión cutánea | Biopsia de la lesión |
| Sarcoma de Kaposi | Lesión cutánea característica ó ninguna | Biopsia de la lesión |
| Mama, pulmón, próstata... | Varía según la localización del tumor primario | Biopsia ganglionar, estudios complementarios |
| Otras: Histiocitosis maligna... | | |

La importancia de conocer las enfermedades malignas, así como la etiología, clínica y métodos diagnósticos, para la enfermera es muy útil para poder desarrollar un plan de cuidados a este tipo de pacientes, saber en momento dado como puede responder el paciente ante los cuidados brindados por esta.

E) En el artículo **Evolución de la leucemia linfoblástica aguda en la edad pediátrica en 29 años (1972-2000)**⁶, *Me parece de suma importancia el conocer la importancia de una poliquimioterapia bien programada para obtener supervivencias prolongadas y un elevado porcentaje de curación en esta enfermedad donde y durante el período analizado se ha producido un incremento progresivo de la supervivencia de niños diagnosticados de LLA a medida que se han ido perfeccionando los esquemas terapéuticos.*

⁶ Barce .M. Evolución de la leucemia linfoblástica aguda en la edad pediátrica en 29 años (1972-2000 *Anales de Pediatría (Barc)*. 2006;64:52-8.

3.2 CONCEPTUALIZACION DE LA ENFERMERÍA

Enfermería ha comenzado a establecerse como un campo científico, a pesar de las dificultades que ha debido salvar y contra las que aún lucha para fundamentarse como un área particular del campo de la salud.

Enfermería se ha descrito recientemente como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano.

La conceptualización incluye el entendimiento de aquellos factores biológicos, del comportamiento, social y cultural que tienen influencia en la salud.

A pesar de ser enfermería una disciplina emergente y de gran diversidad de acción, se requiere continuar con el desarrollo del cuerpo substantivo de conocimientos que de sustento y dirección a la práctica.

ESCUELAS DEL PENSAMIENTO

Muchos de los interrogantes a los que nos enfrentamos las y los enfermeros son: como, cuando y por qué aprender teorías de enfermería.

E. CHONG CHOI afirma **"antes de mirar hacia el futuro, una revisión crítica del lugar en el que nos encontramos puede ayudar a clarificar nuestras metas en el desarrollo de la teoría"**.

Es evidente que el desarrollo de la teoría hará que la ENFERMERÍA como disciplina progrese, pero no podemos dejar de reconocer, que la realidad presente del ejercicio de nuestra profesión de alguna manera a veces contamina y pone en duda la viabilidad del proyecto.

KUHN, afirma que la Ciencia solo progresa cuando los grupos que dudan de su situación actual, alcanzan el consenso sobre sus logros pasados y futuros.⁷

Con el fin de aclarar lo que caracteriza la disciplina enfermera, Fawcett (1984) ha extraído de los escritos de varias enfermeras teorizadoras los conceptos

⁷ D^a Esperanza Ferrer Ferrandis Teorías y Modelos de enfermería REVISADO 22 noviembre 13:29
<http://www.uv.es/esfefe/guia%20%20TM.pdf>

“cuidado”, “persona”, “salud”, y “entorno. Sin ser específicos de la disciplina enfermera, estos conceptos forman, ante todo, una estructura de base a partir de la cual el conocimiento enfermero puede evolucionar (Chick y Meleis, 1986). Sin embargo estos conceptos aislados no son suficientes para precisar la contribución particular de la enfermera en los cuidados de la salud.

“La relación particular entre los conceptos cuidado, persona, salud y entorno constituyen el núcleo de la disciplina enfermera.”

Las **concepciones** elaboradas para la profesión enfermera permiten precisar la relación entre estos conceptos. Estas concepciones son las formas de concebir el servicio específico que las enfermeras presentan a la sociedad. De hecho, delimitan el área de responsabilidad de las enfermeras (Fawcett, 1989). Cuando una concepción es completa y explícita, se denomina “modelo conceptual” para la profesión enfermera. Una concepción es completa y explícita cuando la teorizadora ha formulado enunciados para cada uno de los siguientes elementos: los postulados y los valores subyacentes a la disciplina; la meta ideal y delimitada del servicio enfermero; el rol del profesional; la manera de ver al beneficiario del servicio; la fuente de la dificultad del beneficiario; la orientación de las intervenciones, y las consecuencias esperadas (Adam, 1991),

Por supuesto, no todas las concepciones son **modelos conceptuales**.

Los modelos conceptuales sirven de guía para la práctica, formación, investigación y gestión de los cuidados enfermeros. Orientan la práctica de la enfermera proporcionándoles una descripción. También para precisar los elementos esenciales en la formación de enfermeras, los fenómenos de interés para la investigación enfermera así como las actividades de cuidados y las consecuencias que de estas se esperan para la gestión de los cuidados enfermeros.

Las grandes corrientes del pensamiento, principalmente el paradigma de la integración que ha conducido a una orientación hacia la persona y el paradigma de la transformación que lleva a la apertura hacia el mundo, han influenciado la elaboración de los modelos conceptuales.

Según sus bases filosóficas y científicas, podemos agrupar las concepciones de la disciplina enfermera en seis escuelas, a saber: escuela de las necesidades, de

la interacción, de los efectos deseados y de la promoción de la salud, todas orientadas hacia la persona, y las escuelas del ser humano unitario y del carin caracterizadas por una apertura hacia el mundo.

Nightingale (1859-1969) fue la primera en presentar una concepción de la disciplina enfermera que ha guiado la practica, la formación y la gestión de los cuidados enfermeros durante varias generaciones, declarando que **“la medicina y la cirugía no pueden hacer otra cosa que quitar los obstáculos; ni la una ni la otra curan solo la naturaleza puede curar...Lo que la enfermera hace, es colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”**.

Escuela de las Necesidades.

Los modelos de la escuela de las necesidades han intentado responder a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? (Meleis, 1991). Según estos modelos, el cuidado esta centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson, 19644) o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados (self-care) (Orem,1991). La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por si misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de su autocuidado.

La jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson han influenciado esta escuela.

Por el hecho de reservar un lugar importante a la enfermedad y a los problemas de salud, las concepciones de la escuela de las necesidades han marcado el origen de un centro de interés específico de la disciplina enfermera o una orientación hacia la persona”

Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah.

Escuela de la Interacción

Que considera que el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda. con el fin de ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado. Además debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención, y que se debe de mantener la integridad de la persona, que la persona es capaz de reconocer sus necesidades y que tiende a su actualización, la enfermedad es considerada como una experiencia humana que puede permitir el crecimiento si la persona comprende su significado. Estas enfermeras teorizadoras introducen de nuevo la intuición y la subjetividad en los cuidados enfermeros (Meleis, 1991) Sus teóricas son Hildegard Peplau, Josefina Paterson, Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King.

Según la escuela de la interacción, el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado.

Escuela de los Efectos Deseables

Propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros destinados a la persona que es vista como un sistema sus teóricas son Dorothy Johnson, Lidia Hall, Mayra Levine, Callista Roy y Betty Newman.

La escuela de los efectos deseables propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros destinados a la persona que es vista como un sistema.

Escuela de la promoción de la Salud

El punto de mira de los cuidados se amplía a la familia de salud, su teorizadora es Moyra Allen.

Según la escuela de la promoción de la salud, el punto de mira de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.

Escuela del Ser Humano Unitario.

Considera un proceso de cambio continuo, en el cual la persona y la enfermera son colaboradores y es la persona misma quién precisa la dirección de su cambio, La practica enfermera ya no es tributaria del enfoque tradicional de resolución de problemas, sino que orienta, mas bien hacia un proceso de actualización para los dos, enfermera-cliente. Este nuevo enfoque representa un cambio importante de valores y creencias para la enfermera (Michel, 1990).

Es gracias a la escuela del ser humano unitario que el holismo ha conseguido toda su significado.

Escuela del Caring

Considera que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a la espiritualidad (Watson, 1985:1988) y la Cultura (Leininger, 1988) y si se integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones. Son parte de esta escuela la teoría del cuidado humano (human caring), de Jean Watson, y la teoría de la diversidad y de la universalidad del cuidado cultural, de Madeleine Leininger. *Las teorizadoras de la escuela del caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad (Watson,1985;1988) y lacultura (Leininger,1988b) y si integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.*

3.3 PARADIGMAS

Las características de cada paradigma han influido en el desarrollo de la disciplina de Enfermería como en el resto de las disciplinas científicas, pues generan un conocimiento autónomo y mantienen una continuidad por encima de los cambios en la orientación del conocimiento en general que nos identifica dentro del equipo de salud.

Desde las perspectivas actuales, el personal de enfermería es un diseñador y director de los cuidados mediante el método de enfermería, que incorporado en el trabajo diario ha permitido que la atención que se brinda se desarrolle con una base sólida, que mejoren las estrategias de intervención y resolución de los cuidados de enfermería de las personas, familias y comunidades, con un enfoque holístico y de alta calidad que enfatiza en las respuestas humanas.

"La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas"¹ En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

| ORIENTACIÓN CENTRADA EN LA SALUD PÚBLICA | ORIENTACIÓN CENTRADA EN LA ENFERMEDAD Y UNIDA A LA PRÁCTICA MÉDICA |
|--|---|
| <p>Se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por "la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios."⁸</p> <p>Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos metaparadigmáticos de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona, posee la capacidad de cambiar su situación.⁹ • El entorno, comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.³² • La salud, es "la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos".¹⁰ Sólo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación. • El cuidado, es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar | <p>Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. El significado de los elementos que forman el metaparadigma según esta orientación es el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona, es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado. • El entorno, es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular. • La salud, es la ausencia de enfermedad, un estado deseable. • El cuidado, es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona. <p>La representación principal del paradigma con la orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica está reflejada en <i>F. Nightingale</i>, por el interés del control del medio ambiente demostrado en sus escritos y la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.</p> |

⁸ Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001:157.

⁹ Tazon Ansola M, García Campayo J. Asequinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Los cuidados de salud primario. Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de Salud, Ginebra: OMS;1978 (Serie Salud para Todos No.1).

| | |
|--|--|
| <p>el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.¹¹</p> | <p>Otros enfermeros como <i>Henderson, Hall y Watson</i> suponen la transición entre los diversos paradigmas, especialmente porque dan paso al de la integración, en ellos ya se avisa que la experiencia de salud-enfermedad supera la linealidad y comienza a considerar la persona en su integralidad, en interacción con el entorno.</p> |
|--|--|

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de *V.Henderson, H. Peplau y D. Orem* quedan **enmarcados dentro de este paradigma**. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.

¹¹ Tazon. Op cit Pp. 48 50

- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Los modelos y teorías propuestos por *R.R. Porse*, *M. Newman*, *M. Rogers* y *Walson* quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:¹²

¹² Tazon. Op cit Pp. 48 50

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica. Como describiera *Kerouac*, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería, cuando expone. "El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud". Este paradigma cumple las cinco funciones enunciadas por Merton: Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis.

- Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.
- Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.

- Promueve el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión, pues están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención; el ser humano busca para el mantenimiento de la vida con una mayor calidad, la forma de satisfacer esta necesidad. Para *King...*" las enfermeras proporcionan un servicio especial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos."¹³

Se coincide plenamente con el criterio de *King*, teniendo en cuenta el auge que tienen las acciones de promoción y prevención de la salud, encargadas de facilitar a las personas el conocimiento para modificar estilos y modos de vida insanos hacia formas de vida saludables y crear en ellas una conciencia que facilite el autocuidado y la autorresponsabilidad en el proceso salud-enfermedad.

Orem describe los cuidados de acuerdo con su finalidad para la salud de la persona como de prevención primaria, secundaria y terciaria. Esto nos permite entender los cuidados de salud como acciones que contribuyen al bienestar de la persona, lo que hacen que sean considerados necesarios a lo largo de toda la vida y en todas las condiciones de ésta. Los avances que se están realizando en proporcionar un enfoque multidisciplinario individualizado de los cuidados del

¹³ Benavent Garcés, op. Cit, Pp 157

paciente no pueden sino mejorar el bienestar de la población y emplear mejor los recursos.¹⁴

En la actualidad, los cuidados se orientan a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende, entonces la intervención de enfermería con esta orientación va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integralidad. A partir de esta opción, los fenómenos que despiertan el interés son las respuestas que presenta el ser humano ante distintas situaciones de salud-enfermedad a lo largo de la vida y esto es, entre otras razones, lo que distingue a la enfermería de otras ciencias. Por ello, además de colaborar con otras profesiones de la salud, como disciplina autónoma debe aportar algo específico y diferenciador del resto: nuestra propia función. Como ya afirmaba *F. Nightingale* a mediados del siglo XIX,... "La enfermería requiere de conocimientos propios, diferentes del conocimiento médico".^{15 16}

Actualmente, la práctica científica de enfermería, por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina, tiene como referente teórico el modelo de cuidado, y como elemento metodológico, el proceso de atención de enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. "Método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz"¹⁷ Ambos elementos significan la epistemología de enfermería entendida como los fundamentos (modelos de cuidados) y métodos (procesos de atención de enfermería) del conocimiento de enfermería. Estos dos elementos adquieren

¹⁴ Tucker S, Canobbio M, Paquette E, Wells M. Normas y cuidados del paciente: Guía de planificación de la práctica asistencia conjunta Vol. 1: Editorial Haurcourt Brace; 1997:2

¹⁵ Auto percepción del rol enfermero en Atención Primaria. *Metas de Enfermería*.1998;(8): 12-17

¹⁶ Aniversario de Florence Nightingale. (Editorial). *Metas de Enfermería* 1999; II(15):3

¹⁷ Leddy S, Pepper J. Mac. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Cap 12. El proceso de enfermería. New York: Editorial J.B.Lippincott; 1989; 251-68.

sus verdadero sentido cuando se utilizan en conjunto, pues tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidado sin hacerlo sistemáticamente se queda en un simple ejercicio intelectual, y aplicar el proceso de atención de enfermería sin un modelo teórico de referencia, únicamente sirve para sistematizar actividades aisladas que solo tienen significado para quien aplica el proceso. Utilizados conjuntamente representan la manera científica de ofrecer los cuidados de enfermería y contribuyen al desarrollo y avance de la profesión, lo que quiere decir en otras palabras "Garantizar que todos los enfermeros compartan una misma concepción de persona, salud, entorno y rol profesional, y un mismo lenguaje en la orientación de los cuidados."^{18 19}

METAPARADIGMA. Según Kerovac et cols es la perspectiva del conjunto de una disciplina, que precisa de los conceptos centrales de la misma (Cuidado, persona, salud, entorno) e intenta explicar sus relaciones.

Las Teorías Se han clasificado:

- 1.- Según su función como **descriptiva, explicativa, predictivas, prescriptivas.**
- 2.- Según la posibilidad de generalización de sus principios: **metateorías, Grandes teorías, teorías de mediano rango, teorías prácticas.**
- 3.- Según los fundamentos filosóficos que las soportan: **teorías de Necesidades, teorías de interacción, teorías de resultados y teorías Humanísticas²⁰**

¹⁸ Servicios de Cuidados de Enfermería, según modelo conceptual de Virginia Henderson. Metas de Enfermería 1999; II (13): 8-14

¹⁹ Hacia la construcción de un nuevo paradigma de enfermería, realizado por el quinto año de la Licenciatura en Enfermería Chile: Universidad de Antofagasta. Trabajo presentado en el VIII Congreso Nacional de Estudiantes de Enfermería. Valparaíso, agosto, 2000

²⁰ KEROUA.;Pepin.;Ducharme,F.;Duquete,A.;Mayor,F.(2005)"Concepciones, de Nightingale a Parse"(trad.por MerceArce Blanco) capitulo 2,en "Pensamiento Enfermero.Edit.Masson.Barcelona, España pp.23-58

3.4 TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM.

Dorothea Elizabeth Orem, nació en Baltimore Maryland, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl Se graduó en 1930. Una de las enfermeras americanas más destacadas. La menor de dos hermanas, Orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington D. C. donde recibió un diploma en enfermería a principios de los treinta. Orem recibió posteriormente un BSNE. De la Catholic University of América CUA en 1939 y en 1946 obtuvo un MSNE de la misma universidad.

Sus experiencias enfermeras más tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado, tanto de servicio domiciliario como hospitalario, miembro del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949; tras marcharse de Detroit, Orem pasó siete años en Indiana, de 1949 a 1957 trabajando en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health; su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería.

En 1957, Orem se traslado a Washington DC. Donde trabajo en el Office of Education, en el US. Department of Health, Education and Welfare (DHEW), como asesora de programas de estudio de 1958 a 1960. En el DHEW trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras, lo que despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta ¿cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta en 1959 se publicó *Guidlenis for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*. En 1959 Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación de enfermería en la CUA, además trabajó también como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. Continúo desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA, la formalización de los conceptos se daba a veces por sí sola y a veces juntamente con otros conceptos.

El Members of the Nursing Models Committee de la CUA y el grupo Improvement in Nursing que se convirtió en el Nursing Development Conference Group (NDCG), contribuyeron al desarrollo de la teoría. Orem aportó el liderazgo intelectual por medio de estos intentos de colaboración, además que ella era la editora de la NDCG. En 1970 Orem abandonó la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora.

La Georgetown University le confirió el título honorario de Doctor of Science en 1976; recibió el premio Alumni Association Award for Nursing Theory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se incluyen el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humans Letters, Illinois Wesleyan University (IWU) en 1988; el Linda Richard Awar, National League for Nursing en 1991; y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing Honoris Causae de la universidad de Missouri en 1998.

Se han publicado ediciones posteriores de Nursing: Concepts of Practice en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001. Orem se jubiló en 1984.

FORMACIÓN

Esta teoría se presentó por primera vez en la década del cincuenta, se formalizó y publicó en 1972 con el objetivo de “establecer la estructura del conocimiento enfermero y determinar el dominio del conocimiento enfermero.” Orem empezó a pensar en la necesidad de una estructura del conocimiento específico de la enfermería cuando era directora de la escuela del Providence Hospital en Detroit, ella escribió el capítulo de enfermería para un informe en servicios enfermeros para la Division of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Orem volvió a Washington DC. Y ocupó un cargo en el Office of Education, Vocational Section of Technical Division, que tenía un proyecto para ampliar la formación de la práctica enfermera. Al mismo tiempo empezó con la tarea más formal de estructurar su teoría. Concluyo que se debería responder a la siguiente pregunta ¿para qué necesitamos la enfermería? Aparecieron varios elementos de

la TEDA y se constataron en *Guides of Developing Curriculum for the Education of Practice of Nurses*.

Tras la publicación de *Guides of Developing Curriculum for the Education of Practice of Nurses*, Orem empezó a trabajar en un libro, *Foundations of Nursing and its Practice*, que se publicó a escala interna y se utilizó en la Universidad de Charleston. En cada una de las publicaciones de Orem se encuentran secciones dedicadas a la educación.

Existen un gran número de informes publicados que describen el uso de la TEDA como base del programa de estudios, por lo menos 45 escuelas de enfermería utilizan la TEDA como base de su programa de estudios; Taylor describió el uso de la teoría en la educación de las enfermeras en preparación y la docencia desde 1978. La teoría se utiliza en todos los niveles de los distintos programas de estudio y en la educación continuada; la Okland University, The College of St. Benedict y el Anderson college son tres universidades cuyos programas de estudio se fundamentan en la TEDA. Se puede acceder a muestras de sus cursos mediante internet, buscando por TEDA o SCDNT. En un curso universitario de libre elección, diseñado para introducir a los alumnos en la teoría de Orem, descrito por Berbiglia, Saenz y Hartweg, se narró la experiencia a lo largo de 20 años de la teoría de IWU, incluido el programa básico y los cambios que se han presentado; la IWU sigue considerando que la TEDA es un marco sólido y eficaz para diseñar el programa de estudios.

INVESTIGACIÓN

La investigación relacionada o derivada de la teoría de Orem se puede clasificar según esté vinculada: con el desarrollo de los elementos de investigación para medir los elementos conceptuales de la teoría o con los estudios que demuestran elementos de la teoría en las poblaciones determinadas.

La investigación específica del uso de la teoría en situaciones clínicas se menciona en la sección previa sobre la práctica profesional; Fundamentados en la TEDA se han desarrollado un gran número de instrumentos para la investigación, el primer instrumento fue para medir el ejercicio de la actividad del autocuidado AAC, de Kearney y Fleisher se publicó en 1979; desde entonces se han analizado

y desarrollado muchos más instrumentos; como el DSCAI en 1980 y para la percepción de la actividad del autocuidado PAA de Hanson y Bickel en 1981. La TEDA es una construcción central para el diseño de la Self-As Carer Inventory SCI, esta invención permite que las personas expresen su percepción de la capacidad para cuidar de sí mismas.

Whetstone y Reid, utilizaban también el ESCA y la AAC para valorar los factores condicionantes básicos y las capacidades de autocuidado relacionadas con la salud de las mujeres embarazadas y sus hijos.

GENERALIDAD

Orem realiza el siguiente comentario acerca de la generalidad o universalidad de la teoría.

“La teoría de déficit de autocuidado no sirve como explicación por la individualidad de una situación concreta de la práctica enfermera, sino que es expresión de una combinación singular de propiedades conceptualizadas o características comunes a todas las ramas de la enfermería. Como teoría general, sirve a las enfermeras practicantes ya que desarrolla y valida el conocimiento enfermero, y enseña y aprende enfermería”.

FUENTES TEÓRICAS

Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Aunque Orem cita a menudo a Eugenia K. Spaulding como una gran amiga y profesora, afirma que ningún líder en enfermería tuvo una influencia directa en su trabajo. Considera que su asociación, compuesta por muchas enfermeras le ha aportado numerosas experiencias formativas a lo largo de los años; y que su trabajo con estudiantes licenciados, su trabajo de colaboración con otros colaboradores han resultado muy valiosos. Aunque no reconoce haber recibido ninguna influencia importante, sí que cita mucho de los trabajos de otras enfermeras según su contribución a la enfermería, entre ellas Abdellah,

Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach. **Orem identificó su visión filosófica como una visión de realismo moderado.**

EL MODELO DOROTHEA OREM

Cada día, los diferentes profesionales de enfermería cuestionamos aspectos de nuestra práctica diaria; hecho que nos obliga a reflexionar sobre el sentido de lo que hacemos, interrogantes que exigen buscar respuestas; en este sentido, desde diversos enfoques, varias autoras han aportado sus conocimientos en función de definir y explicar la esencia de los cuidados enfermeros, y como resultado ha originado teorías y modelos conceptuales, los que sirven de guía en la práctica enfermera, entre ellas, se halla Dorothea E. Orem.²¹

La búsqueda de Dorothea Orem de una mayor comprensión de la naturaleza de la enfermera empezó formalmente a finales de la década de los años 50 y se centro en tres cuestiones:

La teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Orem es una gran teoría general formada por tres:²²

Teoría de Autocuidado.

Teoría del Déficit de Autocuidado.

Teoría del Sistema de Enfermería.

Cada una de estas teorías se basa en conceptos clave que conforman su idea central.²³

²¹ Marriner Tomey, A. Railed Alligood, M. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta ed. Madrid: 2000.pags 38

²² IDEM

²³ Orem D.E. Nursing: Concepts of practice, 2da. NY: Mc Graw Hill; 1988

TEORIA DE AUTOCUIDADO

El autocuidado. Es el concepto básico de la teoría, conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Es una conducta que realiza o debería realizar la persona por sí misma. Según Orem, el autocuidado no es innato, sino se aprende esta conducta a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela y amigos.

Agente de autocuidado

Persona que lleva acabo las acciones de autocuidado. Cuando las acciones van desde la persona que las realiza hacia personas sin capacidad de autocuidado (niños, ancianos con discapacidad, enfermos en coma, etcétera), la conceptualiza como agente de cuidado dependiente y cuando se habla en términos de cuidados especializados, nos referimos a la agencia de enfermería.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Son un componente principal del modelo, también constituyen una parte importante de la valoración del paciente. Los objetivos que los individuos deberían tener cuando se ocupan de su autocuidado, son de tres tipos:

R A
 E U
 Q T
 U O
 I D
 S E
 I C
 T U
 O I
 S D
 A
 D
 O

Requisitos de Autocuidado Universal

Satisfacción de las necesidades básicas de todo ser humano.

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

Requisitos del autocuidado del desarrollo

Satisfacción de necesidades según el período del ciclo vital.

- A) Etapas específicas del desarrollo: 1.- Vida intrauterina y nacimiento 2.- Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso. 3.-Lactancia. 4.- Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven. 5.- Etapas del desarrollo de la edad adulta. 6.- Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta..
- B) Condiciones que afectan el desarrollo humano. 1.- Depravación educacional. 2.- Problemas de adaptación social. 3.- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores. 4.- Pérdida de posesiones o del trabajo. 5.- Cambio súbito en las condiciones de vida. 6.- Cambio de posición, ya sea social o económica. 7.- Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad. 8.- Enfermedad terminal o muerte esperada. 9.- Peligros ambientales.

Requisitos del autocuidado en la desviación de la salud

Satisfacción de necesidades en cada proceso de alteración de la salud

- 1.- Buscar y asegurar la ayuda medica
- 2.- Ser conciente de los efectos y resultados de los estados patológicos
- 3.- Realizar eficazmente las medidas diagnosticas, terapéuticas y de rehabilitación médicamente prescritas
- 4.- Ser conciente de los efectos molestos o negativos de las medida terapeutas realizadas o prescritas por el medico.
- 5.- Modificación del autoconcepto aceptándose uno mismo como un ser
- 6.-Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patologicos y los efectos de las medidas diagnosticas y terapeuticas, en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuado.

TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

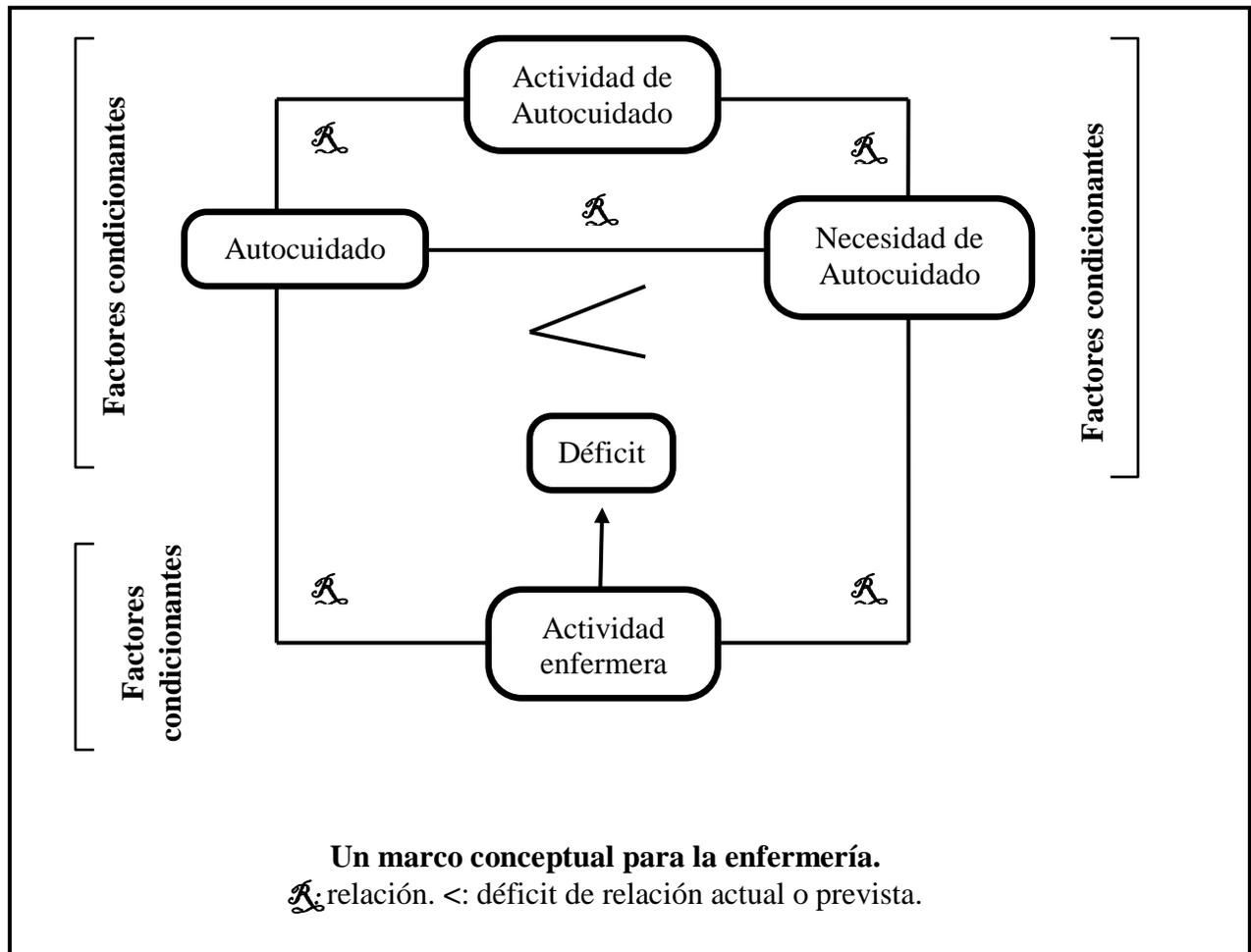
Los conceptos clave que conforman esta teoría son:

Demanda de autocuidado terapéutico La cantidad y el tipo de acciones o actividades que la persona realiza o debería realizar en un tiempo determinado para conseguir los requisitos de autocuidado.

Agencia de autocuidado Capacidad del individuo para llevar a cabo el autocuidado. (Persona que realmente proporciona los cuidados o realiza una acción específica).

Déficit de autocuidado Cuando la demanda es superior a la capacidad del individuo para realizar el autocuidado. Es aquí cuando tiene acción la enfermera para compensar la demanda de cuidados.

Fuente Orem Nursing Concepts of Practice



TEORIAS DEL SISTEMA DE ENFERMERIA

Cuando existe un déficit de autocuidado, la forma como la persona y el profesional de enfermería se relacionan para compensar el desequilibrio existente en el autocuidado.²⁴

Conceptos clave:

Sistemas de enfermería

--**Totalmente compensatorio:** Todos los cuidados son asumidos por el personal de enfermería.

--**Parcialmente compensatorio:** Se comparten las acciones de autocuidado entre la persona afectada y el profesional de enfermería.

--**De apoyo educativo:** La persona realiza las acciones de autocuidado con la orientación y supervisión del profesional de enfermería para perfeccionar el mismo.

²⁴ Sánchez Rueda G. ,Orem D.E. Aproximación a su teoría. Rev. Rol Enf. 1999.

SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Rol del paciente

Sistema de enfermería

Función de la enfermera

TOTALMENTE
COMPENSATORIO

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

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

PARCIALMENTE
COMPENSATORIO

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

- Satisfacer los requerimientos de autocuidado
- Continuar aprendiendo y desarrollar capacidades de autocuidado

DE APOYO / EDUCACION

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

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

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

VALORACION ETICA DEL MODELO

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

De aquí se puede reconocer principios éticos que regulan el ejercicio enfermero, en los que la función de la enfermera es ayudar, no sustituir la adopción de decisiones, fuerzas o conocimientos de la persona, a pesar de que si ésta está totalmente incapacitada, la enfermera puede asumir el

autocuidado, pero con carácter temporal para facilitar la recuperación de la determinación de la persona y su más rápida independencia; la base de una relación de enfermería es la necesidad de realizar acciones compensatorias para vencer la incapacidad o capacidad limitada de cuidarse o para facilitar el desarrollo u organización de las actividades de autocuidado

Otro elemento ético que se trata en el modelo de Orem es que la enfermera tiene la obligación y responsabilidad de brindar atención segura y competente cuando asume su papel dentro de un marco de relación interpersonal con el fin de actuar, conocer y ayudar a las personas, satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o ejercicio de la actividad de autocuidado. Orem tiene en cuenta dentro de la actividad de la enfermera en la satisfacción de demandas de autocuidado terapéutico, requisitos en el orden biológico respiración, alimentación, eliminación, actividad y reposo, en la interacción social y el desarrollo personal dentro de grupos sociales. Esta integralidad en el cuidado enfermero implica respeto a la dignidad humana, y permite al individuo adoptar sus propias decisiones con tolerancia, cumpliendo el principio de consentimiento informado, confidencialidad, respeto por sus creencias, veracidad, intimidad y otros.

La enfermera, según Orem, debe ser capaz de lograr que el individuo participe de forma activa en la planificación e implementación de su propia atención de salud, teniendo en cuenta los factores básicos condicionantes del autocuidado, la edad y estado de salud y los conocimientos que poseen de ésta, la pertenencia al grupo social y los hábitos del medio cultural, la falta de habilidades y hábitos, el concepto de sí mismo y la madurez de la persona.

Podemos valorar que el modelo de Orem promueve la satisfacción de las demandas de autocuidado del individuo, fomentando su autonomía, ya que la meta que la enfermera se plantea utilizando el modelo está dada por asistir a las personas para que alcancen al máximo su nivel de autocuidado.

Consideramos que la esencia es brindar cuidados profesionales al individuo, familia y comunidad; para lograr esto es necesario que este profesional tenga en cuenta los aspectos y principios éticos de su actividad que complementados

con la ciencia y la técnica determinan su carácter profesional. El ser una enfermera profesional implica un desarrollo continuo ascendente en la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos de la Ciencia de la Enfermería, que al integrarse a normas, código legales, éticos y morales caracterizan al profesional de la enfermería en la medida en que se desarrolla la profesión; asimismo, estamos obligados a desarrollar, enriquecer el contenido real de las normas de exigencias del código ético de la enfermería. La Teoría de Orem nos orienta cómo deben ser las relaciones entre el profesional de la salud y el individuo con necesidad de autocuidado, teniendo un papel fundamental y activo el individuo, evidenciándose valores éticos de la profesión enfermera, tales como: respeto a la autonomía de la persona, respeto al derecho de la salud y la vida, respeto a la dignidad de los hombres a pesar de tener limitaciones y la responsabilidad de brindar atención profesional de enfermería.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits , guiar , enseñar , apoyar y proporcionar un entrono para el desarrollo .

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado , barreras o factores que lo dificultan , recursos para el autocuidado , etc) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo .

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede

autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

*** Concepto de persona:**

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

*** Concepto de Salud:**

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles

de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

*** Concepto de Enfermería:**

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Orem explicó con detalle sus interpretaciones sobre la persona en un estudio reciente. La teoría de la acción, en la perspectiva de la persona como actor o agente deliberado, forma la base para la teoría. Los conceptos de la ciencia especulativa y práctica son otros de los fundamentos.

Utilización de pruebas empíricas

Orem formuló su concepto de enfermería en relación al autocuidado como parte de un estudio sobre la organización y la administración de los hospitales, estudio que ella llevó a cabo en el Indiana State Department of Health. Este trabajo le permitió formular y expresar su concepto de la enfermería. Adquirió su conocimiento de las características de la práctica enfermera a lo largo de varios años.

Desde la primera vez que la TEDA fue publicada, se ha dado una ampliación de la existencia empírica que ha contribuido al desarrollo del conocimiento teórico, gran parte de éste se incorpora al desarrollo continuo de la teoría, aunque los puntos básicos de la teoría permanecen intactos.

Las interpretaciones de Orem de la ciencia enfermera como ciencia práctica son básicas para entender cómo se recoge e interpreta la evidencia empírica. Las ciencias prácticas incluyen las especulaciones prácticas, las prácticamente prácticas y las ciencias aplicadas. En la edición más reciente, Orem identificó dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativas: las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias que sirven de fundamentos. Las ciencias de la práctica

enfermera incluyen las ciencias de la enfermería completamente compensatoria, enfermería parcialmente compensatoria y la de apoyo educativo o de desarrollo de enfermería. Las ciencias enfermeras que sirven de fundamento incluyen las ciencias del autocuidado, agencias de autocuidado y la asistencia humana. Además, propone el desarrollo de la ciencia enfermera aplicada y de las ciencias básicas, no enfermeras, como parte de la evidencia empírica asociada con la práctica enfermera.

3.5 PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería a evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva en la profesión Hall (1955) lo descubrió por primera vez como un proceso distinto. Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contienen elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual (valoración, planeación y ejecución). ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Desde ese momento el proceso de enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la enfermería. La ANA utilizo el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las putas de la asistencia. El proceso de enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de Studio de enfermería. También ha sido incluido en la definición de enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la practica de la enfermería mas recientemente se revisaron los exámenes de licenciatura de los tribunales estatales, para probar la capacidad del profesional de enfermería registrado, aspirante APRA utilizar los pasos del proceso de enfermería.²⁵

DEFINICION

Es un método científico ordenado y sistematizado que proporciona una estructura en la que puede basarse la atención de enfermería, utilizando sus opiniones conocimientos y habilidades, para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de salud.

²⁵ W. Iyer, Oatricia, Proceso y Diagnostico de Enfermeria, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, 1997, Pp.9

CARACTERÍSTICAS

Intensionado.- El profesional de enfermería utiliza las fases del proceso para ofrecer una atención de calidad centrada en el paciente.

Sistemático.- Como el método de solución de problemas, consta de cinco pasos en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.

Dinámico.- A medida que adquiere más experiencia podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre dos distintos pasos del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.²⁶

Interactivo.- La naturaleza interactiva del proceso de enfermería se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el personal de enfermería y el paciente. La familia y otros profesionales sanitarios.

Humanístico.- Se basa en la creencia de que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario, persona, familia o comunidad. Como enfermeras debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu.

Flexible.- La flexibilidad del proceso se puede demostrar en dos contextos: 1o. se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades; 2do.- sus fases se pueden utilizar en forma consecutiva y concurrente.

TIENEN UNA BASE TEÓRICA.- El proceso se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos. Incluyendo ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

Esta centrado en los objetivos: los pasos del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en sí en la persona que demanda los cuidados de salud de la manera más eficiente²⁷

²⁶ Alfaro, Rosalinda, Aplicación del proceso enfermero. Ed. MASSON, 2003 Pp.4

²⁷ Idem

OBJETIVO

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema desde el cual se pueden cubrir las necesidades individuales del paciente, la familia y la comunidad. El proceso de enfermería consiste en la relación de interacción entre el paciente y el profesional de enfermería. Con el paciente como centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con el paciente y de forma conjunta utiliza el proceso de enfermería.

Esto ayuda al paciente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada ²⁸

REQUISITOS PARA EMPLEAR EL PROCESO DE ENFERMERÍA

En el empleo del proceso de enfermería influyen las opiniones, conocimientos y habilidades de profesional de enfermería. Las opiniones y los conocimientos de dichos profesionales forman la base de las interacciones entre el profesional de enfermería y el paciente. Los conocimientos y habilidades son los medio que permiten al profesional de enfermería obtener datos determinados. Su importancia es desarrollar actuaciones que favorezcan una atención de enfermería individualizada, evaluar la eficacia del plan de cuidados e iniciar cambios que aseguren que el paciente reciba una asistencia de calidad.

OPINIONES: Dentro de las opiniones de los profesionales de enfermería se incluye su filosofía sobre la enfermería, la salud, el paciente como individuo y como consumidor de atención sanitaria y las interacciones entre estos factores Esta opiniones llegan a formar parte del sistema teórico sobre el cual se basa la practica de ,la enfermería .

CONOCIMIENTOS: El proceso de enfermería le exige que posee una amplia gama de conocimientos sobre varias disciplinas. Esta base de conocimientos incluye ciencias físicas como de la conducta. Se espera que se domine concepto básico de anatomía, fisiología, química, nutrición, microbiología, psicología y sociología .

HABILIDADES: Son necesarias varias habilidades para ejecutar el proceso de enfermería. Estas habilidades están relacionadas con la base de conocimiento y pueden ser de naturaleza técnica o interpersonal. Las habilidades técnicas

²⁸ Iyer,P.Op.cit., Pp11

asociadas al proceso de enfermería comprenden técnicas y procedimientos específicos que le permitan recoger los datos y desarrollar, ejecutar y evaluar un plan de cuidados . Algunas habilidades técnicas están asociadas al uso de material y administración del medicamento.²⁹

ORGANIZACIÓN: El proceso de enfermería esta organizado en cinco fases identificables: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación.

VALORACION

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: Estas incluyendo al paciente como fuente primaria, l expediente clínico, a la familia o cualquier otra persona que de atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales y los textos de referencia.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA OBTENCION DE DATOS

Varios factores afectan el proceso de obtención de datos, tanto el paciente como la enfermera entran en una situación con experiencia previa y conocimiento que influye en sus percepciones e interpretaciones de manera mas especifica la enfermera y el paciente recibe influencia de: 1 sus respectivos estados y necesidades físicas mentales y emotivas, 2 su bagaje cultural, social y filosófica ; 3 numero y capacidad funcional de sus sentidos; 4 experiencias pasadas asociadas con la situación actual;5 significado del evento; 6 intereses, preocupaciones, conceptos preconcebidos y niveles de motivación;7 conocimiento o familiaridad con la situación ;8 condiciones ambientales y distracciones;9 presencia, actitudes y reacciones de otros.

MÉTODOS DE VALORACION

Los principales métodos de valoración del paciente son las observaciones la entrevista y la exploración física

²⁹ Alfaro,R.op.cit.Pp22-27

OBSERVACION.- es reunir datos utilizando los cinco sentidos. La observación es una capacidad conciente y deliberada que se desarrolla solo con un esfuerzo y un método organizado.

La observación tiene dos aspectos: a) reconocer los estímulos b) seleccionar, organizar e interpretar los datos.

ENTREVISTA.- Una entrevista es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito de dar información, de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento. La entrevista es un proceso que la enfermera emplea en la mayoría de las fases del proceso de enfermería. Cada entrevista y su contexto están influidos por el tiempo, lugar y disposición

LA EXPLORACIÓN

La exploración física es un método sistemático de la recolección de datos que utiliza las capacidades de observación para descubrir los problemas de salud. Para llevar a cabo la exploración, auscultación, palpación y percusión. La exploración física se lleva a cabo de forma sistemática, llevando a cabo una exploración céfalo caudal.

TÉCNICAS ESPECÍFICAS PARA LA EXPLORACION FÍSICA:

a) **INSPECCION.-** es una observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas tales como el tamaño forma, posición, localización anatómica, olor, movimiento, simetría etc.

b) **PALPACIÓN.-** Se trata de usar el tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a partir de su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, etc.

c) **PERCUCION.-** Es decir golpeteo suave con uno o mas dedos sobre la superficie corporal, y e análisis acústico de los sonidos producido que varia según el tipo de estructura que haya debajo.

d) AUSCULTACION.- es la escucha de los sonidos producida por los órganos corporales , puede ser directa, aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta, mediante el uso de un estetoscopio, esta técnica permite identificar la frecuencia, la intensidad, la calidad y duración de los sonidos detectados.³⁰

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

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

EL PROCESO DE LA VALORACION

Incluye cuatro actuaciones estrechamente relacionadas:

Recogida de datos: consiste en reunir la información del estado de salud de un paciente, debe ser un proceso tan sistemático como continuo para que se omitan datos importantes y que reflejen los cambios en el estado de salud de un paciente.

Organización de los datos: Para la obtención sistemática de datos la enfermera utiliza un esquema de estudio organizado, conocido habitualmente como historia de enfermería o valoración de enfermería. Los datos recogidos durante la historia de enfermería son objetivos en gran medida.

Validación de los datos: Para que el proceso de enfermería sea un instrumento útil para cuidar al paciente la información recogida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa la validación consiste en un doble examen o inspección de los datos para confirmar que son exactos y objetivos.

³⁰ Luis R, M. Teresa. De la teoría a la práctica, 1998. ed. MASSON 1998, Pp4

Registro de datos. Para finalizar la fase de valoración, la enfermera registra los datos. La exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud el paciente.³¹

PROCESO DE ENFERMERÍA Es un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos, la índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención de enfermería.³²

DEFINICION DE LA NANDA

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud- procesos vitales reales o potenciales. Proporciona a la base para seleccionar las intervenciones enfermera para conseguir los objetivos de los que es responsable la enfermera. Es la expresión del problema de un paciente, a la cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos.³³

COMPONENTES DE UN DIAGNOSTICO ENFERMERO

Los diagnósticos enfermeros se conforman por el sistema **PES**, el enunciado del problema o etiqueta diagnóstica describe el problema de salud o la respuesta del paciente para los cuales se está administrando el tratamiento de enfermería.

ETIOLOGIA (factores relacionados y factores de riesgo) El componente etiología del diagnóstico identifica una o más causas probables del problema de la salud orienta el tratamiento de enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención al paciente. En la etiología pueden incluirse los comportamientos de los pacientes, los factores ambientales o las interacciones de ambos.

Características definitorias.- Son el conjunto de **signos y síntomas** que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta. En el caso de los

³¹ Kozzier, op. citp. Pp.116

³² Cardenaz, Jimenez, Teorias y modelos de enfermería .Ed. UNAM_ENEO 2006 Pp152

³³ Luis, R.op.citp.Pp. 32

diagnósticos de enfermería reales las características definitorias son los signos y síntomas del paciente. Para los diagnósticos de enfermería de riesgo, las características definitorias son las mismas que la etiología. Los factores de riesgo que determinan que el paciente sea más vulnerable de lo normal al problema.³⁴

Diagnosticar consiste en identificar un problema a partir de signos observables. Es una conclusión que se obtiene como consecuencia de una observación madura.

El diagnóstico enfermero expresa un problema, pero va más lejos si expresa también la causa de este problema.

Características:

| Diagnostico Real | Diagnostico Potencial o de Riesgo | Diagnostico Posible | Diagnostico de Salud | Diagnostico de Síndrome |
|--|-----------------------------------|--|-----------------------|---|
| PES PROBLEMA ETIOLOGÍA SIGNOS Y SINTOMAS | PE PROBLEMA ETIOLOGIA | PROBLEMA NO CLARO SE DESCONOCE ETIOLOGIA | NIVEL DE BIENESTAR | ETIOLOGÍA Y FACTORES CONCURRENTES |

ETAPAS DEL PROCESO DIAGNOSTICO:

- Análisis de datos
- Agrupación de datos
- Problemas interdependientes
- Identificación de problemas
- Formulación de enunciados diagnósticos

Directrices para la redacción de un diagnóstico enfermería:

- Escribir el diagnóstico en términos de la respuesta del paciente, en lugar de las necesidades de enfermería.

³⁴ Kozzier, op.cit;Pp.119

- Usar “relacionado con” en lugar de “debido a” o “causado por” para conectar los dos enunciados del diagnostico.
- Redactar el diagnostico en términos legalmente aconsejables.
- Redactar los diagnósticos sin juicios de valor .
- Evitar la inversión de los enunciados del diagnostico
- Evitar el uso de indicios aislados en el primer enunciado del diagnostico.
- Los dos enunciados del diagnostico no deben significar lo mismo.
- Expresar el factor relacionado en términos que se puedan modificar.
- No incluir diagnósticos médicos en el diagnostico de enfermería.
- Exponer el diagnostico de forma clara y concisa.

ERRORES EN EL PROCESO DIAGNOSTICO

Son tres las fuentes principales de error en el proceso diagnostico

- 1) Recogida incorrecta o incompleta de datos.
- 2) Interpretación incorrecta de datos.
- 3) Falta de conocimientos clínicos establecimiento de prioridades

PLANEACIÓN

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).³⁵

Etapas en el Plan de Cuidados

- 1) Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de

³⁵ IYER,p.OP.CIT,Pp 1579

disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

2) Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. **Se deben fijar a corto y largo plazo.**

3) Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación. Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta. Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaboran acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.³⁶

4) Documentación y registro

Ordenes de enfermería

- **Fecha:** El Día en que se escribe la orden
- **Verbo:** Acción que realiza
- **Sujeto:** Quien tiene que hacerlo
- **Fase descriptiva:** Como, cuando, donde, frecuencia, cuanto tiempo, en que cantidad.
- **Firma:** Constante en forma de firmar.

Un objetivo es la expresión de una cita que se quiere conseguir y que debe permitir la articulación de una serie de acciones encaminadas a su consecución.

Los objetivos se redactan comenzando con un verbo en infinitivo y deben ser evaluables, es decir, deben permitir la comprobación del resultado.

Hay diferentes clases de objetivos según cuál sea el nivel de corrección o a quién se dirijan. Según el nivel de concreción pueden ser **generales o específicos** y según destinatario o finalidad pueden ser de formación o de aprendizaje.

³⁶ Iyer, op. cit, Pp 46

¿Cómo redactar Objetivos Generales?

Un Objetivo es un enunciado en que se expresa una acción a llevar a cabo. Por lo tanto, debe estar iniciado por verbos fuertes, que indican acciones a realizar. A continuación se indica el fenómeno en el que —o con quien—se llevará a cabo dicha acción. Seguidamente se indica el objeto de investigación, es decir, el fenómeno o las partes en relación que serán investigados, indicando finalmente para qué se realiza esta acción investigativa.

¿Para qué sirve un objetivo?

- Para formular con concreción y objetividad los resultados deseados.
- Para planificar las acciones.
- Para orientar los procesos.
- Para medir o valorar los resultados.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

*** DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:**

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

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

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

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

*** PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:**

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de

urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo..

*** OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE:**

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- **Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto). POR LO QUE:**

- **Sujeto** Quien alcanzara el resultado
- **Verbo** Acción para lograr los objetivos
- **Condición** En que circunstancia se llevo acabo la acción
- **Criterios** Ejecución , en que grado va a realizarse la acción
- **Momentos para lograrlo** Cuando se espera que la persona sea capaz de hacerlo.

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

EJECUCIÓN

Es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería. La ejecución consiste en realizar, delegar y registrar. La enfermera realiza o delega órdenes de enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planificación y después concluye la fase d ejecución registrando las actividades de enfermería y las respuestas de los pacientes.³⁷

³⁷ Kozier. Op.cit. ,Pp.119,120

Etapas de la ejecución:

- **Preparación:** La primera etapa de la fase de ejecución le exige que se prepare para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso del razonamiento crítico.

Dentro de estas etapas se integran las siguientes actividades. Revisión de las intervenciones, análisis de conocimientos y habilidades exigidas, reconocimiento de las complicaciones potenciales, proporcionar los recursos necesarios como: tiempo, profesional y material.

Preparación del entorno: cómodo, bienestar, seguridad, grado de movilidad, déficit sensorial, nivel de conciencia/orientación.

- **Intervención:** El enfoque en la fase de ejecución es el inicio de las intervenciones de enfermería diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del paciente. Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes.
- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Dentro de las intervenciones entran las siguientes actividades: refuerzo de las cualidades, ayuda en las actividades de la vida diaria, supervisión del trabajo de otros profesionales del equipo de enfermería, comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria, educación, valorar las necesidades

de aprendizaje, determinar la disposición del paciente para aprender, desarrollo objetivos realistas y realizables, determinar estrategias de educación, contenido actual. Prestación de los cuidados para conseguir los objetivos del paciente.

Patrones de respuesta humanas: intercambio, comunicación, relación, valoración elección, movimiento, percepción, conocimiento y sentimiento.

- Documentación: La ejecución de intervenciones de enfermería debe de ir seguida de una documentaron completa y exacta de los acontecimientos que tiene lugar en esta etapa del proceso de enfermería. Hay cinco tipos principales de sistema de conservación de registro utilizados en la documentación de la atención del paciente.

Graficas narrativas: ventajas, inconvenientes, graficas orientadas hacia el problema: lista de problemas, notas de evaluación, , ventajas inconvenientes; las graficas que es un método de organizar la información según las notas del profesional de enfermería que incluye el uso de un enfoque, la organización de la nota de evaluación y las hojas de curso clínico para datos de documentación, las graficas por excepción y los registros computarizados.³⁸

Habilidades de ejecución: Para ejecutar el plan de cuidados satisfactoriamente las enfermeras requieren buenas habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas.

Las habilidades cognitivas: habilidades intelectuales incluyen la solución de problema, la toma de decisiones, el razonamiento critico y el pensamiento creativo.

Las habilidades interpersonales: son todas las actividades que las personas utilizan al comunicarse directamente con otras. Incluyen actividades verbales y no verbales.

Las habilidades técnicas: son habilidades manuales como la manipulación del equipamiento. Administración de inyecciones, realización de vendajes y movilizar, levantar y colocar a los pacientes.

³⁸ Iyer,p.op cit. Pp.222

Proceso de ejecución: incluye; Una nueva valoración del paciente.

Determinar la necesidad de cuidados de enfermería.

Ejecutar las estrategias de enfermería.

Comunicar las acciones de enfermería.

Ejecución de las estrategias de enfermería: tras valorar de nuevo al paciente y determinar la necesidad de asistencia, la enfermera ejecuta las estrategias planeadas. Las actividades de enfermería suelen incluir cuidar, comunicar, ayudar, enseñar y aconsejar, actuar como defensor y agente de cambio del paciente, guiar y tratar.

Comunicar la acciones de enfermería: Tras cumplir las órdenes de enfermería completa la fase de ejecución registrando las intervenciones, así como las respuestas del paciente, de las notas evolutivas de enfermería. Estas forman parte del registro permanente del centro para un paciente. Las acciones de enfermería no deben registrarse anticipadamente , ya que la enfermera puede determinar, al valorar de nuevo al paciente, que la acción no debe o no puede se ejecutada.³⁹

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

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 Clasiffication) , estas dos clasificaciones adicionales fueron diseñadas para el uso con la NANDA y otros sistemas de diagnósticos. Se esperaba que la eficacia de los términos de diagnostico fuesen mejoradas con la disponibilidad de intervenciones y resultados estandarizados.

Las traducciones de las siglas NIC es CIE (Clasificación de las intervenciones de enfermería).

³⁹ Kozier. Op. Cit., Pp.166

La NIC es la sigla de los tratamientos que las enfermeras realizan en todas las especialidades. Una intervención de enfermería es “ cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera Realia para realzar resultados sobre el cliente” (McCloskey y Bulechek,2000) las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales.

Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contemplan la familia y la comunidad.⁴⁰

EVALUACIÓN

Es juzgar o estimar. LA evaluación es la quinta y ultima fase del proceso de enfermería. Es una comparación sistemática y planeal de estado de salud del paciente con objetivos y metas definidos, es una actividad deliberada y progresiva que comprende al paciente, la ewnfermera y a otro miembro del equipo del cuidado de la salud.

La evaluación examina cuestiones como: ¿ Fue eficaz la atención a la salud?, ¿ Se alcanzaron las metas y objetivos hasta el grado especificado?, ¿ Los cambios en la conducta del paciente se orientaron hacia la dirección esperada? Si es así, ¿Cuales estrategias fueron eficaces? Si no ¿Que falto el cuidado de enfermería? Al medir e progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera juzga eficacia de las acciones, de este modo es capaz de apreciar la calidad de su servicio y determinar las formas de mejorarlo.⁴¹

En este contexto, es una actividad planeada, continua y con objetivos en la que los pacientes y los profesionales sanitarios determinan: El progreso del paciente referido a la consecución de los objetivos. La eficacia del plan de cuidados de enfermería.

⁴⁰ Fernández, Blanca , Taller de taxonomia enfermera, disponible en: <http://www.taxonomiaenfermera.com/pag/noc.html>, consulta realizada 18:30, 12 de noviembre de 2009

⁴¹ Christensen,P.Proceso de atencion enfermeria, Ed. El Manual Moderno,1993,Pp.193

EVALUACIÓN CONTINUA: Se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de enfermería y permite a la enfermera realizar modificaciones puntuales en una intervención.

EVALACION INTERMITENTE: Realizada a Intervalos determinados, muestra el grado de progreso hacia la consecución del objetivo y permite a la enfermera corregir cualquier deficiencia, así como modificar el plan de cuidados en función de las necesidades.

EVALUACIÓN FINAL: Indica el estado del paciente en e momento de ser dado de alta. Incluye la consecución de objetivos y la evaluación de la capacidad del paciente para cuidarse con respecto a la atención de seguimiento.

EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DEL PACIENTE: Identificar la evolución esperada, que la enfermera utilizara para determinar la consecución de objetivos, esto se realiza en la fase de planificación.

Obtener datos con la evolución esperada.

Comparar datos con la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los objetivos.

Relacionar las acciones de enfermería con la evolución del paciente.

Obtener conclusiones sobre el estado del problema.

Revisar y modificar el plan de cuidados del paciente.

El personal de enfermería evalúa el progreso del paciente hacia la consecución de los objetivos:

- ∴ La evaluación es sistemática y continuada.
- ∴ Las respuestas del paciente a las actuaciones se documentan.
- ∴ Se evalúa la efectividad de las actuaciones en relación con los objetivos.⁴²

⁴² Iyer.P. op.cit., Pp.288

- .: Se utilizan los datos de la evaluación continuada para revisar los diagnósticos, objetivos y el plan de cuidados se documentan.
- .: El paciente, los seres queridos y los prestadores de la atención sanitaria participan en el proceso de evaluación, cuando este indicado.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Es una parte esencial de la responsabilidad profesional, consiste en el análisis de los servicios e implica que se están realizando esfuerzos para evaluar y asegurar localización del cuidado sanitario.

PROCESO DE LOS CUIDADOS

La evaluación del proceso se centra en las actividades de la enfermera, quien proporciona el cuidado al paciente, evalúa y audita la historia de este y observa las actividades propias de enfermería.⁴³

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas. Estructura, proceso y resultado.

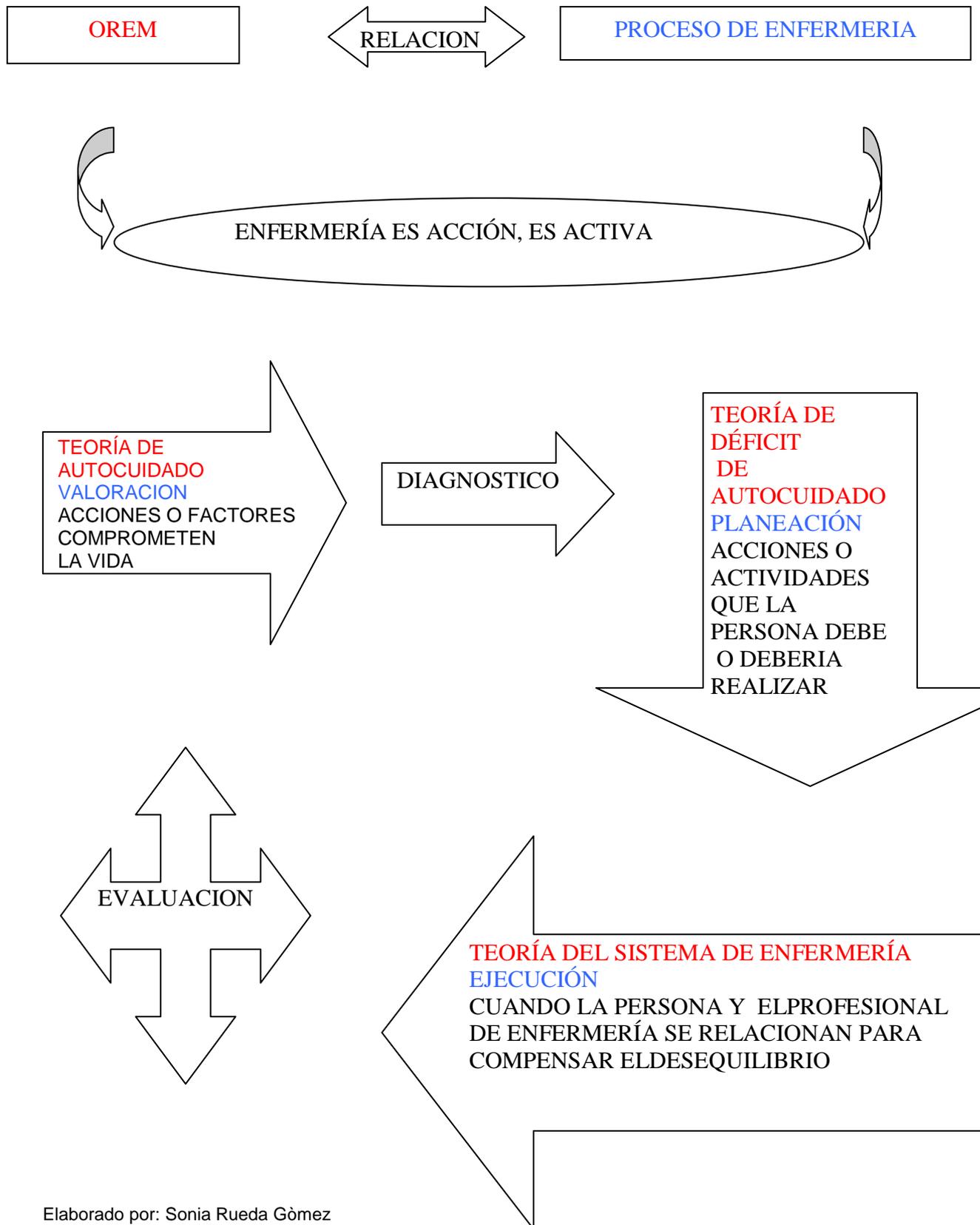
⁴³ Kozier. Op.cit,Pp.173

FORMAS DE EVALUACIÓN

| ESTRUCTURA | PROCESO | RESULTADO |
|--|--|--|
| La evaluación y la estructura miden la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades del paciente. | La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso | La evaluación del resultado mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente y enfermería. |
| Instrumentos y medios Formas de la comisión de la junta sobre hospitales | Escala de clasificación de competencias de enfermería | Sistema Wisconsin Procedimiento de evaluación parcial del rendimiento |
| Auditorias | Escala de la calidad de cuidados de enfermería | |
| Fuentes de datos Manuales de procedimientos enunciados de la política de la institución Descripción de posiciones Planes de atención de enfermería. | Concurrente la enfermera demuestra conocimientos y rendimientos en sus habilidades. La grafica contiene la evidencia de las acciones realizadas. | Concurrente El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud fisiológica y psicológica. |
| Planes de orientación y programas en servicio. Nivel educativo del personal instalaciones y equipo disponibles graficas y kardex | Retrospectivo la grafica sita los procedimientos implementados, como verificar los signos vitales y enseñar. | Retrospectivo La grafica sita la evidencia de los cambios en la conducta, las destrezas y los conocimientos del paciente. |

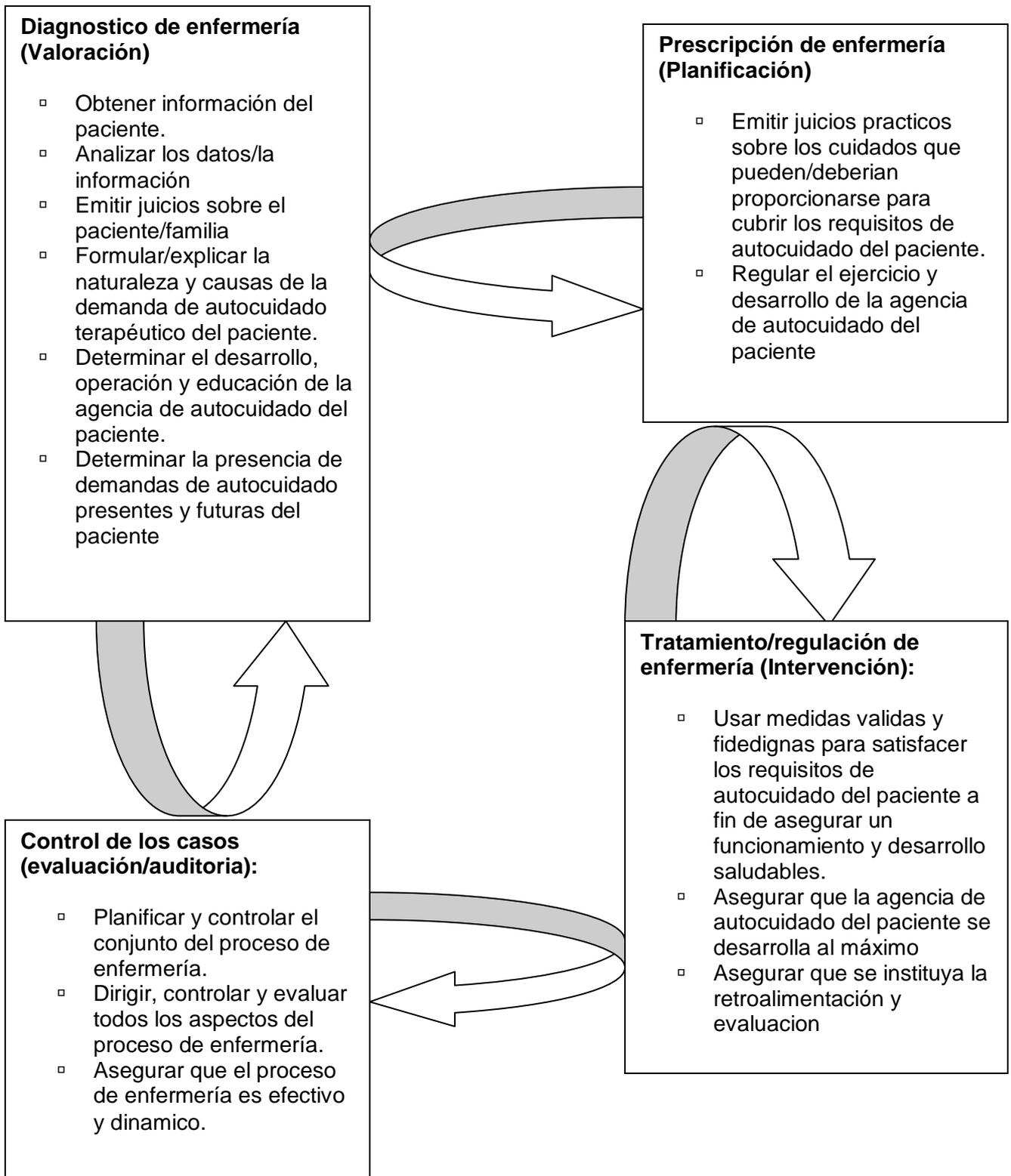
Fuente: Christensen J. Proceso de Atención

3.6 RELACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA



Elaborado por: Sonia Rueda Gómez

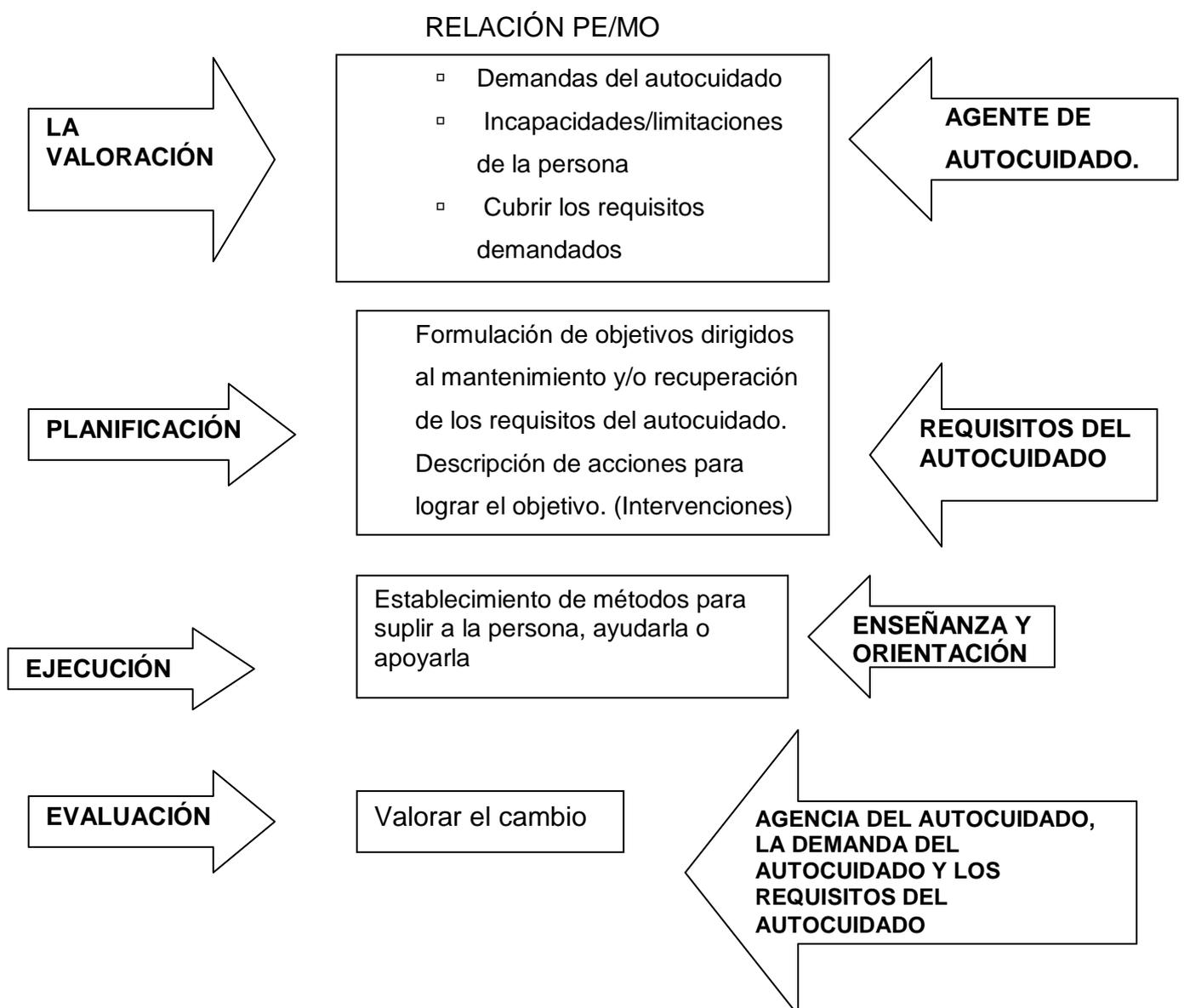
PERSPECTIVA GENERAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA USANDO EL MODELO DE ENFERMERÍA DE OREM.



Orem enfatiza que la primera parte de cualquier proceso de enfermería debe ser determinar si se requiere la ayuda de enfermería, y que este juicio debe validarse usando la información de tantas fuentes como sea posible. Es probable que esta validación parta de una comprensión negociada entre grupos profesionales, el individuo y su familia. Una vez se ha determinado que la ayuda e intervención de enfermería es apropiada, las enfermeras deben diseñar un sistema de cuidados de enfermería que lograra los objetivos de salud determinados para ese paciente en concreto. Una vez diseñado dicho sistema, hay una fase de ejecución que se centra en ayudar a compensar las limitaciones para el cuidado de la salud, estimular las capacidades existentes y prevenir nuevas limitaciones.

PROCESO DE ENFERMERÍA

MODELO DE OREM



El proceso de enfermería, que se aplica en las instituciones de salud, en la actualidad, culmina, como bien dice Orem, con una evaluación exhaustiva, del plan de acción, reflejado en la respuesta del paciente a la intervención brindada. Los enfermeros no solo tendrán presente resolverle la necesidad existente, sino, después de resueltas, evitar la reaparición de esa o de otra.

En consecuencia de un razonamiento crítico de esta teoría, lleva a deducir, que Orem forma como base, los requisitos de autocuidado universal, relativos al desarrollo y cuando falla la salud, por lo que se producen trastornos del autocuidado con respecto a esto, **siempre vinculado al proceso de enfermería** brinda el conocimiento para elevar el nivel de aplicación de estos datos empíricos en la práctica.

Consideraciones finales

Se considera que un conocimiento pleno de los postulados teóricos de Dorotea Orem ayudaría al personal de enfermería a enfrentar situaciones de déficit de autocuidado que presentan los individuos tanto en una institución hospitalaria como en la comunidad. Además, esta teoría está vinculada integralmente al PAE, poniéndose de manifiesto en las diferentes fases del mismo. De aplicarse estos conocimientos por parte del personal de enfermería se lograría una atención integral al individuo sano y enfermo

3.7 DAÑOS A LA SALUD

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA INFANTIL

Las leucemias agudas son los padecimientos malignos más comunes en la población pediátrica tanto en México como en el resto del mundo; lo que significa 35% de todas las enfermedades malignas de la infancia.⁴⁴ Se ha documentado que su incidencia es de tres casos nuevos en menores de 15 años por cada 1000 000 habitantes por año. De este grupo de enfermedades la leucemia aguda linfoblástica (LAL) representa el 75% de todas las leucemias.

Aun cuando en las LAL su causa se desconoce, si se han identificado factores predisponentes. Existen varias condiciones del hospedador que permiten que haya un número mayor de casos con esta enfermedad que en la población general;⁴⁵ por ejemplo, se ha documentado un caso en cada 95 niños con síndrome de Down. Asimismo, hay otros síndromes en los que se presenta un incremento significativo, como es la anemia aplásica de Fanconi; en ésta se observa que un niño de cada 10 va a tener un cuadro de leucemia aguda. Otros síndromes son el de Poland- agnesia del músculo pectoral- y algunos síndromes de inmunodeficiencias tanto adquiridas como congénitas. La interpretación de estos hallazgos permite documentar que las alteraciones genéticas, incluyendo síndromes con rompimiento cromosómico, condicionan o precipitan este grupo de enfermedades.⁴⁶ Sin embargo, de manera sólida, se ha observado que las alteraciones del sistema inmunitario tanto de linfocitos “T” y “B” como la combinación de estos sistemas, ya se congénitas o adquiridas, pueden producir (en un momento dado de la evolución de estos enfermos) un cuadro de leucemia. Por otro lado, no hay que olvidar que el medio juega un papel primordial en la predisposición a estas enfermedades. Dentro de estos factores se encuentran algunos fármacos y sustancias tóxicas como fertilizantes, insecticidas derivados del DDT. En muchos casos, la exposición

⁴⁴ Margolin JF, Steuber CP, Poplack DG. Acute Lymphoblastic Leukemia. IN: Principles and Practice of pediatric Oncology, Pizzo Ph A and Poplack DG eds. 4th. Edition. Philadelphia: Lippincott, Philadelphia 2002; 489-544.

⁴⁵ Greaves MF. Aetiology of acute leucemia. Lancet 1997;349:344.

⁴⁶ Ross JA: Davies SM, Potter JD et. Al. Epidemiology of childhood leukemia with a focus on infants. Epidemiol Rev 1994;16:243.

no nadamàs del niño a este medio contaminado condiciona a este grupo de leucemias, sino también la exposición de la madre gestante a estos elementos puede afectar al producto y, una vez que éste nace, tenga predisposición a una leucemia.^{47, 48}. Se ha documentado que la exposición del padre a estas sustancias puede eventualmente condicionar en su hijo este tipo de enfermedades. Probablemente se presente por la ropa utilizada en el trabajo o bien por la contaminación de la piel del progenitor. No hay que olvidar que hay otras muchas causas como son la radiación y, en fecha reciente y en forma cuestionable por los estudios internacionales, la exposición continúa del niño a las antenas eléctricas de alta tensión. Evidentemente, hay otras causas, sobre todo en la leucemia del lactante (por ejemplo: biológicamente diferentes del paciente menor de 1 año, exposición a bioflavonoides, inhibidores de la topoisomerasa del <ADN), en las cuales se ha especulado la relación causa efecto y, quizá la más reciente es la que señala que la exposición temprana en la vida del niño a procesos infecciosos predispone más a menudo a leucemias de estirpe B⁴⁹ que de estirpe T. Sin duda alguna, otras teorías en cuanto a la aparición de leucemia aguda son controvertidas o requieren de un mayor sustento científico para ser ampliamente aceptadas.

El grupo de edad más afectado se encuentra por arriba de los tres años. Tradicionalmente, el género masculino es el que tiene más predisposición.

CONCEPTOS CLÍNICOS

La LAL constituye un grupo heterogéneo de enfermedades tanto desde el punto de vista clínico y de laboratorio, como de pronóstico y de tratamiento. Aun cuando en muchos de estos casos las diferencias parecen ser sutiles, éstas son muy importantes debido a los conceptos actuales de tratamiento y, por lo tanto, de pronóstico.

Las manifestaciones clínicas del diagnóstico (fig-1) y consecuentemente, los sitios de infiltración pueden ser variados y estar en relación con la edad del paciente, el género (infiltración testicular), la carga leucocitaria (mayor afección

⁴⁷ Ross JA, Potter JD, Robinson LL. Infant Leukemia, topoisomerasa II inhibitors, and the MLL gene. *J Natl Cancer Inst* 1994;86:1678.

⁴⁸ Clementi M, Giavini E, Montaviani A. Avoidance of bioflavonoid supplements during pregnancy. *Lancet* 2003;361:261.

⁴⁹ Greaves M. Molecular genetics, natural history and the demise of childhood leucemia. *Eur. J Cancer* 1999;35:173.

al retículo endotelial y sistema nerviosos central⁵⁰), al inmuno fenotipo (comúnmente el inmuno fenotipo B). Este último condiciona gran infiltración al hígado, bazo, y ganglios linfáticos. El inmuno fenotipo T, además de presentarse por lo general en varones⁵¹ de más de 10 años de edad, se acompaña de grandes adenopatías de mediastino anterior y superior, por lo común con síndrome de compresión de vena cava superior. En estos pacientes se puede observar una gran carga leucocitaria con leucocitos en sangre periférica superior a 100 000/mm³ ; además, se llega a desarrollar un síndrome de lisis tumoral caracterizado por hiperuricemia, hiperpotasemia. Hiperfosfatemia, e hipocalcemia con la consecuente manifestación de insuficiencia renal aguda.

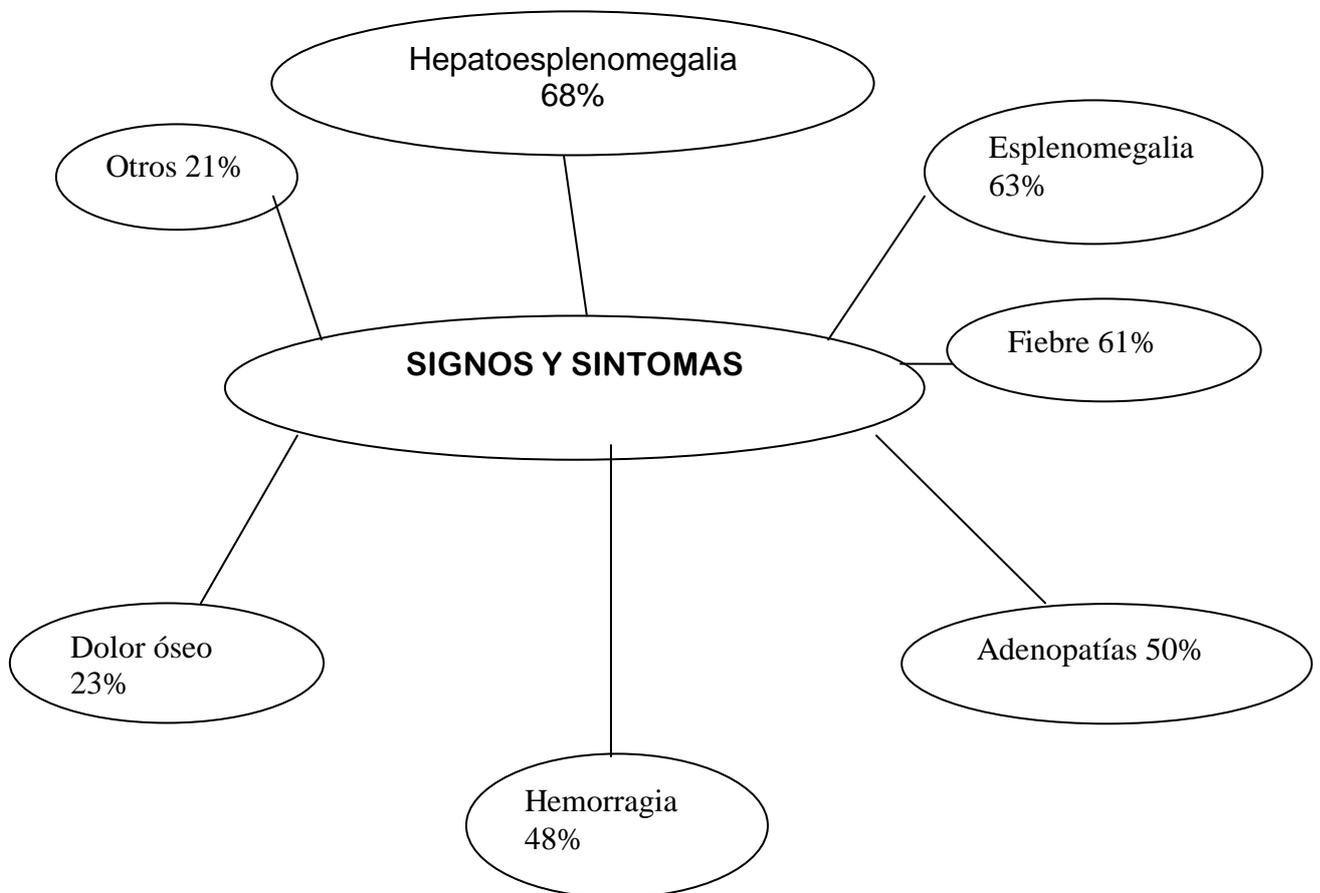


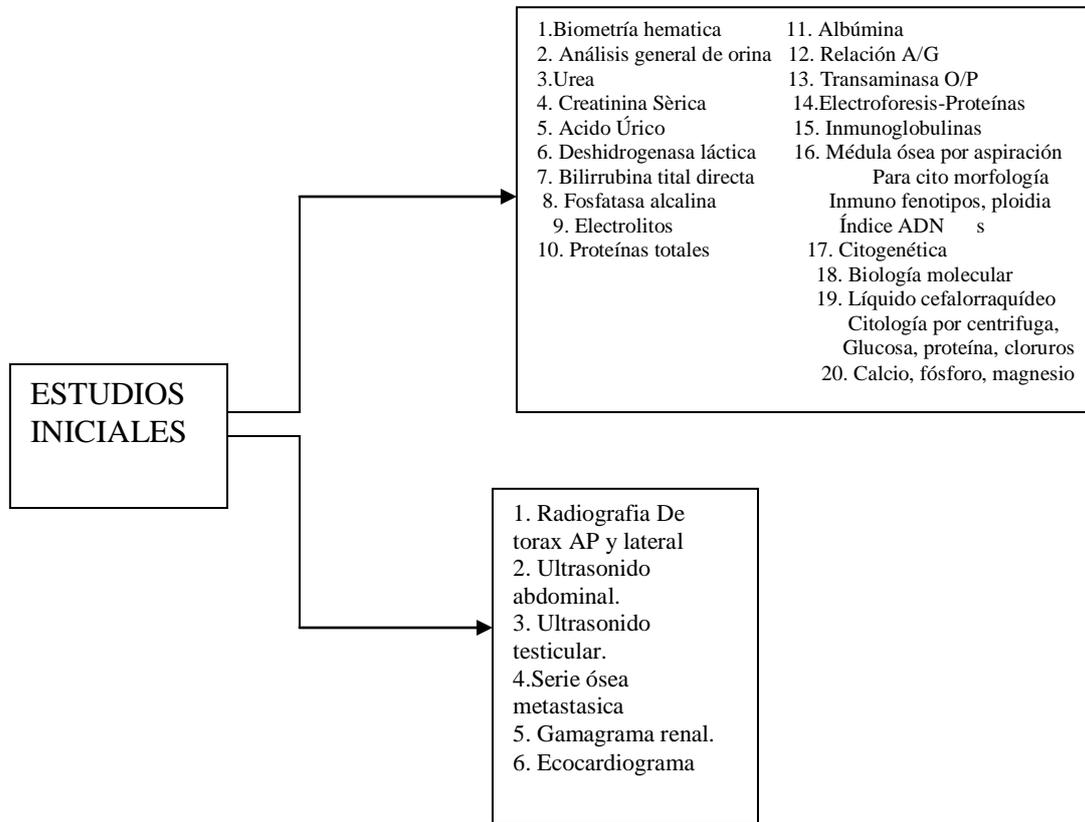
FIG-1 frecuencia de las manifestaciones clínicas más comunes de LAL

⁵⁰ Bleyer W. Central nervous system leukemia. *Pediatr Clin North Am* 1988;35:789.

⁵¹ Shuster JJ, Wacker P, Pullen J et al. Prognostic significance of sex in childhood B-precursor acute lymphoblastic leukemia: A pediatric oncology group study. *J Clin Oncol* 1998;16:2854.

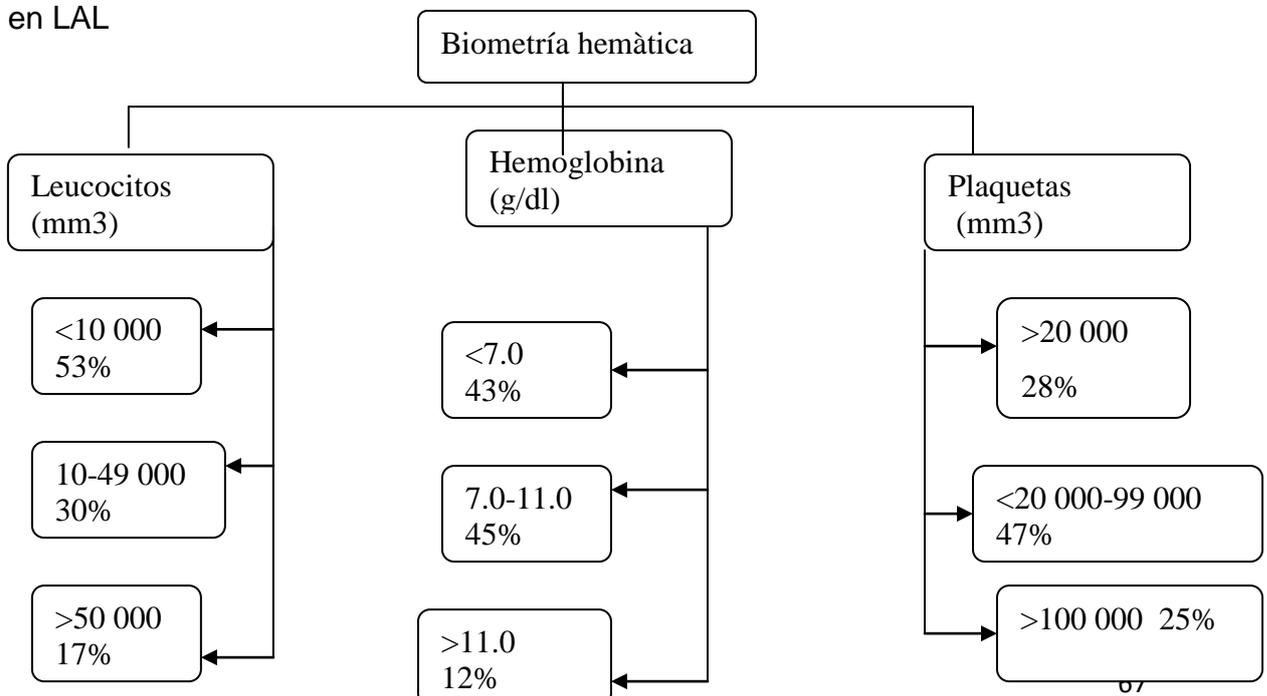
CONCEPTOS DE LABORATORIO Y GABINETE

La sospecha clínica de una LAL se debe establecer inicialmente en bases clínicas, pero es indispensable una evaluación integral del paciente, desde el punto de vista de laboratorio y gabinete:

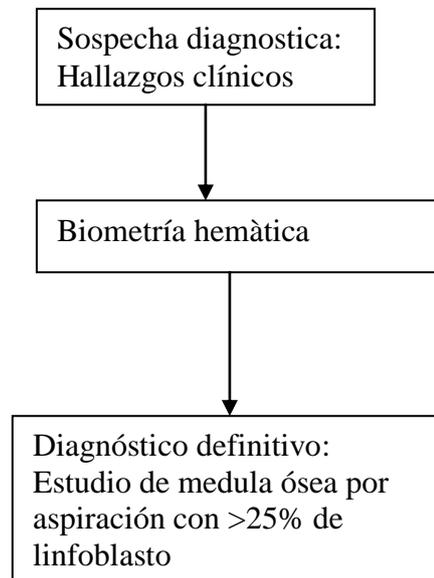


Evaluación inicial de laboratorio y gabinete en LAL

Al efectuar, desde un principio, una biometría hemática, la cual puede indicar la sospecha de este grupo de padecimientos; Frecuencia de alteraciones en la Bh en LAL



Debe recordarse que la presencia de blastos en sangre periférica revela que hay una leucemia, hasta no probarse lo contrario. Ante esta circunstancia, el diagnóstico definitivo se establece con un estudio de medula ósea por aspiración, además de una serie de estudios necesarios para la integración diagnóstica correcta: Diagnóstico de leucemia aguda linfoblástica



El diagnóstico se sospecha por los datos de la historia clínica y la exploración física detallada, teniendo en mente no solamente la afección del sistema retículoendotelial, sino también la posibilidad de alteraciones a las gónadas en los varones y el sistema nervioso central, el cual se valora mediante un estudio neurológico detallado que incluya, por supuesto, la exploración de fondo de ojo y la posible presencia de rigidez de nuca. Indiscutiblemente, las alteraciones en la biometría hemática fundamentan la sospecha; después de este estudio, debe hacerse un análisis de medula ósea por aspiración. Esta última prueba es la regla de oro para el establecimiento definitivo del diagnóstico de una leucemia aguda linfoblástica.

El diagnóstico diferencial es muy variado e incluye, además de los padecimientos benignos propios de la infancia, neoplasias malignas que se presentan en la edad pediátrica. En este mismo contexto se debe de efectuar un ejercicio de diagnóstico diferencial en la biometría hemática, ya que la

alteración de una o cualquiera de las líneas celulares puede ofrecer varias posibilidades diagnósticas.

En el momento actual, los factores pronósticos en LAL son indispensables para que el clínico tenga una base sólida para estimar la supervivencia libre de enfermedad con este tipo de leucemias. Conforme evoluciona la ciencia, cada día aparecen nuevas situaciones que influyen en el pronóstico final de estos niños. Es importante determinar los factores de riesgo para poder ofrecer el tratamiento más adecuado y correcto en cada uno de estos pacientes.

De manera indiscutible, la edad de menos de un año o de más de 10 años hacen que estos niños se encuentren en la categoría de alto riesgo. Ambos parámetros son la piedra angular, aunados a otras muchas situaciones como el inmunofenotipo⁵², el índice de ADN (y por lo tanto de ploidia),⁵³ la ausencia de alteraciones de alto riesgo como la t(9;22) o de bajo riesgo como el encogen TEL/AML, son importantes detectar. Recientemente, la respuesta observada a los 14 y 28 días después de haber sometido al paciente a tratamiento de quimioterapia permite estimar la enfermedad mínima residual, ya que si la cantidad de linfoblasto en estos dos periodos esta por debajo de 1×10^{-4} , la respuesta y el periodo de duración de remisión serán mucho mas prolongados que si la carga leucémica es superior. Sin embargo, en el momento actual, el mayor peso para la supervivencia, una vez evaluado el paciente, lo constituye el tratamiento; este último se considera como el de más peso específico en niños con LAL.

TRATAMIENTO

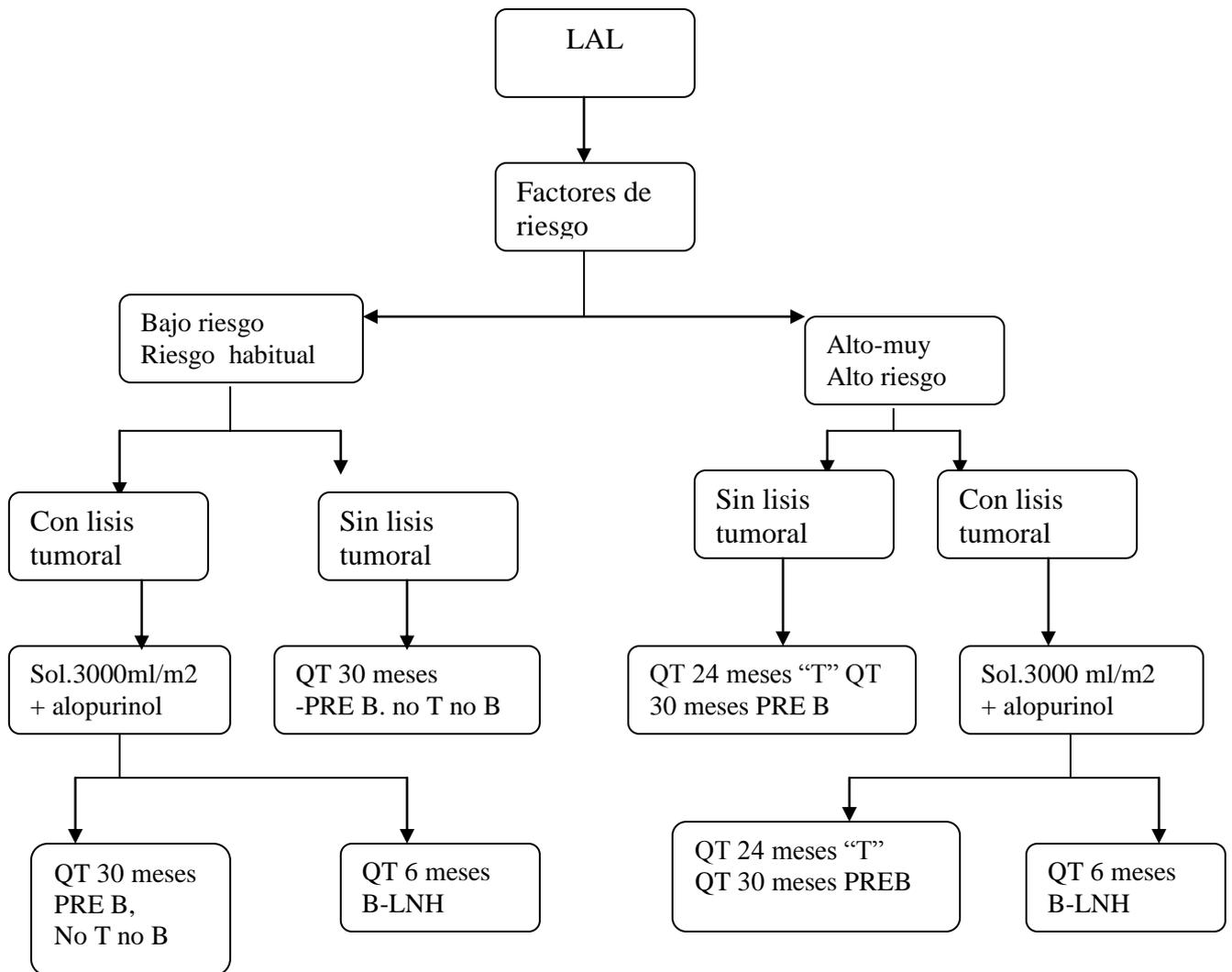
Basados en los parámetros pronósticos:

| Pronósticos LAL | |
|-----------------------------|------------------------|
| Tipo / variedad | Supervivencia >5 años% |
| 1. Muy alto riesgo | 30 |
| 2. Riesgo alto | 50 |
| 3. Riesgo estándar-habitual | 75 |
| 4. Bajo riesgo | 90 |

⁵² Rivera-Luna R, Meza Coria C, Cárdenas-Carlos R et al. Immunophenotypes in Mexican Children with acute Lymphoblastic leucemia: AN experience from a single institution. Intl J Ped Hem/Oncol 1996;3:57.

⁵³ Trueworthy R, Shuster J, Look T et al. Ploidy of Lymphoblasts is the strongest predictor of treatment outcome in B-progenitor cell acute Lymphoblastic leukemia of childhood; A pediatric oncology group study. J Clin Oncol Blood 1992,10:606

La experiencia a nivel mundial señala la necesidad de dividir las leucemias en cuatro categorías, de tal manera que la ruta crítica de la atención inicial debe llevarse a cabo por parte de expertos:⁵⁴



QT, quimioterapia; LNH, linfoma de hodgkin

Ruta crítica de atención en LAL

Para obtener la mejor respuesta posible, el tratamiento de estas enfermedades debe ser de acuerdo a su clasificación^{55, 56}:

⁵⁴ Pui C-H, Sallan S, Relling MV et al. International Childhood Acute Lymphoblastic leukemia Workshop: Sausalito, CA. 30 November-1 December 2000. *Leukemia* 2001;15:707.

⁵⁵ Pui C-H, Campana D, Evans WE. Childhood acute Lymphoblastic leukemia-current status and future perspectives *Lancet Oncol* 2001;1; 2:597

⁵⁶ Smith M, Arthur D, Camitta B et al. Uniform approach to risk classification and treatment assignment for children with acute Lymphoblastic leukemia. *J Clin Oncol* 1996;14:18

| Tratamiento recomendado para LAL según el factor de riesgo | |
|--|---|
| Riesgo | Terapéutica ideal |
| Bajo índice > 1.6 Gen TEL-AML 1 | Incluir antimetabolitos |
| Estándar E2A-PBX | Tratamiento Intenso |
| Alto-muy alto BCR-ABL MLL-AF4 Leucos > 100 000 | Trasplante alogénico De células Progenitoras (BCR-ABL) |

Condicionando la menor morbi mortalidad secundaria a una terapéutica deficiente. Según los resultados del tratamiento, es indispensable el conocimiento sobre la enfermedad mínima residual a los 14 días de haber iniciado la quimioterapia en la fase de inducción a la remisión y sus implicaciones en cuanto al pronóstico⁵⁷ desde el punto de vista de regímenes terapéuticos estos se deben llevar a cabo de acuerdo a los factores de riesgo.

⁵⁷ Neale GA Coustan-Smith E, Stow P et al. Comparative analysis of flow cytometry and polymerase chain reaction for the detection of minimal residual disease in childhood acute Lymphoblastic leukemia. *Leukemia* 2004;18:934

3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La ética estudia la moral y determina qué es lo bueno, y desde este punto de vista cómo se debe actuar. Es decir, es la teoría o la ciencia del comportamiento moral. Se puede clasificar como lo que define algo como bueno o malo, a diferencia de la moral, lo que define lo correcto e incorrecto.

Requiere de la reflexión y de la argumentación, en este campo es el conjunto de valoraciones generales de los seres humanos que viven en sociedad. Por lo que las enfermeras requerimos de un código de ética.

Código Internacional de Ética de Enfermería

- La enfermera debe aplicar en todo momento las normas más elevadas de los cuidados de enfermería y conducta profesional.
- La enfermera no sólo tiene que estar bien preparada para ejercer sino que tiene que mantener sus conocimientos y capacidades al elevado nivel que corresponda.
- La enfermera tiene la obligación de llevar a cabo con inteligencia y lealtad las órdenes del médico y de negarse a participar en procedimientos no éticos.
- La enfermera debe participar y compartir con otros ciudadanos y otras profesiones de salud la responsabilidad de iniciativas tendientes a satisfacer las necesidades de salud del público locales, estatales, nacionales e internacionales.

Estos son algunos de los puntos internacionales, cabe mencionar que la observancia del **Decalogo de Ética en México**, para el personal de enfermería compromete; a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando

cuidados de enfermería libres de riesgos.

3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

Por lo que la practica de enfermería nos conlleva a tener **DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESIÓN** donde los artículos destacados son:

- ◆ Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.
- ◆ Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de las diferentes estrategias, incluyendo la investigación y su disciplina.
- ◆ Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.⁵⁸

⁵⁸ L Riopelle.Op. cit Pp.15

En este trabajo no dirigimos especialmente a los niños cabe mencionar que ellos a pesar de ser personas, que todavía dependen de mayores también tienen derechos:

DERECHOS DE LOS NIÑOS

Con el propósito de garantizar los derechos de los niños y de las niñas, a nivel internacional se ha aprobado por la asamblea general de la ONU, documentos como LA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO nacute De los cuales se mencionaran los derechos pertinentes para el estudio de caso.

- ♣ El derecho de la vida, a la supervivencia y desarrollo.
- ♣ El derecho a tener un nombre y una nacionalidad.
- ♣ A conocer a sus padres y ser cuidados por ellos.
- ♣ A preservar su identidad.
- ♣ A no ser separados de sus padres, salvo que las autoridades competentes lo consideren necesario, en beneficio del niño (por maltrato o descuido de sus padres o porque estos vivan separados y deba tomarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño).
- ♣ El derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión
- ♣ El derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud de los servicios para el tratamiento de enfermedades y rehabilitación.
- ♣ El derecho a una alimentación nutritiva e higiénica.
- ♣ El derecho al descanso y al esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias para su edad, así como a participar libremente en la vida cultural y en las artes. .⁵⁹

⁵⁹ DNI,Derechos de los niños y las niñas, disponible en: Pymes.tsai.es/dni/dni2.htm consulta realizada 17:30 08 noviembre del 2009

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

BENEFICENCIA Y NO MALEFICIENCIA

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

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

Para este estudio de caso, en el cual se trata paciente y familia de muy escasos recurso económica y por lo tanto cultural, me da la oportunidad de demostrar que se puede y así poder satisfacer las necesidades correspondientes al actuar de enfermería ser equitativo en el hacer o actuar para un trato humano.

JUSTICIA

La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traduce en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales aclarar y organizativos, como las asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

AUTONOMIA

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

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente esta conciente, que comprende la información y esta debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen.

A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

CONSENTIMIENTO INFORMADO El concepto de consentimiento informado, se apoya en dos pilares básicos a saber la información y la determinación de la voluntad para realizar determinado acto estando ambos componentes tan íntimamente relacionados que no es posible la existencia del uno sin e otro, o mas propiamente, la información no alcanza su plena realización se de ella no se sigue un acto querido por voluntad, ni es posible querer verdaderamente un acto si no se conoce todos los aspectos que inciden en el mismo.

El consentimiento informado tiene las siguientes características:

- Los receptores de la información son el paciente y sus familiares.
- La información ha de darse en términos comprensibles a la capacidad u al nivel cultural del paciente.
- La información que se otorgue debe ser completa y continuada.
- LA responsabilidad de la información recae en todos los profesionales de la salud, cada cual en su ámbito competencial. En este sentido, y en los que a las enfermeras respecta, las implicaciones de la falta de información, y por ende de consentimiento, son mas de carácter ético que legal, generalmente la relación con el paciente se vera afectad ay desde luego el respeto a la autonomía se vera muy reducido.
- Una vez proporcionada la información, el consentimiento se configura como la facultad del paciente de otra entre las diversas alternativas que le propone el personal sanitario, si no trata de ofertar al paciente todos

los recursos sanitarios, Terapéuticos que existen, pero si los pros y los contras de cada uno de ellos.

- En cuanto a la forma del consentimiento, la ley exige que se formule por escrito, y por lo que se refiere al momento, debe tener siempre carácter previo a la intervención o actuación profesional que se vaya a llevar a cabo.⁶⁰

Ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona, da origen a pensar en; **DERECHOS DE LOS PACIENTES:**

- Recibir atención médica adecuada
- Recibir trato digno y respetuoso.
- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- Decidir libremente sobre su atención.
- Otorgar o no su consentimiento Válidamente informado.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
- Recibir atención médica en caso de urgencia.
- Contar con un expediente clínico.
- Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

⁶⁰ Media, C.C., Ética y legislación, Ed. Madrid 2000, Pp.160-166

IV METODOLOGIA

La primera etapa de este estudio de caso fue la elección de este, después de estar en contacto con varios casos escogí el de Juan Ociel, por parecerme de importancia y al cual se le podía dar seguimiento.

Una vez escogido el caso, busque información bibliográfica correspondiente a: la teoría empleada, que en este caso es la de Dorothea Orem, así como la relación de esta con el proceso de enfermería.

Revisión bibliográfica del proceso de enfermería, también se hizo una revisión acerca de la patología (Leucemia linfoblástica aguda).

Tuve que documentarme acerca de las consideraciones éticas.

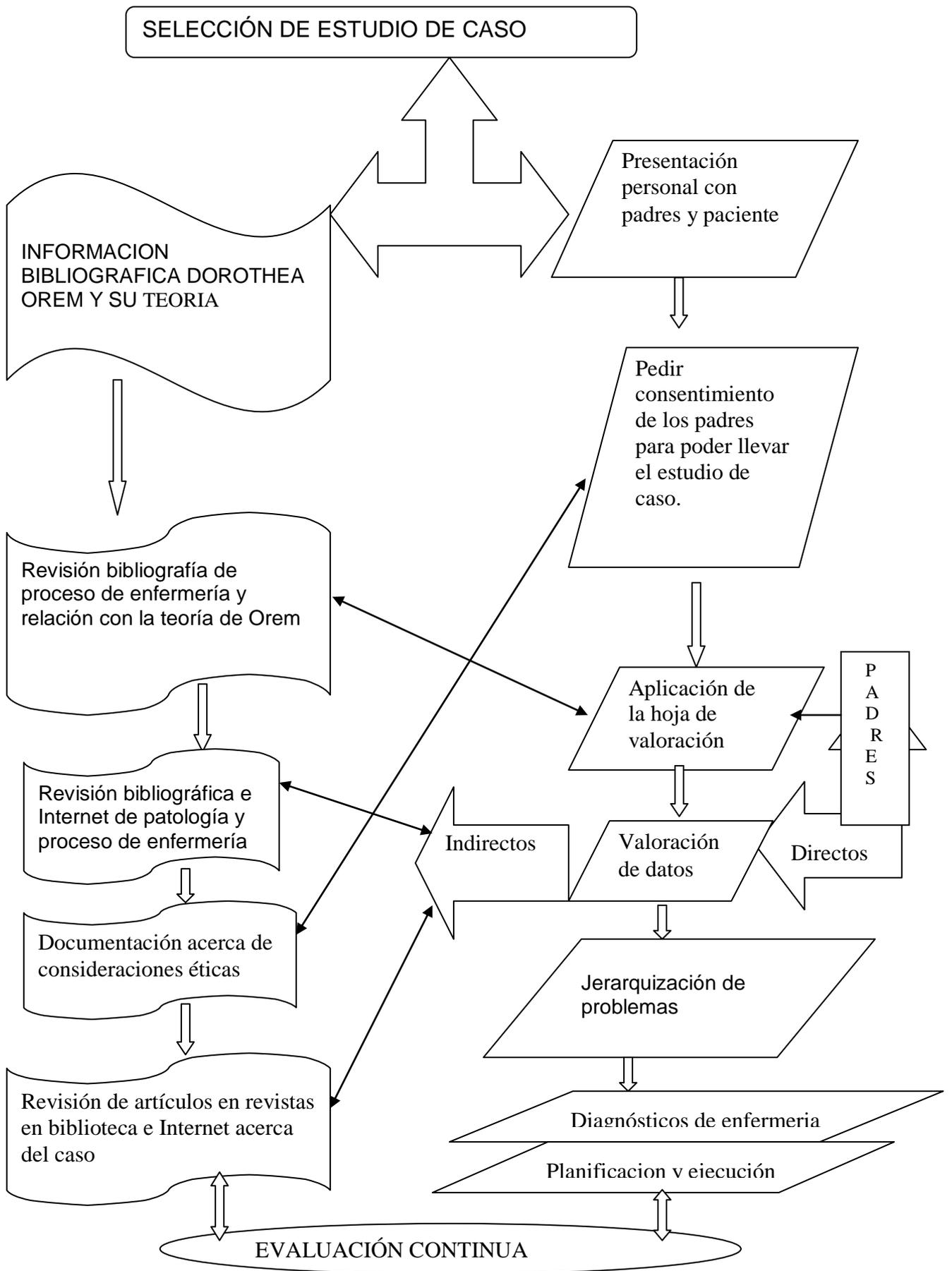
Revisión de varios artículos en biblioteca e Internet relacionados con el caso de estudio

Presentación personal con paciente y padres, a los cuales les pedí su consentimiento para poder llevar este estudio de caso

Entrevista con padres a los cuales se les aplico la hoja de valoración del niño basada en el modelo de Dorothea Orem.

Se recolectaron los datos tanto directos como indirectos, estos se hicieron directos con los padres y revisando el expediente clínico y revisión bibliográfica.

Cabe mencionar que se realizaron dos valoraciones: la primera cuando se escogió al paciente y la segunda cuando el infante ingreso a la terapia intensiva, para monitorización. Posteriormente a la valoración de los datos se promedio a dar una jerarquía a los problemas hallados, dando origen a realizar los diagnósticos de enfermería, para así poder llegar a la planificación de las intervenciones .Se llevo a cabo la realización de estas intervenciones a las cuales las llamamos ejecución y por ultimo tuve que valorar los resultados obtenidos. Cabe mencionar que la evaluación es continua en cada paso de este proceso.



V DESCRIPCION DEL CASO

Se trata de paciente preescolar de 2 años nueve meses de edad, El paciente esta integrado a una familia nuclear completa, pequeña residentes de Hidalgo. A principios del mes de Octubre presenta adinamia, astenia, falta de apetito además de presentar adenomegalias e inflamación de ganglios linfáticos en cuello axilas e ingles, por lo que la mama decide acudir al INP. Una vez estando en la sala de urgencia y realizándole exámenes de laboratorio y gabinete, se le da el diagnostico de Leucemia/linfoma Fenotipo T. Por lo que se decide dejarlo hospitalizado para su tratamiento. (Ingresa el 23 de Octubre) En Noviembre el menor es trasladado al servicio de Terapia Intensiva por presentar El Dx de lisis tumoral, desequilibrio electrolítico y probable falla renal, con su diagnostico de base Leucemia Aguda Linfoblástica de Alto Riesgo por Cuenta Leucocitaria. Esta decisión fue nadamas para monitorizarlo ya que no requirió de ningún método invasivo, con el único que contaba por el momento era de un catéter tipo arrow en miembro superior derecho. Ambos padres han estado al pendiente del manejo de su hijo alternándose en su cuidado, así mismo se les ha informado de la confirmación del diagnostico así como efectos del tratamiento de quimioterapia, estos efectos los han angustiado mas sin embargo se observan tranquilos.

Por ser personas de muy bajos recursos y ante el diagnostico oncológico además considerando que es el principio del tratamiento y puede presentar efectos que ponen en peligro la vida del menor se estrechan mas la coordinación de los padres con el personal multidisciplinario, A los cuales se les da informes sobre la evolución del niño. Se les proporciona apoyo emocional, ante angustia generada por la urgencia de su hijo, se fortalecen recursos personales para dar continuidad al tratamiento del menor. Se realiza incorporación al seguro popular.

Ociel por encontrarse con vía aérea permeable, solicita en todo momento la presencia de sus padres y al indicarle que pronto pasaran con él se tranquiliza y se queda dormido.

Juan Ociel ha tenido buena evolución por lo que se decide regresar a su servicio tratante para continuar con su tratamiento medico. LA evolución continua favorablemente por lo que se decide alta del INP con tratamiento ambulatorio en el servicio de AQUA con el respectivo tratamiento oncológico. (Egreso 27 Noviembre 2009).

VI APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

VALORACION DE ENFERMERÍA

En este estudio de caso clínico se realizaron dos valoraciones: la primera se realizo cuando se escogió dicho caso y la segunda cuando el infante ingreso a la terapia intensiva, donde no ocurrieron cambios ya que este ingreso fue para monitorizar al paciente

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Factores descriptivos (Ficha de identificación)

Nombre: Juan Ociel Rubio Contreras

Sexo: Masculino

Edad: 2 años 9 meses

Talla: 85 cm. **Peso** 11,400 Kg. **Talla blanco:** 1.65cm.

FR 22x' **FC** 100x' **TA** 90/60 **Temp.** 36.5 C

Estado de salud Agudo LLA

Lugar en la familia Hijo único

Lugar de nacimiento: Jacala de Ledezma Hidalgo México

Domicilio: Puerto de Horcones s/n Jacala de Ledezma Hidalgo C.P. 42200

Cuidador primario: mamá

En la inspección general, se encuentran las siguientes alteraciones: Cuello cilíndrico con adenomegalias marcadas, Tórax cilíndrico con manchas hipocromicas en región anterior y posterior (papá también las tiene) con adenomegalias en axila (bilateral). Abdomen blando depresible con base hepática aumentada, con adenopatías en ingle (bilateral). Con respecto a Músculo esquelético: extremidades integra, simétricas tono un poco disminuido logrando mover extremidades (4). Deambulacion con apoyo, por lo que las lesiones o defectos evidentes son la hepatomegalia y adenomegalias. La madre de Ociel tuvo control prenatal siendo la gesta 1 obtenido por vía abdominal.

Tiene como antecedentes patológicos ya remitidos Sx lisis tumoral, bronconeumonía, complejo de esclerosis tuberosa, y retraso en el desarrollo. A su ingreso al hospital le diagnostican LLA teniendo como tratamiento la quimioterapia.

Es una familia católica, aparentemente funcional (unión libre), integrada por papa, mamá e hijo. Conviven con familiares paternos principalmente.

La abuela paterna, el abuelo materno fallecieron de CA, siendo los demás familiares aparentemente sanos.

Ambos padres se encuentran cursando con la crianza del niño, tienen comunicación clara y directa. Por el momento están en el hospital y tratan de jugar a medida de lo posible con Ociel. Pero en casa mientras papá se va a trabajar, mamá y niño están en casa con labores propias del hogar ya en la tarde le dedican tiempo al niño y a veces van al parque y juegan con él. La convivencia con sus abuelos es frecuente juegan mucho y lo consienten.

Problemas familiares: económicos y con abuelos porque lo consienten mucho refiriendo la mamá que aunque este enfermo debe tener límites.

No pertenecen a ningún club de apoyo o autoayuda. **Hábitos Higiénicos.**- baño cada tercer día con cambio de ropa, con aseo dental 2 veces al día y lavado de manos antes de comer y después de ir al baño. Hacen 2 comidas al día tomando 2 veces leche. Ingieren sus alimentos en la mañana y tarde.

Factores ambientales.- Viven en una zona geográfica suburbana, su casa tiene flores afuera de ella, tienen borregos, pollo y perro, no tienen industrias cerca de casa.

Cuentan con agua, luz, gas como servicios domiciliarios.

Características de la vivienda.- Cuentan con 1 dormitorio, 1 sala, 1 baño (comunitario), 1 cama matrimonial, 1 cuna, 1 mueble para ropa 1 mes con 4 sillas. Esta construida de teja, adobe y el piso de tierra.. La iluminación es adecuada cuentan con 4 ventanas y 1 puerta.

Eliminan la basura 1 vez a la semana.

Disponibilidad y adecuación de los recursos. No cuentan con seguridad social, por ahora cuentan con el seguro popular de reciente adquisición en el IPN. El ingreso económico mensual es de aprox. \$1,600.00 gastando en alimentos \$1,200, en recreación y cultura \$30 el resto en pagos de gas etc. la vivienda es prestada.

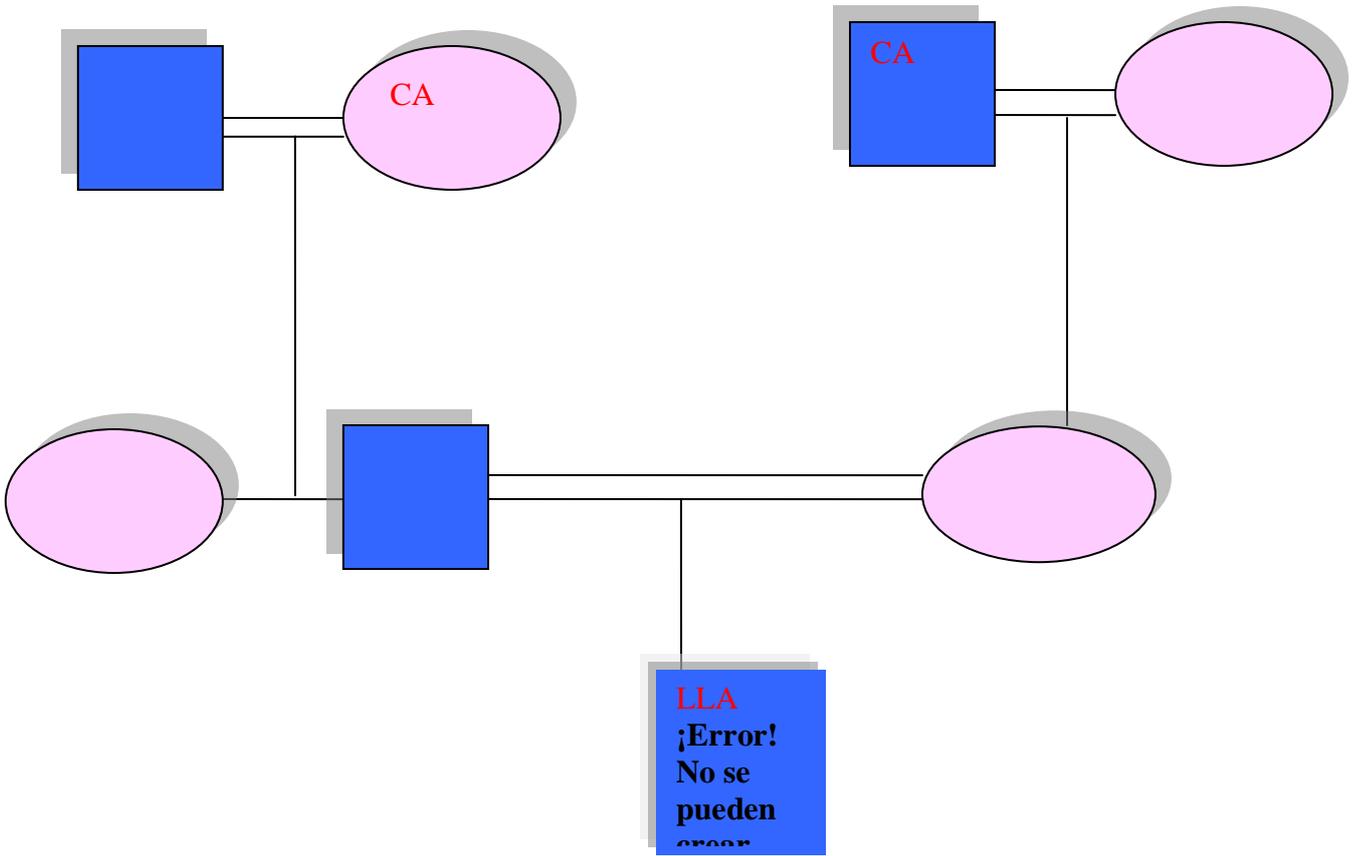
Tipo de familia: funcional (unión libre)

Integrantes de la familia: 3

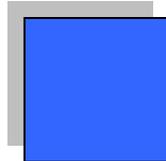
No. Nombre edad sexo escolaridad ocupación parentesco APP Apo Eco.

| | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|----|---|-------------------|-----------|--------|---------|------------------|--|
| 1 | Armando Rubio | 67 | M | 3ero. Primaria | Jornalero | Abuelo | paterno | | |
| 2 | Alicia Hdez. Covarrubias | 54 | F | 3ero. Primaria | Hogar | Abuela | materno | | |
| 3 | Juan Rubio Hdez. | 26 | M | Secundaria | Jornalero | Padre | | Sueldo minimo | |
| 4 | Leydi Contreras Rubio | 22 | F | Secundaria | Hogar | Madre | | | |
| 5 | Mary Cruz Rubbio Hdez. | 18 | F | Bachillerato | empleada | tia | paterno | | |
| 6 | Juan Ociel Rubio Contreras | 2 | M | | | | | | |

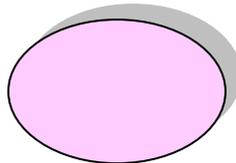
FAMILIOGRAMA



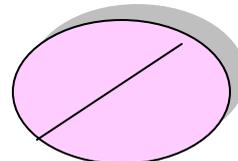
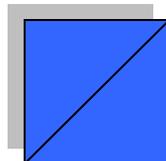
HOMBRE



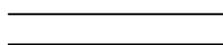
MUJER



FALLECIDOS



UNION



Rutina familiar (enfocada a los tiempos de convivencia)

Ambos padres se encuentran cursando con la crianza del niño, tienen comunicación clara y directa. Por el momento están en el hospital y tratan de jugar a medida de lo posible con Ociel. Pero en casa mientras papá se va a trabajar, mamá y niño están en casa con labores propias del hogar ya en la tarde le dedican tiempo al niño y a veces van al parque y juegan con él. La convivencia con sus abuelos es frecuente juegan mucho y lo consienten.

Problemas familiares: económicos y con abuelos porque lo consienten mucho refiriendo la mamá que aunque este enfermo debe tener límites.

No pertenecen a ningún club de apoyo o autoayuda.

Patrón de vida:

Descripción de un día cotidiano.- En casa papá se va a trabajar, mientras mamá realiza trabajos del hogar y Ociel la acompaña en todo a veces le ayuda en el quehacer con lo que puede. Cuando llega papá le dedican tiempo para jugar con él y a veces van al parque. También juega a veces con sus abuelos ya que comparten el terreno a veces se va con ellos. También realizan los ejercicios de desarrollo que les recomendó facultativo.

Hábitos Higiénicos.- baño cada tercer día con cambio de ropa, con aseo dental 2 veces al día y lavado de manos antes de comer y después de ir al baño. Hacen 2 comidas al día tomando 2 veces leche. Ingieren sus alimentos en la mañana y tarde.

Factores ambientales.- Viven en una zona geográfica suburbana, su casa tiene flores afuera de ella, tienen borregos, pollo y perro, no tienen industrias cerca de casa.

Cuentan con agua, luz, gas como servicios domiciliarios.

Características de la vivienda.- Cuentan con 1 dormitorio, 1 sala, 1 baño (comunitario), 1 cama matrimonial, 1 cuna, 1 mueble para ropa 1 mes con 4 sillas. Esta construida de teja, adobe y el piso de tierra.. La iluminación es adecuada cuentan con 4 ventanas y 1 puerta.

Eliminan la basura 1 vez a la semana.

Disponibilidad y adecuación de los recursos No cuentan con seguridad social, por ahora cuentan con el seguro popular de reciente adquisición en el IPN. El ingreso económico mensual es de aprox. \$1,600.00 gastando en alimentos \$1,200, en recreación y cultura \$30 el resto en pagos de gas etc. la vivienda es prestada.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

Talla: 85 cm. **Peso** 11,400 Kg. **Talla blanco:** 1.65cm.

Valor del desarrollo del motor grueso.- Sonríe y sigue objetos con la vista a los 1 a 4 meses, sostiene la cabeza trata de alcanzar objetos de 2 a 4 meses, balbucea y reconoce a su madre y muestra gusto por la música 3 a 4 meses, se rueda por si mismo 6 meses, sin ayuda, presión palmar, lleva objetos 6 a 8 meses, primeras silabas, se sienta solo y se voltea 7 a 10 meses se mantiene sentado con ayuda, gatea y transfiere objetos de una mano a otra 8 a 10 meses, hace pinción digital con el pulgar y el índice 9 a 11 meses, NO se incorpora ayudándose 10 a 12 meses por lo que es llevado al doctor mandando ejercicios del desarrollo, se mantiene de pie sin ayuda 12 a 14 meses, camina, repite palabras y obedece ordenes sencillas 12 a 15 meses, sube escaleras 15 a 18 meses, corre sin caer mas o menos 15 a 24 meses. 24 meses todavía no controla esfínteres muy bien ahora en el hospital con pañal.

REQUISITOS DE CUIDADO DE DESVIACION DE LA SALUD

Conocimiento de la fisiopatología incluidos los efectos sobre el desarrollo

El motivo de la consulta fue por adenomegalias e inflamación en cuello axilas e ingles, por lo que el motivo de su ingreso fue estudiar estas alteraciones tomar biopsia y laboratorios. Donde se le diagnostico LLA teniendo un desajuste electrolítico por lo que estuvo en terapia intensiva donde fue regresado a su servicio por buena evolución y dado posteriormente de alta del INP por buena evolución siguiendo con tratamiento y control por oncología y el servicio de AQUA .

Teniendo como antecedentes los cuales están en remisión lisis tumoral esclerosis tumoral y bronconeumonia.

El receptor del cuidado Ociel por edad no comprende todavía su enfermedad , pero la mamá agente de autocuidado trata de seguir recomendaciones para no exponerlo a otras enfermedades o recaída ya que comprende que el niño se encuentra bajo de defensas, SE le explico que en esta enfermedad los glóbulos blancos que combaten las infecciones se encuentran inmaduros en sangre y medula ósea ,estos se acumulan en los tejidos haciendo que se hinchen. Por los glóbulos rojos producidos y la medula ósea no aportan cantidades de oxígeno puede padecer anemia y las pocas plaquetas producen hemorragias. Los signos y síntomas pueden parecerse a los de la gripa, astenia, adinamia dolor en nódulos linfáticos, por lo que se le dificulta jugar para su desarrollo.

Conocimiento de las acciones generadoras de autocuidado

Ociel a sufrido cambios que han provocado alteraciones en su proceso natural de desarrollo. Necesita ayuda en todos aspectos de cuidado puesto que su sistema de cuidado actual es inadecuado para cubrir las demandas que le impone su enfermedad. Por lo que lo realiza la mamá.

Afrontamiento de la enfermedad

Es favorable por el interés mostrado en los padres de otorgar seguimiento medico y social de su hijo. Se tiene angustia y ansiedad en ambos padres por el padecimiento del menor.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

1. Mantenimiento de un aporte de aire suficiente.

No se encuentran malformaciones en vías aéreas las cuales están permeables. Es capaz de respirar sin dificultad, de toser y respirar profundo cuando se le pide. Tiene una FR. De 22x' con buen ritmo profundidad y sincronía, con un llenado capilar de 2". Tiene sus campos pulmonares bien ventilados con buena entrada y salida de aire, no se escuchan estertores ni sibilancias.

En la valoración de Silveerman se encuentra ausente: quejido respiratorio, respiración nasal, retracción costal y retracción esternal teniendo en su concentración toraco abdominal expansión en la inspiración, teniendo buena coordinación en la inspiración y expiración. Cuando no esta mamá se altera aumentando el número de respiraciones.

2y 3 Mantenimiento de un aporte de agua y alimento suficiente.

Consume agua de la llave refiere la mamá desinfectarla con gotas y veces refresco, te, toma leche entera 2 veces al día.

Las mucosas se encuentran bien hidratadas, al igual que la lengua, los globos oculares se encuentran hundidos por misma enfermedad y la piel esta hidratada. Orina 4^o 5 veces al día y evacua una vez al día. Por el momento en el hospital tiene un aporte de líquidos intravenoso de 827 mls. Poniéndolo en ayuno cuando tiene estudios.

Le gusta todo tipo de comida, por el momento tiene dieta normal. Su deglución es buena al igual que la masticación.

Su primera ablactación fue a los 4 meses con fruta y verdura progresivamente hasta incluirse a la dieta familiar.

No se encuentra alteraciones en la cavidad oral, cocinando mamá los alimentos. No rechaza ningún tipo de alimento, pero no consumen pescado.

4 Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

Las evacuaciones son café formadas, sin alteraciones anatómicas ni tener dificultad para ella. La urosis 4 a 5 veces al día sin alteraciones anatómicas ni dificultad para la micción, teniendo pérdidas insensibles normales.

Probablemente por el tipo de medicamento oncológico tienda a estreñirse.

No tiene ningún dispositivo y/o drenaje de apoyo.

No realiza ninguna actividad que favorezca los procesos de eliminación. (las normales deambular)

Auscultación, percusión y palpación de abdomen y sistema genitourinario.-

Hipogastrio; normal, Mesogastrio; normal, Hipocondrio derecho borde hepático agrandado, Hipocondrio izquierdo; normal, Flanco derecho e izquierdo; normal, Fosa iliaca derecha e izquierda ; con adenomegalias

5.-Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

En casa duerme bien pero ahora en el hospital se ve afectado su sueño, se encuentra conciente pero débil con un poco de apatía. Realiza ejercicios para el desarrollo por tratamiento preescrito.

6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Por el momento su actitud es deprimido, por la edad y la enfermedad actual se le dificulta la comunicación con los demás, aunque cuando esta con sus padres es un poco mas comunicativo..

Fuera del hogar convive con sus abuelos y tía. SE observa que tiene miedo cuando no esta con su mamá., por lo que su personalidad es todavía dependiente. A veces intenta ser independiente es un poco egoísta con sus juguetes y llora para que mamá se quede con él.

7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano y el desarrollo de la normalidad.

| Ingreso al hospital 26-10-09 | Egreso del hospital 21-11-09 |
|--|---|
| Hb 9, leucos 194mil , Nt 3900, Lt 3000, Blastos 95%, plaquetas 31mil Dhl 1616 acido urico II, resto normal por lo que se le realiza AMO reportandose blastos de 95% tipo linfocitoide, LCR negativo para blastos . Inmunofenotipo CD2 6%, CdD7 91%, CD3 42%, CD5 96%. Ecocardiograma normal. | Hb 11.2, Hto 33.9 Leucos 600. Plaquetas 59mil |

Otros: hemocultivo periferico y central normal PCR menor 0.33, Creatinina B total, Micologia no hubo desarrollo

Como métodos invasivos tiene un catéter tipo arrow instalado el 5 de noviembre sin problemas, permeable.

Estudios específicos USG abdominal , Hepatomegalia 13x12x9cm; esplenomegalia 14.9 x4cm, múltiples adenomegalias desde 1cm hasta 3 cm en forma de conglomerados ganglionares alrededor de la porta hepatis en el retroperitoneo y en la raiz del mesenterio, hay también crecimientos ganglionares importantes en la región peripancreatica.

Biopsia.- CD3 positivo todas las células CD20, CD79a, CD30, CD10 negativos. TdT no valorable Diagnostico Biopsia por aspiracion con aguja delgada de ganglio cervical- Leucemia / linfoma fenotipo T

VALORACION DE LAS CAPACIDADES Y LIMITACIONES

| RECEPTOR DE CUIDADO: Juan Ociel Rubio Contreras | | ETAPA DE DESARROLLO: Preescolar 2 años 9 meses | | |
|--|---------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| AGENTE DE CUIDADO DE PACIENTE: MAMA | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DE AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO |
| 1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE | No se encuentran alteraciones | No se encuentran alteraciones | No se encuentran alteraciones | Es capas de respirar sin dificultad, de toser y respirar profundo cuando se le pide. Teniendo una frecuencia de 22 resp x',teniendo un llenado capilar de 2", a la inhalación buena entrada de aire y en la exhalación buena salida de aire teniendo coordinación en inspiración y expiración. |

VALORACION DE LAS CAPACIDADES Y LIMITACIONES

| RECEPTOR DE CUIDADO: Juan Ociel Rubio Contreras | | ETAPA DE DESARROLLO: Preescolar 2 años 9 meses | | |
|--|---|---|--|--|
| AGENTE DE CUIDADO DE PACIENTE: MAMA | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DE AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO |
| 2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA | Factores del sistema de cuidados de la salud modalidades de tratamiento (médico “quimioterapia”). | No se encuentran alteraciones | Condiciones internas y externas que interfieren la atención o suprimen el deseo para ingerir agua como es la nausea ocasionada por tratamiento | Consume líquidos por si sólo o con ayuda de mama, refiriendo tener sed tiene buena deglución de los líquidos, mostrando preferencia a ciertos líquidos |

VALORACION DE LAS CAPACIDADES Y LIMITACIONES

| RECEPTOR DE CUIDADO: Juan Ociel Rubio Contreras | | ETAPA DE DESARROLLO: Preescolar 2 años 9 meses | | |
|--|---|---|--|--|
| AGENTE DE CUIDADO DE PACIENTE: MAMA | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DE AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO |
| 3.MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS | Factores del sistema de cuidados de la salud; diagnostico medico y modalidades de tratamiento | No se encuentran alteraciones | Condiciones internas y externas que interfieren la atención o suprimen el deseo para ingerir sólidos como es la nausea y anorexia ocasionada por tratamiento | Ingiere alimentos por si mismo o con ayuda de mama, con buena deglución de los sólidos tiene predilección por ciertos alimentos, buen sentido del gusto. |

VALORACION DE LAS CAPACIDADES Y LIMITACIONES

| RECEPTOR DE CUIDADO: Juan Ociel Rubio Contreras | | ETAPA DE DESARROLLO: Preescolar 2 años 9 meses | | |
|---|--|---|---|-------------------------------------|
| AGENTE DE CUIDADO DE PACIENTE: MAMA | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DE AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO |
| 4. PROVISION DE CUIDADOS A SOCIADOS CON EL PROCESO DE ELIMINACION Y LOS EXCREMENTOS | Edad Estado de salud (Leucemia) | Todavía no controla bien esfínteres , cambio de pañal por mama o enfermera resultado de la adinamia y por la hospitalización donde disminuye la estimulacion. | Evacuación intestinal y micción además el entorno por el momento no proporciona intimidad | Aprendiendo a controlar esfínteres. |

VALORACION DE LAS CAPACIDADES Y LIMITACIONES

| RECEPTOR DE CUIDADO: Juan Ociel Rubio Contreras | | | ETAPA DE DESARROLLO: Preescolar 2 años 9 meses | |
|--|---|--|---|--|
| AGENTE DE CUIDADO DE PACIENTE: MAMA | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DE AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO |
| 5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO | Edad Estado de desarrollo Estado de salud Factores del sistema de cuidados de salud; diagnostico medico Factores ambientales | Dificultad para conciliar el sueño ,dificultad para dormir tiempos prolongados, dificultad para caminar distancias requeridas No manejar el dolor | Factores humanos. Debilidad, malestar continuo ansiedad por encontrarse a veces solo o estar en contacto con otras personas. Factores ambientales: ruido que impide el reposo y el sueño | Deambula por si solo, corre y puede subir esacaleras, por el momento se apoya en mama así como para conciliar el sueño |

VALORACION DE LAS CAPACIDADES Y LIMITACIONES

| RECEPTOR DE CUIDADO: Juan Ociel Rubio Contreras | | ETAPA DE DESARROLLO: Preescolar 2 años 9 meses | | |
|--|--|---|--|--|
| AGENTE DE CUIDADO DE PACIENTE: MAMA | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DE AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO |
| 6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL | Estado de salud | No se encuentran alteraciones | Condiciones de vida: continua implicación en la provisión de cuidados asociados con la enfermedad. Factores humanos: edad cronológica y edad de desarrollo, ansiedad o temor a estar solo o con otros | Puede sociabilizar entablando contacto visual, verbal. |

VALORACION DE LAS CAPACIDADES Y LIMITACIONES

| RECEPTOR DE CUIDADO: Juan Ociel Rubio Contreras | | ETAPA DE DESARROLLO: Preescolar 2 años 9 meses | | |
|---|--|--|---|---|
| AGENTE DE CUIDADO DE PACIENTE: MAMA | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DE AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO |
| 7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO HUMANO, Y EL BIENESTAR HUMANO | Edad Estado de salud Disponibilidad y adecuación de los recursos | No es autosuficiente económicamente, además de no tener los medios suficientes para procurar una higiene bucal adecuada y la utilización de medicamentos citotóxicos | Factores humanos: debilidad, estados de sueño, preocupación excesiva y temor a los peligros. Factores ambientales: Recursos, no se dispone de los recursos necesarios para la vida y la salud, o no son adecuados. | Manejar estados de animo, puede reconocer ciertos peligros, como tener cuidado con las escaleras. |

VALORACION DE LAS CAPACIDADES Y LIMITACIONES

| RECEPTOR DE CUIDADO: Juan Ociel Rubio Contreras | | ETAPA DE DESARROLLO: Preescolar 2 años 9 meses | | |
|---|---|---|---|---|
| AGENTE DE CUIDADO DE PACIENTE: MAMA | | | | |
| REQUISITO DE AUTOCUIDADO | FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES | DÉFICIT DE AUTOCUIDADO | FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO | CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO |
| 8. PROMCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL (NORMALIDAD) | Edad Estado de salud Patrón de vida, por el aislamiento sugerido para evitar complicaciones como seria una infección agregada. Incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente. | No se encuentran alteraciones | Factores humanos: Estados; emocionales intensos que restringen la atención e interfieren en la percepción como es la ausencia de la madre cuando tiene que abandonar el hospital. | Reconoce limitaciones Capacidad de pensar en ser normal. |

JERARQUIZACION DE REQUISITOS

| REQUISITO UNIVERSAL DE AUTOCUIDADO | SISTEMA DE ENFERMERIA | | |
|--|--------------------------|----------------------------|-----------------|
| | Totalmente Compensatorio | Parcialmente Compensatorio | Apoyo/Educativo |
| Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo | X | X | X |
| Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bien estar humano | X | X | X |
| Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social | X | | X |
| Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos | | | X |
| Mantenimiento de un aporte suficiente de aire | | | X |
| Mantenimiento de un aporte suficiente de agua | | | X |
| Previsión de cuidados asociados con el proceso de eliminación y los excrementos | | | X |
| Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal | | | X |

PREESCRIPCION DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO: Dolor agudo relacionado con procedimientos invasivos manifestado por llanto, irritabilidad, tristeza, gesticulaciones.

OBJETIVO: Juan Ociel obtendrá una disminución gradual del dolor hasta erradicarse manifestándolo verbalmente entre los primeros 3 a 5 días durante su hospitalización.

| ACTIVIDAD DE ENFERMERIA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio | |
|--|---|---|
| | FUNDAMENTACION | EVALUACION |
| <p>-Valorar la intensidad, localización y duración del dolor. Ayudándonos de la escala de caritas cada 8 horas, (ver anexo cuadro 1 fig 1); Durante la estancia en el hospital, al inicio del turno. (Independiente)</p> <p>-Valorar los factores desencadenantes del dolor. Como pueden ser tratamientos, descanso etc. Cada 4 horas dentro de la habitación o durante medicación.</p> <p>_Valorar los signos no verbales del dolor.</p> | <p>-El dolor puede ser intensidad bajo o moderada, puede ser continuo, intenso o profundo, puede ser duración aguda (menos de 6 meses) o crónica (mas de 6 meses).⁶¹</p> <p>-Por su patología es un dolor que pueden estar causadas por la progresión de su patología relacionada con los procedimientos invasivos las toxicidades de tratamiento, una infección y las limitaciones físicas.⁶²</p> <p>-Los pacientes con dolor se sienten agotados,</p> | <p>Se observa de acuerdo a la escala de caritas la disminución del dolor a un grado "O" en Ociel, ya que se le ve tranquilo y sin llanto, manifestando verbalmente no sentir molestias, ya no tiene llanto además empieza a realizar manualidades con ayuda de su mamá, al cual se le ve contento al ser dado de alta del hospital. Manteniendo un sistema de enfermería de apoyo y educación. (ver anexo cuadro 1 fig 3)</p> |

⁶¹ L.J.Carpenito Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería Mc Graw-Hill Interamericana 1a. edicion 1994 pp380,383

⁶² IDEM

| | | |
|--|---|--|
| <p>Cada hora, en los tres turnos en sus habitaciones al pie de la cama. (Independiente) Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lenguaje corporal ▪ Dormir expresión facial ▪ Actividad motora ▪ Tono muscular ▪ Consuelo Llanto ▪ 4 Signos Fisiológicos: frecuencia cardiaca, presión arterial sistólica, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.(ver cuadro 1 fig.2) <p>-Controlar los factores ambientales que pueden aumentar la percepción del dolor, temperatura, ruido e iluminación, cada 8 horas en su habitación (Independiente)</p> <p>-Utilizar experiencias previas de dolor y métodos de alivio que haya utilizado. Al inicio del dolor y recordarlo cada 24 horas</p> | <p>hay cambios de conducta, los preescolares son incapaces de dar explicaciones sobre el dolor.⁶³</p> <p>-Son factores que pueden afectar significativamente a la respuesta del dolor.</p> <p>-La estimulación de la piel para ayudar a aliviar el dolor, un masaje, un baño de agua caliente, una bolsa de hielo, son las maneras</p> | |
|--|---|--|

⁶³ Kelly,J.O. (1983) Standards of clinical nursing practice: Neutropenia and Thrombnocytopenia. Cancer Nursing 6(6). 487-494.

| | | |
|--|---|--|
| <p>(Interdependiente) Por ejemplo frotar la piel , dar masaje sobre zonas de dolor, fomentos calientes o frios.</p> <p>-Ayudar al paciente a encontrar posiciones cómodas que reduzcan al mínimo el dolor. En cuanto existan síntomas de dolor. Por ejemplo adoptar una posición fetal.</p> <p>-Pedir la ayuda de la madre para conseguir un estado de tensión física mínima mediante técnicas de relajación: música, visualización, diversión. Cada 2 horas mientras este la madre presente durante los tres turnos (Interdependiente)</p> <p>-Procurar un ambiente tranquilo con oportunidades de reposo durante el día y periodos interrumpidos de sueño por la noche. Mientras se encuentre</p> | <p>simples de reducir la percepción del dolor.</p> <p>-Las posiciones adecuadas del cuerpo producen relajación progresiva de todo el cuerpo, los pacientes se relajan mejor con los ojos cerrados. (Carpenito 1994;380)</p> <p>-El sistema particular inhibe los estímulos dolorosos si el individuo recibe una entrada sensorial decisiva o suficiente con estímulos sensoriales significativos; un individuo puede ignorar o hacerles inconscientes al dolor.</p> <p>-La fatiga aumenta la percepción del dolor, la sensación de agotamiento intensifica el dolor o disminuye la capacidad de superarlo. (Carpenitp1994 ;485)</p> | |
|--|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>hospitalizado y en su habitación.</p> <p>-Administrar los analgésicos indicados observando los efectos terapéuticos en horarios correspondientes durante los tres turnos</p> <p>⇒ Acetaminofen 160mg cada 8 horas</p> | <p>-Los analgésicos pueden proporcionar un alivio relativamente rápido y disminuye la probabilidad de que el dolor empeore</p> | |
|--|--|--|

PREESCRIPCION DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con disminución en la absorción de los nutrientes, manifestado por un peso corporal de 11,400Kg dentro de la percentila diez, palidez de tegumentos , nauseas y falta de interés en los alimentos.

OBJETIVO: Lograr que Ociel recupere su peso ideal progresivamente, durante su estancia en el hospital, mediante el consumo de nutrientes, necesarios para su desarrollo por medio del cambio de hábitos alimenticios.

| ACTIVIDAD DE ENFERMERIA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: totalmente compensatorio | |
|--|--|--|
| | FUNDAMENTACION | EVALUACION |
| <p>-Valorar a diario el estado nutricional, turgencia de la piel, masa corporal y talla. Cada 24 horas (Independiente)</p> <p>-Valorar peso diario (cada 24 horas) en ayunas por la mañana, sin ropa y en la misma bascula de pie. (Independiente) (ver anexo cuadro 2 fig 1)</p> <p>-Elaborar una dieta que proporcione una nutrición alta en calorías y proteínas</p> | <p>- Las características de la piel son importantes para ver si no hay bajo peso o hasta una desnutrición. Durante los tres años de vida aumenta la estatura de 8 a 9 centímetros anuales. (Carpenito 1994 ;315)</p> <p>-Durante el tercer año de vida las ganancias de peso son relativamente constantes aproximadamente 2 kilos por año.</p> <p>- Proteico facilita la reparación y regeneración celular, calorías dan energía.(Carpenito</p> | <p>Se observa un ligero aumento de peso de aproximadamente de 1Kg, (en 14 dias) aunque todavía dentro de la percentila diez, los alimentos son de mejor calidad y gusto de Ociel por lo cual empieza a comer un poco mas, en cuanto a los líquidos consume mas con ayuda de su mama. Se espera con este aumento gradual llegue a su peso ideal.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>(aprox. 1400 cal), durante la hospitalización. Tres veces al día (Interdependiente) (ver anexo cuadro 2 fig.2)</p> <p>A través de una:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Dieta rica en nutrientes, con variación del sabor, textura y presentación de los alimentos. (Interdependiente) ✚ En colaboración con e medico y dietista, aportar suplementos nutricionales orales de acuerdo a requerimiento basal por edad. Al inicio de tx (Interdependiente) ✚ Servir comidas quíntuples y colación nocturna, nutritiva y rica en calorías. como por ejemplo: comidas dulces como flan o duraznos | <p>1994;315)</p> <p>-Los nutrientes son elementos necesarios de energía son cubiertas por 6 categorías de nutrientes (HC, proteínas, lípidos, agua, vitaminas y minerales).⁶⁴</p> <p>-El gasto energético en reposo, altura, peso mediano e ingesta energética recomendada es de 1,300 Kcal. Al día. Es necesario un a ingesta calórica media de aproximadamente 98 Kcal./Kg peso. (Carpenito 1994; 516)</p> <p>-El paciente puede agobiarse con las comidas en grandes cantidades y a menudo no comerá nada cuando se le presenten comidas abundantes.</p> <p>-Al ser preescolar, hay que valorar la cantidad de alimentos que esta comiendo.</p> <p>-Ya que los alimentos del hospital no son de</p> | |
|---|--|--|

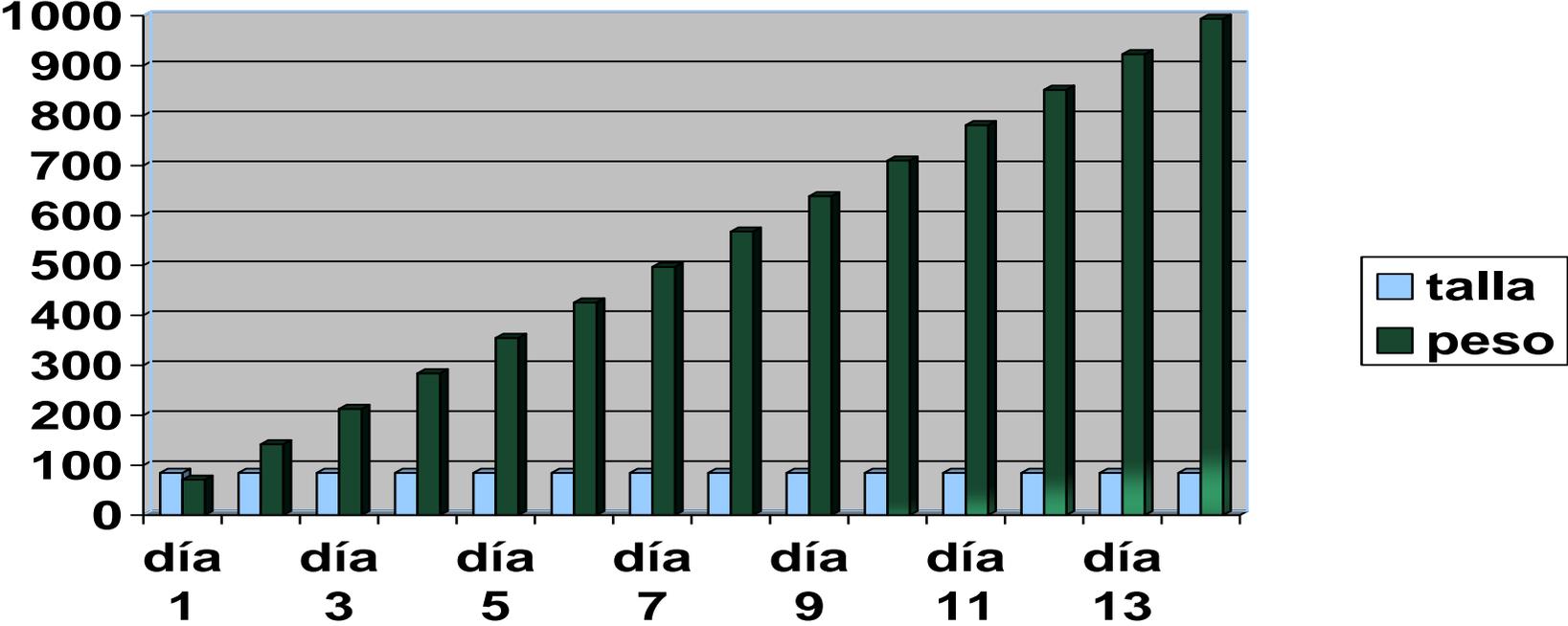
⁶⁴ <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/guialeucemiamentos15.pdf>

| | | |
|---|---|--|
| <p>✚ Dar suplementos alimenticios Cada 8 horas ejemplo ensure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a comer a paciente. En cada comida proporcionarle utensilios y si es necesario llevarle la comida a la boca -Se sugiere que puede traer de casa los alimentos preferidos del paciente. - Eliminar todos los estímulos desagradables del entorno, especialmente los olores nocivos. -Administrar y ministrar los antieméticos antes de las comidas según las indicaciones médicas y el estado del paciente. (Dependiente) -Realizar higiene bucal antes y después de los alimentos. En los tres turnos -Evitar dar líquidos en las comidas. -Explicar a la mamá la importancia de que el niño | <p>su agrado, se puede traer lo que el niño tenga antojo, y así estimular el apetito. (Carpenito 1994; 380, 383)</p> <p>-Los estímulos no agradables tales como olores nocivos estimularán las náuseas y los vómitos.</p> <p>-Las medicaciones antieméticas bloquean la estimulación del auténtico centro del vómito y de la zona desencadenante de los quimiorreceptores en el cerebro, disminuyendo promoviendo la relajación. -La dentición se completa en esta etapa. Con un total de 20 piezas. Iniciar desde etapas tempranas hábitos de higiene previene caries (Carpenito 1994;315)</p> <p>-La planificación hace un éxito del paciente nutricional es una estrategia multidisciplinaria</p> | |
|---|---|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>consume muchos líquidos después de los alimentos. No entre los alimentos (Interdependiente)</p> <p>(ver anexo cuadro 2 fig3)</p> | <p>a través del cuidado continuo.</p> <ul style="list-style-type: none">-Los líquidos fomentan las náuseas, porque estimulan el volumen de los receptores y la saciedad precoz.(Carpenito 1994;516)-El agua es un componente corporal vital que actúa como solvente para los procesos metabólicos y ayuda a eliminar toxicidad de la quimioterapia más rápido.⁶⁵ | |
|---|--|--|

⁶⁵ IDEM

GRAFICA DE AVANCE DE PESO Y TALLA FIG1



PREESCRIPCION DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: Fatiga relacionada con proceso de la enfermedad manifestado por dificultad para caminar distancias requeridas y para realizar actividades recreativas.

OBJETIVO: Ociel reconocerá, junto con su mama la forma de mantenerse más activo estando motivado para caminar (visitando compañeros de hospital) y ocupado por más tiempo en su estancia en el hospital, realizando manualidades

| ACTIVIDAD DE ENFERMERIA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: parcialmente compensatorio | |
|---|--|---|
| | FUNDAMENTACION | EVALUACION |
| <p>-Identificar las alteraciones que causan fatiga a Ociel Cada 8 horas especialmente matutino y vespertino como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Cansancio, por aburrimiento y falta de sueño. ▫ Respuesta normal al esfuerzo físico. ▫ Estrés emocional <p>(Independiente)</p> <p>-Coordinar las actividades para procurar periodos tranquilos de descanso y sueño.</p> | <p>- Los medicamentos ministrados por su enfermedad como son prolongados uno de los efectos: fatiga, como resultado de tratamiento. (Carpenito 1994; 316)</p> <p>- Un descanso y sueño apropiados son tan importantes para la salud como una buena nutrición con un ejercicio adecuado. Sin las cantidades apropiadas de sueño y descanso, la capacidad para concentrarse y participar en las actividades diarias disminuye, la irritabilidad aumenta.(Carpenito 1994; 318)</p> <p>- La terapia de relajación y relación puede ayudar a reducir la ansiedad que interfiere</p> | <p>Se observa mas activo a Ociel logrando que visite a sus compañeros de cuarto, compartiendo juguetes con ellos durante el turno matutino y vespertino también toma el tiempo para realizar manualidades y jugar, claro que con ayuda de mama. Logrando no estar aburrido, teniendo un buen descanso a través del sueño ya que La fatiga puede ser una respuesta normal e importante al esfuerzo físico, al estrés emocional, al aburrimiento o a la falta de sueño.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Procurar siesta cada 4 horas de aprox 30 minutos (Independiente)</p> <p>-Realizar ejercicios pasivos durante el día como caminar en las salas de juegos. Por lo menos una vez cada 8 horas excepto noches (Interdependiente)</p> <p>-Observar durante los tres turnos las horas de descanso del niño (Independiente)</p> <p>-Animar al paciente a formar parte de sus propios cuidados. Durante los tres turnos (Independiente)</p> <p>-Vigilar las quejas subjetivas de fatiga así como los cambios de las constantes vitales. (Independiente)</p> | <p>con la fatiga.</p> <p>-Un preescolar duerme una media de 12 horas durante la noche, suele tener dificultad para relajarse y tranquilizarse tras un día tan largo.⁶⁶</p> <p>-El niño que ayuda con su baño, lavado de dientes, arreglo personal lo mantiene en actividad pasiva.</p> <p>-El paciente es poco susceptible a la actividad, ya que el sistema inmunológico esta deprimido son muy poco tolerables a la actividad.</p> <p>-Existen movimientos típicos del cuerpo y expresiones faciales que indican fatiga, por lo regular las constantes vitales permanecen dentro de parámetros normales.</p> | |
|--|---|--|

⁶⁶ Madeleyn T. Nordmark Bases Científicas de la enfermería ed. El manual moderno sa. De cv. México 2da edición 1998 pp410

PREESCRIPCION DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: Deterioro del patrón del sueño relacionado con estrés por estancia hospitalaria manifestado por dormir periodos cortos durante el día, dificultad para conciliar el sueño por la noche, irritabilidad y llanto.

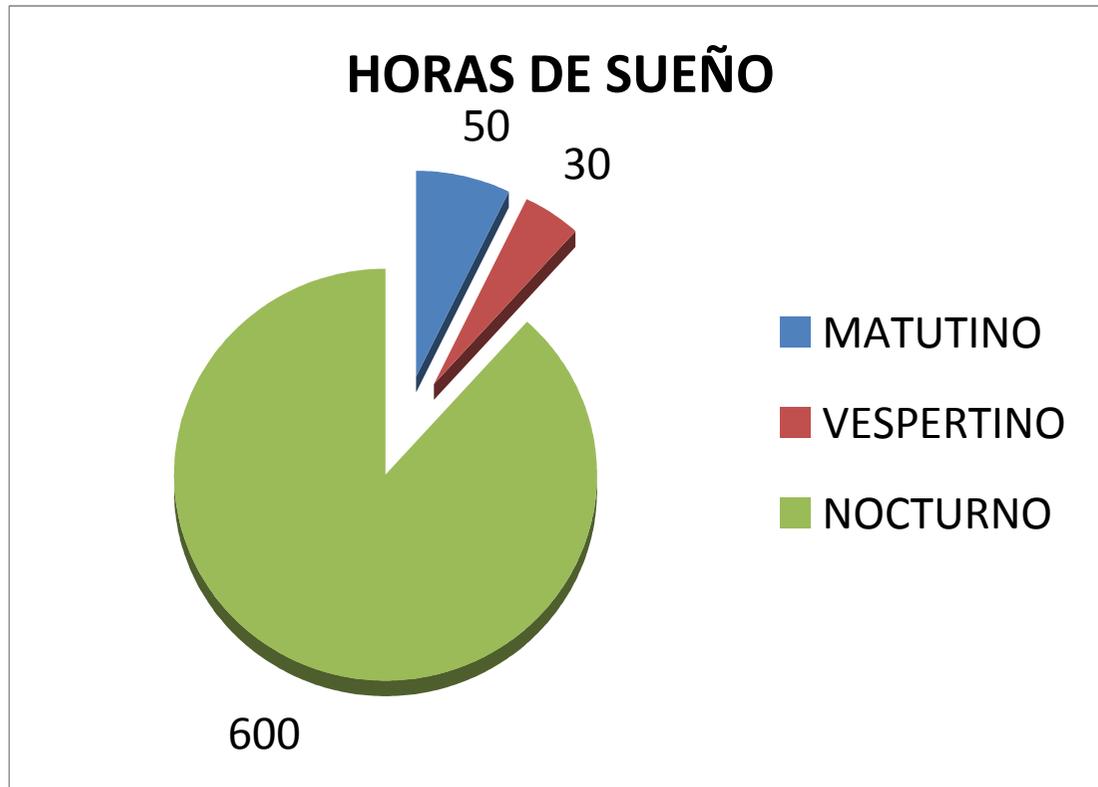
OBJETIVO: Ociel conseguirá un patrón del sueño, llegando a un nivel 4 en un periodo de 5 días durante su estancia en el hospital.

| ACTIVIDAD DE ENFERMERIA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: totalmente compensatorio | |
|---|--|---|
| | FUNDAMENTACION | EVALUACION |
| <p>-Explicar a la mama sobre la importancia de establecer un horario para acostarse. Por lo menos procurara su sueño cada 4 horas durante el día un promedio de 30 a 60 minutos y si es posible 10 horas continuas durante la noche. (Interdependiente)</p> <p>-La enfermera vigilara y anotara las horas de sueño. Por lo menos dos veces por turno durante el día y en la noche a medida de lo posible 10 horas continuas. (ver anexo cuadro 3 fig 1)</p> | <p>- Conseguir la mejor calidad de sueño posible es importante para tener un buen estado de salud y para la recuperación de las enfermedades.(Carpenito 1994; 420)</p> <p>- Los enfermos suelen requerir mas horas de sueño y descanso, si las cantidades apropiadas de sueño y descanso, la capacidad para concentrarse y participar en actividades varias disminuye y aumenta la irritabilidad.(Carpenito 1994; 420)</p> <p>-El estrés emocional influye en que el</p> | <p>Se logra estabilizar un patrón de sueño llegando por la noche a horas largas ininterrumpidas de sueños hasta el nivel 4</p> <p>Se observa a Ociel menos irritable durante su estancia en el hospital teniendo periodos de risa. (ver anexo cuadro 3 fig 2) En la grafica se observa aumento de las horas de sueño, donde se muestra lo niveles de sueño o fases)</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>- Ayudar a Ociel a identificar las maneras de eliminar las preocupaciones que lo estresan sobre su estancia en el hospital. (Independiente)</p> <p>-Controlar el entorno de la habitación en cuanto a ruido, temperatura y luz. Sobre todo durante la noche, apagar luces, eliminar ruidos (Independiente)</p> <p>- La enfermera reducirá al mínimo las interacciones y el ruido y procurara no realizar procedimientos en la noche. (Independiente)</p> <p>-Animar a Ociel sobre realizar paseos durante el día. Dos veces por turno durante el día (Interdependiente)</p> <p>- No realizar paseos o actividades en la noche o 2 o 3 hors antes de acostarse</p> | <p>paciente despierte con frecuencia por la preocupación de un probable estudio que le vayan a realizar.(Carpenito 1994, 420)</p> <p>-El entorno físico en el que duerme el niño tiene una influencia importante sobre la capacidad de conciliar el sueño y permanecer dormido.</p> <p>- Los niños son mas perceptibles a los factores que les altera el sueño, es importante priorizar cuidados para no interrumpir el sueño. (Carpenito 1994; 420).</p> <p>-El ejercicio puede aumentar los grados de actividad y la necesidad de dormir.</p> <p>-El ejercicio antes de dormir es un estimulante.⁶⁷</p> | |
|--|--|--|

⁶⁷ IDEM Madeleyn T. Nordmark Bases Cientificas de la enfermería ed. El manual moderno sa. De cv. México 2da edicion 1998 pp 312-17

EVALUACION



Se observa en la grafica que en los turnos matutino y vespertino logra tomar siestas de 50 minutos y 30 minutos respectivamente logrando conciliar el sueño hasta por 10 horas continuas en el turno nocturno.

PREESCRIPCION DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: Alteración de la mucosa oral relacionado con medicamentos citotóxicos, manifestados por gingivitis y encías con manchas blanquecinas en lengua y carrillos

OBJETIVO: Lograr que Ociel disminuya las lesiones en su mucosa oral y pueda alimentarse en su estancia hospitalaria mediante aseos frecuentes que lo realizara la mama o la enfermera.

| ACTIVIDAD DE ENFERMERIA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: totalmente compensatorio | |
|---|--|---|
| | FUNDAMENTACION | EVALUACION |
| <p>-Evaluar las lesiones de la mucosa oral una vez por turno. La enfermera inspeccionara la cavidad oral cuidadosamente para verificar color, hidratación, textura y comprobar si hay lesiones. (Independiente)</p> <p>-Valorar la cantidad de consumo de líquidos por turno realizando los registros respectivos (Independiente)</p> | <p>-La mucosa oral debe ser húmeda y de color rosa pálido.</p> <p>-La inspecciona la cavidad oral de los pacientes sometidos a quimioterapia es importante ya que este tratamiento provoca serios cambios en la función de las glándulas salivales y en la integridad de la mucosa.⁶⁸</p> <p>-Disminuye el consumo de alimento ya que la digestión comienza en la boca donde la comida es descompuesta, médicamente por el proceso de masticación, cuanto mas</p> | <p>Se observa mejoría en las mucosa oral de Ociel habiendo disminución de las manchas blanquecinas existiendo una adecuada ingesta de alimentos. Mediante la realización de aseos orales efectivos.</p> |

⁶⁸ Madeleyn T. Nordmark Bases Científicas de la enfermería ed. El manual moderno sa. De cv. México 2da edición 1998 pp 228

| | | |
|--|--|--|
| <p>- Verificar y Enseñar a la mama de Ociel hábitos de higiene bucal meticulosa y explicar la importancia de realizar higiene bucal en la mañana y después de cada alimento. (Independiente)</p> <p>-Enseñar a Ociel como debe lavarse los dientes y cuidar su boca. Antes y después de cada comida , durante los diferentes turnos según lo requiera.(Independiente)</p> <p>-Ministrar medicamentos, según prescripción medica. (Interdependiente) Colutorios con la sig formula especial; Sol Philadelphia 50ml de agua, 12.3 ml de xilocaina, 20 ml de ,elos, 10 mg nistatina y 20 ml de benadryl. Cada 8 horas</p> | <p>tiempo de mastique los alimentos, mayor es la proporción de la digestión y absorción de nutrientes.. (Carpenito 1994; 445)</p> <p>- La higiene bucal regular es necesaria para mantener libre de enfermedades de la superficie dental y para prevenir la gingivitis.</p> <p>-En la etapa preescolar hay 20 dientes. Los niños de esta etapa ya pueden empezar a cepillarse sus dientes y aprender de sus padres prácticas higiénicas. ⁶⁹</p> <p>-Para evitar infecciones los medicamentos ejercen su poder bacterial fungicida según sea el caso, y evitan complicaciones.</p> | |
|--|--|--|

⁶⁹ Madeleyn T. Nordmark Bases Científicas de la enfermería ed. El manual moderno sa. De cv. México 2da edición 1998 pp 552

PREESCRIPCION DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: Alto riesgo de infección relacionado a una mayor susceptibilidad, secundaria a la leucemia y a los efectos secundarios de la quimioterapia

OBJETIVO: La mama de Ociel identificara los factores de riesgo que pueden reducirse, en el hospital como en el hogar, expresando los primeros signos y síntomas de infección

| ACTIVIDAD DE ENFERMERIA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: Apoyo/Educativo | |
|---|--|---|
| | FUNDAMENTACION | EVALUACION |
| <p>-Establecer medidas para impedir la exposición a causas conocidas o posibles de infección: Durante los tres turnos cada 8 horas en la estancia en su dormitorio durante su estancia hospitalaria</p> <p>a. Mantener un aislamiento protector siguiendo la política del centro. b. Mantener un meticuloso lavado de manos. c. Proporcionar una higiene escrupulosa d. Limitar las visitas que padezcan resfriado, gripe o infecciones. e. Realizar una buena higiene peri anal dos veces al día y después de cada</p> | <p>-Estas preocupaciones reducen la exposición del paciente a bacterias, virus y hongos exógenos o endógenos.⁷⁰</p> | <p>La mama de Ociel aprende a identificar factores de riesgo, por lo que se reducen estos, además reconoce signos y síntomas de infección.</p> <p>Ociel no presenta infección</p> |

⁷⁰ L.J.Carpentito Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería Mc Graw-Hill Interamericana 1a. edición 1994 pp223

| | | |
|---|--|--|
| <p>deposición.</p> <p>f. Limitar las flores y las plantas.</p> <p>g. Limitar las verduras y las frutas frescas.</p> <p>h. Realizar una buena higiene bucal después de cada comida.</p> <p>(Independiente)</p> <p>-Avisar al médico en caso de producirse cualquier cambio en las constantes vitales. Según sea necesario en cada turno (independiente)</p> <p>-Realizar un cultivo de esputo, orina, diarrea, sangre y secreciones orgánicas anómalas, según se ordene. (Interdependiente)</p> <p>-Explicar el motivo de las preocupaciones y restricciones. Por razón necesaria (Independiente)</p> <p>-Decir al paciente y a la familia que la mayor susceptibilidad a la infección es solo temporal. (La granulocitopenia puede persistir durante 6 a 12 semanas). (Independiente)</p> <p>-Reducir los procedimientos invasivos, p. ej., exploración rectal, sondaje vesical permanente (foley)</p> | <p>-Los cambios sutiles Madeleyn T. Nordmark Bases Científicas de la enfermería ed. El manual moderno sa. De cv. México 2da edición 1998 pp417-18</p> <p>en las constantes vitales pueden tratarse solo de signos tempranos de sepsis.⁷¹</p> <p>-Los cultivos pueden confirmar la infección e identificar el agente causante.</p> <p>-La comprensión del paciente puede mejorar su cumplimiento y reducir los factores de riesgo.</p> <p>-Comprender la naturaleza temporal de la granulocitopenia puede ayudar a impedir que el paciente y la familia se desanimen.</p> <p>-Determinados procedimientos provocan lesión tisular, aumentando la susceptibilidad a la infección. (Madeleyn T. 1998; 425)</p> | |
|---|--|--|

⁷¹ Madeleyn T. Nordmark Bases Científicas de la enfermería ed. El manual moderno sa. De cv. México 2da edición 1998 pp 425

PREESCRIPCION DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: Alto riesgo de lesión debido a la tendencia a hemorragia secundaria a la leucemia y a los efectos secundarios de la quimioterapia

OBJETIVO: Los padres de Ociel identificaran los factores de riesgo de la hemorragia que pueden reducirse, describir signos y síntomas tempranos de hemorragia

| ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: Apoyo/Educativo | |
|--|--|--|
| | FUNDAMENTACION | EVALUACIÓN |
| <p>1. Buscar signos de hemorragia, a diario y en cada turno, según sea necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Petequias en piel y mucosas. b. Equimosis en piel y mucosas. c. Hematomas en piel y mucosas. d. Encías sangrantes. e. Epistaxis. f. Hemorragia conjuntival. g. Hematemesis o emesis en posos de café. | <p>1. Es necesario realizar frecuentes valoraciones globales del organismo para detectar los primeros signos de hemorragia.⁷²</p> | <p>Los papas de Ociel aprenden a identificar factores de riesgo sobre la hemorragia, describiendo signos y síntomas tempranos de la misma.</p> |

⁷² L.J.Carpenito Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería Mc Graw-Hill Interamericana 1a. edicion 1994 pp380,383

| | | |
|--|---|--|
| <p>h. Hemoptisis.</p> <p>i. Hematuria.</p> <p>j. Hemorragia rectal o melenas.</p> <p>l. Cambios en el estado neurológico, p.ej., cefalea, visión borrosa, pérdida visual, desorientación, convulsiones.(pudiendo ser de minutos, segundos u horas)</p> <p>m. Cambios en el estado abdominal, p. ej., dolor epigástrico, ausencia de ruidos intestinales, rigidez abdominal. (Independiente)</p> <p>2. Transfundir hemoconcentrados, según se ordene. (Interdependiente) La indicación de transfusión sanguínea debe ser cuando los beneficios superen los riesgos. El ritmo de reposición se hará a razón de 10 ml/Kg/hora, si no existe insuficiencia cardíaca. Si existe insuficiencia cardíaca la velocidad de</p> | <p>2. Se realizan transfusiones de plaquetas para mantener el recuento plaquetario y reducir el riesgo de sangrado.</p> | |
|--|---|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>infusión máxima será de 2 ml/Kg/hora. Para el cálculo de la dosis a administrar de plaquetas debe saberse que 5-10 ml/Kg de concentrado incrementan el recuento de plaquetas en 50-100.000/mcl. En niños de mas de 10 Kg, la infusión de 1 U por cada 10 Kg puede producir los mismos resultados.</p> <p>3. Reducir los procedimientos invasivos; evitar lo siguiente: (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Temperatura rectal. b. supositorios. c. Inyecciones intramusculares, subcutáneas. d. sondaje vesical. <p>4. Aplicar presión sobre las zonas de punción durante 3 a 5 minutos.</p> | <p>3. Los procedimientos invasivos pueden producir lesión tisular⁷³</p> <p>4. Así se impide que se prolongue el sangrado en las zonas de punción, ya que puede producir lesión en las</p> | |
|---|--|--|

⁷³ Madeleyn T. Nordmark Bases Científicas de la enfermería ed. El manual moderno sa. De cv. México 2da edición 1998 pp 321

| | | |
|---|--|--|
| <p>5. Proporcionar un cepillo de dientes suave o torundas para la higiene bucal. Que se realizara por lo menos una vez por turno</p> <p>6. Explicar al paciente y a la familia lo siguiente: (Independiente, Dependiente, Interdependiente)</p> <p>a. Fundamentos de las precauciones.</p> <p>b. signos y síntomas que deben notificarse a un profesional de la salud. Por ejemplo irritabilidad sangrado etc.</p> <p>c. necesidad de evitar la medicación que interfiere con la función plaquetaria; proporcionar una lista.</p> <p>7. Tomar medidas para impedir el</p> | <p>estructuras subyacentes, como los nervios.</p> <p>5. Esto puede ayudar a evitar las lesiones de la mucosa oral, susceptible al sangrado.</p> <p>6. La comprensión del paciente y su familia pueden fomentar el cumplimiento y mitigar la ansiedad.</p> <p>7. El estreñimiento puede producir tensión en la porción inferior del aparato digestivo y posible hemorragia hemorroidal.</p> | |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| estreñimiento; administrar reblandecedores de las heces según se ordene y sea necesario. Dependiente Interdependiente | | |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>3. Enseñar la importancia de una optima alimentación. (independiente)</p> | <p>conservación de la energía reduce la fatiga.⁷⁴</p> | |
| <p>4. Proporcionar información escrita sobre la leucemia (asociación) y la solicitud de admisión a esta, y fundaciones locales para la leucemia. Dependiente)</p> | <p>3. Una ingesta adecuada de proteínas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales es necesaria para la reconstrucción tisular y una mayor resistencia a la infección.</p> <p>4. Estos recursos pueden proporcionar un apoyo emocional y posible ayuda económica.</p> | |
| <p>5. Enseñar a examinar la mucosa bucal a diario y la importancia que tiene una buena higiene bucal. Sin manchas secreciones (Independiente)</p> | <p>5. Unos mecanismos de defensa inadecuados aumentan el riesgo de infección.</p> | |
| <p>6. Enseñar la importancia de una buena higiene perianal y evitar el estreñimiento y</p> | <p>6. Pueden aparecer abscesos rectales debido a lesión y estreñimiento,</p> | |

⁷⁴ L.J.Carpenito Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería Mc Graw-Hill Interamericana 1a. edición 1994 pp380,383

| | | |
|--|---|--|
| <p>las lesiones rectales (p.ej., enemas, termómetros)</p> <p>7. Enseñar a evitar toda inmunización.</p> <p>8. Enseñar a evitar los fármacos que se venden sin receta.</p> <p>9. Enseñar las medidas para evitar la presencia de bacterias en la dieta:</p> <p>a. Evitar las frutas y verduras frescas.</p> <p>b. Evitar los alimentos fritos que sirven en restaurantes.</p> <p>10. Enseñar al paciente a notificar lo siguiente:</p> <p>a. Petequias y equimosis.</p> <p>b. Fiebre y escalofríos.</p> <p>c. Aumento del malestar.</p> | <p>aumentando la susceptibilidad a la infección.</p> <p>7. El paciente inmunodeprimido debe evitar la inmunización por carecer de la capacidad de crear anticuerpos, pudiendo contraer la enfermedad a partir de la inmunización.</p> <p>8. Muchos de los FSR contienen guaifenesina que interfieren con la función plaquetaria.</p> <p>9. Estos alimentos son una posible fuente de bacterias.</p> <p>10. Estos signos y síntomas pueden ser las únicas indicaciones de infección.</p> | |
|--|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| d. Tos e. Dolor rectal f. Cambios en las heces. 11. Explicar la quimioterapia | | |
|--|--|--|

PREESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: Ansiedad relacionada a la quimioterapia prescrita manifestada por falta de conocimiento acerca de la quimioterapia y medidas de autocuidado.

OBJETIVO: Los padres y Ociel compartirán sus sentimientos en relación con la quimioterapia programada, describirán los efectos previstos enumeraran signos y síntomas de toxicidad, identificarán importantes medidas de autocuidado.

| ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: Apoyo/educativo | |
|--|---|---|
| | FUNDAMENTACION | EVALUACIÓN |
| <p>1. Animar al paciente y papas a compartir sus sentimientos y opiniones en relación con la quimioterapia. Aplazar la enseñanza en caso de que haya alto grado de ansiedad. (Independiente) PRN</p> <p>2. Razonar las explicaciones del medico acerca de la quimioterapia: fármacos, dosificación programada, acciones y efectos secundarios. Interdependiente PRN</p> <p>3. Explicar los efectos terapéuticos de los fármacos citotóxicas Proporcionar</p> | <p>1. Con la expresión verbal se pueden identificar motivos de ansiedad, permitiendo a la enfermera corregir la información errónea. Un alto grado de ansiedad deteriora el aprendizaje.⁷⁵</p> <p>2-5 Las explicaciones concretas proporcionan información para ayudar a mitigar la ansiedad asociada al temor a lo desconocido y la pérdida del control.(Carpenito 1994; 601)</p> | <p>Los padres de Ociel y él comparten y comentando sus sentimientos de la quimioterapia, describen los efectos secundarios así como signos y síntomas de toxicidad de la quimioterapia identificando medidas de autocuidado</p> |

⁷⁵ L.J.Carpenito Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería Mc Graw-Hill Interamericana 1a. edición 1994 pp601

| | | |
|---|--|--|
| <p>información escrita. Dependiente</p> <p>4. Explicar los efectos secundarios frecuentes y la toxicidad de la quimioterapia. (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none">a. Descenso del recuento leucocitariob. Descenso del recuento plaquetario.c. Infección.d. Trastornos digestivos. <p>Caída del cabello.</p> <ul style="list-style-type: none">f. fatiga.g. respuestas emocionales. <p>5. Comentar las medidas de autocuidado, encaminadas a reducir el riesgo de toxicidad:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Nutrición.b. Higiene.c. Reposod. Actividad | | |
|---|--|--|

PREESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: Alteración del confort relacionado a la lesión de células gastrointestinales, manifestado por estimulación del centro del vomito, temor y ansiedad.

OBJETIVO: Ociel manifestara tener menos nauseas y vómitos tolerara más los alimentos y los líquidos.

| ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA | SISTEMA DE ENFERMERÍA: parcialmente compensatorio | |
|--|--|---|
| | FUNDAMENTACION | EVALUACIÓN |
| 1. Fomentar una actitud positiva en relación con la quimioterapia, recalcar su efecto aniquilador de células cancerígenas. Al inicio del tratamiento y según sea necesario (Independiente) | 1. Las conversaciones francas pueden aumentar la motivación para reducir y tolerar las nauseas. (Carpenito 1994;601) | Los papas de ociel y él manifiestan tener menos nauseas y vómitos tolerando mas los alimentos y líquidos. |
| 2. Explicar los posibles motivos de las nauseas y vómitos. (Independiente) | 2. Ayudar al paciente a comprender el motivo de las nauseas y vómitos puede mitigar el temor asociado a lo inesperado. ⁷⁶ | |
| 3. Explicar el fundamento de los agentes antieméticos y administrarlos antes de iniciar la quimioterapia. (Independiente) | 3. Los antieméticas se administran antes de la quimioterapia para reducir la nausea. ⁷⁷ | |

⁷⁶ <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/guialeucemiamenos15.pdf>

⁷⁷ IDEM

| | | |
|---|---|--|
| <p>4. Pasar lentamente los fármacos citotóxicos. (Dependiente)</p> <p>5. Administrar los fármacos citotóxicos por la noche (posiblemente durante el sueño) o pedir al paciente que permanezca tumbado tranquilamente durante 2 horas después de su administración. Por ejemplo metrotexate en una dosis de 3.3 mg/2m2 diariamente durante 3 a 6 semanas vía Im o VO y vía IV INdependiente</p> <p>6. Sugerir a paciente que chupe un caramelo duro durante la quimioterapia.</p> <p>7. Animarle a hacer comidas ligeras y</p> | <p>4. El goteo lento reduce la estimulación del centro del vomito.⁷⁸</p> <p>5. La actividad estimula el tubo digestivo pudiendo aumentar la nausea y el vomito.</p> <p>6. El caramelo duro puede reducir el sabor metálico o amargo que suele notar el paciente durante la quimioterapia.</p> <p>7. La ingesta de pequeñas cantidades evita que la distensión gástrica estimule el vomito.⁷⁹</p> <p>8. Al eliminar estímulos nocivos se puede</p> | |
|---|---|--|

⁷⁸ IDEM

⁷⁹ L.J. Carpenito op.cit.

| | | |
|--|---|--|
| <p>frecuentes y a comer despacio.</p> <p>8. Eliminar visiones u olores desagradables.</p> <p>9. Decir al paciente que evite: a. Líquidos calientes o fríos.</p> <p>b. Alimentos que contengan grasas y fibra.</p> <p>c. Cafeína.</p> | <p>reducir la estimulación del centro del vomito.</p> <p>9.Determinados alimentos aumentan el peristaltismo, provocando nausea y vómitos:</p> <p>a. Los líquidos fríos pueden producir retortijones, los líquidos calientes estimulan el peristaltismo.</p> <p>b. Los alimentos y bebidas ricos en grasas y en fibra aumentan el peristaltismo.</p> <p>c. La cafeína estimula la motilidad intestinal.</p> <p>10. La relajación muscular reduce el peristaltismo.</p> | |
|--|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>10. Animar al paciente a descansar en posición semifowler después de comer y a cambiar lentamente la postura.</p> <p>11. Enseñar las técnicas para reducir la tensión tales como:</p> <ul style="list-style-type: none">a. ejercicios de relajaciónb. Concentración mental | <p>11. Estas técnicas reducen la tensión muscular y hacen que el paciente se fije menos en la náusea.⁸⁰</p> | |
|--|--|--|

⁸⁰ IDEM

VII PLAN DE ALTA

Recomendaciones sobre las actividades que el familiar responsable debe realizar:

- ~ Evitar e contacto con animales que vivan o duerman en la misma casa.
- ~ Evitar el uso de insecticidas, perfumes. Si la mamá o cualquier otra persona se pinta el cabello evitar hacerlo en casa y en presencia del niño.
- ~ Prohibido el uso de fijadores, esmalte para uñas, cuando este el niño cerca.
- ~ Si se va a pintar la casa, de preferencia que se mande al niño a casa de algún familiar en donde no inhale todos los productos químicos que se utilizan.
- ~ Mantener el baño limpio y la casa, pero si se trapea no utilizar: pino, cloro, maestro limpio etc. cualquier producto que contenga químicos, de preferencia nadamas agua y jabón.
- ~ En la habitación o dentro de la casa no debe haber plantas ni flores.
- ~ En caso de tener visitas de preferencia que no vayan enfermos.
- ~ Si salen a la calle o a casa de algún familia o amistad, utilizar cubre bocas para evitar infecciones.

DIETA:

- Evitar comer en la calle. Todos los alimentos deben ser preparados en casa, todos los alimentos deben ser cocidos.
- Proporcionar una nutrición alta en calorías y proteínas e hidratos de carbono.
- Alimentos ricos en hierro, verduras de hojas verdes previamente desinfectadas.
- Proporcionar comidas pequeñas y frecuentes no condimentadas.
- Realizar enjuagues bucales si se presenta vomito.

- Si presenta vomito iniciar con líquidos, en cantidades pequeñas, al tolerar, proporcionar galletas saladas o pan tostado, introducir poco a poco dieta blanda.
- Posición fowler durante la ingesta de alimentos con cambios de posición lentos para evita la presencia de mareo.

CUIDADOS ESPECÍFICOS:

- Si sucediera la caída abundante de cabello, cubrir la cabeza con un gorro o turbante para evita la exposición al sol.
- Reducir o eliminar la exposición al sol.
- Mantener las uñas cortas, evitar el contacto al ras, no cortar la cutícula y no rascarse.
- Tratar de que la ropa de uso diario sea de algodón holgado, fresca, y cómoda, procurar el cambio de ropa diario.
- Baño diario con aseo dental después de cada alimento, al acostarse a dormir por la noche y al levantarse por la mañana.
- Lubricar de manera generosa la piel

DATOS DE ALARMA:

Acudir al servicio de urgencias de esta institución o a la unidad clínica más cercana a su hogar en caso de que el paciente llegara a presentar:

- Escalofríos, rigidez o irritabilidad, cefalea.
- Temperatura mayor de 37.5 C. axilar
- Piel o labios secos, además de la disminución en el numero de micciones.
- Presencia de diarrea (se recomienda anotar el numero y características de las evacuaciones.

VIII CONCLUSIONES

Este estudio de caso es una muestra del trabajo que realiza la enfermera profesional actualmente con el fin de que se vea nuestro trabajo plasmado.

El uso del proceso de enfermería favorece el desarrollo científico de la profesión, permite brindar una atención individualizada. El orgullo que presenta para mí la enfermería infantil me compromete con los niños y sus familias para realizar valoraciones y proporcionar cuidados especializados.

La especialización de enfermería infantil promueve el cambio de actitudes para los profesionistas en enfermería, brindan los elementos necesarios para la práctica y favorece la autonomía profesional.

Nuestra acción se sitúa en el compromiso que tengo como enfermera infantil; nuestros cuidados van enfocados al paciente con un cuidado holístico y especializado. Por lo que basarnos en el autocuidado es de suma importancia para comprometernos como personas, especialistas etc. al cuidado de nuestra salud. El fin es poder lograr esa autonomía necesaria en cada ser humano y depender lo menos posible de otros cuidadores.

Este trabajo muestra como la enfermera especialista puede hacer valoraciones, diagnóstico y planes de cuidados en nuestras actividades diarias.

Nuestra profesión vive actualmente un periodo muy importante de la historia ya que estamos en camino de ocupar un verdadero lugar entre las disciplinas que tienen por objeto ayudar al ser humano a vivir más feliz durante más tiempo.

Empezar a tomar conciencia de la importancia de realizar un estudio de caso, el cual guía nuestros cuidados los cuales van fundamentados, y facilita la relación con las otras profesiones y si las instituciones de salud y las universidades de formación de enfermería adoptan que los conocimientos aprendidos no solamente se quedan en la teoría sino se llevan a cabo en la práctica profesional.

IX SUGERENCIAS

Es preciso que se desarrollen estudio de casos clínicos, en el sector donde laboremos, además de intercambiar experiencias con más profesionales, para dar a conocer los resultados de esta experiencia, a través de una sesión o publicaciones en revistas de salud.

Usar el proceso de enfermería en todo momento ya que favorece al desarrollo científico de la profesión.

Debemos desarrollar nuestros conocimientos de enfermería y convencernos que el realizar estos estudios es de gran importancia para nuestra profesión.

Promover el cambio de actitudes para las enfermeras y enfermeros ayudando a la superación personal y profesional y poder favorecer la autonomía profesional.

X BIBLIOGRAFÍA

- 1.- LUIS, RMT. **Los diagnósticos enfermeros**, Revisión crítica y guía práctica Edit. Masson, Madrid, España, 1999. Pag. 124
- 2.- NELSON **Principios de Medicina Interna** Vol.1 14ava. Edición, Edit Interamericana, España, 1998 Pag 575.
- 3.- RADWIN, LAUREL Y COLIS. **Development and testing of the oncology patients Perceptions of the quality of nursing**. Oncology Nursing Vol.30 No.2, 2003 Pag. 283-289.
- 4.-ROBERTO, RIVERA LUNA **Oncología Pediátrica** Edist Interistemas, México 2002
- 5.-RUANO, J Y CALDERON C. **Oncología Médico Quirúrgica Pediátrica** Edit Interamericana, México 2001 Pag 206-211
- 6.- SAN MARTIN, H Y PASTOR; V. **Salud Comunitaria, Teoría y Práctica 2** Edit Díaz de Santos Madrid 1988 pag 13
- 7.- VAZQUEZ GUTIERREZ Y COLS. **Accesos vasculares en pediatría Cuidado y Mantenimiento de Catéteres vasculares**. Acta Pediátrica Mexicana 2002 Pag. 238-410
- 8.- PATRICIA A. POTTER. **Fundamentos de Enfermería 5ª**. Edición Edit Harcourt Madrid 2001 pag. 1310-1320
- 9.-TAYLOR SG. DOROTHEA E. OREM, Teoría **del déficit de autocuidado**. En: Marriner A, Raile M. **Modelos y teoría en enfermería**. 6ª ed. España: Elsevier; 2007., p. 267-295.
- 10.-ROSALINDA, ALFARO **Aplicación del Proceso de Enfermería Guía Práctica**. Segunda edición. Edit Doyma Barcelona España 1992 pag 215
- 11.- BATEY, MV. Conceptualización: **Knowledge and logia guiding research**. Nursing research Vol.26 No.5 pag 324-329
- 12.- COLLIERE. Marie-Francoise, **Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros** Philadelphia, Davis Company 1995 pag.3
- 13.- JACQUELINE FAWCETT **Analysis and evaluation of conceptual models of nursing** Philadelphia Davis company 1995
- 14.- GRINSPUN. **Identidad Profesional Humanismo y desarrollo tecnológico** en XIII Reunión de Licenciados en Enfermería

- 15.- IYER TAPTICH BERNOCCHI **Proceso y diagnostico de enfemia**
Segunda edicion México 1997 pag 19
- 16.-JONES, S Y EVANS K. **Essence of care in a children's hospital.**
Pediatric Nursing Vol.15 No 3 Abril 2003 pag 42-43.
- 17.- JOHNSON, PAIGE **The use of humor and its incluciones on spirituality and Doping in Breast cancer Survivors.** Oncology Nursing Vol.29 No 4 2002 pag. 691-694.
- 18.- ESPINOSA MV FRANCO OM **Cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un preescolar** Rev Desarrollo Científico 2003 11 (1) pag. 24-29
- 19.- FRANCO OM BENITEZ TMa.A **Proceso del cuidado a un preescolar con leucemia** Rev Enfermería Universitaria 2004; 1 (3) pag 13-23
- 20.- ALFARO LR **Aplicación del proceso de enfermería** 2 da. Edicion Madrid España Mosby-Doyma, 1996 pag. 3-215
- 21.- ALVAREZ MJ **Diagnósticos enfermeros de la NANDA definiciones y clasificación** España Harcourt Brace 1997 pag. 2-5.
- 22.- BARRERA RR, REYES GE **Método Clínico en Fundamentos de enfermería** 2 da ed. México Manual Moderno 1996 pag 134.
- 23.- CARPENITO, LJ **Manual de diagnostico de enfermería** 4ta, ed. México Interamericana 1993 pag. 310-330.
- 24.,. CARPENITO LJ **Planes de cuidados y documentación en enfermería: Diagnósticos de enfermería y Problemas asociados** España Mc Graw Hill Interamericana 1994 pag 164-166,294-295, 466-721
- 25.- NANCY M. HOLLOWAY **Planes de cuidados de enfermería Medico Quirurgica** Ed Doyma España 1999 Pag 429 440
- 26.- LOPEZ LR **Familia y educación en valores:** Hacia una reflexión necesaria En el aber ético de ayer y hoy Ciudad Habana ed. 2004 pag. 64-145
- 27.- PASTOR G.L **Manual de ética y legislación de enfermería** Ed. Mosby 1997 España pag 70-80.
- 28.- CASTRO A **Manual de procedimientos de enfermería** Ciudad Habana Ciencias medicas 2002 pag. 113
- 29.- AMARO CANO MC **Ética profesional ética medica ética de enfermería, en problemas éticos y bioetica en enfermería** 1ra ed. La Habana iencias Medicas 2005 pag 11-6

- 30.- RL WESLEY **teorías y modelos de enfermería** 2da ed. Editorial Mac Graw Hill Interamericana
- 31.- STEPHEN J. CAVANAGH **Modelos de orem Aplicacion Practica** Masson Salvat enfermria
- 32.- DOROTHEA E. OREM **Modelos de Orem Conceptos de enfermería en la practica** Masson- Salvat enfermería
- 33.-Roberto Rivera Luna **Rutas Criticas en la Evaluación Y Tratamiento de los Niños con Cáncer** ETM

XI ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

PRESENTE

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

Yo Keydi Contreras Rubio declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo Juan Ociel Rubio Contreras participe en el estudio de caso enfermería

cuyo objetivo principal es realizar valoraciones de enfermería de manera continua, llevando acabo el proceso enfermero y que los procedimientos de enfermería que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: valoraciones y exploraciones físicas continuas, revisión de expediente clínico, entrevistas con padres o tutores del paciente y en un momento determinado hacer tomas fotográficas, guardando siempre la privacidad e intimidad del paciente, así mismo contestare en forma verbal las preguntas referentes, al estado de salud de mi hijo.

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


Sonia Borda Gómez
Nombre y firma del responsable del estudio


Keydi Contreras Rubio
Nombre y firma del padre o tutor

TESTIGOS

Nombre: _____
Firma: _____
Dirección: _____

Nombre: _____
Firma: _____
Dirección: _____

México, D.F. a 24 de octubre de 2009

INSTRUMENTO DE VALORACION BAJO LA PERSPECTIVA DE TEÓRICA DEL AUTOCUIDADO

1.- FACTORES BÁSICOS CONDICINANTES

Factores descriptivos

Nombre del paciente _____ Sexo: _____
 Edad Cronológica _____ Edad de desarrollo _____
 Talla _____ FR _____
 Estado de Desarrollo Peso _____ FC _____
 Talla Blanco _____ Signos Vitales TA _____
 Estado de Salud: Agudo _____ Crónico _____ Temp _____
 Tipo y Factor RH _____

Escolaridad _____ Lugar en la familia _____
 Lugar de nacimiento _____
 Domicilio _____
 Cuidador Primario _____
 Alergias _____
 Control Prenatal: si _____ no _____ No. De Consultas _____
 Gesta _____ Abortos _____ Cesáreas _____ Partos _____
 Vía de Nacimiento _____ APGAR _____
 Esquema de Vacunación Completo: si _____ no _____ Porque _____

Inspección General (Observación céfalocaudal) _____

| Lesiones o Defectos Evidentes | Motivo |
|-------------------------------|--------|
| | |
| | |
| | |

FACTORES DEL SISTEMA DE CUIDADO DE SALUD

Control del Niño Sano si _____ no _____ Porque o Cuales _____
 Antecedentes Patológicos si _____ no _____ Porque o Cuales _____
 Hospitalizaciones Previas si _____ no _____ Porque o Cuales _____
 Diagnostico Medico _____
 Modalidad de Tratamiento _____

ORIENTACION SOCIOCULTURAL

Religión_____

| Acciones Permitidas y no Permitidas de las Prácticas Religiosas | | Actividades recreativas | |
|---|----------------|-------------------------|----------------|
| Receptor cuidado | del Familiares | Receptor cuidado | del Familiares |
| | | | |
| | | | |

FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR

Tipo de Familia_____

Integrantes de la familia

| No. | Nombre | Edad | Sexo | Escolaridad | Ocupación | Parentesco | App | Aportación Económica |
|-----|--------|------|------|-------------|-----------|------------|-----|----------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

RUTINA FAMILIAR (Enfocada a los tiempos de convivencia)_____

Problemas Familiares_____

Pertenencia a Clubs Sociales o de Apoyo o Autoayuda_____

PATRÓN DE VIDA

Descripción de un día cotidiano_____

Hábitos Higiénicos:

Baño_____ Cambio de Ropa_____ Aseo Dental_____ Lavado de manos_____

Hábitos Dietéticos:

Comidas al Día_____ No. De tomas de leche al día_____ Horarios de alimentación_____

FACTORES AMBIENTALES

| | | | | | | |
|-----------------|-----------|-------|----|----|---------------|--|
| Zona Geográfica | urbana | | no | si | Cuales (tipo) | |
| | suburbana | Flora | | | | |
| | rural | Fauna | | | | |

Localización de industrias cercanas al domicilio (especificaciones del giro) _____

| | | | | | | | |
|-------------------------|------|-----|---------|-------------------|---------------|-----|-------|
| Servicios domiciliarios | agua | luz | drenaje | Alumbrado publico | pavimentación | gas | otros |
| | | | | | | | |

Características de la vivienda

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Numero de habitaciones _____ | Distribución |
| | |
| | |
| | |

| | | | | | |
|--------------|----------|---------|---------|----------|------|
| Construcción | Techo: | Lamina | Cartón | Concreto | Otro |
| | Paredes: | Lamina | Tabique | Concreto | Otro |
| | Piso: | cemento | mosaico | madera | otro |

Ventilación. _____

Iluminación: _____

Eliminación de Basura _____

DISPONIBILIDAD Y ADECUACION DE LOS RECURSOS:

Seguridad Social: si _____ no _____

Disponibilidad de los servicios de salud _____

Ingreso Económico Mensual en la Familia _____

| | | |
|------------------------------|----------------------|--|
| Distribución de los recursos | Salud | |
| | Alimentación | |
| | Educación | |
| | Recreación y Cultura | |
| | otros | |

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

VALORACION DEL DESARROLLO DEL MOTOR GRUESO

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

VALORACION DE GESSELL

| CORTE | ÁREAS | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|--|--|---|---|---|
| | 4 SEMANAS | 16 SEMANAS | 28 SEMANAS | 40 SEMANAS | 1 AÑO | 18 MESES | 2 AÑOS | |
| MOTRIZ | Mantiene posición asimétrica, reflejo tónico cervical. Rueda hacia el costado. Al intentar sentarse la cabeza cae hacia atrás. En posición prona levanta momentáneamente la cabeza. Aprieta las manos fuertemente y al contacto las cierra. | Predomina la posición simétrica. Sus manos se encuentran. Al sentarse la cabeza se mantiene firme hacia adelante. En posición prona las piernas están extendidas o semiestendidas. Tiende a rodar. Retiene algunos objetos. | Etapa intermedia en el camino hacia la posición erguida. La acomodación ocular se halla más avanzada que lo manual. |  | Gatea con destreza, se para sin ayuda pero sin equilibrio. Se desplaza de costado con ayuda de sus brazos. Prehensión fina hábil. Suelta las cosas voluntariamente. Hace rodar un balón. |  | Dominio parcial de piernas. Avanza veloz con paso tieso. Sube escaleras con ayuda. Coloca un cubo sobre otro al primer intento. Amaja el balón. | Hay progreso en la coordinación motriz fina. Expresa emociones sabiendo aplaudir, riendo, chillando. Tiene tobillos y rodillas más flexibles. Corre, sube y baja escaleras solo, patea la pelota. |
| ADAPTIVA | Mira los objetos solo cuando están en línea de visión. Si toma algo cae inmediatamente de la mano. Si espacha una rampa su actividad disminuye. | Mira los objetos inmediatamente y provocan la actividad de sus miembros superiores. Sostiene y toma lo que mira y algunos los lleva a la boca. | Ojos y manos funcionan en estrecha interacción, inspeccionando objetos. La conducta manipulativa-perceptual es de gran actividad, no se trata de una recepción pasiva. | Es capaz de agarrar con prehensión en forma de pinza. La importancia de la boca disminuye. Inicia interés táctil y visual por detalles. Consciencia de continente y contenido, de cima y fondo, lado y lado y de causa y efecto. | Apreciación de la forma, perceptividad hacia lo redondo. Pone un objeto sobre otro por un momento. Sensibilidad para modelos imitativos. Realiza garabatos. Progreso en juego social. Modelo de dama y toma. | Relaciones geométricas del medio físico que lo rodea. Los dibujos son botones, son significados para él. Madurez perceptual reflejada en la forma significativa de su comportamiento. | Progreso en atención, puede hacer tareas repetidas durante más tiempo, se amplía la acción de la memoria no discrimina color. Es pobre en imaginación delectiva y normatividad de geometría manipulativa. | |
| LENGUAJE | Aun su faz es inexpressiva. Su mirada es vaga e indirecta. Realiza pequeños ruidos gestuales. | La expresión es entusiasta, respira y ríe fuertemente. | Gran cantidad de vocalizaciones espontáneas y emitiendo vocales, consonantes y hasta sílabas y diptongos. El bebé establece relaciones sociales con personas específicas. | La creciente destreza de labios y su facultad imitativa favorece la vocalización articulada. Sensibilidad para las impresiones sociales, tiende a imitar ademanes, gestos y sonidos, responde a su nombre y posee una o dos palabras en su vocabulario articulado. | Reciprocidad social, repetición e imitación de palabras familiares. Atrae la atención con toses y chillidos. Al verse su imagen al espejo, contacto visual y vocalizaciones. | De naturaleza ensimismada, se comunica con ademanes y palabras. Vocabulario de 10 palabras bien definidas. Uso de palabras y ademanes. Comprensión significativa. Responde a órdenes simples. | Vocabulario de alrededor de 300 palabras. Canta frases de 3 palabras, no piensa ni habla en párrafos. | |
| PERSONA-SOCIAL | Cuando mira su actividad disminuye, mira indefinidamente. | Sonríe espontáneamente. Permanece sentado entre 10 y 15 minutos con ayuda. Desamisa juego manual. | El bebé es relativamente reservado, habiendo adquirido tan notable dominio de ojos, cabeza, brazos y manos, no dispone de mucho tiempo para los espectadores. | Le gusta tener gente a su alrededor, su sensibilidad al medio social le permite aprender algunas gracias infantiles. Capacidad de reconocer un extraño sistema de mayor madurez social. | Repetición de acciones que le son festejadas. Inicio de sentido de personalidad. Reacción frente a la música. Primitivo sentido del humor. Se alimenta solo con sus dedos. Actitud sociable. Perceptividad a las emociones de los demás. | Independiente en sus juegos, hace pequeños mandatos en casa, llevando o buscando cosas. Reacción a los cambios de la rutina. Se aferra a sus ideas como a sus bienes. Egocentrismo. Las palabras significan poco. | Interés por la propiedad de las cosas, personas. Los contactos sociales son escasos y breves. Ayuda a vestirse y desvestirse. Tiene noción de su posición en la jerarquía social. Dramatiza la relación madre-hijo. | |

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESAVIACION DE LA SALUD

Motivo de Consulta _____

Motivo de Ingreso _____

Antecedentes de Desviación de la Salud (Evolución de Padecimiento Actual) _____

DIRIGIDO A LA ENFERMEDAD

| Conocimiento De la fisiopatología incluidos los efectos sobre el desarrollo | |
|---|-------------------|
| Receptor del Cuidado | Agente de Cuidado |
| | |
| | |

| Conocimiento De las acciones generadoras de autocuidado | |
|---|-------------------|
| Receptor del cuidado | Agente de cuidado |
| | |
| | |

| | |
|--------------------------------|--|
| Afrontamiento de la enfermedad | |
| | |
| | |

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE DE AIRE SUFICIENTE

Valoración de la vía aérea

Obstrucciones _____

Fallas anatómicas _____

Valoración de la composición y disponibilidad de aire _____

Valoración del proceso de ventilación pulmonar

| Ventilación | | Difusión | Perfusión |
|-------------|-------------------|--|--------------------------|
| FR | Ritmo _____ | Saturación de oxígeno <hr/> FiO2 _____ | Llenado capilar _____ |
| | Profundidad _____ | | |
| | Sincronía _____ | | |

Fase de Ventilación

| Fases | Apoyo de la ventilación | | Observaciones |
|----------|-------------------------|-------------------|---------------|
| Fase I | CC | Mas | |
| | PN | OI | |
| Fase II | CPAP | Nasal Faríngeo | |
| Fase III | CMV | AC | |
| | SIMV | VAFO | |

Auscultación de Campos Pulmonares _____

Valoración de Silverman Anderson

| SIGNOS | 1 | 2 | 3 |
|-------------------------------|------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Quejido espiratorio | Audible sin fonendo | Audible con el fonendo | Ausente |
| Respiración nasal | Aleteo | Dilatación | Ausente |
| Retracción costal | Marcada | Débil | Ausente |
| Retracción esternal | Hundimiento del cuerpo | Hundimiento de la punta | Ausente |
| Concordancia toraco-abdominal | Discordancia | Hundimiento del tórax y el abdomen | Expansión de ambos en la inspiración |

Adaptabilidad Pulmonar _____

Factores fisiológicos _____

Factores psicológicos _____

2 Y 3 MANTENEMINEOT DE UN APOORTE DE AGUA Y ALIMENTO SUFICIENTE

Consumo de agua al día _____

Tipo de agua que consume _____

Porque? _____

Ingesta de leche (ml) _____ tipo de leche _____

Ingesta de otro tipo de líquidos refresco _____ té _____ otros _____

Valoración física

| mucosa oral | hidratadas | semihidratadas | secas | Observaciones |
|-------------------------------|---------------|----------------|-----------------|---------------|
| lengua | hidratadas | semihidratadas | secas | |
| fontanelas | Deprimida (+) | Deprimida (++) | Deprimida (+++) | |
| Globos oculares | Normales | humdidos (+) | hundidos (++) | |
| Piel | seca | hidratada | escamosa | |
| Signo de lienzo húmedo | | | | |

| Volumen urinario | oliguria | poliuria | anuria | Gasto fecal |
|-------------------------|----------|----------|--------|--------------------|
| | | | | |

Aporte de líquidos intravenoso en 24 Hrs. _____

Nutrición Enteral

Tipo de dieta _____ Número de alimentos en 24 Hrs. _____

Tipo de alimentación _____

| Alimentos Preferidos | Alimentos Permitidos |
|----------------------|----------------------|
| | |
| | |
| | |

| Factores mecánicos | succión | deglución | masticación |
|--------------------|---------|-----------|-------------|
| | | | |
| Factores físicos | | | |
| | | | |

Tolerancia a la vía oral _____

PA preprandial _____ PAposprandial _____

Suplementos alimenticios _____

Dispositivos de apoyo para la alimentación _____

| | | |
|-------------|------------------|-------|
| Ablactación | edad | _____ |
| | tipo de alimento | _____ |
| | progresión | _____ |

| | | |
|--------------|--------------------------------------|-------|
| Cavidad oral | alteraciones | _____ |
| | condiciones dolorosas y obstructivas | _____ |
| | limpieza | _____ |
| | dentición | _____ |

| | | |
|----------------------|------------------------------------|-------|
| Hábitos alimenticios | come en la calle | _____ |
| | quien cocina los alimentos en casa | _____ |

Rechazo a algún tipo de alimento y/o líquido _____

Rechazo a algún tipo de alimento o líquido por no ajustarse a normas culturales o gustos personales _____

Rechazo a algún tipo de alimento o líquido por incompatibilidad fisiológica (absorción, patología o alergias) _____

Factores que dificultan los procesos de eliminación asociados en el ambiente, entrono social y/o psicológicos _____

Realiza alguna actividad que favorezca los procesos de eliminación:

Si _____ No _____ Cual _____

Auscultación, percusión, y palpación de abdomen y sistema genitourinario:

Hipogastrio _____

Mesogastrio _____

Hipocondrio _____

Hipocondrio derecho _____

Hipocondrio izquierdo _____

Flanco derecho _____

Flanco izquierdo _____

Fosa Iliaca derecha _____

Fosa Iliaca izquierda _____

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Trastornos del sueño: si ___ no ___ cual _____

No. de horas de sueño _____

| | | | |
|----------------------|-------------|----------|------|
| estado de conciencia | conciente | estupor | coma |
| | inconciente | narcosis | otro |

| | | |
|-----------|-------------|-------------|
| actividad | activo | incapacidad |
| | hipo activo | debilidad |
| | hiperactivo | otro |

| | |
|--|---|
| Factores humanos que intervienen en la movilidad | Apatía _____ |
| | Incapacidad _____ |
| | Inmovilidad prescrita con propósitos terapéuticos |
| | _____ |

Realiza alguna actividad física, cultural que fomente su desarrollo:

Si _____ cual _____ No _____ Porque _____

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

| | |
|---------|-----------|
| Actitud | Normal |
| | Deprimido |
| | ansioso |
| | agitado |
| | otros |

Comunicación con los demás _____

Cuenta con personas fuera del ambiente familiar con quien conviva:

Si _____ No _____ quienes _____

Siente miedo por algún motivo _____

| | | |
|----------------------|-------------|---------------|
| tipo de personalidad | amoroso | Observaciones |
| | bondadoso | |
| | indiferente | |
| | egoísta | |
| | autónomo | |
| | dependiente | |
| | manipulador | |

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

Estudios de laboratorio y gabinete:

Gasometrías: arteriales _____ venosas _____

| | |
|----------------------|-------------------|
| Citometría hemáticas | Química sanguínea |
| | |
| | |

| | |
|----------------------|-------|
| Electrolitos sericos | Otros |
| | |
| | |

Historial de infecciones _____

| | tipo | fecha de instalación | condiciones actuales |
|-------------------|------|----------------------|----------------------|
| Métodos Invasivos | | | |

Observaciones _____

Estudios Específicos _____

Participación del agente de cuidados dependiente _____

Exposición a abusos _____

Busca apoyo para desarrollo personal _____

Se siente aceptado en la familia o grupo social _____

VALORACION DE NORTON

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

VALORACION DE CRICHTON

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

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

Cuadro 1

Fig1

Aquí muestro un diagrama de la conocida “escala de valoración numérica” o EVN.

http://www.google.com.mx/imgres?imgurl=http://html.rincondelvago.com/0004245313.jpg&imgrefurl=http://html.rincondelvago.com/fisioterapia.html&usq=-WkbONHxH6lTuVRdIXa7Jfq_Pb0=&h=101&w=326&sz=27&hl=es&start=4&um=1&itbs=1&tbnid=ib69ROf2fLSuuM:&tbnh=37&tbnw=118&prev=/images%3Fq%3Descala%2Bde%2Bdolor%2Bde%2Bcaritas%26um%3D1%26hl%3Des%26sa%3DN%26rls%3Dcom.microsoft:en-US%26rlz%3D117SUNC_es%26tbs%3Disch:1



0 = Muy contento, sin dolor

1 = Siente solo un poquito de dolor

2 = Siente un poco mas de dolor

3 = Siente aun mas dolor

4 = Siente mucho dolor

5 = El dolor es el peor que puede imaginarse (No tiene que estar llorando para sentir este dolor tan fuerte).



La evaluación del dolor de los niños implica uno o más de los siguientes enfoques: auto reporte, reporte por otras personas, observaciones y medidas fisiológicas, pero "dado que los indicadores fisiológicos como la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y sudoración se alteran con variedad de situaciones de estrés no deben ser usados como medida de dolor en ausencia de otros métodos o indicadores clínicos" . Para la evaluación del dolor se debe emplear en forma regular un método que sea confiable, válido y acorde con el desarrollo del niño. Como los niños con cáncer pueden necesitar evaluaciones en ambientes diferentes a los hospitales (por ejemplo en sus casas) los métodos deben ser convenientes y fáciles de usar por los padres **Observación del Comportamiento. La observación del comportamiento es la técnica más importante de evaluación en niños preverbales y no verbales, y es una ayuda para la evaluación de niños verbales**

| ENLACE ENTRE REQUISITO UNIVERSAL DE AUTOCUIDADO Y PREESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA | |
|---|---|
| Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Totalmente compensatorio ▫ Parcialmente compensatorio ▫ Apoyo educativo |
| Dolor | Proporcionando analgesia Practicando posiciones cómodas para |

| | |
|--|---|
| | evitar dolor, controlar los factores ambientales y aconsejando estrategias para evitar el dolor |
|--|---|

Fig 2

Utilizaremos la Escala del dolor propuesta por Susan Givens Bell, escala que mide 6 Signos Conductuales: dormir, expresión facial, actividad motora, tono muscular, Consuelo y llanto; y 4 Signos Fisiológicos: frecuencia cardiaca, presión arterial sistólica, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. Todos estos parámetros son evaluados de 0 (rango de ausencia de dolor) a 2 (rango de máxima interpretación de dolor),

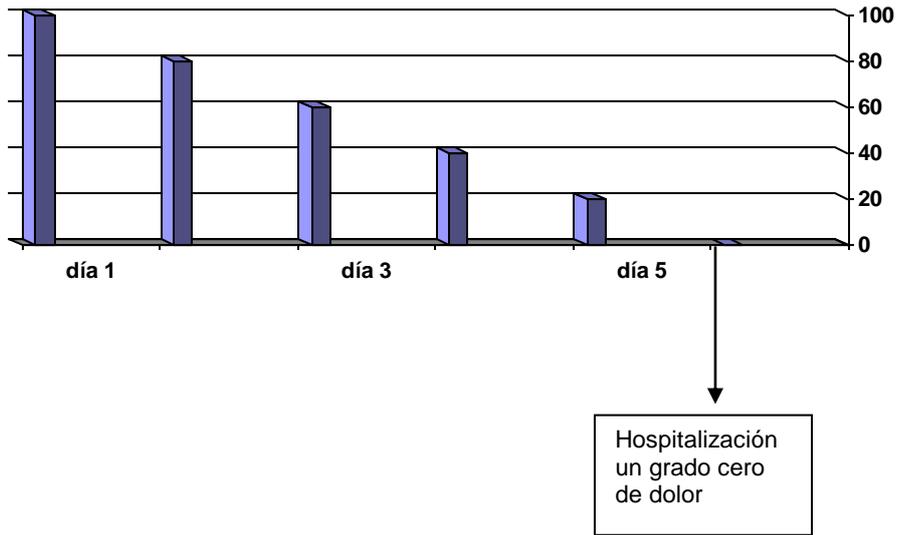
http://www.google.com.mx/imgres?imgurl=http://ag-ergo.ucdavis.edu/images/caras.gif&imgrefurl=http://ag-ergo.ucdavis.edu/papers/testing.htm&usq=__DHABmdgbGToHb7DETiXEbtU1HA=&h=50&w=297&sz=11&hl=es&start=3&um=1&itbs=1&tbnid=Rhkrv56oH7LtvM:&tbnh=20&tbnw=116&prev=/images%3Fq%3Descala%2Bde%2Bdolor%2Bde%2Bcaritas%26um%3D1%26hl%3Des%26sa%3DN%26rls%3Dcom.microsoft:en-US%26rlz%3D1I7SUNC_es%26tbs%3Disch:1

| Escala de Susan Girvens Bell | | | | |
|--|---------|---------|--------|---------|
| Signos Fisiológicos | 0 | 1 | 2 | Total |
| Incremento Fr. cardiaca | 54/23 | 14/23 | 1/23 | 69/23 |
| Incremento PAS | 9/23 | 7/23 | 53/23 | 69/23 |
| Incremento Fr. respiratoria | 16/23 | 36/23 | 17/23 | 69/23 |
| Incremento diferencia FiO ₂ | 43/34,5 | 26/34,5 | 0/34,5 | 69/34,5 |

A partir de cifras normales la puntuación se dara según sea el incremento de las mismas.0

Fig3

Disminución gradual del dolor



CUADRO 2

| Edad (meses) | Peso ideal (KG) | Altura ideal (cm) |
|---------------------|------------------------|--------------------------|
| 1 | 4 | 54 |
| 2 | 5 | 57 |
| 3 | 6 | 61 |
| 4 | 6 | 63 |
| 5 | 7 | 66 |
| 6 | 7 | 67 |
| 7 | 8 | 69 |
| 8 | 8 | 70 |
| 9 | 9 | 72 |
| 10 | 9 | 73 |
| 11 | 9 | 74 |
| 12 (1 año) | 10 | 76 |
| 15 | 10 | 79 |
| 18 | 11 | 82 |
| 21 | 12 | 84 |
| 24 (2 años) | 12 | 87 |
| 30 | 13 | 92 |
| 36 (3 años) | 14 | 96 |
| 42 | 15 | 99 |
| 48 (4 años) | 16 | 102 |
| 54 | 17 | 106 |
| 60 (5 años) | 20 | 109 |
| 6 años | 21 | 113 |
| 7 años | 24 | 118 |
| 8 años | 26 | 123 |
| 9 años | 28 | 128 |
| 10 años | 32 | 133 |
| 11 años | 35 | 138 |
| 12 años | 38 | 143 |

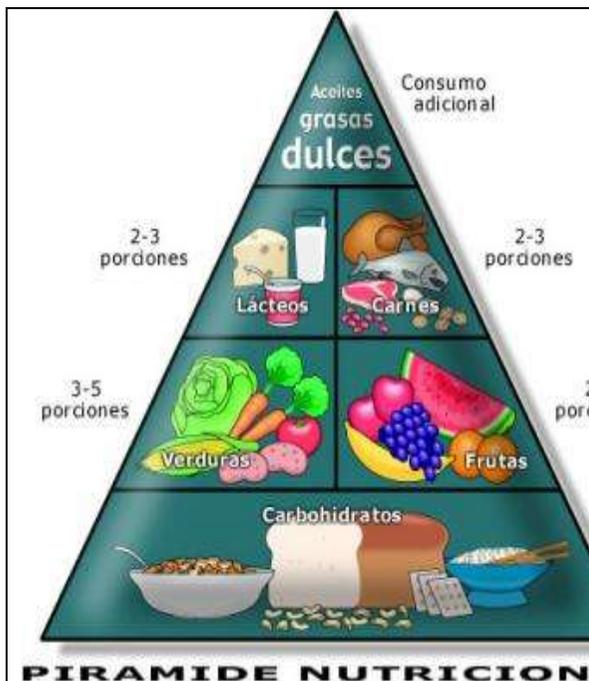


CUADRO 2 FIG2

| Grupo | Edad (años) | Calorías consumidas según actividad | | |
|--------------|---------------|-------------------------------------|---------------|---------------|
| | | Mínima | Moderada | Intensa |
| | | | | |
| Niño | 2 a 3 | 1,000 | 1,000 a 1,400 | 1,000 a 1,400 |
| Mujer | 4 a 8 | 1,200 | 1,400 a 1,600 | 1,400 a 1,800 |
| | 9 a 13 | 1,600 | 1,600 a 2,000 | 1,800 a 2,200 |
| | 14 a 18 | 1,800 | 2,000 | 2,400 |
| | 19 a 30 | 2,000 | 2,000 a 2,200 | 2,400 |
| | 31 a 50 | 1,800 | 2,000 | 2,200 |
| | 51 o más | 1,600 | 1,800 | 2,000 a 2,200 |
| | Hombre | 4 a 8 | 1,400 | 1,400 a 1,600 |
| 9 a 13 | | 1,800 | 1,800 a 2,200 | 2,000 a 2,600 |
| 14 a 18 | | 2,200 | 2,400 a 2,800 | 2,800 a 3,200 |

FIG 3

| | | |
|--------------------|---|--|
| ALIMENTACION IDEAL | Valor calórico aproximado de algunos alimentos por cada 100 gramos (o mililitros), a fin de ejemplificar la importancia de moderar o fomentar su consumo. | |
|--------------------|---|--|



PIRAMIDE NUTRICION

CARNES:

Pollo (promedio) 165, Pollo empanizado 245, Pavo 150, Res (promedio) 220, Res (magra) 120, Cerdo (promedio) 310, Cerdo (magra) 150, Salchicha 295, Salchicha de pollo 120, Chorizo 350, Salami 450, Tocino 600.

PESCADOS Y MARISCOS:

Huachinango 100, Trucha 135, Sardina 155, Salmón 190, Atún 225, Camarón 80, Pulpo 85.

FRUTA

Sandía 20, Melón 25, Papaya 40, Naranja 45, Guayaba 45, Ciruela 50, Ciruela pasa 235, Piña 50, Piña en almíbar 75, Manzana 55, Mango 60, Uva 65, Uva pasa 310, Plátano 95, Coco 385.

<http://www.google.com.mx/imgres?imgurl=http://static.consumer.es/revista/imgs/20070501/higie&w=380&sz=31&hl=es&start=2&um=1&itbs=1&tbnid=B4vubf7GUPpG2M:&tbnh=84&tbnw=1>

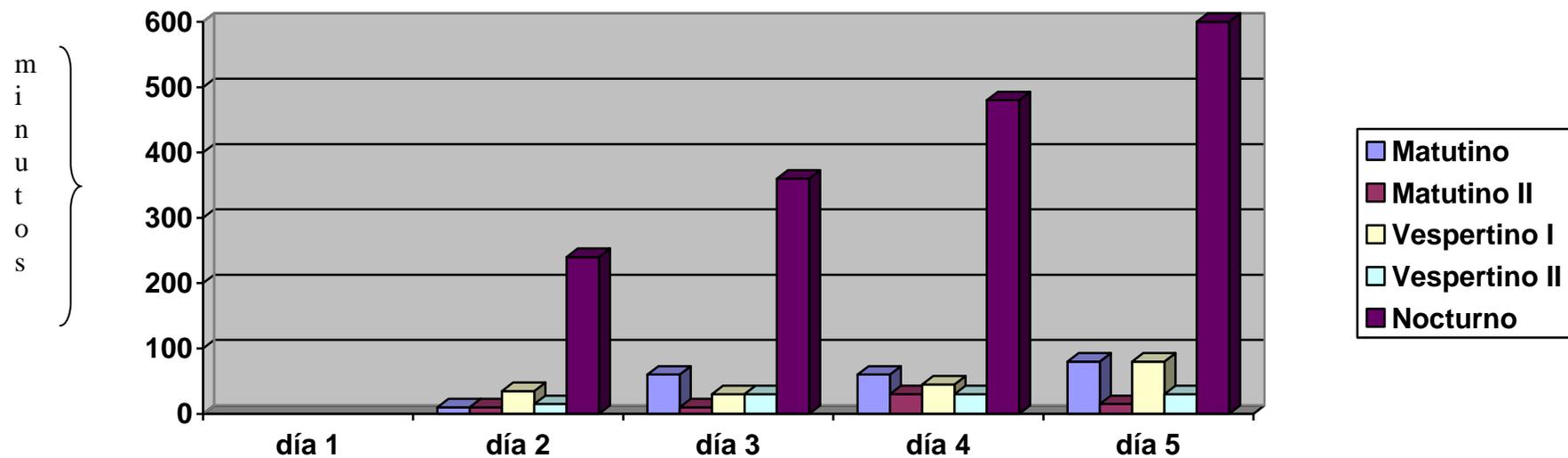


<http://www.google.com.mx/imgres?imgurl=http://static.consumer.es/revista/imgs/20070501/higie&w=380&sz=31&hl=es&start=2&um=1&itbs=1&tbnid=B4vubf7GUPpG2M:&tbnh=84&tbnw=1>

| | | |
|--|--|--|
| | <p>VERDURAS Pepino 15, Lechuga 20, Apio 20, Rábano 20, Espinacas 25, Jitomate 25, Salsa catsup 120, Pimiento 30, Nabo 30, Coliflor 30, Champiñón 35, Zanahoria 40, TUBERCULOS Y GRANOS Papa cocida 85, Papas a la francesa 550, Frijol 290, Arroz integral 350, Granos de elote 90, Palomitas de maíz 495, Arroz 365, Arroz salvaje 305, Cacahuete 560, Nuez 650. LÍQUIDOS Té 5, Café 5, Refresco 45, CARBOHIDRATOS: Mostaza 90, Mayonesa 700, Pizza 235, Hamburguesa 260, Hamburguesa (pollo) 150, Pan blanco 260, Pan integral 260, Pan dulce</p> | |
|--|--|--|

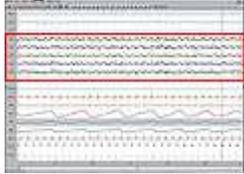
| | | |
|--|-------------------------------|--|
| | 320, Tortilla de maíz 225, | |
|--|-------------------------------|--|

Cuadro 3 Fig 2

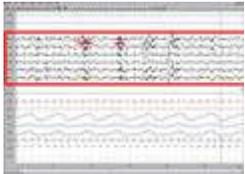


En esta grafica se muestra como en el lapso de cinco días fue aumentando las horas de sueño, pudiendo tomar siestas en la mañana y tarde, pudiendo conciliar el sueño hasta por 10 horas continuas por la noche

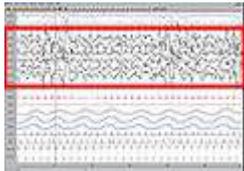
Fig 2



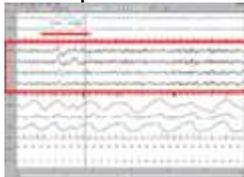
La fase 1 del NMOR (fase del sueño ligero) es la transición desde la vigilia al sueño; se la reconoce por la aparición del patrón regular α (*alfa* de amplitud de onda alta y regular) e instauración de un patrón de amplitud baja y de frecuencia mixta, predominantemente en el intervalo *theta* (2 a 7 Hz), con movimientos oculares lentos "en balancín".



- La fase 2 del NMOR se define por la aparición de complejos K y de husos de sueño superpuestos a una actividad de base similar a la del estado 1. Los complejos K son descargas lentas, negativas (hacia arriba) y de amplitud elevada que se continúan inmediatamente después por una deflexión positiva (hacia abajo). Los husos de sueño son descargas de alta frecuencia de corta duración que presentan una amplitud característica con subidas y bajadas. No hay actividad ocular y el EMG da un resultado similar al estado 1.



- La fase 3 del NMOR se caracteriza por ser un sueño con más del 20% (pero menos del 50%) de actividad *delta* de amplitud elevada (> 75 microV)(0,5 a 2 Hz). Los husos del sueño pueden persistir, sigue sin haber actividad ocular, y la actividad del EMG permanece en un nivel reducido.



- En la fase 4 del NMOR (la fase de mayor profundidad en el sueño), el patrón electroencefalográfico lento y de alto voltaje de la fase 3 comprende al menos el 50% del registro. El conjunto formado por las fases 3 y 4 del NMOR se denomina sueño *de ondas lentas (SOL), delta* o profundo.

¿Como se diagnostica?

- Análisis de sangre
- Aspiración y/o biopsia de medula ósea



¿Cual es el tratamiento?

La **quimioterapia** es el uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas. Puede administrarse mediante pastillas, inyecciones y a través de un catéter. La quimioterapia entra por el torrente sanguíneo y se

Pronóstico

Los niños generalmente tienen un mejor pronóstico que los adultos

- Los niños entre las edades de 1 y 9 años
- Aquellos que tienen un conteo de glóbulos blancos por debajo de 50,000 apenas los diagnostican
- Aquellos que no tienen LLA positiva para el cromosoma Filadelfia (un cambio genético específico)
- Aquellos que logran remisión completa (desaparición de signos y síntomas de cáncer) al cabo de 4 a 5 semanas de empezar el tratamiento

IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACION



propaga por el cuerpo. Mata
mayormente células
cancerosas, pero también
algunas células sanas
normales.

