

2009

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN  
UN ADOLESCENTE CON LINFOMA NO  
HODGKIN LINFOBLÁSTICO DE PRECURSOR B



BAZÁN GONZÁLEZ ROSA VERONICA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

07/02/2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTA DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**



**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN  
ADOLESCENTE CON LINFOMA NO HODGKIN LINFOBLÁSTICO  
DE PRECURSOR “B” ATENDIDO EN EL HOSPITAL GENERAL DE  
MÉXICO”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

**PRESENTA:**

**BAZÁN GONZÁLEZ ROSA VERONICA**

**DIRECTORA**

**DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA**

MANIFIESTO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LOS NIÑOS CON CÁNCER.

15 DE FEBRERO DE 2008

“LA VIDA ES LA HISTORIA MÁS BONITA QUE PODEMOS CONTAR”.

A Nosotros, las niñas y niños con cáncer nos gusta la vida, sabemos lo valiosa que es, lo que nos cuesta, lo frágil que puede llegar a ser, lo difícil que nos resulta a veces sostenerla.

Nosotros soñamos con un futuro digno y pleno, tenemos derecho a ello, y por ese futuro seguimos luchando.

-Queremos que todos los niños enfermos de cáncer de nuestro país y del mundo tengan acceso al mejor tratamiento posible sin distinción de edad, sexo, raza o procedencia geográfica.

-Queremos que se inviertan suficientes recursos en investigación médica y farmacéutica para conseguir tratamientos eficaces con los menores efectos secundarios negativos

-Queremos atención social, educativa y psicológica para nosotros y nuestras familias desde el momento del diagnóstico.

-Queremos que nos traten el dolor, y los síntomas de la enfermedad, hasta el final, aun cuándo en algunos de nosotros la curación total ya no sea posible.

-Queremos ser miembros activos de la sociedad en el futuro, que se vigilen y traten las secuelas de la enfermedad y de los tratamientos para que podamos llegar a ser individuos totalmente integrados.

-Nosotros tenemos por delante toda una vida que queremos vivir plenamente.

-Nosotros deseamos y tenemos derecho a tener nuestra propia pequeña historia... y poderla contar a todo el mundo.

...Y NUESTRA VIDA ES LA HISTORIA MÁS BONITA QUE PODEMOS CONTAR

# AGRADECIMIENTOS

**A mis padres:**

† **Gumerindo Bazán Castillo.**  
**Rosa González Ramírez**

*Por haberme dado la vida; por su amor y comprensión  
Sin límites; por que sin todo esto no hubiera logrado  
Este triunfo que también es de ellos, y se que desde el  
Cielo mi padre estará orgulloso de mi y guiara mi camino.*

**A mis hermanos:  
Gabino; Elsa; Luis;  
Carmen; Lourdes y Jesús**

*Por se las personas que guía mi camino,  
A través de cada una de sus  
Enseñanzas de su amor, su amistad, apoyo y más. . .  
Logre cumplir una de mis metas*

**A mis sobrinos:**

**Carolina, Miguel, Carlos, Aura, Isaac, Donovan y Dylan.**

*Por brindarme su cariño y ser las personitas  
Que me hacen sonreír cada día.*

**Para mis cuñados:**

**Miguel Centeno, Roberto Arrellanes y Ramón García.**

*Por apoyarme y estar conmigo y con mi familia.*

*Todo trabajo de investigación necesita el apoyo de personas que de alguna manera están involucradas en el tema, comenzando por mi casa, la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza- UNAM; y las maestras que durante estos cuatro años de formación sembraron una semilla de conocimiento y reflexión para contribuir en el crecimiento personal y profesional en esta etapa de nuestra vida.*

*Así mismo de manera especial se doy gracias a la Doctora Teresa Cuamazti Peña por haber asesorado este trabajo, proporcionando herramientas, elementos, consejos etc., en la realización de este documento.*

*Le doy gracias a mis amigas y compañeras Judith Ángel; Carmen Sánchez; Ingrid Vargas; Natalia Jiménez; Martha Sánchez; Zulma Julieta Guadarrama y a todas mis compañeras del 303 por brindarme su amistad, cariño y comprensión durante los años transcurridos en la FES-Zaragoza.*

*Gracias a Oscar Esquivel y Miriam Medellín por compartir su tiempo, brindarme su amistad y cariño incondicional, así mismo compartir conmigo sueños e ilusiones.*

*A mis familiares y amigos que a través de su amistad y cariño contribuyen en mi formación*

*Gracias a todos con admiración y cariño*

*Rosa Verónica Bazán González.*

---

**ÍNDICE**

<b>Introducción</b>	<b>7</b>
<b>Justificación.</b>	<b>10</b>
<b>Objetivos</b>	<b>11</b>
<b>General</b>	<b>11</b>
<b>Específico</b>	
<b>Capitulo 1</b>	
<b>Marco teórico</b>	
• <b>Método enfermero</b>	<b>13</b>
• <b>NANDA. Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería.</b>	<b>20</b>
• <b>Clasificación de resultados de Enfermería NOC</b>	<b>24</b>
• <b>Clasificación de intervenciones de Enfermería NIC</b>	<b>26</b>
• <b>Teoría de Orem</b>	<b>29</b>
• <b>Linfoma no Hodgkin linfoblástico precursor B</b>	<b>35</b>
<b>Capitulo 2</b>	
<b>Aplicación del proceso de enfermería</b>	
• <b>Valoración</b>	<b>43</b>
• <b>Diagnóstico</b>	<b>53</b>
• <b>Planeación</b>	<b>53</b>
• <b>Ejecución</b>	<b>53</b>
• <b>Evaluación</b>	<b>53</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>90</b>
<b>Glosario de términos</b>	<b>91</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>94</b>
<b>Anexos</b>	<b>96</b>

## INTRODUCCIÓN

En los países industrializados, “el cáncer” entre la población de los 0 y los 18 años representa la segunda causa de mortalidad. En la República Mexicana se encuentra en cuarto lugar entre los 4 y los 14 años, únicamente antecedida por gastroenteritis, neumonías y padecimientos congénitos.

Se calcula que en los países desarrollados la sobre-vida-curación promedio es de 70 por ciento para todos los cánceres en la edad pediátrica. La situación es semejante en México, siempre y cuando el diagnóstico de esos padecimientos se establezca tempranamente y el tratamiento lo efectúe un grupo multidisciplinario con experiencia en el manejo de ese tipo de enfermedades de la infancia. Sin embargo, para que la premisa sea válida es necesario además de contar con los profesionales especializados de la salud- contar con suficiente infraestructura humana, técnica y financiera para el desarrollo de proyectos de investigación básicos y clínicos con el fin de lograr los objetivos deseados.

Se podría decir que “La frecuencia del cáncer en niños mexicanos es menor que el de la población mundial”. Todo parecería que no es el caso, ya que la frecuencia nacional de neoplasias en la infancia se encuentra en el rango de 129 casos por millón de habitantes por año. Si bien es cierto que esta frecuencia es menor a la de Estados Unidos (149 casos nuevos/millón/año), este hecho puede reflejar que la mortalidad principal en los niños mexicanos es el de enfermedades infecto-contagiosas en los primeros años de vida y, por lo tanto, que muchos de esos niños fallezcan antes de entrar al grupo de edad de los 4 a los 7 años, lo cual corresponde a la máxima incidencia de cáncer infantil a nivel mundial.

El avance más importante lo constituye el mejorar la calidad de vida, pero básicamente lograr tasas de curación más altas. Así, por ejemplo, podemos resumir que “El índice de curación en el tumor de Wilms-tumor renal es de 90 por ciento en promedio, seguido por la enfermedad de Hodgkin-linfomas con 85%, leucemias agudas linfoblásticas con 80% y linfoma no Hodgkin-linfomas con 80%. En el rango de 70% a 50% por ciento, tumores cerebrales, neuroblastoma, sarcoma de partes blandas, hepatoblastoma, sarcoma de

Ewing, leucemias agudas linfoblásticas, etc. Por supuesto, todo es factible cuando el niño con cáncer es enviado a instituciones de tercer nivel para su atención.” (1)

En el día internacional contra el cáncer el 4 de Febrero salieron publicadas las últimas estadísticas sobre cáncer en INEGI del 2008 de las cuales encontramos las siguientes:

“En menores de un año, los tumores malignos fueron causa de 73 decesos. Dicha causa se encuentra entre las 14 principales de este grupo demográfico. En la población de 1 a 4 años de edad, los tumores malignos son la cuarta causa de muerte (7.7% del total), la leucemia representó 48.5% de los decesos. En el grupo de 5 a 14 años, los tumores malignos representan la segunda causa de mortalidad con 16.3% de los decesos; la leucemia provoca poco más de la mitad (52.2%) de los fallecimientos ocurridos por cáncer en el grupo.”(2)

“Entre la población de 15 a 24 años, los tumores malignos ocupan el tercer lugar como causa de muerte (8.6% de los fallecimientos), la leucemia ocasiona 38.1% de los decesos por cáncer. En los varones, significan la cuarta causa de fallecimientos con 7.2% de muertes, y en las mujeres la segunda con 12.0 por ciento.” (2)

Como se puede observar, las esperanzas de curación en el momento actual no constituyen una utopía sino una realidad, en la cual todos los involucrados en la investigación y manejo del niño con cáncer debemos estar conscientes de esos resultados.

Por lo cual este trabajo esta encaminado a utilizar la metodología del proceso de atención de Enfermería por ser el único método propio de la enfermera constituyendo así un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y mejorarlo; viendo al paciente dentro de una esfera biopsicosocial estableciendo entre los conceptos de persona, entorno y salud ayudando así a cubrir las demandas de auto cuidado terapéutico.

Las enfermeras, como los prestadores de servicios de salud, son sensibles a las demandas de calidad en un servicio por parte del consumidor, continuamente se están buscando formas de mejorar la práctica y la satisfacción de los pacientes que atienden. Todas las partes del proceso están relacionadas entre sí y afectan al todo. Las partes o fases del proceso de enfermería se producen en forma secuencial, aunque no son lineales. La planificación puede conducir a una intervención o la evaluación durante el proceso de planificación puede generar un nuevo cálculo.

El proceso de atención de Enfermería, en el Capítulo I se plantea toda la parte metodológica de lo que es un proceso de atención de enfermería además de abarcar de manera sencilla la Teoría de OREM, y las diferentes taxonomías que existen para realizar diagnósticos de enfermería; en el Capítulo II se realiza una valoración general, posteriormente se identificó el Déficit de Autocuidado de los requisitos alterados; se desarrollaron diagnósticos enfermeros, resultados esperados e intervenciones de enfermería que fueron estructurados de acuerdo a la taxonomía de la NANDA, NOC, NIC, jerarquizando intervenciones.

---

## JUSTIFICACIÓN

Durante mi permanencia en el servicio de Pediatría del Hospital General de México (HGM); me pude percatar de la existencia de una área especial para niños con problemas Hematológicos –Oncológicos de los cuales, el trato y manejo no es precisamente por personal de enfermería especializado para manejar pacientes con cáncer, sin embargo muchas de ellas con el trato diario y los años de experiencia han aprendido a manejarlos y han tomado experiencia en la práctica diaria; pero aun así hay deficiencias que me llevaron a querer realizar este trabajo; ya que como hemos visto Enfermería lleva un papel muy importante para el tratamiento del paciente Pediátrico con cáncer.

El presente trabajo se realizó al ver estas necesidades en el área de Pediatría ya que este hospital no solo atiende a población del D.F sí no de toda la República Mexicana; con diferentes patologías. El servicio cuenta con áreas específicas para la realización de Quimioterapia ambulatoria, o bien el área de hospitalización con 12 camas, que se comparte para las dos especialidades (hematología y oncología), cuarto de curación donde se realizan las aspiraciones de médula ósea, quimioterapia intratecal; etc. El área de preparación de quimioterapia con una campana de flujo laminar.

Dentro del hospital no se encontró ningún trabajo sobre dicha patología por lo cual no se hace referencia en este Proceso de Atención de Enfermería; sin embargo las estadísticas sobre neoplasias en el Hospital fue un motivo más de las razones por las cuales me interese en realizar este trabajo, ya que es el 1<sup>a</sup> lugar en defunciones de acuerdo a las estadísticas del HGM del 2007, con 7 muertes por esta causa; solo seguida por recién nacidos pre- terminó con 5 muertes; (3) nos hace pensar que aunque existen altas por remisión de la enfermedad aun hace falta darle atención y cuidados a este tipo de pacientes y a estas patologías, no solo en estado crítico, sino en las consultas, en las quimioterapias etc., solo procurando el bienestar biopsicosocial de nuestro paciente.

Con esta información recabada y con las estadísticas podemos decir que se realiza este proceso de atención de enfermería con la teoría de OREM referente al autocuidado donde ella define "autocuidado como una clase de acción deliberada que las personas ejecutan para regular su propio funcionamiento y desarrollo y estos serán alcanzados a través de los requisitos de autocuidado, /universales de desarrollo y desviación de la salud), siendo los resultados obtenidos un fiel reflejo de la calidad de atención brindada al paciente" (4)

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- **PROPORCIONAR UN CUIDADO BIO-PSICO-SOCIAL AL ADOLESCENTE CON LINFOMA NO HODGKIN LINFOBLÁSTICO DE PRECURSOR “B”, A TRAVÉS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON UN ENFOQUE INTEGRAL**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los cuidados específicos de Enfermería para el adolescente con Linfoma No Hodgkin Linfoblástico de precursor “B”.
- Mantener al paciente Hemo-dinamicamente estable evitando complicaciones.
- Establecer un vínculo de comunicación y respeto durante su tratamiento, aplicando el autocuidado con el paciente con Linfoma No Hodgkin Linfoblástico de precursor “B”.
- Orientar a los padres sobre los cuidados y el manejo integral para el paciente con Linfoma No Hodgkin Linfoblástico de precursor “B”.
- Orientar a los padres sobre instituciones de ayuda para pacientes con Linfoma No Hodgkin Linfoblástico de precursor “B”.

# CAPITULO

# I

## MARCO TEÓRICO

### MÉTODO DE ENFERMERÍA

Una disciplina desarrolla sus métodos con dos propósitos, primero delimitar los fenómenos observables que conciernen a su dominio de estudio y, segundo para transformar los fenómenos observables con base en datos más específicos para el problema. Se dice que una disciplina ha ganado su autonomía en el momento en que desarrolla métodos propios.

En todas las disciplinas existen numerosos ejemplos de modo en el que el mejoramiento de métodos impulsa la construcción de teorías y el diseño de modelos. Al mismo tiempo; nuevos modelos estimulan la integración teórica y la generación de teorías que, a su vez, propician el desarrollo de nuevos métodos.

Hablando así del Proceso Atención de Enfermería consiste en pensar como enfermera ya que es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado desde el inicio de la profesión.

En 1990 surgieron dos fuerzas impulsoras de gran impacto en la práctica de enfermería: énfasis en la calidad y énfasis en la restricción del costo. Las enfermeras, como todos los prestadores de servicio de salud, son sensibles a las demandas de calidad de un servicio por parte del consumidor: continuamente se están buscando formas de mejorar su práctica y la satisfacción de los pacientes que a tienen, por lo que el Proceso Atención de Enfermería constituye un instrumento para que la enfermera evalúa continuamente la calidad del cuidado que presta y mejoría. (5).

El Proceso de Atención de Enfermería se define como “Un conjunto de acciones que conducen a una meta determinada” (6). Todas las partes del proceso están relacionadas entre si y afecta al todo. Las partes o fases; del proceso de enfermería se producen en forma secuencial, aunque no son lineales. La planificación puede conducir a una intervención o la evaluación durante el proceso de planificación puede generar un nuevo cálculo (4).

El proceso enfermero consta de características específicas que impulsan a desarrollar los cuidados de enfermería y con ellos evaluar la calidad estas características son: sistemático, dinámico, humanístico, centrado en los objetivos (resultados). Por lo tanto el PAE nos ayuda prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud (en las enfermedades terminales , para controlar la sintomatología y fomentar el confort y el bienestar hasta la muerte); potenciar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados; proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo y hallar formas de aumentar la satisfacción del usuario al administrarle los cuidados y necesidades de salud.(6)

El proceso de atención de Enfermería se divide en cinco etapas:

### **Valoración**

La valoración es la primera fase del Proceso Enfermero, ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

La valoración de Enfermería inicial es la base del plan de atención del paciente, y las posteriores contribuyen a revisar y actualizar dicho plan conforme las condiciones del paciente cambian.

Dentro de la valoración se lleva a cabo la recolección de datos que incluye desde la observación, el interrogatorio así como la exploración física que nos llevarán a identificar cambios en el estado de salud e intervenir en las consecuencias.

#### Observación:

Las observaciones de enfermería se traducen en datos objetivos, constituidos por la información real que observa la enfermera, aquellas describe los signos o conductas observados sin sacar conclusiones o hacer interpretaciones en contraste con los datos objetivos están los subjetivos aquellos datos verbalmente por el paciente.

#### Interrogatorio:

El interrogatorio es una forma estructurada de comunicación que la enfermera utiliza para recolectar datos. La historia clínica y la valoración de enfermería al ingreso constituyen un tipo de interrogatorio que se completa al momento del ingreso.

El interrogatorio formal de enfermería no tiene por objetivo principal ser un tratamiento por sí mismo, sino es un formato organizado para la recolección de datos. La comunicación planeada y delimitada que la enfermera utiliza para ayudar a identificar y satisfacer las necesidades de cuidados de salud del paciente se denominan comunicación terapéutica.

Las fases claves de la valoración son:

- Recolección de datos.
- Los datos pertinentes se reúnen técnicas de validación adecuadas.
- Organización de los datos recopilados.
- Identificación del proceso de datos sistemáticos y continuos.
- Informe y documentación de los datos.

### ***Diagnóstico***

El segundo pasó del Proceso de Atención de Enfermería y es la fase durante la cual la enfermera analiza los datos reunidos durante la valoración e identifica áreas problemáticas para el paciente.

El diagnóstico es un proceso de análisis de datos e identificación de problemas.

Es una forma de tomar decisiones que la enfermera utiliza para establecer juicios y conclusiones acerca de las reacciones del paciente a problemas de salud reales y potenciales.

El diagnóstico de enfermería es la forma de anunciar problemas por medio de la cual la enfermera se comunica profesionalmente.

Análisis de datos:

Este es el proceso de estudiar los datos y establecer juicios y conclusiones acerca de su significado analizando los datos de la valoración física interrogatorio que se haya hecho en la etapa de valoración.

Identificación de problemas:

El siguiente paso es identificar un área amplia de interés (o de concentración) que requiere intervención de enfermería, como nutrición, excreción o información incorrecta o inadecuada. Esta es la identificación de áreas problemáticas.

Formulación de diagnósticos de enfermería

La actividad final del proceso de diagnósticos es la formulación del diagnóstico de enfermería.

La definición de un diagnóstico de enfermería establece que los problemas que la enfermera elige afrontar se encuentran dentro del campo de la práctica legal de la enfermería, puesto que esta suposición subyace a toda actividad profesional.

Los diagnósticos se clasifican según sus características y pueden ser de salud, reales y de riesgo.

Diagnósticos reales: Se define a un problema que existe en el presente, es decir, que existe en realidad. Juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales de la salud o ante procesos de la vida. Con características definitorias (manifestación de signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

Diagnósticos de riesgo: Es un juicio clínico de que es más probable que un individuo, una familia o una comunidad sean más vulnerables que otros a desarrollar un problema en la misma situación o una similar.

Diagnósticos de salud: Son aquellos en los cuales no existen datos ciertos para la determinación de que exista un problema. (3)

Los componentes de un diagnóstico son:

- a) Etiqueta: proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o una frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificaciones. Definición: proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
- b) Características definitorias: claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero. Aparecen en los diagnósticos reales y de salud.
- c) Factores de riesgo: factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable.
- d) Factores relacionados; factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes asociados, relacionados, contribuyen o coadyuvantes al diagnóstico (NANDA).

**Planeación:**

Esta fase dónde se desarrolla un plan para ayudar al paciente a lograr un nivel de funcionamiento óptimo o mejorarlo en las áreas problemáticas identificadas en los diagnósticos de enfermería, analizar los puntos fuertes y débiles del paciente y su familia.

El plan se desarrolla con el objetivo de individualizar la atención de enfermería para el paciente y a fin de hacerlo realista dado el hospital o el entorno de atención en casa. Las actividades que se llevan a cabo del área de planeación son:

## a) Establecer prioridades

La determinación de prioridades tiene por objetivo ordenar el suministro de cuidados de enfermería.

Tomando en cuenta la historia clínica, y la exploración física en la valoración de enfermería así como los signos y síntomas que presenta el paciente, se podrá determinar que intervención y/o problemas es aquel que merece mayor importancia y debe ser resultado en primera instancia.

## b) Determinación de objetivos

Un objetivo es una "meta esperada y medida centrada en el paciente" (4) que debe logarse en algún momento futuro específico.

Para el diagnóstico de enfermería real en el que existe un problema, el objetivo describe un cambio futuro en el estado de salud o el funcionamiento del paciente, con reducción del problema.

Para el diagnóstico de alto riesgo, es el que actualmente no existe un problema, pero tiene alta posibilidad de ocurrir si no se efectúan intervenciones de enfermería preventivas, el objetivo a menudo es mantener el estado actual libre del problema o el nivel de funcionamiento actual.

Los objetivos podrían evaluarse periódicamente como parte del plan de atención en lugar de fijar un a fecha o un momento para la evaluación, ya que el comportamiento del paciente varía de acuerdo con su estado de salud.

## c) Planeación de intervenciones de enfermería

Serán aquellas actividades que se llevaran acabo con el paciente de acuerdo con los objetivos que se planearon y las necesidades del paciente de acuerdo con su estado de salud.

***Ejecución***

La fase de ejecución consiste en la validación y escritura del plan, suministro y documentación de la atención y continuación de la recolección de datos.

Consiste en validar el plan verificando si este es seguro, razonable e implica calidad en la atención de enfermería, posteriormente se comunicará y documentará, sin embargo el principal componente es en realidad el suministro del cuidado del paciente. La enfermera documenta después en un registro esta intervención y la respuesta del individuo a ella. Al proporcionarse la atención continúa la valoración del paciente.

La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico, requiere un razonamiento enfermero previo, su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de un relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al mantenimiento/ restablecimiento de la salud del paciente.

***Evaluación:***

La evaluación es la última fase que evalúa y regula sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, los objetivos y/o el plan de cuidados.

La enfermera evalúa el avance del paciente hacia el logro de los objetivos.

La evaluación es continua durante el suministro de la atención ya que a medida que avanza el cuidado se podrá ir percatando del logro de los objetivos planeados.

---

**NANDA, ASOCIACION NORTEAMERICANA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA**

Antecedentes:

Hace más de tres décadas, al principio de los años 70, nacieron los Diagnósticos de Enfermería, cuando la Asociación Norteamericana de Enfermeras (NANDA) los reconoció oficialmente incluyendo en los estándares de la práctica de enfermería (1973). Posteriormente con el fin de ser estructurados y clasificados de modo que se permitiera su clasificación y uso sistematizado entre las enfermeras norteamericanas, Gabbie y Lavin (1973) convocaron la Primera Conferencia Nacional para la clasificación de los Diagnósticos de Enfermería.

En la Conferencia Nacional de la NANDA(1977) se contribuyó un grupo de enfermeras teóricas dirigido por Callista Roy, quien reúne a 14 teóricas de enfermería; conformando el grupo que posibilitaba el desarrollo de un sistema organizativo para agrupar los diagnósticos enfermeros, de acuerdo a una clasificación estructurada, y así poder crear una taxonomía. Este grupo se encargó de estudiar el listado diagnóstico y finalmente proponer un modelo de referencia del "Hombre Unitario", entendido como un todo y se identifica por los nueve patrones del hombre unitario, definiéndolo como un conjunto de fenómenos de unidad, continuidad, cambio creativo y dinámico, que permite a la enfermera describir, explicar y entender el proceso vital del hombre.

Durante la V Conferencia nacional de la NANDA(1982), se configuró un grupo de trabajo por Kritek; este grupo taxonómico se centra en el análisis de las etiquetas diagnósticas y en los nueve patrones del hombre unitario; observado y describiendo los diferentes niveles de abstracción de las etiquetas diagnósticas, modifican la terminología, reemplazando la expresión de patrones del hombre unitario por patrones de respuesta humana, los cuales comprenden los campos: Intercambio, comunicación, relaciones valores, elección, movimiento, percepción, conocimiento y sensaciones.

Durante la VI Conferencia nacional de la NANDA (1984), Fehring presentó un método para estandarizar la validación diagnóstica. Esto se refiere a que dicha taxonomía mide lo que debe medir, dando la naturaleza de la medida y la forma de validez establecen la forma de evidencia que es necesaria. Para los diagnósticos de enfermería se proponen tres tipos de validación estandarizada, pues utiliza un enfoque basado en evidencias cuantificables y estandarizadas que son; la validez del contenido diagnóstico, validez del diagnóstico clínico y puntuación de correlación etiológica.

La NANDA en su IX Conferencia en Nashville( 1994), Hoskins presenta la propuesta de la taxonomía II desde el concepto de ejes, definiéndolo operativamente como un dimensión de la condición humana, considerada en el proceso diagnóstico; cada diagnóstico sería evaluado en los tres ejes hasta ese momento identificados que eran: Unidad de análisis: persona, familia y comunidad; Grupo de edad: fetal, neonato, infante, niño, preescolar, escolar, adolescente, adulto joven, adulto medio, adulto y adulto anciano; y Bienestar/Salud/enfermedad.

La taxonomía II se usa para clasificación de los diagnósticos y apareció por primera vez en el libro Diagnósticos Enfermeros de la NANDA: definición y clasificación 2001-2002.

Finalmente se desarrollaron las definiciones de los dominios y clases y se comparó entonces la definición de cada diagnóstico con las de la clases y dominio que estaban situados, con el objetivo de asegurar la máxima concordancia entre los dominios, clases y diagnósticos, definiendo de la siguiente forma.

Dominios: es una esfera de actividad, estudio o interés.

Clase: es una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado.

Posteriormente se definieron siete ejes de los diagnósticos enfermeros, que fueron incorporados a la taxonomía II, los cuales son:

#### EJE I Concepto diagnóstico.

El término diagnóstico de enfermería fue introducido por primera vez por Vera Fry; donde afirma que una vez que las necesidades del paciente son identificadas se pueden formular un diagnóstico.

Los Diagnósticos de Enfermería constituyen un marco útil para la investigación, porque definen y describen las situaciones de salud que identifican y cuidan las enfermeras en la práctica. Se considera el diagnóstico de enfermería como la segunda parte del proceso enfermero, la cual corresponde a la fase de análisis e interpretación de forma crítica de los datos reunidos durante la valoración, extrayéndose conclusiones en relación con las necesidades, problemas y respuestas humanas del paciente, por lo tanto un diagnóstico es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o sociales a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para elegir las intervenciones enfermeras y para conseguir los resultados de los que el profesional de enfermería es responsable.

Los elementos de un diagnóstico NANDA son la etiqueta diagnóstica, la definición del diagnóstico, factores relacionados (causales o asociados), y las características definitorias (signos y síntomas).

Al anunciar cada diagnóstico, se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del paciente, la segunda la etiología o causa del

problema, representándose con la frase “relacionado con”, la cual se indica r/c; y las manifestaciones o los signos y síntomas representados con la frase “manifestado por”, la cual se indica como m/p.

EJE 2 Unidad De Cuidados: Mismo término utilizado de la misma forma por la unidad de análisis por Hokins.

EJE 3 Descriptor: Limitada o especifica el significado del concepto diagnóstico.

EJE 4 Localización: Describe las partes o regiones corporales y/o funciones relacionadas con los tejidos, órganos y estructuras anatómicas.

EJE 5 Edad: Se refiere a la de persona que es sujeto el diagnóstico como la duración del tiempo o intervalo durante el cual ha existido un individuo.

EJE 6 Tiempo: Describe la duración del concepto (agudo: 6 meses; crónico: mas de 6 meses; etc.)

EJE 7 Estado del diagnóstico: Se refiere a la actualización potencial del problema, sus valores son reales: donde existe un hecho real y existe en el momento; o el de riesgo: que se refiere a la vulnerabilidad especialmente factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida en el momento; o el de riesgo: que se refiere a la vulnerabilidad especialmente factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.

Hoy podemos decir que el diagnóstico de enfermería es un enunciado derivado de la etapa de valoración, correspondiente a un juicio y útil, para poder unificar los criterios se crea la NANDA, cuyo objetivo es estandarizar por medio de una metodología establecida las etiquetas diagnósticas derivadas de respuestas humanas que atiende el profesional de enfermería. El incremento de esta taxonomía ha sido tal que se ha traducido a nueve idiomas y se ha utilizado en más de 20 países de todo el mundo. Se dice que los diagnósticos de enfermería cuenta con bases teóricas precisas, así como conocimientos y habilidad por parte del profesional, en donde se requiere seguir un proceso donde se recoge la información, se interpreta, se agrupa , se analiza y se ubica en una etiqueta (problema de salud) que representa la mayoría de los datos obtenidos.

La utilidad de ser un lenguaje enfermero reconocido, indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermero al proporcionar una terminología clínicamente útil.

Se considera que el uso de la Taxonomía diagnóstica y en particular la taxonomía II de la NANDA, aporta grandes beneficios al área de enfermería entre los que cabe destacar: la estandarización del lenguaje de enfermería; la capacidad de reflexión, razonamiento crítico en la toma de decisiones y autonomía para el desarrollo profesional de enfermería. Además de hacer aportaciones en el área de la investigación como un sistema de registro de información mediante criterios propios de la profesión enfermería, proponiendo como consecuencia nuevas áreas de investigación.

---

**CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA NOC**

La taxonomía NOC (siglas en inglés de Nursing Outcomes Classification) es Organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía de la NOC tiene 5 niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.

Clasificación de resultados de Enfermería NOC contiene 330 resultados; cada uno de ellos constituye un nombre de identificación, una definición y un grupo de indicador que describe el estado específico del paciente, cuidador y familiar o sociedad en relación con el resultado, una escala tipo Likert de cinco puntos y una selección de citas bibliográficas utilizadas en la descripción del resultado.

El NOC se desarrolló para medir el cambio en el estado del paciente con el propósito de evaluar los efectos de intervenciones de enfermería. Aunque el NOC se desarrolló para enfermería, otros profesionales de la salud han considerado que los resultados son útiles para evaluar efectos de sus intervenciones.

La estructura taxonómica fue desarrollada durante la segunda fase de la investigación y se publicó por primera vez. La taxonomía de NOC se creó para:

1. Proporcionar una estructura estable para la colocación de resultados en el tiempo.
2. Permitir la incorporación de nuevos resultados a medida que se desarrollen
3. Permitir la identificación de resultados perdidos necesarios para ediciones futuras.
4. Ayudar a las enfermeras a identificar y seleccionar resultados para los diagnósticos que tratan para pacientes, familia y comunidades.

La importancia de la clasificación de los resultados de enfermería:

- ✓ Exhaustividad
- ✓ Investigación
- ✓ Desarrollo y deducción
- ✓ Utilizan un lenguaje claro y clínicamente útil.
- ✓ Fácil de utilizar en estructuras que están organizando
- ✓ Los resultados pueden ser compartidos para todas las disciplinas

Cambios en las escalas de medición:

La tercera edición de NOC, contaba con 17 escalas, tras la realización de estudios de evaluación de estas escalas se han eliminado un total de 6 en esta versión por que eran poco utilizadas. Cada escala esta construida de manera que el numero 1 representa el estado menos deseable y el numero 5 el mas deseable.

Desde la publicaron de la última edición se han comprobado la validez y la exactitud de los resultados y de las escalas de medición en 10 instalaciones clínicas de los Estados Unidos.

---

**CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC**

El profesional de enfermería no tiene registrado los procedimientos que realiza solo una mínima parte de las intervenciones que realiza durante el desempeño del cuidado, lo cual requiere fortalecer la cultura del registro propio de la profesión para hacerla visible, reconociendo la importancia que tienen las intervenciones de enfermería en el contexto real de desempeño.

La selección y la formula de las intervenciones de enfermería constituyen un parte importante del planteamiento del cuidado, pues son las indicaciones o descripciones que la enfermera (o) considera necesarias para obtener los resultados esperados, en términos de corrección, disminución o mantenimiento de las condiciones de salud deseables en el individuo.

Los planes de cuidado y las intervenciones deben estar estrechamente relacionados con los diagnósticos de Enfermería identificadas; con base a ellos se establece las metas así como las intervenciones de enfermería. Los objetivos de la selección de intervenciones son: controlar un problema, ayudar con las actividades de la vida diaria, promover un óptimo estado de salud he independencia y minimizar los riesgos.

En 1987 un grupo de enfermeras de la universidad de Iowa, liderado por Joanne McCoskey y Gloria Bulecheck, se dedicaron a trabajar en la elaboración de una taxonomía de intervenciones de enfermería , y en 1992 publicaron su primer trabajo Nursing Intervention Classification (NIC), en el cual se incluían 336 intervenciones de Enfermería, cada una de ellas con una denominación, una definición y un grupo de actividades relacionadas que describen las acciones del profesional de enfermería para implementar la intervención.

El 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 realiza para alcanzar los resultados esperados sobre el cliente. Las intervenciones del 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 enfermedad. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería y otros proveedores de cuidados.

Una intervención de enfermería directa consiste en un tratamiento realizado a través de la intervención con el (los) pacientes.

La intervención de enfermería directa comprende de acciones de enfermería fisiológica y psicológica, tanto las acciones de “colocar las manos como que son mas bien de apoyo y asesoramiento en su naturaleza.

Una intervención de enfermería indirecta es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del paciente o grupo de pacientes. Las intervenciones de enfermería indirectas incluyen las asociaciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria.

Una intervención a la comunidad (salud pública) esta dirigida a fomentar y a mantener la salud de las poblaciones. Las intervenciones a la comunidad pretenden el fomentar a la salud, el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades de poblaciones.

Las actividades de enfermería son acciones específicas que realiza el personal de enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente /cliente a avanzar hacia el resultado deseado.

La taxonomía es teóricamente neutral; las intervenciones pueden utilizarse con cualquier teoría y en cualquiera de los marcos enfermeros y de los sistemas de prestación de cuidados. Las intervenciones también pueden utilizarse con otras clasificaciones diagnósticas incluyendo la NANDA y otros. En 1996 se presentó la segunda edición del NIC con un total de 433 intervenciones distribuidas por los niveles para su organización. El nivel uno corresponde a los campos, que son siete, el nivel dos a las clases para un total de 29 y el nivel tres corresponde a las 433 intervenciones , la tercera edición la cual presenta un total de 486 intervenciones , organizadas en 7 campos y 30 clases.

En el año 2002 se celebró el décimo aniversario de la NIC, que utiliza un lenguaje normalizado global para describir los tratamientos que realiza los profesionales de enfermería, contribuyen tres capítulos; el capítulo I proporciona una introducción del NIC y realiza 20 preguntas sobre el mismo; algunas de ellas con respuestas; el capítulo II describe el inicio de la NIC en 1987 y la necesidad de la NIC y posteriormente en el capítulo III se centra en la manera de utilizar la NIC y consta de numerosos formularios que muestra su uso en la práctica y la enseñanza.

Esta última edición consta de 514 intervenciones, frente a las 486 de la tercera edición, las 333 de la segunda edición y las 336 de la primera edición. Cada intervención tiene una denominación, una definición, una lista de actividades que el profesional de enfermería debería de revisar para llevar a cabo la intervención, en el orden lógico en el que debería realizarse, y una pequeña lista de referencias bibliográficas. El lenguaje normalizado lo contribuye la etiqueta y la definición de cada intervención.

Las actividades pueden seleccionarse o modificarse, según proceda de acuerdo a las necesidades del paciente. La bibliografía de muchas de las intervenciones ha sido actualizada en cada edición. Las Bibliografías no incluyen una lista completa de referencias para una intervención dada, mas bien contribuyen puntos de partida.

La Taxonomía actual incluye 7 campos y 30 clases. El Uso de la NIC; ayuda a mostrar el impacto que tiene los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de los cuidados sanitarios, normaliza y define la elección correcta de una intervención de enfermería , facilita la comunicación de los tratamientos de enfermería a otros

profesionales de enfermería y a otros proveedores de cuidados, ayuda a los educadores a desarrollar programas que articulen mejor la práctica clínica, facilita la enseñanza de toma de decisiones clínicas a los profesionales , ayuda a los administradores a planificar de forma mas eficaz las necesidades del personal y de los equipos , facilita el desarrollo y el uso de los sistemas de información de enfermería.

Utiliza las bases conceptuales y clasificatorias para registrar las intervenciones de enfermería contribuyen un aporte significativo a la visibilidad de desempeño profesional, en cuanto permite cuantificar con un lenguaje estandarizado las acciones de enfermería, facilitando la relación de diagnósticos y sus intervenciones



# TEORIA DE OREM

Dorothea Elizabeth OREM es una de las enfermeras norteamericanas más destacadas nació en Baltimore Maryland en 1914. Para comenzar hablar sobre esta teórica tenemos que hacer mención a alguna de sus de definiciones de acuerdo a su Metaparadigma.

Para Oren (1991) La persona es un todo integral dinámico, que funciona biológicamente, simbólicamente, y socialmente, con la facultad de utilizar las ideas, las palabras para pensar y reflexionar sobre sus propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar acabo sus acciones de autocuidado y el cuidado dependiente. El entorno representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre las decisiones de la persona de emprender los cuidados sobre su capacidad de ejercerlos. Es también una parte integrar de la persona. La cultura se considera como el contexto dentro del cual se aprende los comportamientos de autocuidado. La salud como un estado y establece “salud es un termino que tiene utilidad general considerable en describir el estado de totalidad e integridad de los componentes del sistema biológico, simbólico y social de los seres humanos.

Así mismo define a la enfermería como un servicio humano, proceso interpersonal y una tecnología (método o técnicas formales) que se presenta cuando la persona no se puede cuidarse por si misma, para mantener la salud, la vida y el bienestar.

La teoría general de OREM esta integrada por tres teorías:

- Teoría de sistemas enfermeros.
- Teoría de déficit de auto cuidado
- Teoría de auto cuidado.

La teoría de sistemas de enfermeros es la teoría unificadora e incluye los elementos esenciales. La teoría de déficit de autocuidado y la teoría de autocuidado.

### TEORÍA DE SISTEMAS ENFERMEROS.

Esta señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son un sistemas de acción formados diseñados y producidos por enfermeras(os) mediante el ejercicio de su actividad de enfermería, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado independiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción de liberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación.

Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos que tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente o para la familia u otros grupos multipersonales.

- Sistema de enfermería totalmente compensatorio: La enfermera cumple con el autocuidado terapéutico del paciente.
- Sistema de enfermería parcialmente compensatorio: Desarrolla y compensa acciones de autocuidado terapéutico del paciente de manera conjunta
- Sistema de enfermería de apoyo educativo: La enfermera actúa ayudando al paciente a adquirir conocimientos o habilidades relacionadas con su autocuidado.

TOTALMENTE COMPENSATORIO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	APOYO EDUCATIVO
Realizar el autocuidado.	Realiza alguna de las medidas de autocuidado por el paciente	Realiza el cuidado terapéutico del paciente
Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.	Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado.	Compensa la capacidad del paciente para realizar su autocuidado
Hacer por el otro.	Ayuda al paciente en lo que necesite.	Apoya y protege al paciente. Deja hacer al otro.

### TEORÍA DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO.

Orem la considera el núcleo central del modelo, plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas de cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos. Cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado.

De acuerdo con Orem (1979) la intervención de enfermería solo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado del individuo exceden sus habilidades para cubrirlas. Ante esta condición se legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

### TEORÍA DE AUTOCUIDADO.

El autocuidado se define como “La conducta aprendida por el individuo dirigida hacia si mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, la salud y el bienestar.” (4)

Los seres humanos, por lo general tienen habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan a través de la vida para satisfacer sus necesidades de salud, tienen habilidades para encontrar e internalizarlas formaciones necesarias por si mismas y, cuando no es así, buscan ayuda en la familiar o en los profesionales de la salud.

Esta teoría enfatiza que la realización del autocuidado requiere de acción deliberada, intencionada y calculada, que esta condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de los individuos cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Sin embargo, pueden escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado (OREM 1939).

Esta teoría tiene como supuesto principal que el “autocuidado no es innato” se aprende, se vive durante del crecimiento y del desarrollo del ser humano, siendo en un comienzo a través de las relaciones interpersonales que se establecen con los padres, quienes son los modelos a seguir por los niños y posteriormente con amigos, familia, es decir, el entorno que los rodea.

A partir de esta teoría se articulan tres conceptos:

- Agente: Se refiere a cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado.
- Agente de autocuidado independiente: es la persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona importante para el.

- Agente de autocuidado terapéutico: Es la capacidad de la personas formadas como Enfermeras(os), que les da poder para representar como enfermeras (os) y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado. (Oren 2001).

Expone que las actividades de autocuidado son afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad a la que pertenece.

OREM (1971) relaciona las actividades de autocuidado con los Requisitos de autocuidado, son aquellos que tienen por objetivo promoverlas condiciones necesarias para la vida y la maduración, y prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez o vejez.

Dichos requisitos son categorizados como universales, del desarrollo de la desviación de la salud.

- Requisitos universales.

Representan los comportamientos por lo general se consideran dentro de los límites normales para los seres humanos: hombres, mujeres y niños, constituyen los objetivos requeridos que deben alcanzarse a través del autocuidado para el mantenimiento de la integridad estructural y funcional de las diversas etapas del ciclo vital.

- Mantenimiento de aporte de aire.
- Mantenimiento de aporte de agua.
- Mantenimiento de aporte de alimentos.
- Eliminación
- Mantenimiento entre actividad y reposo.
- Soledad e interacción social.
- Peligros para la vida humana, el funcionamiento humano y el bienestar.

- Requisitos del autocuidado de desarrollo.

Estos se refieren a las condiciones más específicas y particulares que garantizan el crecimiento y el desarrollo normal de la persona desde la concepción hasta la vejez y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo.

- Soporte y promoción de los procesos vitales; incluyendo: embarazo, nacimiento, neonatos lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta.

- Proporcionar cuidados en la privación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio de ambiente, problema de estatus, mala salud, condiciones de vida o enfermedad terminal.
- Estadios como psicosexual (Freud), estadio psicosocial (Erickson), estadio intelectual (Piaget) y el estadio moral (Kohlburg).

Desviación de la salud de los requisitos de autocuidado.

Estos existen para personas que están enfermas o lesionadas, incluyendo los efectos y las discapacidades.

- Asistencia médica segura cuando este expuesto a patología.
- Atención a los resultados del estado patológico.
- Utilización de terapia medica para prevenir o tratar patología.
- Atención a los efectos molestos de la terapia medica,
- Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario.
- Aprender a vivir con la patología.

Los requisitos de autocuidado exigen se tomen medidas sanitarias en momentos concretos a lo largo de un período, a las que les da el nombre de demandas de autocuidado terapéutico. (7)

---

## LINFOMA NO HODGKIN LINFOBLÁSTICO DE PERCUSOR “B”.

Se dará a conocer en primer lugar la definición de linfoma para poder abordar los diferentes aspectos de este en particular:

**Linfoma:** Los linfomas son un conjunto de enfermedades cancerosas que se desarrollan en el sistema linfático, que también forman parte del sistema inmunológico del cuerpo humano. A los linfomas también se les llama los tumores sólidos hematológicos para diferenciarlos de las leucemias.

**Linfomas no-Hodgkin:** Son un conjunto de linfomas diferentes al linfoma de Hodgkin del que existen múltiples clasificaciones. El linfoma no Hodgkin lo forman más de 30 linfomas diferentes. Al contrario que la enfermedad de Hodgkin la incidencia va en aumento a partir de 1990.

De todas las neoplasias malignas que padecen los niños, los linfomas ocupan el primer lugar en frecuencia, junto con las leucemias agudas, seguidas por los tumores del sistema nervioso central. El binomio leucemia – linfoma presenta diferentes manifestaciones clínico-patológicas de la misma enfermedad hematopoyética. Estas neoplasias afectan, sobre todo, a los niños en el segundo y tercer lustro de la vida.

Su localización es predominantemente extra ganglionar, en estadios clínicos avanzados (III y IV), muy agresivos. Cuando se siguen los protocolos modernos de tratamiento más del 70% de los pacientes afectados se curan.

En 1832 Thomas Hodgkin describió 7 casos fatales de tumor de ganglios linfáticos con esplenomegalia. Pasaron 33 años para que Wilks definiera la enfermedad de Hodgkin y 70 años para que Sternberg y Reed describieran su morfología.

Kundrat describió los linfosarcomas en 1893; de los cuales Brill y Symmers separaron las formas gigante-foliculares y Oberling el retículo-sarcoma por el año de 1928. La primera clasificación morfológica de los linfo-sarcomas fue propuesta por Rappaport en 1956. Después de 1974 surgieron clasificaciones morfológicas e inmunológicas, Lukescollins, Dorfman, Kie, con avances y confusiones entre ellas.

En 1980 se integró “Working Formulation for Clinical Usage” clasificación morfológica que demostró utilidad sobre todo para los linfomas B. Por primera vez en 1994, una clasificación que integro criterios clínicos, morfológicos, inmunológicos y genéticos fue internacionalmente aceptada, fue la clasificación europea –americana revisada de las neoplasias linfoides o clasificación REAL.

En 1997, la clasificación REAL fue modificada por la OMS para incluir todas las neoplasias hematológicas estratificándolas según su linaje: mielóide, linfóide, histiocítico / dendrítico o mastocito.

Las neoplasias linfoides se dividieron en tres categorías principales: De células B, de células T/ natural killer y linfomas de Hodgkin. Dentro de las categorías B y T/NK se

reconocieron 2 principales variedades, neoplasias de precursores y neoplasias de células maduras o periféricas. Clínicamente se agruparon de acuerdo a su más típica presentación como linfoma extranodal primario o predominantemente nodal, predominantemente diseminado o leucémico.

Para fines de este trabajo se dará a conocer la clasificación de OMS y es la que se tomara en cuenta.

#### Clasificación de la OMS

- **Linfomas de células B**

Linfomas precursores de células B: leucemia linfoblástica precursora aguda de células B (LLA-B, y linfoma linfoblástico precursor de células B (LBL, por sus siglas en inglés).

Linfomas periféricos de células B.

Leucemia linfocítica crónica de células B y linfoma linfocítico pequeño de células B.

Leucemia prolinfocítica de células B.

Linfoma/inmunocitoma linfoplasmacítico.

Linfoma de células de manto.

Linfoma folicular.

Linfoma extranodal de zona marginal de células B de tipo MALT.

Linfoma nodal de zona marginal de células B (de células B ± monocitoide).

Linfoma esplénico de zona marginal (linfocitos ± vellosos).

Leucemia de células pilosas.

Plasmacitoma y mieloma de células plasmáticas.

Linfoma de células B grandes difuso.

Linfoma de Burkitt.

- **Linfomas de células T y células NK**

Linfomas precursores de células T: leucemia linfoblástica precursora aguda de células T (LLA-T) y linfoma linfoblástico precursor de células T (LBL, por sus siglas en inglés).

Linfomas de células asesinas naturales (NK) y células T periféricas.

Leucemia linfocítica y leucemia prolinfocítica crónicas de células T.

Leucemia linfocítica granular de células T.

Micosis fungoide y síndrome de Sezary.

Linfoma periférico de célula T, sin alguna otra caracterización.

Linfoma hepatoesplénico de células T gamma y delta.

Linfoma de apariencia paniculítica subcutáneo de células T.

Linfoma angioinmunoblástico de células T.

Linfoma extranodal de células T y de células Nk, tipo nasal.

Linfoma intestinal de células T, de tipo enteropático.

Linfoma y leucemia de células T en adultos (HTLV 1+).

Linfoma anaplásico de células grandes, tipo sistémica primario.

Linfoma anaplásico de células grandes, tipo cutáneo primario.

Leucemia agresiva de células NK

- **Linfoma de Hodgkin (Enfermedad de Hodgkin)**

Linfoma de Hodgkin nodular abundante en linfocitos.

Linfoma de Hodgkin clásico.

Linfoma de Hodgkin con esclerosis nodular.

Linfoma de Hodgkin clásico rico en linfocitos.

Linfoma de Hodgkin de celularidad mixta.

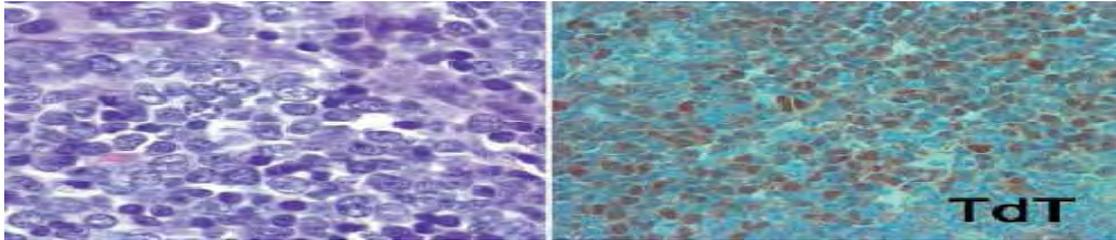
Linfoma de Hodgkin con depleción de linfocitos. As.

#### **LINFOMA/LEUCEMIA LINFOBLASTICO B**

Neoplasia de linfoblastos B, que puede cursar de forma exclusivamente leucémica o con formación de masas tumorales en ganglio linfático, hueso, piel u otras localizaciones extraganglionares.

**Rasgos clínicos:** La mayoría de los casos se dan en pacientes jóvenes (<20 años) y con presentación leucémica. De forma infrecuente, la enfermedad puede debutar como tumores sólidos, sin compromiso leucémico.

**Morfología:** Los linfoblastos tienen una morfología característica, con tamaño celular intermedio, núcleo redondo o escotado, cromatina fina, 37 nucléolos poco evidentes y escaso citoplasma



**Inmunofenotipo y genotipo:** Tdt+, CD19+,CD79a+, CD20-/+, CD10+/-, CD34+/-.

La demostración de Tdt es crítica en el diagnóstico.

Algunos casos pueden ser CD99+. Un rasgo frecuente es la expresión de marcadores inmunohistoquímicos aberrantes, como CD3 o CD43. Además de reordenamiento monoclonal del gen de la cadena pesada de las inmunoglobulinas (IgH), se puede encontrar también reordenamiento en los genes del receptor de células T (TCR). Algunas translocaciones se asocian a cursos clínicos diferentes, y se recomienda incluir esta información en el informe del paciente, así:

- Translocaciones afectando el gen *MLL* en

11q23 con llevan un mal pronóstico.

- Hiperdiploidía y translocación t(12; 21)

(*TEL/AML1*) se asocian a un pronóstico favorable.

- Translocación t(9; 22) (*BCR/ABL*) se asocia a pronóstico desfavorable.

- Translocación t(1; 19) (*E2A-PBx*), asociada a pronóstico desfavorable.

**Variantes:** Existe un consenso generalizado acerca de que las formas que cursan como tumorales y las leucémicas son sustancialmente la misma enfermedad en diferentes fases o con tropismo por diferentes órganos. No obstante, para evitar confusiones se recomienda mantener la denominación de leucemia para aquellas caracterizadas por presentación leucémica.

La terminología FAB no parece actualmente adecuada, ya que muestra una pobre correlación con el fenotipo, genotipo o manifestaciones clínicas de la enfermedad.



**Estadios clínicos**

Estadio I: Afectación de una sola región ganglionar, o afectación localizada de un solo órgano o localización extra linfática.

Estadio II: Afectación de dos o más regiones ganglionares del mismo lado del diafragma, o afectación localizada de un solo órgano o localización extra linfática € y su ganglio o ganglios regionales con o sin afectación de otras regiones ganglionares en el mismo lado del diafragma.

Estadio III: Afectación de regiones ganglionares a ambos lados del diafragma, que puede acompañarse también de afectación localizada de un órgano o localización extra linfática asociada, o de afectación de bazo (S) o ambas (E+S).

Estadio IV: Afectación diseminada de uno o más órganos extra linfáticos, con o sin afectación ganglionar asociada, o afectación extra linfática aislada con afectación ganglionar a distancia. La afectación de médula ósea implica un estadio IV.

**Categorías histopatológicas más importantes del linfoma no Holguín en niños y adolescentes.\***

CATEGORIAS CLASIFICACION OMS ACTUALIZACION REAL	CATEGORIA (FORMULACION DE TRABAJO)	INMUNOFENOTIPO	PRESENTACION CLINICA	DESPLAZAMIENTO O CROMOSOMICO	GENES AFECTADOS
Linfoma de burkitt, burkitt IgK y otros similares	LM de células pequeñas no hendidas	Células B maduras	Intra-abdominal (esporádica), mandibular (endémica) cabeza y cuello (no mandibular esporádica)	T(8;14) (q24;q32), t (2,8) (p11;q24), t(8,22) (q24;q11)	C-MYC, IGH, IGK IGL
	LM de células grandes	Células B maduras; quizás CD 30 +	Nódulo, abdomen, hueso, SNC primario mediastino Medula osea; Mediastino	no se ha identificado anomalía citogenética persistente MTS p16ink4a eliminación <i>TAL1</i> t(1;14) (p34; q11), t(11;14) (p13;q11)	
	Linfoblastico enrollado y no enrollado	Células pre-T	Piel, hueso.		
Linfoma difuso de células grandes B		Células pre-B	Variable, pero los síntomas sistémicos a	t(2;5)(p23;q35)	<i>TAL1, TCRAO, RHOMB1, HOX11</i>

<b>Linfoma anaplasico de células grandes</b>	LM immunoblástico o LM de células grandes	<b>CD30+(Ki-1+)</b>	<b>menudo son prominentes.</b>		<i>ALK, NMP</i>
		<b>Célula T o nula</b>			
<b>Linfoma anaplasico de células grandes sistémico</b>		<b>CD30+ (Ki+ usualmente)</b>	<b>Piel con lesiones múltiples</b>	Carece de t(2;5)	
		<b>Célula T</b>			

ML: linfoma maligno. \*adaptado por Percy et .al.

Percy CL, Smith MA, Linet M, et al.: Lymphomas and reticuloendothelial neoplasms. In: Ries LA, Smith MA, Gurney JG, et al., eds.: Cancer incidence and survival among children and adolescents: United States SEER Program 1975-1995. Bethesda, Md: National Cancer Instituto, SEER Programa, 1999. NIH Pub. No. 99-4649, pp 35-50. Also available online. Last accessed April 18, 2007.

# CAPITULO

## II

---

## VALORACIÓN

Valoración de los Datos Básicos de Acuerdo con la Teoría de Autocuidado de OREM.  
Datos obtenidos por paciente y por familiar directo madre.

**Fecha de ingreso:** 27 de Marzo del 2008

**Servicio:** Hematológica-Oncológica Pediátrica

**Cama:** 22

### I PERFIL DEL CLIENTE

#### A.- Características personales.

**Nombre:** LAC      **Edad:** 16 años      **Sexo:** Masculino

**Escolaridad:** 3º Secundaria      **Religión:** Católico

**Originario de:** Poza Rica Veracruz.      **Ocupación:** Estudiante

**Peso:** 46.500 Kilogramos      **Talla** 1.55 centímetros

**Edo. Civil:** Soltero

#### Intereses, pasatiempos, actividades recreativas:

Jugar en el campo, ver la televisión y escuchar música.

#### B.- Orientación sobre su estado actual de salud.

##### ¿Qué cosas de usted mismo consideras sanas?

Me sentía sano ahora siento que todo esta mal en mi cuerpo o al menos eso me han dicho.

##### ¿Cuáles son sus objetivos de salud?

Me quiero recuperar y sentirme mejor para regresar a mi hogar en poza rica

#### C.- Características familiares.

##### Miembros de la familia/otras personas significativas (edad, relación con el cliente).

Papá; mamá y hermanos

**Tipo de sistema familiar.**

Nuclear.

**D.- Características ambientales**

**Entorno Físico: hogar (características, peligro para la seguridad, adecuación del espacio, provisión de intimidad.**

Vive en zona rural, en casa propia con construcción de madera, con piso de cemento, cuenta con tres habitaciones, con buena ventilación e eliminación, convive con pollos de manera externa; fauna nociva cucarachas; cuenta con servicio de agua, luz y drenaje, la basura la queman; utilizan combustible de gas y leña para realizar alimentos.

**Entorno físico: vecindario y comunidad, incluyendo patrones de movilidad geográfica de peligros ambientales.**

Con los servicios que cuenta de manera extra domiciliaria son con televisión, radio, teléfono, no cuenta con transporte público es muy raro, tienen que transportarse caminando o con alguna bicicleta o camiones de vecinos.

**Asociaciones y transacciones de la familia con la comunidad: percepción y sentimientos sobre el vecindario y la comunidad, incluyendo accesibilidad a los centros de cuidados de la salud, servicios humanos:**

Cuentan con una clínica a 30 minutos de su localidad; la comunidad tiene primaria, secundaria y preparatoria, no cuentan con centros recreativos solo a 2 hrs o 30 minutos en los poblados más grandes.

**II REQUISITOS UNIVERSALES****A.- Aire**

- **Hábitos de salud.**

**Higiene (prácticas de baño y arreglo personal, higiene oral, prácticas culturales específicas)**

Baño diario, con cambio de ropa completo; con higiene bucal dos veces al día.

**Patrones de oxigenación (ayudas especiales).**

Paciente con pleurovax; y puntas nasales.

➤ **Revisión de sistemas.**

**Piel:** erupción, purito, descamación, lesiones, turgencias, crecimiento cutáneo, tumores, cambios de pigmentación o decoloración.

Paciente que presentó purito; piel seca; crecimiento de ganglios linfáticos, y cambios en la pigmentación.

**Pelo:** cambios en la cantidad, textura, tipo; alopecia, uso de tinte.

Cabello seco, quebradizo, cenizo, y con pérdida de cabello.

**Uñas:** cambios de aspecto, textura, relleno capilar.

Uñas trasparentes, cortas, limpias y con llenado capilar de 2".

**Sistema respiratorio, nariz (dolor o traumatismo, olfato, sensibilidad, epistaxis, secreción), falta de aliento, disnea, tos crónica, producción de esputo, hemoptisis, historia de asma; sibilancias o ruido al respirar.**

Paciente que presenta dificultad respiratoria mínima; se encuentra con derrame pleural; con tratamiento de pleurovak; con oxígeno por puntas nasales y a la exploración se escuchan escasos estertores.

**Sistema vascular periférico:** frialdad, entumecimiento, decoloración. Edema periférico, claudicación intermitente.

No presenta alteración vascular periférica.

**Sistema cardiovascular:** palpitaciones, murmullo cardíaco, venas varicosas historia de cardiopatía; hipertensión, dolor torácico, ortopnea.

No presenta alteración en el sistema cardiovascular

**B.- Agua**

**C.-Alimentos**

➤ **Hábitos de salud.**

Ingesta por vía oral, con ninguna dificultad para masticar y pasar alimento, se alimenta sin ayuda, la dieta que consume es proporcionada por el hospital, en casa le gusta consumir, mole y pollo; se alimentó con seno materno, hasta el año de edad; comenzó la ablactación al año de edad. El aporte de líquidos es habitualmente con refresco y poca agua, en el hospital es de agua y jugos; no tiene alergia a ningún alimento; le gusta la carne de res. Su apetito ha disminuido y más cuándo esta con quimioterapia, tiene ocasionalmente náusea y en los últimos seis meses ha bajado de peso

➤ **Revisión de sistemas:**

**Hidratación; deshidratación, sequedad excesiva; sudación; olores, edema, polidipsia.**

No presenta deshidratación sin embargo la piel se encuentra seca, y ceniza, no presenta edema.

**Líquidos parenterales (administración de sangre intravenosa**

**Híper-hidratación).**

Se encuentra con soluciones de base, P/ 24 hrs antes de la quimioterapia se comienza con hiperhidratación oral y venosa.

➤ **Revisión de sistemas**

**Boca: dientes, encías, lengua, dificultad de masticación.**

Dentadura completa, con tres dientes con caries, encías rosadas, y sin problemas para realizar la masticación.

**Garganta: dolor, lesiones, disartria, disfagia, historia de infecciones estreptocócicas.**

No tiene antecedentes de infecciones graves solo gripe, en la exploración se encuentran amígdalas inflamadas rojas, pero sin dolor a la palpación.

**Sistemas gastrointestinal: dolor, anorexia, náuseas/vomito, ingesta de ácidos, historia ulcerosa, polifagia, estado actual peso/talla.**

Paciente con peristalsis presenté, sin palpación de masas tumorales, sin dolor a la palpación; presenta náuseas en la infusión de quimioterapia llegó con un peso de 55kg y sale con un peso de 48.800kg.

**D.- Eliminación**

➤ **Hábitos de salud**

**Patrones diarios (intestinal / vesical)**

Utiliza el WC para evacuar; el número de evacuaciones al día es de 1 a dos deposiciones, de manera normal; no necesita utilizar laxantes ni algún rito; no cuenta con ningún drenaje ni estoma; y no ha presentado diarrea.

➤ **Revisión de sistemas**

**vejiga:** poliuria, oliguria, disuria, nicturia, incontinencia. Dificultad para iniciar o parar el chorro.

Micción normal, sin dificultad para realizarla, color amarillo ámbar de 3 a 5 veces al día.

**Intestino:** dolor, diarrea, estreñimiento (agudo o cónico), flatulencia, hemorroides, características de las heces (color, consistencia, cantidad).

Con peristalsis presente, sin dolor a la palpación, produciendo gases y con heces normales.

**Genitales:** erupciones e irritaciones perineales, lesiones, secreciones inusuales (cantidad, color, consistencia).

Genitales normales, sin lesión, con una operación de testículo derecho, y sin salida de secreción.

**E.- Actividad y Reposo**

➤ **Hábitos de salud.**

**Patrones de actividad:** medios de de ambulación (preocupaciones de seguridad, ayudas); nivel de actividad (hogar, trabajo, tiempo libre); programas de ejercicio regular.

Sus actividades en su casa se basaban en ir a la escuela y después ayudar a su papá en el campo; un rato veía la tele o el radio. En el hospital no tiene actividades

**Patrones de reposo sueño:** ritmo cardiaco; hora duración del sueño; uso de ayudas de soporte (sedantes, alcohol, almohadas); dispositivos (lectura, música, televisión).

Duerme 8 hrs diarias, no tienen ninguna ayuda para dormir, en el hospital duerme de 6 a 7hrs ya que los levantan muy temprano además solo tiene por cansancio o por sentirse mal duerme por ratos.

➤ **Auto-concepto-imagen.**

**Imagen corporal (aspecto, límites, fronteras, estructura interna).**

Paciente con aspecto normal de acuerdo a su edad, cursando la etapa de adolescencia, es pasivo, serio un poco apático ante las actividades, no con vive con sus compañeros de habitación, procesa sus propios juicios, tiene un pensamiento lógico y coherente, es muy inteligente e inocente.

➤ **Revisión de sistemas**

**Sistema musculo esquelético: fuerza/ debilidad; tono muscular, amplitud de movimientos, dolor, fatiga, inflamación, rigidez, contracturas.**

La prueba de fuerza fue negativa tiene disminución de la fuerza, presenta debilidad, tiene tono muscular, realiza todos los movimientos sin presentar dolor, fatiga moderada al esfuerzo, no presenta contracturas ni inflamación.

**Sistema neurológico: entumecimiento, hormigueo, discriminación entre calor, el frío, y el tacto, movimientos inusuales (temblores, convulsiones), parálisis, vértigo, cefaleas, pérdida de conciencia, cambios de memoria, intolerancia al calor o al frío.**

No presenta ningún síntoma ni signo.

**F.- Soledad e Interacción social**

➤ **Hábitos de salud**

**Comunicación; Interacciones sociales.**

**Sexualidad: actitud hacia la propia sexualidad (masculina); orientación sexual; frecuencia de la actividad sexual, satisfacción con la actividad sexual; medidas anticonceptivas. Soledad, oportunidades y actividades seleccionadas durante la soledad.**

Tiene buena comunicación con su familia, convive con sus amigos de salud y vecinos de su edad, así como con sus hermanos menores; no le interesa aun las relaciones con el sexo opuesto.

➤ **Revisión de sistemas**

**Oído: dolor, secreciones, tinnitus, aumento/ disminución de la audición, uso de ayudas.**

No tiene problemas con la audición oye perfectamente bien, en la exploración se encontró un poco de serija.

**Ojos: dolor, secreciones, visión, lentes correctores, visión borrosa, diplopía, ceguera nocturna, visión de los colores.**

No presenta alteración de la visión; no usa lentes.

**Sistema reproductor:**

**Varón: número de hijos; infertilidad; enfermedades venéreas.**

Adolescente de 16 años de edad; soltero, sin antecedentes de haber comenzado vida sexual activa; y con operación de testículo derecho.

**G.- Peligros para la vida humana, el funcionamiento humano y bienestar humano.**

**Hábitos sociales (drogas, alcohol, tabaco, café- té- coca-cola; especificar el nivel de uso.**

No consume ningún tipo de droga negados; consume café y refresco una vez al día al menos.

**H.- Normalidad: promoción del funcionamiento humano, limitaciones conocidas y el deseo humano de ser normal.**

➤ **Hábitos de salud.**

**Recursos sanitarios utilizados (médicos, dentales, visión, audición, programas de cribage, inmunizaciones, asesoría).**

No acude a esos servicios

**Prácticas personales de salud (manejo del estrés-ansiedad, meditación, técnicas de relajación, auto-examen testicular).**

No práctica estas actividades.

### III REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

**A.-Etapa del ciclo vital y preocupaciones relacionadas. : Adolescente**

**B.-Estadio psicosexual. (Freud): Etapa genital**

**C.-Estadio psicosocial. (Erickson): Identidad – confusión de papeles ¿Quién soy?; establece su identidad social y ocupacional.**

**D.-Estadio intelectual. (Piaget): Estadio de las operaciones formales**

### IV DESVIACION DE LA SALUD DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES.

**A.-Desviación actual.**

Linfoma no Hodgkin linfoblástico de precursor B morfológico, células intermedias de escaso citoplasma y núcleo que recuerdan balastos con patrón de crecimiento difuso; IHT positivo focal para CD 20 negatividad a CD 45 CD 5 y vimentina y con derrame pleural bilateral en tratamiento.

- **Laboratorios**

DHL 662

Proteína C reactiva 26.5

PFH:

Albumina 2.1

BT

BI

AST Y ALT normales

Proteínas totales 4.9

TP, TPT y TT normales.

Depuración de creatina 98%.

- **Medicamentos**

- ✓ Ketoloco 30mg IV c/8 hrs
- ✓ Clindamicina 500mg IV c/6hrs
- ✓ Ceftriaxona 1.2 gr IV c/ 8hrs
- ✓ Omeprazol 20mg IV c/24 hrs
- ✓ Amikacina 232.5 mg IV c/8 hrs.
- ✓ Filgrastrim 300mg SC c/72hrs.

- **Quimioterapia.**

- ✓ Prendinosa 90mg VO C/24 hrs del día 4 al 1 de mayo.
- ✓ Vincristina 2mg IV días 04, 11, 18,25 de abril y 02 mayo en bolo.
- ✓ Daunorrubicina 44mg IV días 11, 18, 25 de abril y 02 de mayo en infusión.
- ✓ L-asparaginasa 14700 UI IM días 15, 18, 21, 24, 27 y 30 de abril y 3 y 6 de mayo.
- ✓ Ciclofosfamida 1470 mg IV 9 de mayo y 06 de junio en infusión de una hora.
- ✓ Citarabina 110 mg IV los días 11,12.13, y 14 de mayo y 18, 19,20 y 21 de mayo, 25,26 y 27 de mayo; 1, 2, 3 y 4 de junio en infusión de una hora.
- ✓ 6 Mercaptopurina 72mg VO C/24 hrs del día 9 de mayo al 05 de junio.
- ✓ Q.I I.T metrotexate 12mg; hidrocortisona 12mg; citarabina 24mg días 4 y 18 de abril; 2 y 18 de mayo y 01 de junio.

## **B.- Mecanismos para afrontar la situación**

Comprende el estado de salud actual aunque no la dimensión de la enfermedad; esta pasando por sentimientos de tristeza, enojo, desesperación por la larga estancia y las invasiones a su cuerpo; le preocupa que sus papás no puedan pagar la hospitalización y

que su mamá este preocupada por él y están lejos de casa; no cuentan con recursos suficientes para los gastos que implica estar en el hospital.

### C.-Historia de desviaciones de la salud.

No tiene enfermedades de la infancia importantes solo cuadros de gripe; y tos; con antecedente importante de C.A de testículo; hace 6 meses; no utilizo ningún fármaco después de la cirugía, no es alérgico a ningún medicamento.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	REQUISITO ALTERADO
1. <i>Protección inefectiva relacionada con alteración en la producción celular linfática; manifestado por dificultad respiratoria, inflamación de cabeza y cuello, pérdida de peso, fiebre y masas tumorales en red ganglionar.</i>	Mantenimiento de aporte de aire Mantenimiento de aporte de agua Mantenimiento de aporte de alimentos Eliminación. Mantenimiento entre actividad y reposo. Soledad e interacción social. Peligros para la vida y el funcionamiento humano
2. <i>Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con disminución del drenaje linfático a nivel pulmonar manifestado por agitación, color anormal de la piel, palidez, piel cenicienta y diaforesis.</i>	Mantenimiento de aporte de aire
3. <i>Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionadas con retención de secreciones manifestada por sibilancias, estertores, agitación.</i>	Mantenimiento de aporte de aire
4. <i>Dolor agudo relacionado con inflamación cutánea manifestado por dificultad para movilizar cara y extremidades, prurito e irritabilidad</i>	Peligros para la vida y el funcionamiento humano.
5. <i>Hipertermia relacionada con enfermedad linfática manifestado por piel enrojecida, calor al tacto y aumento de la frecuencia respiratoria.</i>	Peligros para la vida y el funcionamiento humano.
6. <i>Nauseas relacionada con efectos secundarios a quimioterapia manifestado por vomito, salivación abundante y estasis gástrica.</i>	Peligros para la vida y el funcionamiento humano.
7. <i>Trastorno de la imagen corporal relacionado con cambios en el estilo de vida y el rol; Manifestado por alopecia, disminución de peso tristeza.</i>	Soledad e interacción social
8. <i>Duelo anticipado relacionado con posible pérdida de funciones corporales y pérdidas subjetivas del estilo de vida asociadas al cáncer.</i>	Soledad e interacción social
9. <i>Ansiedad relacionada con el estado de salud manifestado por expresión de preocupación debidas a cambios o acontecimientos vitales, nerviosismo y angustia.</i>	Soledad e interacción social
10. <i>Temor relacionado con enfermedad crónica y tratamiento prolongado manifestado por sentimientos de impotencia y desinterés en el tratamiento</i>	Soledad e interacción social
11. <i>Deterioro con el patrón de sueño; relacionado con despertarse frecuentemente durante la noche; manifestado por alteración en el estado de animo, dormirse durante el día y cansancio.</i>	Actividad y reposo
12. <i>Fatiga relacionada con quimioterapia manifestada por letargo, apatía, falta de interés por el entorno y aumento de molestias físicas.</i>	Actividad y reposo
13. <i>Déficit de actividades recreativas relacionadas con la hospitalización prolongada con tratamiento a largo</i>	Peligros para la vida y el funcionamiento humano.

---

<i>plazo; manifestado por aburrimiento, apatía y expresión verbal.</i>	
<b>14. Riesgo de infección relacionado con alteración del sistema</b>	Peligros para la vida y el funcionamiento humano.
<b>15. inmunitario</b>	
<b>16. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con nodulaciones en superficie corporal</b>	Peligros para la vida y el funcionamiento humano.
<b>17. Riesgo de Deterioro de la mucosa oral relacionada con resequedad y lesión de las células epiteliales secundarias a la quimioterapia.</b>	Peligros para la vida y el funcionamiento humano.
<b>18. Riesgo de estreñimiento relacionado con la disminución nerviosa autónoma secundaria a la administración de alcaloides de la vincristina y la inactividad.</b>	Eliminación.

# PLAN DE CUIDADOS

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C		<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5 de abril 2008					
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> Protección inefectiva relacionada con alteración en la producción celular linfática; manifestado por dificultad respiratoria, inflamación de cabeza y cuello, perdida de peso, fiebre y masas tumorales en red ganglionar.					
<b>Severidad de los Síntomas</b>			<b>Puntaje Diana</b>		
<b>Indicadores</b>			<b>Escala</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Intensidad del síntoma			<b>Gravemente 1</b>	1	4
Persistencia del síntoma			<b>Sustancialmente 2</b>	3	5
Malestar.			<b>Moderadamente 3</b>	1	4
			<b>Levemente 4</b>		
			<b>No comprometido 5</b>		
			<b>Total</b>	5	13
<b>Intervenciones</b>			<b>Fundamentación</b>		
<p>1.-Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener una técnica de asepsia, siempre que se manipule el catéter venoso.</li> <li>Llevar a cabo precauciones universales.</li> <li>Verificar las órdenes de las soluciones a infundir.</li> <li>Determinar la frecuencia del flujo, la capacidad del dispositivo y colocación de las bombas de perfusión.</li> <li>Observar si hay registros de oclusión del catéter.</li> <li>Determinar si el paciente o la familia entienden el propósito cuidados y mantenimiento del DAV.</li> </ul> <p>2.-Manejo de quimioterapia Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Observar si hay efectos secundarios y efectos secundarios y efectos tóxicos derivados de los agentes quimioterapéuticos.</li> <li>Proporcionar información al paciente y a la familiar sobre el funcionamiento de los fármacos antineoplásicos sobre las células cancerígenas.</li> <li>Introducir al paciente y a la familia sobre los modos de precaución de infecciones tales como poner en práctica buenas técnicas de</li> </ul>			<p>Esto es para no contaminar el acceso venoso y no provocar una infección. Las precauciones universales son las normas de bioseguridad para protección de los pacientes y personal de salud. La programación del goteo y la ministración de las infusiones dependerá del tiempo, en que deban ser administrada pero siempre debe valorarse si el tamaño de la línea venosa nos sirve para dicha intervención. Esto permitirá la durabilidad del acceso venoso sea del mayor tiempo posible. Instruir y enseñar es la forma más sencilla de poder llegar a un aprendizaje significativo.</p> <p>Dentro de las reacciones adversas a los medicamentos quimioterapéuticos destruyen a las células sana; por lo cual provocan una serie de efectos que deben ser corregidos a tiempo y tener un tratamiento si no pueden provocar una complicación mayor. El conocimiento sobre los efectos adversos de la quimioterapia ayudar a la familia a no asustarse ante los cambios y estar preparados o enterados sobre lo que puede pasar para no asustarse.</p> <p>Explicarle que la quimioterapia afecta a la inmunidad del paciente y lo vuelve susceptible a infecciones, de una manera que lo comprenda pero</p>		

<p>higiene y lavado de manos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informarle al paciente que notifique inmediatamente la existencia de fiebre, hemorragias nasales, hematomas excesivos y heces de color oscuro.</li> <li>• Determinar la experiencia previa del paciente con nauseas y vómito con la quimioterapia.</li> <li>• Administración antieméticos para nauseas y vómito.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al paciente técnicas de relajación y visualización para poner en practica antes, durante y después del tratamiento:</li> </ul> <p>Exposición de películas. Juegos de mesa. Leer libros Clases de computación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia a la escuela del hospital.</li> <li>• Asegurar una ingesta adecuada de líquidos para evitar la deshidratación y los desequilibrios electrolíticos.</li> <li>• Introducir al paciente sobre las técnicas de higiene bucal.</li> <li>• Enseñar al paciente a utilizar la suspensión oral para evitar infecciones fúngicas.</li> <li>• Enseñar al paciente a evitar cambios extremos y tratamiento químico del cabello mientras recibe la quimioterapia.</li> <li>• Informar la paciente a conseguir algún objeto, peluca o producto para cubrir la cabeza, según sea el caso.</li> <li>• Administrar 6 comidas al día de pequeña cantidad durante el día según tolerancia.</li> <li>• Instruir al paciente a evitar comidas que produzcan calor y picantes.</li> <li>• Vigilar el estado nutricional y el peso todos los lunes.</li> <li>• Seguir las normas para la manipulación de fármacos antineoplásicos parenterales durante la preparación y administración de fármacos según sea el caso.</li> </ul>	<p>que no alarme, solo que se vuelvan conscientes de los cuidados que deben tener.</p> <p>Esto es por que de esta forma sabremos sobre los efectos adversos que esta ocasionando la quimioterapia y que órganos y sistemas esta afectando.</p> <p>Ayuda a preparar al paciente para esta experiencia.</p> <p>Ayuda a disminuir la sensación de nausea y vomito; además de controlar efectos secundarios.</p> <p>Como las quimioterapias habitualmente ponen a los pacientes débiles es importante poner en práctica técnicas que ayuden a que esta experiencia sea menos desagradable.</p> <p>Fomenta el aprendizaje como parte de no abandonar la vida normal por completo.</p> <p>El paciente debe de tener una ingesta adecuada para garantizar una buena digestión y que no afecte en su organismo por tantos medicamentos ingeridos.</p> <p>Es la forma de prevenir lesiones en la cavidad bucal. Fomentar la utilización de soluciones ayuda neutralizar el pH de la mucosa oral y así evitar lesiones.</p> <p>Es una manera de prevención ya que esta sometido a químicos que pueden provocarle más daño y los efectos secundarios de la quimioterapia.</p> <p>La intervención ayudara a que el paciente tome seguridad en si mismo y que se acostumbre a los nuevos cambios en su aspecto personal.</p> <p>Esto permitirá cumplir con los requerimientos energéticos necesarios.</p> <p>Ya que alteran el metabolismo y provocan nauseas y vomito.</p> <p>Esta es una valoración para observar si esta perdiendo peso durante el tratamiento.</p> <p>De acuerdo a la norma de preparación y uso de fármacos; para prevenir accidentes. Utilizar campana de flujo laminar.</p>
---	---

**Evaluación:** El paciente tuvo una puntuación inicial de 5 puntos y al terminar 13 puntos ya que aunque disminuyeron las manifestaciones, su proceso es muy largo se queda en fase de remisión, las quimioterapias serán ambulatorias; aprendió sobre su quimioterapia y los efectos que ocasiona, aprendió a aceptarse como es y comenzó a utilizar pañuelos en la cabeza y gorras, como alternativas.

**Sistema de enfermería:**

Totalmente compensatorio (x)

Parcialmente compensatorio (x).

Apoyo educativo ( ).

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C		<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5 de abril 2008					
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con disminución del drenaje linfático a nivel pulmonar manifestado por agitación, color anormal de la piel, palidez, piel cenicienta y diaforesis.					
<b>Estado respiratorio: intercambio gaseoso.</b>			<b>Puntaje Diana</b>		
<b>Indicadores</b>			<b>Escala</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Estado mental			<b>Gravemente 1</b>	5	5
Facilidad de la respiración			<b>Sustancialmente 2</b>	2	5
Hallazgos en la radiografía de tórax.			<b>Moderadamente 3</b>	4	5
Saturación de oxígeno			<b>Levemente 4</b>	4	5
Equilibrio entre ventilación y perfusión			<b>No comprometido 5</b>	2	5
			<b>Total</b>	17	25
<b>Intervenciones</b>			<b>Fundamentación</b>		
<p>1.- Cuidados de drenaje Torácico.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar de que todas las conexiones de los tubos están firmemente fijadas.</li> <li>• Mantener el pleurovak del drenaje por debajo del nivel del pecho.</li> <li>• Proporcionar un tubo lo suficientemente largo como para permitir libertad de movimiento.</li> <li>• Fijar tubos firmemente.</li> <li>• Observar periódicamente la corriente/salida del tubo torácico y las fugas de aire.</li> <li>• Observar si hay signos de acumulación de líquido intrapleural.</li> <li>• Observar y registrar el volumen, tono, consistencia y color del drenaje.</li> <li>• Observar si hay signos de infección</li> <li>• Limpiar la zona alrededor del sitio de incisión del tubo.</li> <li>• Cambiar el pleurovak cuando sea necesario.</li> </ul> <p>2.- Manejo de las vías áreas:</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación se al máximo.</li> <li>• Eliminar las secreciones fomentando la tos.</li> </ul>			<p>Esto es por que solo así se mantendrá el circuito cerrado y la succión correcta. Para evitar el regreso de liquido la cavidad pleural.</p> <p>Con esto se evitara que el paciente se sienta limitado en su movilidad y además evitaremos que se lastime.</p> <p>Con ello evitaremos que se desconecte o que entre aire a la cavidad pleural.</p> <p>Evitar que el circuito se abra y evitar una complicación.</p> <p>La valoración de la cantidad de drenaje que sale y si existe algún taponamiento. Con esta valoración nos ayudara a saber si esta funcionando, como se encuentra la succión y si esta funcionando el tratamiento.</p> <p>Valoración del sitio de punción para evitar infecciones.</p> <p>La curación de cualquier drenaje es importante para evitar infecciones</p> <p>El cambio de pleurovak es necesario cuando este se encuentra lleno ya que solo así se podrá seguir succionado para corregir el derrame.</p> <p>Una posición vertical facilita la expansión pulmonar.</p> <p>Evita la acumulación de secreciones y favorece como un ejercicio respiratorio.</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.</li> </ul> <p>3.- Monitorización de signos vitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio.</li> <li>• Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.</li> </ul> <p>4.-Monitorización respiratoria.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones</li> <li>• Auscultar los sonidos respiratorios.</li> <li>• Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.</li> </ul> <p>5.- Oxigenoterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</li> <li>• Administrar oxígeno con puntas nasales en caso necesario.</li> </ul>	<p>Con ello nos aseguraremos que las técnicas con las correctas para aumentar la ventilación y el intercambio gaseoso.</p> <p>Cuando la frecuencia respiratoria es superior a 24 respiraciones por minuto es evidente de una enfermedad cardiovascular o respiratoria importante. Esto es de suma importancia ya que nos daremos cuenta si existe alguna infección.</p> <p>Con ello nos percataremos si se esta recuperando la fuerza de la ventilación, si se esta aportando el oxígeno suficiente. Esto ayuda a saber si las secreciones se están movilizandando correctamente.</p> <p>La oxigenoterapia ayuda a disminuir la disnea, a través de la reducción del impulso central mediado por los quimiorreceptores periféricos en el cuerpo carotideo.</p>
<p><b>Evaluación:</b> El Problema del intercambio gaseoso y el derrame pleural se corrigió, ya que el drenaje fue retirado el día 15 de abril del 2008. Primero se retiro el pleurovak derecho y después el izquierdo al día siguiente, no encontrado hallazgos de derrame pleural.</p>	

**Sistema de enfermería:**

Totalmente compensatorio (x)

Parcialmente compensatorio (x).

Apoyo educativo ( ).

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C		<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5de abril 2008					
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionadas con retención de secreciones manifestada por sibilancias, estertores, agitación.					
<b>Estado respiratorio: permeabilidad de la vía aérea.</b>		<b>Puntaje Diana</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>		
Facilidad respiratoria	<b>Gravemente 1</b>	3	5		
Frecuencia respiratoria	<b>Sustancialmente 2</b>	3	5		
Ritmo respiratorio	<b>Moderadamente 3</b>	3	5		
Movilización del esputo hacia a fuera de las vías Respiratorias	<b>Levemente 4</b>	4	5		
	<b>No comprometido 5</b>	5	5		
Eliminación obstáculos de las vías aéreas.	<b>Total</b>	13	25		
<b>Intervenciones</b>		<b>Fundamentación</b>			
<p>1.- Manejo de las vías áreas: Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea al máximo.</li> <li>Eliminar las secreciones fomentando la tos.</li> <li>Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.</li> </ul> <p>2.- Monitorización respiratoria. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones</li> <li>Auscultar los sonidos respiratorios.</li> <li>Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.</li> </ul> <p>3.- Mejorar tos Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Animar la paciente a que realice varias respiraciones profundas.</li> <li>Enseñar al paciente que inspire profundamente, varias veces, espire lentamente y a que tosa al final de la exhalación.</li> </ul>		<p>Esto evitaremos que el paciente se bronco aspire con sus propias secreciones. Ya que una buena postura puede hacer drenar las secreciones acumuladas.</p> <p>Esto evitara que se acumulen y la vía área se vea afectada por la falta de respiración y la entrada de aire. Esto ayudara a que la vía aérea se abra y pueda respirar mejor además de que ayuda que las secreciones se despeguen y salgan con facilidad.</p> <p>Con ello nos aseguraremos que la ventilación y la entrada de oxigeno es la correcta.</p> <p>Cuando la frecuencia respiratoria es superior a 24 respiraciones por minuto es evidente de una enfermedad cardiovascular o respiratoria importante.</p> <p>Las vías aéreas son de suma importancia debido a que se movilizan secreciones fuera de las vías aéreas.</p> <p>Esta técnica puede ayudar a incrementar la eliminación de esputo y reducir los espasmos de tos.</p> <p>La tos ayuda a movilizar voluntariamente las secreciones, contenidas en el árbol bronquial, desobstruyendo la vía aérea, el enseñar ejercicios contribuye a una tos productiva.</p> <p>La tos controlada emplea los músculos diagramáticos, logrando que sea más potente y efectiva.</p>			

<ul style="list-style-type: none"><li>Fomentar la hidratación a través de la administración de líquido por vía sistémica</li></ul>	Esto ayuda que las secreciones se movilicen más fácilmente y no se encuentren tan espesas.
<b>Evaluación:</b> Se puede valorar satisfaciendo las necesidades de permeabilidad de la vía aérea con una mejoría, dando lugar a la disminución de las manifestaciones físicas.	

**Sistema de enfermería:**

Totalmente compensatorio (x)

Parcialmente compensatorio (x).

Apoyo educativo ( ).

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C		<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5 de abril 2008					
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> Dolor agudo relacionado con inflamación cutánea manifestado por dificultad para movilizar cara y extremidades, prurito e irritabilidad.					
<b>Control del dolor.</b>		<b>Puntaje Diana</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>		
Reconocer el comienzo del dolor.	<b>Nunca</b> 1	2	4		
Utilizar medidas preventivas.	<b>Raramente</b> 2	1	5		
Refiere cambios en los sentimientos o localización del dolor al personal sanitario	<b>A veces</b> 3	2	5		
Refiere dolor controlado.	<b>Frecuentemente</b> 4				
	<b>Siempre</b> 5	2	5		
	<b>Total</b>	7	19		
<b>Intervenciones</b>		<b>Fundamentación</b>			
<p>1.- Manejo del Dolor.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad e intensidad, severidad del dolor y factores desencadenantes.</li> <li>Observar claves no verbales de molestia especiales en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.</li> <li>Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</li> <li>Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones sociales, trabajo).</li> <li>Explorar con el paciente los factores que alivian / empeoran el dolor.</li> <li>Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.</li> <li>Controlar los factores ambientales que pueden influir en la respuesta del paciente a las molestias.</li> <li>Enseñar los principios de control del dolor y Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.</li> <li>Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que facilitan el alivio del dolor.</li> </ul>		<p>Es preciso realizar una valoración minuciosa para controlar eficazmente el dolor causado por la patología. Utilizando las medidas necesarias de acuerdo al grado del dolor.</p> <p>El establecer una escala proporciona un buen método para analizar la experiencia subjetiva del dolor.</p> <p>Aunque los analgésicos son el eje del tratamiento del dolor, siempre tiene que ser administrados en el contexto de atención integral.</p> <p>De esta manera se podrá valorar si el grado o el nivel del dolor imposibilitan las funciones de autocuidado y así poder modificar o plantear nuevas estrategias.</p> <p>De este modo nos daremos cuenta, cuales son las cosas que al paciente le incomodan o le causan dolor, con ello podremos planear la serie de intervenciones para controlar el dolor.</p> <p>El paciente adolescente se ve afectado en su medio ambiente simplemente por el hecho de estar hospitalizado ya que no es un ambiente seguro para el.</p> <p>Al enseñar cada uno de los principios de control del dolor ayudaremos al paciente a que el solo comience su terapia al comenzar el dolor o las molestias que presente.</p> <p>El descanso y el sueño, ayudan al relajamiento y con ello a disminuir las molestias ocasionadas con las diversas intervenciones o procedimientos.</p>			

<p>2.- Manejo de prurito.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una exploración física para identificar alteraciones en la piel.</li> <li>• Enseñar al paciente a evitar jabones y aceites de baño perfumados.</li> <li>• Enseñar al paciente a tener las uñas cortas.</li> <li>• Instruir al paciente a que se bañe con agua tibia y a secarse bien.</li> </ul> <p>3.- Administración de medicamentos vía oral: Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir los 5 correctos de la administración de medicamentos (dosis correcta; paciente correcto; hora correcta; vía correcta; medicamento correcto).</li> <li>• Administración de Paracetamol 500mg.</li> </ul> <p>4.-Administración de analgésicos: Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</li> <li>• Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.</li> <li>• Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares, después de cada administración, especialmente después</li> </ul>	<p>Como parte fundamental la exploración física nos dará a conocer que tanto esta dañada la piel, la dimensión del prurito y las aéreas afectadas.</p> <p>Los productos hechos con perfumes y aceites provocan más irritación a la piel por lo cual evitaremos el uso de estos productos.</p> <p>El paciente debe tener uñas cortas como parte de su higiene y mas cuando se tiene problemas cutáneos y por precaución de evitar una infección o dañar mas la piel.</p> <p>El baño diario ayuda al relajamiento, es parte del autocuidado; este nos ayudara a mantener la piel humectada, limpia y seca; y es una medida de control.</p> <p>Asegurar nuestras actividades, y realizarlo de manera correcta.</p> <p>El paracetamol es un medicamento que tiene propiedades analgésicas y antipiréticas; después de la administración oral el paracetamol se absorbe rápida y completamente por el tracto digestivo. Las concentraciones plasmáticas máximas se alcanzan a los 30-60 minutos, aunque no están del todo relacionadas con los máximos efectos analgésicos. Aproximadamente una cuarta parte de la dosis experimenta en el hígado un metabolismo de primer paso. También es metabolizada en el hígado la mayor parte de la dosis terapéutica, produciéndose conjugados glucurónicos y sulfatos, que son posteriormente eliminados en la orina.</p> <p>Es conveniente siempre revisar las indicaciones médicas antes de administrar algún medicamento por alguna causa o reacción del paciente ante dicha prescripción.</p> <p>Mantener la curva de de acción de un medicamento asegurara la eficacia del mismo y el bienestar para el paciente.</p> <p>Esta valoración analiza los efectos del dolor en la función corporal y los beneficios del medicamento administrado.</p>
--	---

<p>de las dosis iniciales y se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>• Administración de ketorolaco 30mg c/8hrs.</li> </ul>	<p>Es de la familia de los AINES; teniendo la acción de analgésico y antiinflamatorio; es útil para controlar el dolor óseo, muscular, pleural y peritoneo. Se absorbe rápida y completamente por el tracto digestivo. Alcanza concentraciones plasmáticas máximas a los 30 a 50 minutos luego de su administración oral o intramuscular. Tiene una biodisponibilidad del 80% por vía ora.</p> <p>Se liga casi totalmente a las proteínas (99%) y tiene una vida media de eliminación de cuatro a seis horas. Por vía renal se elimina un 91% y un 6% por vía biliar.</p>
<p><b>Evaluación:</b> El grado de dolor y el manejo de este fue mejorando en cada una de las intervenciones; aunque este disminuyendo al comienzo de la quimioterapia; dando lugar a una mejoría, aunque no se pudo evaluar el dolor que pueda causar la quimioterapia por que aun no llega a esa etapa sin embargo si se entra la información necesaria para hacerlo frente.</p>	

**Sistema de enfermería:**

Totalmente compensatorio (x)

Parcialmente compensatorio (x).

Apoyo educativo ( ).

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C		<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5 de abril 2008					
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> <i>Hipertermia relacionada con enfermedad linfática manifestado por piel enrojecida, calor al tacto y aumento de la frecuencia respiratoria.</i>					
<b>Termorregulación.</b>		<b>Puntaje Diana</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>		
Temperatura cutánea aumentada.	<b>Gravemente 1</b>	3	5		
Disminución de la temperatura cutánea.	<b>Sustancialmente 2</b>	1	5		
Cambios de coloración cutánea	<b>Moderadamente 3</b>	3	4		
Deshidratación.	<b>Levemente 4</b>	5	5		
	<b>No comprometido 5</b>				
	<b>Total</b>	12	19		
<b>Intervenciones</b>		<b>Fundamentación</b>			
<p>1.- Regulación de la temperatura.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de la temperatura al menos cada 2 horas.</li> <li>• Vigilar la temperatura hasta que se estabilice.</li> <li>• Controlar la presión sanguínea, el pulso y la temperatura.</li> <li>• Observar el calor y la temperatura de la piel.</li> <li>• Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.</li> </ul> <p>2.- Tratamiento de la fiebre.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrir solo con una sabana.</li> <li>• Compresas de agua tibia.</li> <li>• Administración de antipiréticos. Paracetamol 500mg PVM o temperatura mayor a 38°C</li> </ul>		<p>De esta forma mantendremos un control de la temperatura para evitar que esta ascienda de forma progresiva dando como resultado una hipertermia.</p> <p>Esto nos ayudara a que el paciente no retenga calor y con ellos aumente su temperatura corporal</p> <p>Esto además nos beneficiara si es que la tiene hipertermia y poder estabilizarla solo con medios físicos.</p> <p>De esta forma el paciente podrá regular su temperatura ya que a través del las terminaciones nerviosas que llegan al hipotálamo que es el centro que nos ayuda a regular la temperatura corporal ayudara a que esta se estabilice y se normalice.</p> <p>Son medidas preventivas o llamadas a través de medios físicos.</p> <p>El paracetamol es un fármaco analgésico, antipirético, interactúa con la mayoría de los medicamentos y no provoca adicción ni euforia en el paciente.</p>			
<b>Evaluación:</b> En el paciente se pudo controlar la hipertermia, mejorando las condiciones y tomando medidas preventivas, no se presentaron más episodios de hipertermia, ya que se controlaba con medios físicos o bien se utilizaban fármacos.					

**Sistema de enfermería:**

Totalmente compensatorio (x)

Parcialmente compensatorio (x).

Apoyo educativo ( ).

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C		<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5 de abril 2008					
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> Nauseas relacionada con efectos secundarios a quimioterapia manifestado por vomito, salivación abundante y estasis gástrica.					
<b>Control de nauseas y vomito</b>			<b>Puntaje Diana</b>		
<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>		
Reconoce el inicio de nauseas	<b>Nunca.</b>	<b>1</b>	2	5	
Utiliza medidas preventivas	<b>Raramente.</b>	<b>2</b>	4	5	
Utiliza adecuadamente medicamentos antieméticos	<b>A veces</b>	<b>3</b>	4	5	
Informa de insuficiencia del régimen antiemético	<b>Frecuentemente</b>	<b>4</b>	3	5	
Informa de nauseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados.	<b>Siempre.</b>	<b>5</b>	3	5	
			<b>Total</b>	16	25
<b>Intervenciones</b>			<b>Fundamentación</b>		
<p>1.- Manejo de nauseas</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la observación de la propia sensación de nausea.</li> <li>• Fomentar estrategias para controlar las nauseas.</li> <li>• Realizar una valoración completa de las nauseas incluyendo la frecuencia; la duración; la intensidad; y los factores desencadenantes.</li> <li>• Evaluar el impacto de las nauseas sobre la calidad de vida (apetito, actividades, desempeño, responsabilidad y sueño).</li> <li>• Asegurarse que se ha administrado antieméticos eficaces para evitar las nauseas siempre que haya sido posible.</li> <li>• Controlar los factores ambientales que puedan provocar nauseas (malos olores, ruido, estímulos verbales o visuales).</li> <li>• Identificar estrategias exitosas en el alivio de las nauseas.</li> <li>• Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas antes, durante y después de la quimioterapia; antes de que se produzcan las nauseas o aumenten.</li> <li>• Informar a otros profesionales de la atención sanitaria y a los miembros de la familia de cualquier estrategia no farmacológica que este utilizando para controlar las nauseas.</li> <li>• Fomentar el descanso y el sueño para fomentar el alivio de las nauseas.</li> <li>• Tener una buena higiene bucal.</li> </ul>			<p>Enseñarle a aprender cuando se presenta la sensación de nausea para tomar medidas preventivas.</p> <p>Valorar cuales son los medicamentos que provocan las nauseas y así poder prevenir, además de llevar un control.</p> <p>Conocer que tanto afecta su estado de ánimo.</p> <p>Llevar un control de medicamento administración y pueda ayudar a prevenir y no sobrepasar las dosis.</p> <p>La sensibilidad de estos pacientes se vuelve mas susceptible y es muy importante crear un ambiente cómodo y estable</p> <p>Estas estrategias se podrán emplear en momentos de crisis y así sabremos que hacer.</p> <p>Son alternativas de solución a las nauseas de forma psicológica.</p> <p>Son las estrategias que se emplearan en casa.</p> <p>Con esta estrategia se deja descansar al paciente y el estomago realiza el proceso de digestión y deja de producirse estasis gástrica.</p> <p>Esto evitara el sabor amargo y que los alimentos sepan insípidos, además provocar las nauseas.</p> <p>Es de suma importancia la ingesta de</p>		



<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C		<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5 de abril 2008					
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> Trastorno de la imagen corporal relacionado con cambios en el estilo de vida y el rol; Manifestado por alopecia, disminución de peso tristeza.					
<b>Imagen corporal</b>			<b>Puntaje Diana</b>		
<b>Indicadores</b>			<b>Escala</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Satisfacción con el aspecto corporal			<b>Nunca</b> 1	1	4
Adaptación a cambios en el aspecto físico			<b>Raramente</b> 2	1	4
Adaptación a cambios en el estado de salud			<b>A veces</b> 3	2	4
Voluntad para utilizar estrategias que mejoran el aspecto.			<b>Frecuentemente</b> 4	2	5
Adaptación a cambios corporales.			<b>Siempre.</b> 5	2	5
			<b>Total</b>	8	16
<b>Intervenciones</b>			<b>Fundamentación</b>		
<p>1.- protección de la imagen corporal.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar las expectativas corporales del paciente en función del estado de desarrollo.</li> <li>Utilizar una guía previsoras en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sea previsible.</li> <li>Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por a enfermedad.</li> <li>Ayudar la paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.</li> <li>Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.</li> <li>Enseñar a los padres la importancia de sus respuestas a los cambios corporales del niño y la futura adaptación.</li> <li>Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido aumentar el aislamiento social.</li> <li>Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.</li> <li>Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios corporales similares.</li> </ul> <p>2.- Potenciación de la conciencia en si mismo.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.</li> <li>Ayudar al paciente a darse cuenta que cada ser es único.</li> <li>Ayudar la paciente a identificar las prioridades</li> </ul>			<p>Esta información ayuda al profesional de enfermería a detectar modelos de respuesta debidos a la adaptación.</p> <p>Puede ser útil observar como las personas de apoyo del paciente consideran su auto concepto puedan tener efecto negativo en el auto concepto y suelen ser sensibles a los cambios sutiles.</p> <p>La participación en el autocuidado y la adaptación de los objetivos a la situación indica un intento de afrontar los cambios.</p> <p>El sentimiento de vergüenza por la perdida de peso, la disminución de actividades la tristeza y la alopecia pueden contribuir al aislamiento y al desarrollo de un auto concepto negativo por lo cual nuestra intervención es fundamental como parte de un tratamiento integral.</p> <p>Esto permitirá dar opciones de cambio; donde el adolescente se pueda sentir identificado, por ejemplo utilizar una nueva imagen y utilizar algunos accesorios.</p> <p>Invitarlo a platicar con pacientes que ya han pasado por la perdida de cabello y que reconozca técnicas que muchas personas pasan por la misma situación.</p> <p>Esto ayudara al paciente a afrontar los cambios y así iniciar con el proceso de duelo y a que el conocimiento le permita tomar decisiones respecto a su vida y a su tratamiento.</p>		

<p>en la vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene la enfermedad sobre el concepto de si mismo.</li> <li>• Facilitar la expresión de si mismo con grupos de gente en estado similar.</li> </ul> <p>3.- Potenciación de autoestima. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar las frases del paciente sobre su propia persona.</li> <li>• Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios</li> <li>• Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.</li> <li>• Proporcionar experiencias que aumenten la autoestima del paciente.</li> <li>• Instruir a los padres sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un concepto positivo de si mismos para sus hijos.</li> <li>• Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.</li> </ul> <p>4.- Potenciación de la socialización. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente a desarrollar relaciones.</li> <li>• Fomentar las relaciones con personas que tengan interés y objetivos comunes.</li> <li>• Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.</li> <li>• Fomentar y facilitar actividades en grupo y actividades académicas.</li> </ul>	<p>Esto le permitirá darse cuenta que aunque se encuentre en esta situación su esencia como persona no va a cambiar La experiencia de otras personas ayuda ampliar el concepto que tiene sobre su enfermedad.</p> <p>Nos dará una noción sobre su propio concepto. Reafirmar las conceptos buenos que tiene sobre su propia persona para fortalece el autoestima. EL enseñarle que es importante comunicarse y expresar sus sentimientos con su familia, amigos, enfermeros (as) y compañeros de habitación. Explicarles a los padres e involucrarlos para fortalecer la confianza y aumentar la autoestima ya que cursa por la adolescencia y no encuentra aun su identidad por completo y es importante ayudar a encontrarla.</p> <p>Le permitirá socializar y favorecerá la convivencia dentro del hospital. Promover la asistencia a la escuela del hospital donde encontrara niños y adolescentes donde se pueda desarrollar en su ambiente. La aprobación es parte de reafirmar seguridad. Para no dejar descuidada esa parte que es fundamental</p>
<p><b>Evaluación:</b> Uno de los primeros cambios por los cuales tuvo que pasar el adolescente fue el cambio de imagen y verse envuelto a varios procedimientos de los cuales no eran muy agradables para su persona; por lo cual este diagnostico fue uno de los primeros que se comenzaron a implementar, después de la valoración inicial, como resultado se logró llegar a una puntuación de 16 , con ello demostramos que se cumplieron los objetivos y el logro seguridad en si mismo y integración con el equipo de salud, familia y compañeros de habitación.</p>	

**Sistema de enfermería:**

- Totalmente compensatorio ( )
- Parcialmente compensatorio ( x ).
- Apoyo educativo ( x ).

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C		<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5de abril 2008					
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> Duelo anticipado relacionado con posible perdida de funciones corporales y perdidas subjetivas del estilo de vida asociadas al cáncer.					
<b>Adaptación a la discapacidad física</b>			<b>Puntaje Diana</b>		
<b>Indicadores</b>			<b>Escala</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Expresa verbalmente capacidad para adaptarse a la discapacidad.			<b>Nunca 1</b>	1	4
Se adapta limitaciones funcionales			<b>Raramente 2</b>	1	4
Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad			<b>A veces 3</b>	1	4
Identificar maneras para enfrentarse con cambios en su vida.			<b>Frecuentemente 4</b>	2	4
Busca información sobre discapacidad			<b>Siempre 5</b>	2	4
Informa de la disminución de la imagen corporal negativa.				2	4
			<b>Total</b>	9	26
<b>Intervenciones</b>			<b>Fundamentación</b>		
<p>1.-Apoyo Emocional</p> <p>Actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.</li> <li>• Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo.</li> <li>• Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.</li> <li>• Animar al paciente a que exprese sentimientos ansiedad, tristeza o ira.</li> <li>• Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</li> <li>• Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.</li> <li>• Favorecer la conversación o llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</li> <li>• Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</li> <li>• Remitir a servicios de asesoramiento si se precisa.</li> </ul> <p>2.-Facilitar el duelo.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la expresión de sentimientos acerca de</li> </ul>			<p>El contacto frecuente del cuidador con el paciente indica aceptación y puede facilitar su confianza. El paciente puede dudar en dirigirse al profesional sanitario debido a su auto concepto negativo.</p> <p>Animar al paciente a compartir sus sentimientos puede proporcionar una salida segura a sus temores y frustraciones y aumentar la conciencia de si mismo.</p> <p>Cada una de las etapas es muy importante por lo cual, la presencia del personal de salud es muy importante para que resuelva dudas y proporcione apoyo. El poder expresar los sentimientos a base de llanto es una terapia que ayuda a liberarnos.</p> <p>El paciente tomas sus propias decisiones solo nosotros le damos las alternativas y apoyamos cada una de las decisiones que tome.</p> <p>Como personal de Enfermería; debemos estar apoyados por otros profesionales; y canalizar a la especialidad correspondiente; por ello es importante valorar y canalizar oportunamente.</p> <p>Las diversas formas que se utilicen para que el paciente exprese sus sentimientos</p>		

<p>la pérdida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la identificación de los miedos más profundos respecto a la pérdida.</li> <li>• Fomentar la expresión de sentimientos en una forma cómoda para el niño:</li> </ul> <p>Escribiendo Dibujando. Jugando.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir a los seres queridos en las discusiones y decisiones.</li> <li>• Responder a las preguntas de los niños relacionadas con la pérdida.</li> <li>• Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.</li> </ul> <p>3.- Estimulación de la integridad familiar. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar a los miembros de la familia, determinar la comprensión familiar sobre las causas de la enfermedad.</li> <li>• Ayudar a la familia a resolver sentimientos de culpa.</li> <li>• Remitir a la familia a grupos de apoyo de otras familias que experimentan problemas similares.</li> </ul>	<p>con respecto a la pérdida tanto de la salud, como la de la vida cotidiana; deben ser tomadas de manera que no dañen sus sentimientos que el se sienta cómodo al expresarse.</p> <p>Se busca que el paciente involucre a sus seres queridos en su tratamiento y que ellos conozcan a su vez como afrontar esta enfermedad.</p> <p>Después hacer que el paciente exprese sus sentimientos hay que responder sus preguntas para que tenga confianza y pueda saber que cuenta con el apoyo.</p> <p>También es necesario explicarle como va hacer este cambio en su vida y la manera de enfrentarlo.</p> <p>El padecimiento del cáncer puede traer efectos negativos en la familia del paciente, en los aspectos emocionales, sociales y económicos por lo cual es importante escuchar sus inquietudes y poder intervenir en cada una de ellas.</p> <p>La unidad familiar es un sistema basado en la interdependencia entre los miembros y patrones que proporcionan estructuras de apoyo, una enfermedad alterna, estas relaciones, por lo cual como parte del tratamiento y más en un problema en un adolescente debe intervenir la familia.</p> <p>La familia debe recibir información y formas de afrontamiento por parte de gente que a pasado por lo mismo, esto les ayudara a comprender y saber cuales son las alternativas o posibles soluciones al ver casos similares a los suyos.</p>
<p><b>Evaluación:</b> Dentro de las intervenciones de Enfermería en este diagnostico, se cumplió el objetivo; apoyados en todo momento por el departamento de Psicología que hacia vista diaria con cada uno de los niños; no se presento complicaciones, tales como depresión; por el contrario el paciente y la familia siempre estuvo dispuesto a las actividades propuestas, al dejar expresar sus sentimientos y cooperar en todo momento con todo el personal sanitario que tenia contacto con su hijo.</p>	

**Sistema de enfermería:**

Totalmente compensatorio ( )

Parcialmente compensatorio (x).

Apoyo educativo (x).

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C				<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5de abril 2008							
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> <i>Ansiedad relacionada con el estado de salud manifestado por expresión de preocupación debidas a cambios o acontecimientos vitales, nerviosismo y angustia.</i>							
<b>Autocontrol de la ansiedad.</b>				<b>Puntaje Diana</b>			
<b>Indicadores</b>		<b>Escala</b>		<b>Inicial</b>		<b>Final</b>	
Monitoriza la intensidad de la ansiedad.		<b>Nunca 1</b>		2		5	
Disminuye los estímulos ambientales Cuando esta ansioso.		<b>Raramente 2</b>		1		4	
Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.		<b>A veces 3</b>		1		4	
Conserva las relaciones sociales.		<b>Frecuentemente 4</b>		1		4	
Ausencia de modificaciones de una conducta de ansiedad.		<b>Siempre 5</b>		2		5	
		<b>Total</b>		7		22	
<b>Intervenciones</b>				<b>Fundamentación</b>			
<p>1.- Aumentar el afrontamiento.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.</li> <li>• Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.</li> <li>• Valorar la comprensión del paciente del proceso de su enfermedad.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar información que mas le interese obtener.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar al paciente información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronostico.</li> <li>• Animar al paciente a desarrollar relaciones.</li> </ul>				<p>Esta valoración ayuda al profesional de enfermería a identificar las necesidades de aprendizaje y planificar estrategias adecuadas de enseñanza.</p> <p>La aceptación de las limitaciones y de la enfermedad y del cambio de vida nos dará la pauta para que el paciente se comprometa a su autocuidado.</p> <p>Los profesionales sanitarios reconocen una enfermedad crónica que puede curarse o controlarse con tratamiento. Sin embargo, entre el publico en general, el termino cáncer conjura pensamientos de muerte. La falta de información y las actitudes negativas frente al cáncer, unidos al desconocimiento de los tratamientos médicos y el entorno hospitalario, provoca que la mayoría de los pacientes recién diagnosticados de cáncer respondan con ansiedad y temor; incluso cuando el pronóstico es bueno.</p> <p>Las consecuencias fisiológicas y cambios en la imagen corporal, el estilo de vida y la función que pueden también contribuir al temor y la ansiedad.</p> <p>La descripción precisa de las sensaciones y los métodos ayudan a aliviar la ansiedad y el temor causado por lo desconocido.</p> <p>Hablar y relacionarse, sobre su propia enfermedad puede hacer que la persona con miedo pueda planear su vida futura o bien tener un estimulo y esperanza.</p> <p>La comunicación, la comprensión y la sensación de inquietudes y preocupaciones facilitan la confianza y fortalecen la relación del profesional de enfermería</p>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer las relaciones con personas que tengan interés y objetivos comunes.</li> <li>• Alentar el uso de fuentes espirituales si resulta adecuado.</li> <li>• Favorecer situaciones que fomentan la autonomía del paciente.</li> </ul> <p>2.- Disminuir la ansiedad.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar un enfoque sereno de seguridad.</li> <li>• Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibilidades que se han de experimentar durante el tratamiento y el procedimiento.</li> <li>• Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</li> <li>• Proporcionar objetos que simbolizan seguridad.</li> <li>• Animar las manifestaciones de sentimientos, percepciones y miedos.</li> </ul>	<p>con la familia y el paciente lo cual favorece a cada una de las intervenciones proporcionadas.</p> <p>El formar lazos con personas que padecen las mismas cosas les dan pautas para encontrar respuestas y a la vez compartir sus experiencias sin miedos. Respetando las creencias de las personas debemos ofrecerle las esperanzas espirituales como fuente de ayuda espiritual.</p> <p>Como parte del autocuidado es fundamental valorar que tanto se puede cuidar el paciente ya que ello elevara la autoestima al poder ser independiente.</p> <p>El personal de Enfermería debe mostrar actitudes que den seguridad a los pacientes para así disminuir la ansiedad. Como una función de enfermería y como un derecho del paciente debe saber que tipo de procedimiento se realiza y las reacciones adversas para así prepararlo, siempre dando un sentido de seguridad. El paciente la mayoría de las veces forma lazos de apego con el personal de enfermería por ser con quien tiene mas trato por ello es importante que si necesita de nuestro apoyo estemos presentes. En muchos casos el paciente necesita de cosas personales para sentir seguridad es importante dejar que las tenga consigo para así mantener un estado de seguridad y confianza. Enseñar al paciente a explorar sus sentimientos le ayudara a liberarse y así disminuir su ansiedad.</p>
<p><b>Evaluación:</b> Durante la valoración inicial el porcentaje fue de 7 puntos y al finalizar de 22 puntos lo por cual se demuestra que las intervenciones fueron positivas; que la integración y los lazos con el adolescente fueron óptimos, logrando tranquilidad, seguridad y confianza para la recuperación de su salud y la convivencia con el personal de salud.</p>	

**Sistema de enfermería:**

Totalmente compensatorio ( )

Parcialmente compensatorio ( x ).

Apoyo educativo ( x ).

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C		<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5de abril 2008					
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> Temor relacionado con enfermedad crónica y tratamiento prolongado manifestado por sentimientos de impotencia y desinterés en el tratamiento.					
Afrontamiento de problemas		Puntaje Diana			
Indicadores	Escala	Inicial	Final		
Verbaliza sensación de control	<b>Nunca 1</b>	1	4		
Refiere disminución de estrés	<b>Raramente 2</b>	1	4		
Busca información sobre la enfermedad y el tratamiento	<b>A veces. 3</b>	1	5		
Verbaliza la necesidad de asistencia	<b>Frecuentemente 4</b>	3	5		
Refiere disminución de los sentimientos negativos.	<b>Siempre. 5</b>	1	4		
	<b>Total</b>	7	22		
Intervenciones	Fundamentación				
<p>1.- Apoyo en toma de decisiones.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al paciente sobre la existencia de los tratamientos y alternativas y las soluciones.</li> <li>• Ayudar ala paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.</li> <li>• Proporcionar la información solicitada por el paciente.</li> <li>• Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales de la sanitarios</li> <li>• Remitir a grupos de apoyo.</li> </ul>	<p>El conocimiento de las ventajas y los inconvenientes permiten al paciente tomar una decisión juiciosa respecto a estos tratamientos.</p> <p>El análisis de todas las opciones puede ayudar al paciente a recuperar la sensación de control.</p> <p>Los conceptos erróneos pueden aumentar innecesariamente la ansiedad y dañar el auto concepto.</p> <p>El personal de enfermería es un enlace para canalizar con las áreas correspondientes para el manejo integral</p> <p>Como parte de un programa de ayuda es importante dar a conocer las asociaciones que ayudan a las personas que padecen esta enfermedad en este caso particular se tiene un enlace con la "Casa de la amistad para niños con cáncer" donde otorga ayuda con tratamientos y/o con otro tipo de ayudas para su tratamiento.</p>				
<p>2.- Potenciación de seguridad.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrar calma.</li> <li>• Pasar tiempo con el paciente y escuchar sus miedos.</li> <li>• Facilitar la permanencia de la madre con el niño hospitalizado durante la noche si es posible.</li> <li>• Animar al familiar a que proporcione objetos personales para el uso o disfrute del paciente.</li> <li>• Explicar al paciente / familia todas las pruebas</li> </ul>	<p>Esto le permitirá al paciente formar un lazo de amistad con el personal de enfermería.</p> <p>Esto ayudara a que todo el personal conozca los sentimientos del paciente y con ello apoyar en su tratamiento</p> <p>Es importante la presencia de un familiar para así proporcionar seguridad y disminuir la ansiedad que pueda existir en el paciente.</p> <p>Enseñar al familiar que un objeto, puede darle seguridad al paciente y que importante no criticar y si es posible hacer que permanezca con el.</p> <p>El paciente y su familia necesitan una</p>				

<p>y procedimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.</li> </ul>	<p>información específica y precisa para tomar una decisión de pérdida de control de la situación.</p> <p>Las decisiones con conocimiento de causa hacen tomar decisiones eficaces de forma y tiempo y estas causan en menor impacto ya que se canalizan y con ello disminuyen la incertidumbre, la ansiedad y el temor.</p>
<p><b>Evaluación:</b> En la valoración inicial se pudo denotar la falta de información hacia los pacientes y los familiares; con respecto a la enfermedad que padecen ; es difícil poder explicarle a un adolescente por el tipo de enfermedad que esta padeciendo y las consecuencias de su enfermedades aun mas en esta etapa donde están buscando su propia identidad como persona; así que es difícil poder saciar toda clase de cuestionamientos con respecto a su salud , conforme se fueron aplicando las intervenciones se fueron alcanzando los objetivos hasta lograr que el paciente fuera tomando confianza con cada uno de las involucrados en su tratamiento y respondiendo al tratamiento y a la seguridad de poder rescatar su salud.</p>	

**Sistema de enfermería:**

Totalmente compensatorio ( )

Parcialmente compensatorio ( x ).

Apoyo educativo ( x ).

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C		<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5de abril 2008					
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> Deterioro con el patrón de sueño; relacionado con despertarse frecuentemente durante la noche; manifestado por alteración en el estado de animo, dormirse durante el día y cansancio.					
<b>Sueño</b>			<b>Puntaje Diana</b>		
<b>Indicadores</b>			<b>Escala</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Horas de sueño (como mínimo 5hrs/24hrs)			<b>Gravemente 1</b>	3	4
Calidad de sueño.			<b>Sustancialmente 2</b>	2	4
Duerme toda la noche.			<b>Moderadamente 3</b>	1	4
			<b>Levemente 4</b>		
			<b>Ninguno 5</b>		
			<b>Total</b>	6	12
<b>Intervenciones</b>			<b>Fundamentación</b>		
<p>1. Mejorar el sueño:</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el esquema de sueño.</li> <li>• Explicar la importancia del sueño durante su enfermedad.</li> <li>• Ajustar el ambiente.</li> <li>• Utilizar técnicas para conciliar el sueño. Leer un libro. Escuchar música</li> </ul>			<p>Determinar horas de descanso y las horas de dormir; durante las 24 horas del día. El sueño es la forma en que el paciente recupera energía y descansa.</p> <p>Se considera que el ambiente, debe ser optimo para conciliar el sueño se establecer reglas para la convivencia en el hospital como apagar la luz y la televisión.</p>		
<b>Evaluación:</b> El adolescente, mantuvo las horas de sueño sugeridas ya que el ambiente hospitalario altera la calidad del sueño, por las constantes actividades pero en el área donde se encontraba el paciente se implementaron horarios en los cuales no se interfiriera con el sueño, estableciendo horarios para ver televisión, jugar, dormir y despertarse, buscando siempre la calidad de sueño y con ello recuperar la energía.					

**Sistema de enfermería:**

Totalmente compensatorio ( )

Parcialmente compensatorio ( x ).

Apoyo educativo ( x ).

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C		<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5de abril 2008					
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> <i>Fatiga relacionada con quimioterapia manifestada por letargo, apatía, falta de interés por el entorno y aumento de molestias físicas.</i>					
<b>Conservación de la energía</b>			<b>Puntaje Diana</b>		
<b>Indicadores</b>			<b>Escala</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Equilibrio entre actividad y descanso			<b>Nunca</b> 1	2	4
Reconoce limitaciones de energía			<b>Raramente</b> 2	1	5
Utiliza técnica de conservación de energía			<b>A veces</b> 3	2	5
Mantiene una nutrición adecuada.			<b>Frecuentemente</b> 4	2	4
			<b>Siempre</b> 5		
			<b>Total</b>	7	18
<b>Intervenciones</b>			<b>Fundamentación</b>		
<p>1.- Manejo de la Energía</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar las limitaciones físicas del paciente.</li> <li>Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones.</li> <li>Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Observar al paciente si aparecen signos de fatiga física o emocional,</li> <li>Favorecer el reposo y limitar las actividades.</li> <li>Facilitar las actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la energía.</li> <li>Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.</li> <li>Ayudar al paciente a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares y amigos para evitar o aliviar la fatiga.</li> </ul>			<p>Las limitaciones físicas, se valoran con forme a una determinada actividad física al poder realizarla o no.</p> <p>La expresión verbal, ayuda a conocer las inquietudes y fortalecer la confianza y así podremos explicar y saber que actividades hay que reafirmar y en donde tendremos que aplicar el autocuidado.</p> <p>Este tipo de pacientes habitualmente no tienen restringido la dieta así que hay una gran variedad de alimentos que ayuden a satisfacer las demandas de energía y a animarlos a alimentarse</p> <p>Es parte de la valoración de enfermería que debe realizar para poder efectuar el PAE.</p> <p>Habitualmente estos pacientes tienen ratos de mucha energía y ratos de cansancio así que hay que saber valorar para poder aplicar las técnicas adecuadas.</p> <p>En las etapas de quimioterapia es conveniente efectuar terapia de películas, tiempo fuera o actividades dentro de la cama para evitar la fatiga.</p> <p>Esta es una actividad que se debe aplicar para que el adolescente se organice y reconozca por sí solo que tipo de actividades puede realizar y que tipo de actividades necesita de ayuda.</p> <p>Con esto se realizará un plan de actividades que puede desempeñar por sí solo y así poder llevar a cabo el autocuidado correctamente.</p>		
<b>Evaluación:</b> El adolescente demostró mejoría para conservar su energía; aunque es bien sabido que la quimioterapia es muy desgastante, así que durante la administración de la quimioterapia es cuando más se interviene para alcanzar los objetivos necesarios, teniendo como resultado un equilibrio.					

Sistema de enfermería:  
 Totalmente compensatorio ( )  
 Parcialmente compensatorio ( x ).  
 Apoyo educativo ( x ).

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C		<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5de abril 2008					
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> Déficit de actividades recreativas relacionadas con la hospitalización prolongada con tratamiento a largo plazo; manifestado por aburrimiento, apatía y expresión verbal.					
<b>Motivación.</b>			<b>Puntaje Diana</b>		
<b>Indicadores</b>			<b>Escala</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Expresa intensión de actuar			<b>Nunca</b> 1	1	4
Busca nuevas experiencias			<b>Raramente</b> 2	1	4
Mantiene una autoestima positiva.			<b>A veces</b> 3	1	4
Demuestra flexibilidad.			<b>Frecuentemente</b> 4	3	5
Finaliza tareas y actividades			<b>Siempre</b> 5	2	5
Acepta responsabilidades de la acciones				3	4
			<b>Total</b>	11	24
<b>Intervenciones</b>			<b>Fundamentación</b>		
<p>1.-Terapia de entretenimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a identificar el déficit de movilidad.</li> <li>• Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.</li> <li>• Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.</li> <li>• Establecer actividades recreativas según la edad y la capacidad del paciente.</li> <li>• Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas.</li> <li>• Tomar en cuenta las precauciones de seguridad.</li> <li>• Disponer actividades recreativas que tengan por objetivo disminuir la ansiedad.</li> </ul> <p>Juegos de mesa. Películas. Rompecabezas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar en la obtención de transporte para las actividades recreativas.</li> <li>• Comprobar la respuesta emocional física y social a la actividad recreacional.</li> </ul>			<p>Al conocer las limitaciones físicas podremos establecer las actividades a desarrollar de mejor manera.</p> <p>El conocer cuales son las actividades que el paciente prefiere nos dará una idea de cómo motivar y cubrir el déficit.</p> <p>El conocer el nivel de conocimiento podremos decidir que tipo de actividades implementar de acuerdo a su nivel académico y a su edad.</p> <p>Involucrar al paciente le dará la seguridad de poder de decisión y con ello motivarlo a realizarlo.</p> <p>El tomar medidas de seguridad nos dará la confianza a evitar un accidente por la debilidad que pueda tener el paciente.</p> <p>Las actividades deben fomentar la tranquilidad, el ocio y no contribuir a la ansiedad.</p> <p>Si el paciente necesita apoyo para realizar la actividad física correspondiente debemos proporcionarla para así cumplir nuestro objetivo.</p> <p>El paciente debe expresar si se siente a gusto realizando la actividad que se le asigno y si siente funcionalidad con lo planeado.</p>		
<b>Evaluación:</b> En un inició el paciente por su nivel socioeconómico y por ser de provincia no mostraba su interés por su entorno y por la convivencia del mismo; pero después de comenzar a trabajar con las intervenciones el paciente mostro interés por realizar actividades durante el día, logrando que aprendiera cosas básicas de computación; jugar cartas con sus compañeros; y asistir a la escolita del hospital; además de conocer y saber más sobre su enfermedad.					

# DIAGNOSTICOS DE RIESGO

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C		<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5 de abril 2008					
<b>Diagnostico de Enfermería</b> Riesgo de infección relacionado con alteración del sistema inmunitario					
<b>Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión</b>		<b>Puntaje Diana</b>			
<b>Indicadores:</b>	<b>Escala</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>		
Evitar conductas que peticionen patología	<b>Nunca</b> 1	3	5		
Cumple con el régimen terapéutico.	<b>Raramente</b> 2	5	5		
	<b>A veces.</b> 3				
	<b>Frecuentemente</b> 4				
	<b>Siempre</b> 5				
	<b>Tota</b>	8	10		
<b>Intervenciones</b>		<b>Fundamentación</b>			
<p>1.-Control de infección.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener un ambiente limpio.</li> <li>Enseñar al personal de cuidados la técnica de lavado de manos correcta.</li> <li>Ordenar a los visitantes que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.</li> <li>Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.</li> <li>Poner en práctica precauciones universales</li> </ul>		<p>Mantener un ambiente limpio es muy importante ya que es el medio por el que se transporta la mayoría de los microorganismos por lo cual debemos de tomar las precauciones necesarias. La técnica de lavado de manos se realizará como técnica de asepsia que ayuda al arrastre de microorganismos de las manos con esto ayudamos a eliminar el riesgo de una infección, la técnica se hará de acuerdo a la norma establecida por la institución, cuidando los principios antisépticos. En la sala se pide que usen cubre bocas, uso de bata, y lavado de manos, esto para evitar que las personas que entren transmitan alguna enfermedad o lleven microorganismos que pueden alterar el sistema inmunitario del paciente se encuentra comprometido. El uso de guantes evitará la transmisión de microorganismos al realizar alguna técnica y con ello evitar el contacto de líquidos o fluidos de alto riesgo.</p> <p>Las precauciones universales surgieron para evitar el riesgo de contraer alguna enfermedad o bien un método de barrera para disminuir los riesgos. Las precauciones universales son las siguientes: 1) lavado de manos, antes y después del contacto con algún paciente; 2) Uso de guantes cuando se tenga contacto con fluidos corporales; 3) Uso de bata; 4) Uso de mascarilla o lentes; 5) Desechar agujas y otros instrumentos punzo cortantes en recipientes adecuados para su manejo; 6) Nunca encapuchar agujas; 7) esterilización de material; 8) Limpiar superficies altamente contaminadas con hipoclorito de sodio al 0.5% ; con alcohol al 70% o con agua oxigenada; 9) transportar ropa, basura y desechos en bolsa adecuadas para su tratamiento.</p>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas I.V.</li> <li>• Administración de terapia de antibióticos.  Clindamicina 500mg IV c /6hrs. Ceftriaxona 1.2gr IV c/8hrs. Amikacina 232.5mg IV c/8hrs.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de Filgrastim 300mcg SC cada tercer día.</li> </ul> <p>2.- Cuidado las heridas. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Despegar los apósitos y cintas adhesivas.</li> <li>• Controlar las características de las heridas, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</li> <li>• Curación de incisión con solución salina, y colocar un apósito al finalizar la curación.</li> <li>• Cambiar apósitos o parche según sea el</li> </ul>	<p>Esto evitará riesgos para el paciente que se encuentra susceptible a contraer alguna infección. La administración de antibióticos ayuda a disminuir el riesgo de alguna infección o bien a combatir la infección presente</p> <p>La Clindamicina es un antibiótico con efecto bacteriostático; es semisintético y derivado del lincomicina por la sustitución de un átomo de cloro por un grupo Hidroxilo (HO). Se utiliza sobre todo para tratar las infecciones causadas por las bacterias anaerobias susceptibles. Tales infecciones pudieron incluir infecciones como la septicemia y la peritonitis</p> <p>La Ceftriaxona es una cefalosporina de tercera generación para uso parenteral que muestra una actividad significativa frente a gérmenes gram-negativos serios. La Ceftriaxona penetra a través de la barrera hematoencefálica, lo que la hace útil en el tratamiento de la meningitis</p> <p>La Amikacina es un antibiótico semisintético del grupo de los aminoglucósidos, derivado de la Kanamicina, de acción bactericida.</p> <p>El Filgrastim se utiliza clínicamente para reducir la duración de la neutropenia y la incidencia de infecciones en pacientes tratados con fármacos mielosupresores y en pacientes que han experimentado un trasplante de médula. La Sociedad Americana de Oncología (ASCO) recomienda la utilización de factores estimulantes de colonias para la profilaxis de la neutropenia febril sólo para regímenes quimioterapéuticos en los que se espere una incidencia de neutropenia <math>\geq</math> 40% o en presencia de circunstancias especiales.</p> <p>Eso nos ayuda a valorar tempranamente si existe alguna infección y mejorar las condiciones del paciente.</p> <p>Llevar un registro sobre las características permitirá llevar un seguimiento y control de las mismas en caso de presentarse alguna contrariedad.</p> <p>El utilizar agua estéril permitirá tener una técnica adecuada y libre de microorganismo patógenos.</p> <p>El cambio de apósitos y mantener la herida limpia permitirá llevar un control de la infección y libre de que pueda contaminarse.</p> <p>Ayudara al personal de enfermería a detectar a</p>
---	--

<p>caso cada vez que sea necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.</li> </ul> <p>3.-Proteccion contra infecciones. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener las normas de asepsia para el paciente con riesgo.</li> </ul>	<p>tiempo cualquier cambio y poder prevenir o actuar con rapidez en caso de presentarse alguna infección.</p> <p>Para este tipo de pacientes se utiliza una técnica de paciente inversa donde el cuidado es hacia el paciente ya que se encuentra inmunocomprometido.</p>
<p><b>Evaluación:</b> Llevando acabo una terapia medicamentosa preventiva; medidas de aislamiento, control de infecciones y cuidado de heridas, se pudo mantener al paciente fuera de infecciones y logar que este diagnostico no se presentara.</p>	

Sistema de enfermería:

Totalmente compensatorio ( )

Parcialmente compensatorio ( x ).

Apoyo educativo ( x ).

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C		<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5 de abril 2008					
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con nodulaciones en superficie corporal.					
<b>Detección del riesgo</b>			<b>Puntaje Diana</b>		
<b>Indicadores</b>			<b>Escala</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Reconocer los signos y síntomas que indican riesgo.			<b>Nunca</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Identificar los posibles riesgos para la salud.			<b>Raramente</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
Realizar autoevaluaciones en los casos recomendados			<b>A veces</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
Obtener e informar sobre cambios al personal sanitario.			<b>Frecuentemente</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
			<b>Siempre.</b>	<b>5</b>	
			<b>Total</b>		<b>6</b>
<b>Intervenciones</b>			<b>Fundamentación</b>		
<p>1.- Baño.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente con la ducha en silla.</li> <li>• Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.</li> <li>• Aplicar crema hidratante en las zonas de piel seca.</li> <li>• Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas.</li> </ul> <p>2.- Vigilancia de la piel.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar el estado del sitio de incisión.</li> <li>• Observar su color, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.</li> <li>• Observar si hay zonas de presión o fricción.</li> </ul>			<p>Permitir que el paciente acuda al baño a realizar su aseo permitiéndole el uso de una silla para trasladarse y una en el interior en caso de presentar agotamiento físico.</p> <p>El agua es fundamental para el aseo y la temperatura también es un punto importante para ayudar a que el paciente se relaje y se sienta confortable con esta actividad.</p> <p>La hidratación de la piel es de suma importancia para evitar lesiones o que la piel se vea afectada.</p> <p>Como se sabe la higiene de suma importancia ya que estos pacientes se encuentran comprometidos inmunológicamente.</p> <p>Con ello se llevará un control de posibles secuelas y lesiones o infección en el mayor de los casos; para evitar que llegue a este punto.</p> <p>Con el llenado correcto de las hojas de control de catéteres y sondas llevado un buen registró y evitar consecuencias.</p>		
<b>Evaluación:</b> Se mantuvo la integridad de la piel; al mismo tiempo se obtuvo aprendizaje significativo para posibles lesiones y el manejo de ellas en caso de presentarse.					

**Sistema de enfermería:**

Totalmente compensatorio ( )

Parcialmente compensatorio ( x ).

Apoyo educativo ( x )

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C				<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5de abril 2008							
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> <i>Riesgo de Deterioro de la mucosa oral relacionada con resequedad y lesión de las células epiteliales secundarias a la quimioterapia.</i>							
<b>Autocuidado: Higiene Bucal</b>				<b>Puntaje Diana</b>			
<b>Indicadores</b>				<b>Escala</b>		<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Se cepilla los dientes.				<b>Gravemente comprometido 1</b>		3	5
				<b>Sustancialmente 2</b>		1	5
Utiliza enjuagué bucal				<b>Moderadamente 3</b>		1	5
				<b>Levemente 4</b>			
Se lava la boca, encías y lengua.				<b>No comprometido 5</b>			
				<b>Total</b>		5	15
<b>Intervenciones</b>				<b>Fundamentación</b>			
<p>1.- Fomentar la salud bucal.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como rutina.</li> <li>• Inspeccionar la mucosa bucal regularmente.</li> <li>• Enseñar y estimular el uso de hilo dental.</li> <li>• Enseñar la técnica adecuada de cepillado dental.</li> <li>• Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal.</li> </ul>				<p>Este es un proceso de hábitos que se aprende, desde que se es pequeño, así que solo hay que reafirmarlo con la técnica correcta.</p> <p>Con la valoración evitaremos, lesiones y nos percataremos de lesiones pequeñas y así poder prevenir complicaciones y ver si están funcionando los aseos bucales.</p> <p>Es parte de la educación y la prevención una técnica correcta. Y utilizando instrumentos de apoyo en la limpieza eficaz.</p> <p>Con esto se evitara lesiones y se humectara las mucosas.</p>			
<p>2.- Mantenimiento de la salud bucal.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una rutina de cuidados bucales.</li> <li>• Enseñar al paciente a realizar la higiene bucal después de cada comida.</li> <li>• Explicarle la importancia que tiene reportar la aparición de signos y síntomas de lesión en cavidad bucal.</li> </ul>				<p>La rutina puede generar el hábito y con ello durante la estancia hospitalaria se puede hacer grupal y en casa con la familia y los demás integrantes.</p> <p>Esto nos evitara lesiones por alimentos y los cambios que provoca en el pH.</p> <p>Hacerle saber que debe informar sobre cualquier lesión para prevenir que sea más grande y puede ser más dolorosa.</p>			
<p>3.- restablecimiento de la salud bucal.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar enjuagues frecuentes con agua bicarbonatada.</li> <li>• Fomentar el uso de solución rosa a base de :</li> </ul> <p>Benadril. Melox. Nistatina. Disolver un frasco de cada uno en un litro de agua.</p>				<p>Esto se realiza diariamente ya que esta sustancia neutraliza el pH de la boca y previene las lesiones causadas por la quimioterapia.</p>			

<ul style="list-style-type: none"><li>• Reforzar el régimen de higiene bucal como parte del plan de alta.</li><li>• Aconsejar al paciente que informe inmediatamente al personal sanitario sobre cualquier signo de infección o lesión bucal.</li></ul>	<p>Como parte del autocuidado es importante la enseñanza y decir que se debe continuar con estos hábitos en casa.</p> <p>Esto como parte de conocer y estar informado de su tratamiento si se esta aplicando y la forma en que lo hace.</p>
<p><b>Evaluación:</b> El paciente se mantuvo en la etapa de riesgo, se obtuvo enseñanza efectiva en el manejo del cuidado bucal, sin presentarse lesiones en las mucosas orales.</p>	

**Sistema de enfermería:**

Totalmente compensatorio ( )

Parcialmente compensatorio ( x ).

Apoyo educativo ( x ).

<b>Nombre del paciente:</b> L. A. C		<b>Edad:</b> 16 años		<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Fecha:</b> 5de abril 2008					
<b>Diagnostico de Enfermería:</b> <i>Riesgo de estreñimiento relacionado con la disminución nerviosa autónoma secundaria a la administración de alcaloides de la vincristina y la inactividad.</i>					
<b>Control de riesgo.</b>			<b>Puntaje Diana</b>		
<b>Indicadores</b>			<b>Escala</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Se compromete con estrategias de control de riesgo.			<b>Nunca 1</b>	2	5
Modifica el estilo de vida para modificar el riesgo.			<b>Raramente 2</b>	1	5
Reconoce factores de riesgo			<b>A veces 3</b>	1	5
			<b>Frecuentemente 4</b>		
			<b>Siempre. 5</b>		
			<b>Total</b>	4	15
<b>Intervenciones</b>			<b>Fundamentación</b>		
<p>1.- Manejo de medicación: Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción medica.</li> <li>Observar los aspectos terapéuticos de la medicación en el paciente.</li> </ul> <p>2.- administración de medicamentos vía oral: Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Seguir con los cinco principios de la administración de medicamentos.</li> <li>Comprobar las posibles interacciones y contraindicaciones de los fármacos</li> <li>Informar la paciente de las acciones y posibles efectos adversos esperados por los medicamentos.</li> <li>Registrar los medicamentos y la capacidad de respuesta del paciente.</li> </ul> <p>3.- Manejo del estreñimiento. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.</li> <li>Vigilar la existencia de peristaltismo.</li> <li>Fomentar la ingesta de líquidos.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Instruir al paciente/ familia acerca de la dieta rica en fibra.</li> </ul>			<p>La ministración correcta de los fármacos utilizados es muy importante ya que muchos de ellos provocan estreñimiento y el mal uso de estos puede provocar problemas serios en el manejo del tratamiento.</p> <p>La ministracion correcta de los medicamentos, y la regla de los cinco correctos es un parámetro de calidad y de eficacia en cuanto a la atención de enfermería; así que es de suma importancia la aplicación de esta actividad. La interacción de fármacos es un muy importante ya que debemos saber ministrar correctamente este tipo de Tratamiento ya que es vital para la vida de nuestro paciente. Las anotaciones es la forma de que el personal esta seguro de la administración del medicamento y de las reacciones que pudieron existir a la toma de los mismos, además de ser un documento legal para el personal de enfermería.</p> <p>Dentro de la valoración al iniciar y terminar el turno se cerrara el balance y nos percataremos de este síntoma. Esto a manera de que veamos la cantidad de evacuación, el número y consistencia de la misma para saber y prevenir de un estreñimiento severo y mantenerlo en constante valoración. Esto nos ayudara a prevenir el estreñimiento y formas las heces mas blandas.</p>		

<p>4.- Manejo de líquidos:</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación de líquidos.</li> <li>• Vigilar el estado de hidratación.</li> <li>• Controlar resultados de laboratorio (pH urinario).</li> <li>• Administración de terapia IV.</li> </ul> <p>Soluciones administradas:</p> <p>Sol. Glucosa al 5%            554cc</p> <p>Sol. Fisiológica al 0.09% 114 cc</p> <p>HCO 3                            26.6cc</p> <p>KCL                                9.8 meq.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer ingesta oral.</li> </ul>	<p>Es una valoración diaria; esto se maneja en la hoja de enfermería dentro del balance diario.</p> <p>El paciente debe de tener una ingesta adecuada para garantizar una buena digestión y que no afecte en su organismo por tantos medicamentos ingeridos.</p> <p>Revisar como rutina los cambios dentro de los laboratorios para conocer si nuestras intervenciones están funcionando correctamente o tenemos que ajustarlos.</p> <p>Con este tipo de soluciones se prepara el organismo, para la alteración que sufrirán los electrolitos debido a los medicamentos de quimioterapia administrados; con lo cual lograremos neutralizar dichos electrolitos en el cuerpo y las células no pierdan sus propiedades.</p>
<p><b>Evaluación:</b> Dentro del proceso de su tratamiento el paciente solo presento un episodios de estreñimiento, que fueron corregidos inmediatamente esto fue causado por el cambio y la agresión de los medicamentos, pero al final se logra mantenerlo solo en riesgo.</p>	

**Sistema de enfermería:**

Totalmente compensatorio ( )

Parcialmente compensatorio ( x ).

Apoyo educativo ( x ).



**Medicamentos indicados:**

- ☞ Acuda a sus citas médicas oportunamente.
- ☞ Asistir puntualmente a la quimioterapia ambulatoria.
- ☞ No deje de tomar sus medicamentos que prescribe su medico.

**Baño/Higiene:**

- ☞ Tome un baño en regadera diariamente, y recuerde cambiarse de ropa interior de igual manera.
- ☞ Cuando lave sus pies, séquelos perfectamente, y corte las uñas en forma redonda con cuidado de no lesionarse, o cortar las uñas tan cortas que le lastimen.
- ☞ Lubrique su piel diariamente, si puede comprar la crema Lubridem le seria de gran ayuda para humectar su piel.
- ☞ Sus zapatos no los use muy ajustados, y tenga la precaución de no golpearse o lastimarse. Revise constantemente sus pies y su calzado.
- ☞ Lave sus dientes 3 veces al día con la solución rosa y agua bicarbonatada después de su cepillado normal.
- ☞ No permita que se lesione su mucosa oral, si detecta cualquier sangrado acuda a su consulta.
- ☞ Procure mantener su cabello limpio y corto para evitar caída de cabello excesiva por la quimioterapia.
- ☞ Utilice algún accesorio para cubrir su cabello.



**Registro de signos y síntomas de alarma:**

- ☞ Si usted se nota muy hinchada, tiene alguna lesión en los pies, se le sube la presión (se siente muy mareada, ve luces, o escucha algún zumbido), se siente mas fatigada de lo usual, sufre algún desmayo, tiene muchos calambres, o algún otra sintomatología extraña; no dude en acudir al servicio de urgencias, puede ser algún dato de que algo esta mal y debe ser atendida de inmediato.
- ☞ Recuerde que puede acercarse a todo el personal de salud para resolver sus dudas.
- ☞ Si sufre algún sangrado también acuda a su consulta o de urgencias.

**Actividad y reposo:**

- ☉ Le recomiendo que realice ejercicio diariamente o por lo menos 3 días a la semana. Puede comenzar por algo sencillo, como una caminata a un ritmo y velocidad constante por 15 minutos, cuando se acostumbre a esto (puede ser por 2 semanas) aumente a 30 minutos diarios. Puede realizarlo en un parque cercano o en algunas canchas de fútbol cercanas a su hogar.
- ☉ No se sobre esfuerce, todo este procedimiento es gradual, vera que pronto formara parte de sus costumbres y lo hará sentir mejor.
- ☉ Realice siesta al menos una hora al día para no excederse de sus esfuerzo y recuperar energía.



## CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería que se presentó en este libro trae consigo una serie de vivencias que ocurren muy habitualmente en el servicio de Oncología – Pediátrica, en el Hospital General de México; los diagnósticos que se presentaron y desarrollaron fueron expuestos y aplicados en el adolescente, tanto los diagnósticos potenciales como los diagnósticos de riesgo; ya que este tipo de pacientes son potencialmente vulnerables por su propia enfermedad. Por lo cual se aplicó el autocuidado y la prevención primaria en todo el proceso.

El adolescente que participó en el Proceso de Atención de Enfermería, con la Teoría de Orem, se encuentra en su etapa final de remisión contra el Linfoma No Hodking; lo cual me llena de satisfacción por que se cumplió con el objetivo de dar una calidad de vida durante su tratamiento, brindar cuidados de enfermería específicos para este tipo de pacientes y dar apoyo cubriendo cada una de las esferas de la identidad de una persona y con todo esto darle la utilidad al proceso.

Se logró mantener al paciente hemodinámicamente estable, sin que se presentara alguna complicación secundaria a su enfermedad; se logró establecer un vínculo de respeto y comunicación durante su tratamiento con el paciente y su familia.

Con la información proporcionada se logró que se integrara al programa de la casa de la amistad para la ayuda a su tratamiento de medicamentos; además a los padres se les enseñó los cuidados del adolescente en casa; logrando así cumplir con los objetivos de este proceso de atención de enfermería.

Con lo cual puedo concluir que el proceso puede ser aplicado a pacientes con este tipo de enfermedad y con ello brindar un cuidado integral.

Lo que puedo agregar es que este proceso de atención de Enfermería se integró con diferentes taxonomías tratando de unificar criterios en el manejo de diagnósticos de Enfermería, con ello se pretende ver la utilidad que tiene el poder aplicar las diferentes taxonomías en los procesos de atención de enfermería y crear una identidad profesional fundamentada y con bases científicas.

Quiero sugerir que se brinde más actualización en cuanto a libros y artículos sobre el manejo de las diferentes taxonomías y el uso de las mismas para facilitar la utilidad y el manejo de estas; además que se compren más libros y se extienda la cantidad de libros para enfermería en nuestra universidad.

## GLOSARIO

**Agente:** Se refiere a cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado.

**Agente de autocuidado independiente:** es la persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona importante para el.

**Agente de autocuidado terapéutico:** Es la capacidad de la personas formadas como Enfermeras(os), que les da poder para representar como enfermeras (os) y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado. (Orem 2001).

**Diagnósticos reales:** Se define a un problema que existe en el presente, es decir, que existe en realidad. Juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales de la salud o ante procesos de la vida. Con características definitorias (manifestación de signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

**Diagnósticos de riesgo:** Es un juicio clínico de que es más probable que un individuo, una familia o una comunidad sean más vulnerables que otros a desarrollar un problema en la misma situación o una similar.

**Diagnósticos de salud:** Son aquellos en los cuales no existen datos ciertos para la determinación de que exista un problema

**El entorno\_**representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre las decisiones de la persona de emprender los cuidados sobre su capacidad de ejercerlos. Es también una parte integrante de la persona. La cultura se considera como el contexto dentro del cual se aprende los comportamientos de autocuidado.

**Empatía:** Comprensión de los sentimientos o sensaciones de otros, pero sin compartirlos.

**Etiología:** algo que se sabe que causa la enfermedad. Los términos factores de riesgo y etiología pueden ser sinónimos.

**Factores de riesgo:** algo que se sabe que causa o contribuye a un problema específico.

**Factores relacionados:** Algo que se sabe que está asociado con un diagnóstico específico.

**Indicador:** Conducta o estado observable, concreto que puede conservarse para determinar el logro de un objetivo.

**Instrumento de valoración:** impreso utilizado para asegurar que se reúne y anota toda la información clave durante la valoración.

**Intervención:** algo que se hace para maximar el bienestar y el funcionamiento humano.

**Juicio:** Opinión que se forma tras analizar y sintetizar la información.

**La persona** es un todo integral dinámico, que funciona biológicamente, simbólicamente, y socialmente, con la facultad de utilizar las ideas, las palabras para pensar y reflexionar sobre su propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo sus acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

**La salud** como un estado y establece "salud es un término que tiene utilidad general considerable en describir el estado de totalidad e integridad de los componentes del sistema biológico, simbólico y social de los seres humanos.

Sistema de enfermería totalmente compensatorio: La enfermera cumple con el autocuidado terapéutico del paciente.

**Linfoma:** Los linfomas son un conjunto de enfermedades cancerosas que se desarrollan en el sistema linfático, que también forman parte del sistema inmunológico del cuerpo humano. A los linfomas también se les llama los tumores sólidos hematológicos para diferenciarlos de las leucemias.

**Linfomas no-Hodgkin:** Son un conjunto de linfomas diferentes al linfoma de Hodgkin del que existen múltiples clasificaciones. El linfoma no Hodgkin lo forman más de 30 linfomas diferentes. Al contrario que la enfermedad de Hodgkin la incidencia va en aumento a partir de 1990

**Objetivo:** resultado de las intervenciones prescritas; normalmente se refiere al resultado deseado de las intervenciones e incluye un marco temporal específico en que se espera lograr el resultado.

**Proceso enfermero:** Método sistemático, orientado a los con objetivos, que emplea la enfermera para acelerar el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales.

**Signo:** dato objetivo que indica una anomalía.

**Simpatía:** compartir los sentimientos de otra persona.

**Síntoma:** dato subjetivo que indica una anomalía.

**Valoración:** el primer paso del proceso enfermero durante el cual se reúne información y se organiza los datos en preparación del segundo paso, el diagnóstico.

**Sistema de enfermería parcialmente compensatorio:** Desarrolla y compensa acciones de autocuidado terapéutico del paciente de manera conjunta

**Sistema de enfermería de apoyo educativo:** La enfermera actúa ayudando al paciente a adquirir conocimientos o habilidades relacionadas con su autocuidado.

---

**BIBLIOGRAFIA**

1. Linfoma no Hodgkin de grado intermedio y alto casos del hospital Central Norte de Pemex; “Experiencia con dosis altas de fosfamida vs ciclorituximab-CHOP” Autores Francisco Javier Mijagos Huescas Ravel; castallanosAlejandre; Karina malaga Pacheco, Roberto Londaiz Gomez; Adolfo Esquivel Villareal; Gamo Vol. 5 Núm. 2 Marzo-Abril 2006.
2. Estadísticas INEGI 2007. Pagina WEB.
3. Estadísticas del Hospital General de México. Pagina WEB del hospital.
4. Aplicación del proceso Enfermero “Fomentar el cuidado en colaboración” Autor Rosalinda Alfaro –Lefevre 5° edición editorial Mass on S.A 274 pág.
5. Bases Conceptuales de la enfermería profesional Autores Leddy S. Pepper J:M 7° edición OMS.
6. Proceso de atención de enfermería; Autor Murria Atkinson 5° edición México editorial Mc Graw-Hill interamericana 1994.
7. Teoría del déficit de autocuidado interpretación de los elementos conceptuales Autoras Olga marina vega Margarita; Bianne Sofía Glez.; escobar; Ciencia y Cuidado vol. 4 Núm. 4 155N17949831.
8. Manual de diagnósticos de enfermería; LYNDA Juall Carpenito; Novena edición Editorial McGraw-Hill Interamericana ; España, 2003
9. Diagnósticos de enfermería; NANDA 2003-2004 México, 2004
10. Tratado de Enfermería Medico-Quirúrgica BRUNNER y Suddarth; Novena edición; Editorial McGraw-Hill Interamericana; México, 2002
11. Vademécum académico de medicamentos; RODRIGUEZ Carranza Rodolfo; Cuarta edición; Editorial McGraw-Hill.
12. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC), cuarta edición; editoras Joanne Mc Closkey; Doch terma Gloria M; Elsevier España; S.A; Genova 17;3 Madrid España.

13. Proyecto de resultados Iowa "Clasificación de Resultados de enfermería (NOC); tercera edición; Editoras Sue Moorhead; María Johnson; Meridean Macas; editorial Elsevier España; S.A; Genova 17;3 Madrid España.

# ANEXO

*Hospital General de México*

El Hospital General de México cuenta con lazos de apoyo de la casa de la amistad que ayuda a proporcionar terapia medicamentosa para niños con cáncer que llegan a esta institución de bajos recursos económicos.

Por lo cual puedes informarte y conocer los beneficios que te brinda pertenecer a esta institución.

Además en el Hospital se encuentra un programa de educación en el hospital donde a los niños; adolescentes se les ayuda a no abandonar sus estudios; se encuentra un profesor que imparte clases y talleres cuenta con material y tecnología para el aprendizaje de estos niños.

“La casa de la amistad para niños con cáncer I.A.P es un albergue, un hogar, sobre todo un camino de vida...El único camino que miles de niños con cáncer encontramos abierto”....



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza  
Lic. Enfermería.

Elaborado por : Bazán González Rosa  
Verónica

Niños con Cáncer

Hospital General de México.

Un hogar para ellos.

**CASA DE LA  
AMISTAD**



## Que es la casa de la amistad?

Es un organismo que se encarga de apoyar a niños con cáncer; desde su fundación en 1990.

A través de los diferentes programas de apoyo como son:

- Alberge.

Con habitaciones con baño, ropa, desayuno, etc. para los hospitalizados.



- Medicamentos: tratamientos oncológicos completos, antibióticos, estudios médicos; etc.

- Nutricional: dietas balanceadas; dietas especiales; etc.
- Emocional: Proyecto RIO (Resiliencia Infantil Oncológica); biblioterapia; Formación continua; Grupo de ayuda para padres; Madrinas; Psicoterapia.
- Educativo: apoyo académico ; educación



Para adultos INEA; colegio de bachilleres (SEAD); apoyo académico a invidentes y débiles visuales.

- Talleres creativos: música, barro, teatro, dibujo y manualidades.



- Descentralización: existen 12 bancos de apoyo en diferentes partes del país como es Puebla, edo. De México; Yucatán, Oaxaca etc.

La **misión** de la institución es "Brindar apoyo integral a niños de escasos recursos que padecen Cáncer en México".

En México cada año se reportan 7000 nuevos casos de cáncer en niños y en el país es la segunda causa de muerte infantil, por lo cual es una problemática social muy importante

Esta institución se encuentra ubicada en Aldama Núm. 2 Tetepan Xochimilco; CP 16020; México D.F.