

309812



**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO**

ESCUELA DE ENFERMERIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

“EL CUIDADO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO”

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO:

LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ARTEAGA GARCIA LILIANA DENY

ASESORAS:

**L.E.O. M. PATRICIA PADILLA ZARATE
L.E.O. URSINA HERNANDEZ FLORES**

INVIERNO 04



m 345362



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A Dios y mi Familia

Primeramente que nada quiero agradecer a Dios, ya que él siempre ha estado presente a lo largo de toda mi vida, acompañándome en cada paso que he dado y brindándome una familia, con ella me ha dado el valor para luchar contra las adversidades y así seguir siempre adelante.

A mi madre que con su apoyo y perseverancia durante todo este tiempo, me dio las fuerza para luchar y perseguir todos mis ideales.

A mi padre quien siempre me ha impulsado a continuar creciendo profesionalmente, brindándome todos los elementos necesarios para conseguirlo.

A mis hermanos que son parte fundamental en mi vida, para continuar con esta lucha día a día.

A mi asesoras.

A quienes durante todo este tiempo colaboraron, para que esta tesis sea presentada, principalmente a la L.E.O. Maria Patricia Padilla, quien me brindo tiempo, dedicación, paciencia y sabiduría.

A ti amor.

A la persona que llego de pronto, y lleno de alegría toda mi vida, quien me brinda todo su cariño y comprensión para continuar adelante.

INDICE

• Resumen	I
• Introducción	II
• Marco Teórico	
• Capítulo I Cuidado enfermero	
1.1. Aspectos históricos de la evolución de enfermería	1pg
1.2. Paradigma del cuidado	6pg
1.3. Características del cuidado de enfermería	9pg
• Capítulo II Modelo de Enfermería	
2.1. Cualidades de una teoría	12pg
2.2. Modelos más utilizados en los cuidados de enfermería	14pg
2.3. Clasificación de tendencias	14pg
2.4. Clasificación de teorías	15pg
2.5. Tipos de modelos de enfermería	16pg
2.6. Modelo de Virginia Henderson	18pg
2.6.1. Conceptos básicos del metaparadigma de enfermería	19pg
2.6.2. Elementos de la teoría	20pg
2.7. Necesidades básicas según Virginia Henderson	22pg
2.8. Niveles de la relación enfermera- paciente	24pg
Capítulo III Método Enfermero	
3.1. Etapa de Valoración	27pg
3.1.1. Validación de datos	35pg
3.1.2. Organización de los datos	36pg
3.2. Diagnóstico de enfermería	37pg
3.3. Planificación de los cuidados de enfermería	42pg
3.4. Ejecución	55pg
3.5. Evaluación	56pg
• Capítulo IV Paciente Oncológico	
4.1. Opciones terapéuticas del cáncer	62pg
4.2. Atención al paciente oncológico	68pg

4.3. Intervenciones u opciones biopsicosocial.....	78pg
4.4. Manejo y seguimiento biopsicosocial.....	80pg
• Hipótesis	84pg
• Variable	
• Conceptualización.....	84pg
• Material y Métodos	
• Universo.....	85pg
• Muestra.....	85pg
• Criterios de selección.....	85pg
Inclusión.....	85pg
Exclusión.....	85pg
• Tipo de estudio.....	86pg
• Procedimiento de recolección de datos.....	86pg
• Resultados	88pg
• Conclusiones	112pg
• Recomendaciones	113pg
• Referencias	115pg
• Anexos	
• 1. Operacionalización de la variable.....	118pg
• 2. Guía de valoración.....	134pg
• 3. Cedula de registro de datos para la hoja de enfermería.....	140pg
• 4. Cédula de recolección de datos de la guía de Valoración.....	141pg

RESUMEN

El cuidado de enfermería es un servicio, orientado a la satisfacción de necesidades, bajo la perspectiva del desarrollo humano, lo cual exige, por parte del profesional, la cuidadosa identificación de las necesidades a satisfacer y de las formas de hacerlo.

Durante la práctica de la enfermería, es necesario identificar, en los fenómenos sociales, económicos, culturales y epidemiológicos, nuevas necesidades de cuidado y poder transformarlas en potencialidades orientadas hacia la búsqueda del bienestar de los individuos. De esta manera, el cuidado no sólo se limita a satisfacer lo puramente fisiológico, sino que cumple también con las demás esferas del ser humano (social, psicológico, cultural).

Es importante considerar que el cuidado al paciente oncológico debe ser integral, además se debe tomar en cuenta que en la actualidad el cáncer es la segunda causa de muerte en México y constituye un problema de salud pública, que afecta en un 64% a las mujeres. Aunado a esto, este tipo de padecimiento acarrea grandes problemas psicológicos en los pacientes, la presencia de cáncer es un evento catastrófico, asociado con la idea de muerte, incapacidad, desfiguro físico, dependencia y falta de relación con otras personas. La adaptación al cáncer es influida por la sociedad, el paciente y la propia enfermedad. Por ello es sumamente importante que el personal de enfermería brinde el cuidado de forma integral, dando así una atención individualizada y con ello una atención de calidad.

El objetivo de la presente investigación es identificar el cuidado brindado por el personal de enfermería a los pacientes para cubrir las necesidades que presentan en el servicio 111 Oncología del Hospital General de México en un periodo de tiempo Marzo- Mayo del 2004.

Para ello se realiza un muestreo no probabilístico, y se seleccionan 50 pacientes de sexo femenino, concientes, con problemas oncológicos y con más de 24hr de estancia en el servicio mencionado anteriormente. Se seleccionaron también hojas de enfermería que correspondían a los mismos pacientes. Para la recolección de datos se empleó una guía de valoración de necesidades la cual se aplicó a las pacientes y dos cédulas de recolección de datos, una que se llenó con los datos obtenidos en la valoración y otra con los datos de las hojas de enfermería.

Dentro de los principales resultados se obtuvo que la mayor parte de las pacientes que ingresan a la unidad de Oncología son pacientes que oscilan en un rango de edad entre 30-50 años, el principal diagnóstico por el que ingresan es cáncer cervicouterino, el 50% solo estudio la primaria, el tratamiento por el cual se encuentran hospitalizadas es por que serán sometidas a cirugía.

En la valoración realizada por el investigador se encontraron los siguientes datos de acuerdo al modelo de Virginia Henderson enfocado a las 14 necesidades básicas del ser humano. Algunos datos obtenidos fueron, el estado civil, número de años, hijos, diagnóstico, tratamiento, nivel económico, grado escolaridad, ocupación, estado de conciencia, de la piel, cabello, uñas, dentadura, capacidad del sistema musculoesquelético, signos vitales, problemas para respirar, del sistema digestivo, tipo y problemas de alimentación, alteración de peso corporal, estado anímico, patrón de sueño, problemas para dormir, problemas sensoriales, presencia de dolor, hábitos higiénicos, interés para resolver problemas de salud, creencias religiosas, presenta problemas de aprendizaje y cognición entre otros.

También se observó que en relación a la valoración que realiza el personal de enfermería solo captura aquellos datos observables como lo es la palidez de tegumentos, el estado de conciencia, olvidándose de aquellos que el paciente refiere, quedando así una valoración superficial, y con ello un cuidado limitado, debido a que no se identifican todas

las necesidades que el paciente tiene, así como tampoco se puede dar una alternativa de solución a las mismas.

El cuidado brindado por el personal de enfermería de la unidad 111 Oncología no cubre todas las necesidades del paciente debido a que durante la etapa de valoración solo se tiene elementos superficiales que denotan meramente problemas biológicos, por lo que el cuidado no es brindado de manera holístico.

Palabras clave: CUIDADO, PACIENTE ONCOLOGICO, METODO ENFERMERO

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Oncología es parte fundamental del Hospital General de México O.D. el cual tiene una alta demanda de atención médica, tan sólo en un periodo de un año acuden a la consulta externa 14,474 personas por primera vez y 39,885 subsecuentes. Tiene un total de ingresos por año de 3,078 pacientes, con un promedio de días estancia de 5.7 días y un índice de ocupación de 70.12%. El servicio cuenta con una planilla de personal de enfermería de 124.

Las enfermedades oncológicas generan un importante impacto personal y social por su elevada morbimortalidad. Las principales causas por las que acuden los pacientes a la consulta externa son neoplasias de mama, cuello uterino, piel, ovario, útero, linfoma no Hodking, neoplasia de testículo, tejido blando y lipomas ¹. De igual forma los ingresos corresponden a las mismas causas.

Los pacientes que presentan este tipo de padecimientos requieren una atención urgente y continua desde su ingreso. Generalmente sus tratamientos consisten en terapias invasivas como son la quimioterapia, radioterapia, y braquiterapia. Los cuales tienen diferentes efectos secundarios en la persona y familia, no solo de carácter físico y biológico sino también emocional, socioeconómico y espiritual.

Frecuentemente la atención al paciente oncológico esta más encaminada a brindar una atención meramente paliativa, es decir, en su mayoría sólo a brindar atención a aquellas necesidades de carácter biológico como son el dolor y el malestar, teniendo una concepción generalizada de que en este tipo de pacientes "ya no hay nada más que hacer". Olvidando que para el paciente, el solo saber su diagnóstico le acarrea mucha preocupación y tiene un gran impacto psicológico desde el primer momento que conoce su diagnóstico, los efectos colaterales de la quimioterapia, además de que experimenta acontecimientos muy duros para él como son la pérdida de cabello, de

¹ Hospital General de México, http://www.hgm.gob.mx/estadisticas/cuad-%20esta_enejun04.pdf. 596pantallas.

peso, etc., lo cual hace que ellos tengan una gran cantidad de problemas y necesidades las cuales deben de ser abordadas y en la medida de las posibilidades resueltas por la enfermera.

Sin embargo es necesario que ella conozca los diferentes factores, culturales, sociales, económicos y educacionales de los pacientes para que el cuidado que proporcione sea optimo y de acuerdo a lo que presente cada paciente.

La actitud más frecuente en los paciente oncológicos es el miedo; miedo a padecer cáncer, a que sea fatal, y que pueda suponer una intervención mutilante, al tratamiento, etc. Por lo que se debe ser capaz de reconocer actitudes de los pacientes y ofrecer respuestas a estas actitudes, de forma que se identifique las necesidades propias del paciente, para lo cual es necesario tener una comunicación eficaz entre enfermera- paciente y dejar de ver la actuación de enfermería como una rutina. Un cuidado de calidad de enfermería es de suma importancia para obtener una respuesta optima del paciente, ya que al haber una comunicación efectiva, él se sentirá más seguro y es más probable que se logre que acepte y coopere satisfactoriamente en el tratamiento.

Para identificar todas las reacciones del pacientes y sus sentimientos es necesario valorarlo adecuadamente, para hacer de una forma completa puede retomar alguna de las teorías de la enfermería.

En el caso de la teoría de Virginia Henderson, está menciona que, cuando las actividades para satisfacer las necesidades básicas son inadecuadas, insuficientes o están ausentes se genera dependencia. Las necesidades son: Oxigenación, nutrición, eliminación, descanso, vestido, termorregulación, higiene, seguridad, movimiento y postura, creencias y valores, trabajo y realización y por último aprendizaje.

Define independencia como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación específica. Los niveles de dependencia e independencia son únicos para cada persona, por lo tanto si las enfermeras miran a las personas en vez de la enfermedad, es imposible no dar cuidados individualizados.

Todo esto implica que al valorar al paciente de manera mas profunda, se contribuye a que el personal de enfermería brinde un cuidado integral, ya que detecta no solo problemas reales sino también potenciales y esto le permite intervenir en cada una de las necesidades o problemas que detecte en cada individuo.

La presente investigación tiene como objetivo identificar las características del cuidado brindado por el personal de enfermería de la unidad 111 Oncología, en tanto que la hipótesis es:

El cuidado que proporciona el personal de Enfermería de la unidad 111 Oncología está encaminado solo a satisfacer las necesidades biológicas (oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, movimiento y buena postura, descanso y sueño, termorregulación, higiene y protección de la piel).

En este estudio se realizo un muestreo a conveniencia en el que se incluyó 50 pacientes y sus 50 hojas de enfermería, es observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. La recolección de datos se hizo a través de una entrevista estructurada (guía de valoración, basada en las necesidades de Virginia Henderson), así como el empleo de dos cédulas de recolección de datos, una de ellas para concentrar los datos mas relevantes de la guía de valoración y la segunda para registrar los datos referentes al cuidado que se encuentran en las hojas de enfermería.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I CUIDADO ENFERMERO

1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA

Desde el principio, el hombre reconoció por instinto una fuerza superior extraña y por encima de sí mismo, que actuaba como directriz de los elementos del universo como reacción natural, se inclinó en adoración de esta fuerza. Su vida era una constante lucha contra de los elementos naturales y la experiencia le mostró que unos fenómenos era favorables y otros desfavorables. Los espíritus eran, según su ingenuidad los responsables de la salud enfermedad.

Los dioses buenos eran honrados con ceremonias que al mismo tiempo celebraban su benevolencia y aseguraban su salud para el individuo o grupo, los amuletos no faltaban nunca y muy pronto, los tratamientos médicos y las medidas de prevención vinieron a ser parte esencial del ceremonial religioso.

Al principio distinguían a 2 personas en estas prácticas: al curandero, cuyos rudos conocimientos se reducían a las aplicaciones de hierbas medicinales y métodos del sentido común según las leyes naturales y el ministro de la religión cuya ocupación consistía en apaciguar a los dioses.

En este periodo las prácticas curativas se mezclaron confusamente con los ritos religiosos y la superstición. Era el tiempo de la medicina unida a la magia. El hechicero era el encargado de curar.

En la era precristiana el hombre se enfrentaba con problemas, asociados con la lucha por la vida y ajustándose al ambiente para satisfacer sus necesidades

según se les presentan. La enfermería era practicada por sirvientes y esclavas que en algunas ocasiones recibieron el nombre de enfermeras; pero la enfermería no estaba organizada como una profesión ni se le consideraba vocación.

Durante el cristianismo, que englobaba el siglo I al siglo XV, se ve el mundo europeo evolucionar de un estado de barbarie a un alto grado de cultura. Los gremios no fueron solamente las organizaciones de artesanos de la edad media, sino las escuelas vocacionales de la época. Los cuales nos dejaron su herencia, ya que hasta recientemente, las enfermeras eran adiestradas según las tradiciones del aprendiz que ellos idearon. Este sistema puede tomarse como el primer paso de evolución a las escuelas de enfermería, pero en comparación con los progresos realizados en otros campos, el adelanto en el nivel educativos de la enfermera, estuvo muy lejos de alcanzar el mismo compás.

Durante los primeros siglos del cristianismo, el cuidado de los enfermos era una función que las mujeres realizaban en su casa. Después, las órdenes religiosas, proporcionaron las funciones de asistencia como parte de sus actividades, el cuidado de los enfermos tenían bases más bien domésticas que científicas. El sistema de los hospitales civiles, que inicio con el pontífice Inocencio III, tuvo amplia aceptación.

Antes de la reforma protestante del siglo XVI, a las instalaciones hospitalarias las organizaba principalmente la Iglesia Católica Romana. Con la reforma, que se inicio en 1517, vino una disminución en el interés de la gente por la Iglesia y la religión, este cambio introdujo una era conocida en la historia de la enfermería como el periodo oscuro. Los hospitales eran lugares insalubres y de mal

prestigio. Los cuidados de enfermería los proporcionaban mujeres que se describían con frecuencia como alcohólicas y crueles.

Los años oscuros de los hospitales y de la enfermería duraron casi tres años en Europa. En el nuevo mundo murieron más nativos por la epidemia de viruela y los médicos se convirtieron en la primera necesidad de las nuevas comunidades en formación. Fue en Inglaterra que el mundo recibió los nuevos sistemas destinados a mejorar los organismos de salubridad, y a reformar los hospitales y a reinstalar la enfermería.

En la última mitad del siglo XIX, inicio el periodo Moderno, donde la humanidad evoluciono. Luis Pasteur estableció los fundamentos para la bacteriología y José Lister revolucionó la práctica de la cirugía, introduciendo técnicas antisépticas.

La enfermería emergió como un grupo ocupacional y los candidatos a ejercerla eran de escaso nivel social, cualquier mujer podía brindar atención a un individuo; y esta atención estuvo por mucho tiempo en manos de las religiosas.

La era de la reforma de la enfermería se inició con el trabajo de una enfermera británica Florencia Nightingale la heroína popular de la guerra de Crimea ¹. Los esfuerzos de Nightingale hicieron de la enfermería una vocación respetable una vez más; sin embargo, sus actividades de reforma no terminan con la respetabilidad. Además de sus cruzadas para la limpieza y comodidad de los hospitales, trabajó en la educación de las personas y en la adopción de las

¹ FRANCK, Charles, Desarrollo Histórico de la Enfermería. Ed. Prensa Mexicana, México 1970, 350p.p

medidas de salud, para combatir la presencia generalizada de enfermedades en las ciudades.

Florencia Nightingale creía en la prevención de enfermedades y en la asistencia a la persona, e hizo que sus seguidoras estuvieran seguras de que los pacientes siempre tuvieran aire fresco, agua limpia y conocimiento de cómo cuidarse a sí mismas en el futuro. Muchas ideas de Nightingale son normas actuales para la atención del paciente. La educación de las enfermeras fue una de sus principales metas, entre sus numerosos logros esta la fundación de la Nightingale School of Nurses en el hospital de Santo Tomas, Londres 1860.

En Estados Unidos, el establecimiento de servicios de enfermería y de salud fue lento antes de la revolución estadounidense (1775-17783). Una organización notable fue la sociedad de enfermeras en Filadelfia, a final del siglo XIX que generó una reforma rápida de los servicios de enfermería con programas educativos planeados.

Muchos historiadores citan a Linda Richards, que se graduó en 1873 de New England Hospital for Women and Children Training School for Nurses en Boston, como la primera enfermera entrenada de Estados Unidos. Se le atribuye el mérito a iniciar reformas en los cuidados de enfermería.

Sin embargo se cuestiona que Richards haya sido la primera enfermera entrenada, fue la primera enfermera experta que recibió el certificado por el Hospital de Filadelfia. La primera enfermera de raza negra con entrenamiento fue Mary Mahoney, que también egreso del New England Hospital for Women and Children en 1779.

A final del siglo XIX la necesidad de Integrar las acciones concentradas de las enfermeras se sintió primero en Inglaterra y poco después en Estados Unidos. En 1894 se organizó el Matron's Council of Great Britain School for Nurses de Estados Unidos y Canadá.

Después de la primera guerra Mundial, una notable enfermera pionera, Mary Breckinridge, estableció el servicio de enfermería Fronterizo, asimismo estableció contactos sociales importantes para la inversión de fondos con fines de ayuda social. Dentro del servicio de Enfermería Fronterizo Breckinridge fundó una de las primeras escuelas de entrenamientos de Obstetricia en Estados Unidos.

La tendencia general desde el comienzo de la organización formal, hasta el término de la primera Guerra Mundial fue la expansión rápida del establecimiento de hospitales, con la creación de escuelas de Enfermería dependientes de estos para su sostén.

Hacia 1920, el sistema hospitalario de educación para enfermeras comenzó a ser criticado, al igual que se cuestionó la efectividad de la enfermera. Durante este periodo entre las dos Guerras Mundiales, se originó el concepto de enfermería clínica especialista en 1933, se reconoció la necesidad de expertos en el arte de la enfermería y especialista en diversas ramas clínicas. Este concepto, que muchos observan con frecuencia como una nueva función de enfermería, se discutió por los líderes de esta área entre los años treinta y cuarenta.

En el inicio de los años cuarenta se pensó en la necesidad de poner más énfasis en las especialidades clínicas en la currícula profesional avanzada de colegios y universidades.

Desde el comienzo de la enfermería hasta nuestros días, ésta ha sufrido cambios en cada una de sus áreas. La enfermería hoy en día es muy diferente de lo que fue hace 50 años., Virginia Henderson fue una de las primeras en definir a la enfermería cien años después de Nightingale, escribió: "la única función de la enfermera es asistir al individuo enfermo ó sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación que este realizaría sin ninguna ayuda si tuviese la fortaleza, voluntad, o conocimiento para hacerlo, y lo hace de manera que lo ayude a recuperar su independencia lo antes posible". Al igual que Nightingale, Henderson describe la enfermería en relación con el paciente y su ambiente.

A diferencia de Nightingale, visualiza a la enfermera como alguien que se preocupa tanto por los individuos sanos, como los enfermos reconoce que la enfermeras interactúan con los pacientes aún cuando su recuperación puede no ser viable y menciona las funciones de enseñanza y dedicación de la enfermera.

En la segunda mitad del siglo XX se desarrolló un cierto número de teorías producto de particulares puntos de vista².

Conforme ha evolucionado la enfermería también se ha renovado el quehacer de la misma, el cual, no es ya sólo el procurar conservar la vida, sino la calidad de la vida, lo que actualmente la sociedad comienza a redamar. A lo largo del tiempo la enfermería no solo se ha desarrollado como profesión sino también como ciencia, respaldada por una teoría y por una práctica

²KOZIER,Barbara. Fundamentos de enfermería. Ed. Interamericana. México 1990, 994p.p.

1.2. PARADIGMA DEL CUIDADO

El cuidado es tan ancestral como el universo. Si después del Big bang no hubiese habido cuidado por parte de las fuerzas directivas por las que el universo se auto-crea y se auto-regula, la fuerza gravitatoria, la electromagnética, la nuclear fuerte y la nuclear débil, todo se habría expandido demasiado impidiendo que la materia se adensase y formase el universo que conocemos. O todo se habría retraído a punto de colapsarse el universo sobre sí mismo en interminables explosiones.

Pero no fue así, todo se procesó con un cuidado tan sutil, en fracciones de milmillonésimas de segundo, que permitió que estemos aquí para hablar de todas estas cosas. Ese cuidado se potenció cuando surgió la vida, hace 3.800 millones de años. La bacteria originaria, con cuidado singularísimo, dialogó químicamente con el medio para garantizar su supervivencia y evolución. El cuidado se hizo aún más complejo cuando surgieron los mamíferos, de donde también venimos nosotros, hace 125 millones de años, y con ellos el cerebro límbico, el órgano del cuidado, del afecto y del enternecimiento.

Y el cuidado ganó centralidad con la emergencia del ser humano, hace 7 millones de años.

El cuidado es esa condición previa que permite la eclosión de la inteligencia y de la amorosidad. Es el orientador anticipado de todo comportamiento para que sea libre y responsable, en fin, típicamente humano. El cuidado es un gesto amoroso con la realidad, gesto que protege y trae serenidad y paz. Sin cuidado nada de lo que está vivo, sobrevive. El cuidado es la fuerza mayor que se opone a la ley

suprema de la entropía, el desgaste natural de todas las cosas hasta su muerte térmica, pues todo lo que cuidamos dura mucho más.

El cuidado surge en la conciencia colectiva siempre en momentos críticos. Florencia Nightingale (1820-1910) es el arquetipo de la enfermera moderna. En 1854 partió de Londres con 38 colegas con destino a un hospital militar en Turquía, donde se trababa la guerra de Crimea. Imbuida de la idea de cuidado, en dos meses consiguió reducir la mortalidad del 42% al 2%. La primera Gran Guerra destruyó las certezas y produjo profundo desamparo metafísico. Fue cuando Martin Heidegger escribió su genial *Ser y Tiempo* (1927), cuyos párrafos centrales están dedicados al cuidado como ontología del ser humano.

En 1972 el Club de Roma lanza la alarma ecológica sobre el grave estado de salud de la Tierra. En el 2001 termina en la UNESCO la redacción de la Carta de la Tierra, texto de la nueva conciencia ecológica y ética de la humanidad. Los muchos documentos producidos se centran en el cuidado (care), como la actitud obligatoria para con la naturaleza...³

El cuidado-enfermería se define como "estar con", donde el profesional acompaña al paciente en sus experiencias de salud⁴. Además es más perdurable e intenso que la calidez, expresa un interés profundo y genuino por la persona. El cuidado involucra sentimientos, pensamientos, habilidades y conocimiento; requiere energía psicológica y plantea el riesgo de ganar poco a

³ MARTINEZ Riera José Enfermería y denominación de origen disponible en: <http://www.iniciaes/de/sostoenf/enfermerah.htm>. N° pantallas 4.

⁴GONZALEZ, Carrio Pilar. Aspectos del cuidado. Disponible en: <http://www.nipe.efermundi.com/conceptohtm>

cambio; sin embargo, con el cuidado la gente por lo regular recoge los beneficios de una mayor comunicación y comprensión.⁵

1.3. CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario "ocuparse" de la vida para que ésta pueda persistir. Cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo, luchar contra su muerte.

Cuidar es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa un infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta se continúe y se reproduzca. Cuidar es por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.⁶

Algunas de las características del cuidado se presentan a continuación.

- Se dirige a las respuestas humanas en el proceso Salud-Enfermedad.
- Se basa en la interacción continua con la persona: Relación de ayuda, Comunicación terapéutica, Educación Sanitaria.
- Se aplica de forma individual e integral.⁷

⁵ KOZIER, Barbara. Fundamentos de enfermería. Ed. Interamericana. México 1990, 994p.p.

⁶ COLLIERE, Françoise Marie, Promover la Vida, Ed. Mc Graw Hill-Interamericana, 1ªed. España 1997, 384 p.p.

⁷ www.enfe.va.es/practica-educación/estructura-naturalezahtm

- Los cuidados de enfermería tiene que encontrar su individualidad con respecto a la red de pertenencia de los cuidados. Los cuidados no pueden disociarse de las situaciones de la vida de las personas.⁸
- Apoya a la persona en sus transiciones

Según se aborde la relación entre cuidado, persona, salud y entorno, se clarificará el campo de la disciplina enfermera.⁹

Los cuidados se basan en las leyes que presiden la salud que se confunde, ya que son en realidad la misma naturaleza, están orientadas a los sanos y a los enfermos.

Con respecto a la noción de los cuidados se han mantenido dos tipos de cuidado de naturaleza diferente.

- ✦ Los cuidados de costumbre y habituales: *care* relacionados con las funciones de la conservación, de la continuidad de la vida.
- ✦ Los cuidados de curación: *cure* relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados de costumbre y habituales de conservación y mantenimiento de la vida *care* representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, calor, naturaleza afectiva o psicosocial, etc.

⁸ COLLIERE, Françoise Marie, Promover la Vida, Ed. Mc Graw Hill-Interamericana, 1ªed. España 1997, 384 p.p.

⁹ www.enfe.va.es/practica-educación/estructura-naturalezahtm

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: *cure* garantizan la continuidad de la vida que encuentra obstáculos o trabas. Estos cuidados se van añadir a los cuidados habituales y tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella. Los cuidados centrados en el hombre en relación con su entorno se han polarizado, en las sociedades occidentales, cada vez más en las enfermedades, comprometiendo un proceso de análisis que ha asilado las causas orgánicas y las causas físicas y que ha dejado de lado las causas socioeconómicas.

La elección relacionada con los cuidados de conservación y desarrollo de la vida, y la relacionada con los cuidados de curación no se excluyen mutuamente.

La finalidad de los cuidados es permitir a los usuarios de cuidados desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física; afectiva y social que conlleva a esta última¹⁰.

¹⁰ COLLIERE, Françoise Marie, Promover la Vida, Ed. Mc Graw Hill-Interamericana, España 1997, 384 p.p.

Un modelo es un patrón de algo que se debe de hacer, un esbozo abstracto o diseño de arquitectura de un artículo genuino, o una aproximación o simplificación de la realidad. Un modelo también puede mostrar las características de una disciplina.

Un modelo conceptual proporciona una clara y explícita dirección en las tres áreas de enfermería: la práctica, educación e investigación. Una teoría al igual que un modelo conceptual o estructura se forma de conceptos y dedaraciones sobre los conceptos, sin embargo una teoría explica los fenómenos con mucha mayor especificidad. El propósito primario de una teoría es generar conocimiento sobre un campo y un modelo conceptual en contraste, ofrece una guía para la práctica e investigación de enfermería. Por lo que algunas teorías son parte de modelos.¹¹

2.1 CUALIDADES DE UNA TEORÍA.

Independientemente de los diferentes criterios que se pueden exigir a una teoría, según los autores, existen unos requisitos o cualidades que deben tener, los cuales son:

- Claridad: se miden los conceptos y las palabras utilizadas

¹¹ KOZIER, Barbara. Fundamentos de enfermería. Ed. Interamericana. México 1990, 994p.p.

•Las mismas han de entenderse fácilmente, sin neologismos (inventados), antagonismos (de las mismas palabras o conceptos según contexto).

•Las definiciones denotativas son las más valoradas por su gran claridad, aunque no se desestiman las connotativas.

•Los ejemplos, los gráficos y otros elementos (imágenes, tablas, etc.), son de gran valor aclaratorio y pedagógico.

- Generalidad: se observan la cantidad de conceptos y de metas establecidos por la teoría, y a mayor número de los mismos más general resulta ser. Algunos autores consideran que las teorías cuantos más generales son más válidas, mientras que otros piensan que cada teoría debe tener su espectro según el tema que estudien, dejando en un segundo plano la generalidad.
- Sencillez: También según los pensadores hay diferencias, mientras que algunos consideran que la teoría debe ser compleja para ser significativa, otros opinan que la concisión y la comprensión deben gobernarla.
- Precisión empírica: básicamente este punto va a regular o medir el grado de cumplimiento o relación entre la teoría y la información empírica observable, es decir el grado de cumplimiento o de accesibilidad en la práctica.
- Consecuencias derivables: las teorías deben ser útiles, influir en la investigación y en la práctica, identificar el camino a seguir por la

enfermería, aumentar conocimientos específicos sobre la profesión, y debe predecir resultados.

2.2. MODELOS MÁS UTILIZADOS EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Diferentes autores han tratado de clasificar los modelos existentes actualmente en Enfermería. A pesar de las dificultades que entraña, hay varias clasificaciones prácticas que han servido para aclarar y dar difusión de ellos entre las enfermeras del mundo.

Un modelo en Enfermería es una representación simbólica y conceptual expresada en términos lógicos de una tendencia. Una tendencia en Enfermería se puede definir como la orientación que caracteriza a la forma de ordenar los diversos conceptos que se usan para formar un modelo de cuidados. Cualquiera que sea el modelo elegido debería aplicarse utilizando el proceso de Enfermería. Cuando la enfermera se familiariza con el método de solución de problemas, éste determina que sus cuidados sean más eficaces y eficientes

2.3 CLASIFICACIÓN DE LAS TENDENCIAS

Los modelos se han agrupado en tres tendencias:

1. Tendencia naturalista: También denominada ecologista, se incluyen en este apartado los conceptos formulados por Florence Nightingale, que enfoca los cuidados de Enfermería como facilitadores de la acción que la Naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos.

2. Tendencia de suplencia o ayuda: Los modelos representativos de esta tendencia son los de Virginia Henderson y Dorotea Orem. Estas autoras

conciben el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital (enfermedad, niñez, ancianidad), fomentado ambas, en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del paciente.

3. Tendencia de interrelación: En este grupo se incluyen los modelos de Hildegard Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Levine. Todas estas enfermeras usan como base fundamental para la actuación de Enfermería, el concepto de relación, bien sean las relaciones interpersonales (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.

2.4 CLASIFICACIÓN DE LAS TEORÍAS

En esta clasificación los modelos se agrupan tomando como referencia las teorías que les han servido para su elaboración.

- Modelos de interacción, basados en la teoría de la comunicación-interacción de las personas. Destacan: Orlando (1961), Riehl (1980), Kim (1981).

- Modelos evolucionistas, se centran en la teoría del desarrollo o cambio para explicar los elementos de una situación de Enfermería. Son útiles en cualquier campo de la Enfermería relacionado con la edad. Destacan: Thibodeau (1983), Peplau (1952).

- Modelos de necesidades humanas. Parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la Salud como núcleo para la acción de Enfermería. Destacan: Henderson (1966), Rogers (1970), Orem (1980), Roper (1980).

•Modelos de sistemas, usan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación de Enfermería. Destacar: Roy (1980), Jhonson (1980), Newman (1982).

Clasificación por categorías:

Existen 4 grupos diferenciados de teóricas de enfermería. Correspondiendo con las distintas categorías:

a. Enfermería humanística como arte y ciencia: agrupa a algunas de las más conocidas como son F. Nigthingale, V. Henderson, Abdellah, Wiedenbach, Hall, D. Orem, Adam, Parsy, Leininger y Watson.

b. Relaciones interpersonales: destacan las investigadoras Peplau, Orlando, Travelbee, Wiedenbach, King, Riehl-Sisca, Erickson, Tomlin, Suwain y Barnad.

c. Campo de los sistemas: son representantes de la misma, Johson, E. Roy y B. Neuman.

d. Campos de energía: se encuentran en este grupo Fritzpatrick, Rogers, A. Newman y Levine.

2.5. TIPOS DE MODELOS DE ENFERMERÍA

Modelos de sistemas

Usan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación enfermera. El concepto de sistema constituye la noción central, entendiéndose por tal el conjunto organizado de elementos o partes que actúan e interactúan coordinadamente para alcanzar determinados objetivos.

Existen dos tipos de sistemas:

- **Sistemas cerrados.** Se basan en si mismos, se consideran aislados del medio circundante, no existe en ellos importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas.
- **Sistemas abiertos.** Funcionan en base al intercambio con el exterior; todo organismo vivo es, ante todo, un sistema abierto.

Una diferencia fundamental entre ambos es que los sistemas cerrados deben alcanzar un estado de equilibrio químico y termodinámico independiente del tiempo. Por el contrario, los sistemas abiertos, pueden alcanzar en ciertas condiciones, un estado que se denomina uniforme, también independiente del tiempo. En este estado uniforme, la composición del sistema se mantiene constante, a pesar del continuo intercambio de componentes. Los sistemas se organizan internamente mediante una estructura de niveles jerárquicos llamados subsistemas. Las propiedades de los sistemas abiertos son las siguientes:

•**Totalidad.** Cada una de las partes está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total.

•**Equifinalidad.** Puede alcanzarse el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos.

•**Retroalimentación.** Parte de la salida de un sistema vuelve a introducirse en el sistema como parte de información acerca de dicha salida. La retroalimentación

negativa se utiliza para disminuir la desviación de salida con respecto a una norma establecida y la positiva actúa como una medida para aumentar la desviación de salida.

Si aplicamos la teoría de sistemas a la persona, podríamos decir que:

- ✦ Cada persona es un compuesto dinámico que presenta interrelaciones variables, fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo.
- ✦ Cada una de las personas está rodeada por un campo de percepciones en equilibrio dinámico.
- ✦ El núcleo principal es la organización del campo y su impacto sobre la conducta funcional del individuo.
- ✦ Modelos de autocuidado, actividades de la vida diaria, necesidades.

Tienen su base común en las necesidades humanas para la vida y la salud, como núcleo de acción enfermera, basadas en la teoría de la motivación y personalidad.

2.6. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizara sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

2.6.1 Conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

El metaparadigma es un modelo a seguir que consta de cuatro conceptos.

Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz , la persona y la familia son vistas como una unidad

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia .Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana

Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Salud

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia

Enfermería.

Enfermería consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos a la hora de su muerte); actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente, corresponde a la enfermera cumplir esta misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

2.6.2. LOS ELEMENTOS DE LA TEORÍA.

- ★ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.

- ★ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- ★ Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- ★ Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer.

2.7. LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS SEGÚN HENDERSON.

1. Respirar con normalidad
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos del organismo
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
5. Descansar y dormir
6. Seleccionar vestimenta adecuada
7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener la higiene corporal
9. Evitar los peligros del entorno
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud

Dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se

encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores

FACTORES PERMANENTES QUE AFECTAN A LAS NECESIDADES BÁSICAS:

Los factores permanentes son características propias de los sujetos y estas son:

- ✘ Edad:
- ✘ Temperamento: estado emocional o disposición de ánimo: Normal, Eufórico, Ansiedad, temor, agitación o histeria, deprimido o hipoactivo.
- ✘ Situación social o cultural.
- ✘ Capacidad física e intelectual:

FACTORES VARIABLES QUE MODIFICAN LAS NECESIDADES BÁSICAS:

Son aquellas características que condicionan a una alteración o desequilibrio en las funciones vitales.

- ✘ Marcados trastornos del equilibrio, de líquidos y electrolitos, incluidos los estados de inanición, vómitos perniciosos y diarrea.
- ✘ Falta aguda de oxígeno.
- ✘ Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- ✘ Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- ✘ Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- ✘ Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- ✘ Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- ✘ Una enfermedad transmisible.

- ✦ Estado preoperatorio.
- ✦ Estado postoperatorio
- ✦ Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- ✦ Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

2.8. NIVELES DE LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE:

La enfermera como sustituta del paciente. Esta relación se dará siempre que el paciente tenga un proceso grave, que por falta de conocimiento, fuerza o voluntad, no pueda sentirse completo e independiente, es una situación temporal donde la enfermera lo suple totalmente.

La enfermera con ayuda del paciente. Queda claro que un grado menor de implicación, y la enfermera presta servicios concretos pero deja que desarrolle una parte de su independencia.

La enfermera como compañera del paciente. La enfermera en este caso supervisa y educa al paciente pero es él mismo el que realiza sus cuidados.¹²

¹² GARCIA Álvarez Andrés *A vuela pluma por Nuestra Historia*, disponible en: http://www.seapremur.com/documentos/a_vuela_pluma_por_nuestra_historia.htm.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Para desarrollar el PAE, es necesario que haya una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades como son:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

Las características del proceso atención de enfermería son:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

3.1 ETAPA DE VALORACIÓN

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

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones

de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato,

obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc....) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).

Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas)

Convicciones (ideas, creencias, etc....)

Capacidad creadora.

Sentido común.

Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistemática y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;

- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- ⌘ Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- ⌘ Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso desresponsabilización de las obligaciones.
- ⌘ Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales,
 - Expresiones faciales,
 - La forma de estar y la posición corporal,
 - Los gestos,
 - El contacto físico,
 - La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal

- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

B) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las

características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percudir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

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

3.1.1. VALIDACIÓN DE DATOS:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

3.1.2. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.

En la recogida de datos se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. Cuando la información ya ha sido recogida y validada, los datos se organizan mediante categorías de información, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial.

Los componentes de la valoración del paciente necesarios son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

3.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

El diagnóstico de enfermería es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas.

El diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. El problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones

fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- ★ Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- ★ Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA: Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la

consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.

Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.

Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.

Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada

Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente . Su uso permite:

Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos

Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud.

Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.

Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.

Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.

Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.

Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.

Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.

Mejorar y facilitar la comunicación Inter e intradisciplinar.

Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.

Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.

Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.

Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.

Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 en la novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas.

Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
- 5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

3.3. PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

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

Para realizar un plan de cuidados es necesario:

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

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

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

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es

la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades, así como los recursos de la comunidad. Los objetivos se deben fijar a corto y largo plazo.

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

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

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los

cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

- Documentación y registro

Durante la generación del plan de cuidados es indispensable hacer una determinación de prioridades de cuidado.

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

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

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

humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.¹³

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema.

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarte a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares;

¹³ IYER P. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill; 1989

de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se clasifican en:

- ✦ **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- ✦ **Medio plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- ✦ **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:
 - Uno, abarca un periodo prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
 - Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

* OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los

problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

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

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisieramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- Cognoscitivos: estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- Afectivos: son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, conceptuaciones, valores y tendencias emotivas,
- Psicomotores: estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Se refieren a las habilidades.

Una vez definidos los objetivos se establecen las intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema¹⁴ (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja

¹⁴IYER P. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill; 1989.

La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.

- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.

- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- ⌘ El diagnóstico enfermero real:
 - Reducir o eliminar factores contribuyentes.
 - Promover mayor nivel de bienestar.
 - Controlar el estado de salud.
- ⌘ Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:
 - Reducir o eliminar los factores de riesgo,
 - Prevenir que se produzca el problema.
 - Controlar el inicio de problemas.

- ⌘ Para el diagnóstico enfermero posible:
 - Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.
 - Para el diagnóstico enfermero de bienestar:
 - Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.
- ⌘ Para problemas interdependientes:
 - Controlar los cambios de estado del paciente.
 - Manejar los cambios de estado de salud.
 - Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles,

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.

- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) son:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Lyster (1989):

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería, ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.

- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

Los planes de cuidados pueden ser: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- ⌘ Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- ⌘ Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»
- ⌘ Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- ⌘ Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kahl et al (1991) nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R. (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy

(1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):

- Eliminación del papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

3.4. EJECUCIÓN:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,

- **Mantener el plan de cuidados actualizado.**

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase es necesario mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que, por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

3.5. EVALUACIÓN:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos :

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional :

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva evaluación de forma resumida. Siguiendo a M. Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/diente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el diente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. Revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.¹⁵

¹⁵ Diseño metodológico el concepto enfermero
www.enfermundi.com/nipe/dosenometodo/concepto.htm.

El cáncer es una enfermedad que ha aquejado al hombre desde hace muchos años. En estudios practicados a momias egipcias con casi más de cinco mil años de antigüedad, se han encontrado diferentes signos de cáncer. Se sabe también que hacia el año dos mil antes de Cristo, se usaba el arsénico y la cirugía para tratar la enfermedad.

Hipócrates nació hacia el año 460 antes de nuestra era y fue conocido como "el padre de la medicina" documentó varios tipos de cánceres y de hecho fue el primer científico en utilizar el término "Carcinoma".

En la actualidad esta enfermedad es responsable del 25% de los decesos en el mundo occidental. En México se registra un promedio de 130,000 casos anuales, y se estima que aproximadamente 45,000 personas fallecen por cáncer en un año.

Durante los últimos años, las enfermedades neoplásicas han constituido una parte muy importante de la investigación, debido al aumento en su frecuencia y al mal pronóstico que tienen en su mayoría de ellas.

El conocimiento de los factores que predisponen la enfermedad, el poder actuar sobre ellos previniéndolos y conseguir un diagnóstico precoz, ha hecho posible no sólo prolongar la supervivencia, sino llegar a una curación total en algunos casos.

En la actualidad es muy frecuente utilizar el término "cáncer", sin embargo el término neoplasia, que significa "nuevo crecimiento" es más preciso. Willis

define la neoplasia como una masa anómala de tejido, cuyo crecimiento excede y no está coordinado con el de los tejidos normales, y persiste de un modo igualmente excesivo después del cese de estímulos que provocaron el cambio.

El cáncer puede considerarse como un grupo muy heterogéneo de padecimientos de etiología multifactorial, relacionados por la manera como se desarrollan, como se diseminan y por su conducta biológica que frecuentemente conduce a la muerte del huésped. El cáncer puede también definirse como la proliferación anormal de las células transformadoras, que no responden apropiadamente los sistemas fisiológicos de regulación del crecimiento.

Como resultado del proceso proliferativo, las barreras titulares pueden ser penetradas (invasión), se pierde diversas funciones regulatorias (destrucción) y ocurre nuevas formaciones tumorales en sitios distantes al tumor primario (metástasis).

Es fundamental no conceptualizar el cáncer como una sola enfermedad, sino como un espectro de enfermedades neoplásicas, cada una de ellas con un patrón de enfermedades neoplásicas, cada una de ellas con un patrón único de presentación y una estrategia diagnóstica, y con un tratamiento y pronóstico también individuales.

Existen neoplasias benignas y malignas. Las benignas son aquellas que están encapsuladas, no son invasivas, están bien diferenciadas y tienen un crecimiento lento. Las malignas son un sinónimo de cáncer.

Aun debe determinarse la causa exacta del cáncer, sin embargo, estudios epidemiológicos demuestran que es el resultado de la interrelación de múltiples

factores del medio ambiente, desencadenados por diversas etiologías, en un huésped genéticamente susceptible¹⁶.

La batalla contra el cáncer sigue siendo intensa, con esfuerzos para derrotar a la enfermedad y asegurar su curación. Esto ha sido puesto en evidencia por los enormes progresos en la detección, tratamiento e investigación, y algo menos en la prevención, del cáncer en las últimas décadas. El éxito logrado puede medirse por la sobrevida más prolongada y las tasas más altas de curación para muchos individuos con cáncer. No obstante, para muchas personas, el cáncer sigue siendo una enfermedad que progresa irremediamente hacia la etapa avanzada, terminal ocasionando la muerte.

Vivimos un momento de real compromiso con la atención a las necesidades del paciente oncológico, tanto para el que no tiene ya posibilidades de curación y vive el día a día de la progresión de la enfermedad, como para el que está libre de enfermedad. Y en esa lucha nos vemos involucrados especialistas procedentes de diferentes ramas.

La detección y tratamiento del cáncer en general requiere la coordinación de diversas especialidades con el objetivo común de proporcionar un óptimo servicio. Esta coordinación potencia el intercambio de información y la formación de equipos multidisciplinarios que con una visión integral de la enfermedad abordarán con mayor garantía todos los aspectos, muchos de ellos no reconocidos o detectados con facilidad, del proceso morboso, que al paciente le provocan una serie de trastornos en la esfera física y psíquica que agravan el

¹⁶INC. Manual de actualización para Enfermería onco-hematológica. 209 p.p.

pronóstico y el mecanismo normal de afrontamiento que cada paciente tiene ante la enfermedad.

Ninguna especialidad de forma aislada podrá atender todos los requerimientos necesarios para el manejo integral de los pacientes con cáncer. Es necesario la existencia de equipos formados por especialistas de diferentes ramas de la patología (Equipo Multidisciplinario), con vocación común de atender todos los aspectos de la enfermedad, que aborden el problema, incluso mucho antes de que la enfermedad haga su aparición clínica. Su misión fundamental es la de proporcionar al paciente un servicio eficiente y de alta calidad integrando aspectos puramente asistenciales con otros procedentes de la investigación básica aplicada y clínica.

4.1.OPCIONES TERAPÉUTICAS EN EL CÁNCER

Para tratar el cáncer existen una serie de alternativas las cuales son cirugía, quimioterapia y radioterapia:

CIRUGÍA.

Para la mayoría de los cánceres sólidos primarios la resección quirúrgica puede ser la mejor o tal vez la única esperanza de curación. Un procedimiento quirúrgico adecuado contra el cáncer primario exige: 1) que se incluya un margen suficiente de tejido normal alrededor del cáncer primario para comprender cualquier invasión local subclínica, 2) tomar tejido ganglionar adicional cuando está indicado para completar la estadificación anatomopatológica y 3) proporcionar la mejor oportunidad biológica para obtener beneficio de cualquier tratamiento adicional (adyuvante).

Manejo quirúrgico del cáncer metastático o recidivante. Aunque las metástasis o la recurrencia a menudo indican imposibilidad de curación, la cirugía muchas veces controla y en ocasiones cura la enfermedad recidivante o metastásica.

QUIMIOTERAPIA.

Significa la utilización de diversos fármacos que tienen la característica de interferir con el ciclo celular, ocasionando la destrucción de las células malignas por diversos mecanismos de acción.

El mecanismo de acción de los fármacos antineoplásicos es muy variado, actúa afectando las enzimas celulares, estas enzimas celulares están involucradas en la síntesis y/o función del ácido desoxirribonucleico (DNA) y del ácido ribonucleico (RNA). La síntesis de DNA ocurre cuando las células atraviesan por el ciclo celular.

La quimioterapia es una alternativa de administración sistemática, en la que las células sanas también se ven afectadas, desencadenando efectos tóxicos.

Los fármacos antineoplásicos interfieren con la actividad celular durante una o más de sus fases. Desde el punto de vista de acción sobre el ciclo celular, los fármacos citostáticos pueden ser cicloespecíficos porque afectan la actividad celular durante fases específicas del ciclo celular pero no en la fase G₀; o fármacos no específicos de ciclo celular, porque afectan a la célula durante cualquier fase, incluyendo la fase de reposo.

Inmediatamente después de un tratamiento de quimioterapia, una fracción variable de células supervivientes estarán sincronizadas en una fase

relativamente resistente, esta es la razón por la cual se requerirá de la administración de otros ciclos de quimioterapia.

La programación adecuada de los siguientes ciclos dependen de la fracción de crecimiento del tumor y del tiempo necesario para la recuperación de los tejidos normales, principalmente medula ósea y tracto gastrointestinal.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS DE LA QUIMIOTERAPIA

1. La quimioterapia adyuvante por lo general se administra a pacientes que se han sometido a algún tratamiento para cáncer primario, como cirugía o radioterapia.

2. La quimioterapia paliativa busca controlar transitoriamente los cánceres que están avanzados, son recidivantes o ampliamente metastásicos y probablemente son incurables por otras medidas terapéuticas.

3. La quimioterapia también puede emplearse como tratamiento primario para ciertos cánceres que, debido a su tendencia a la diseminación en el momento de la presentación, pueden tratarse mejor con tratamiento sistémico o tratamiento multimodal (es decir, en asociación con cirugía o radioterapia)

QUIMIOTERAPIA COMBINADA

La quimioterapia combinada o poliquimioterapia representan hoy en día el tratamiento más eficaz para destruir las células tumorales. Desde el punto de vista clínico, la asociación de varios fármacos antineoplásicos persigue como objetivo:

- a) Aumentar el sinergismo terapéutico, aprovechando sus distintos mecanismos de acción, con la consiguiente potenciación de la actividad curativa.
- b) Retrasar la aparición de los fenómenos de resistencia de los fenómenos de resistencia celular.
- c) Aumentar la tolerancia del paciente a la acción tóxica de los fármacos empleados.

Principios del uso. Los principios subyacentes al uso de combinaciones de agentes antineoplásicos consisten en utilizar agentes que: 1) son citotóxicos por diferentes modos de acción, 2) no tienen toxicidades que se superpongan y 3) se sabe que son individualmente activos contra el cáncer.

EFFECTOS SECUNDARIOS: La efectividad de la toxicidad inducida por la quimioterapia antineoplásica depende de varios factores relacionados con el fármaco o con el paciente. Entre los primeros destacan la dosis, vía de suministro duración de la administración, sinergismo con otros fármacos antitumorales; y entre los factores relacionados con el paciente son de destacar el estado funcional de los órganos o sistemas implicados en el metabolismo y excreción del medicamento, reserva medular, estado nutricional y estado funcional o rendimiento físico del enfermo.

Desde el punto de vista cronológico, la toxicidad de la quimioterapia puede dividirse en inmediata (la que se produce en horas o pocos días) emesis, flebitis, necrosis local por extravasación, falla renal aguda reacciones anafilácticas, cistitis hemorrágica, fiebre, precoz (días y semanas), leucopenia, trombocitopenia, alopecia, mucositis, hipomagnesemia, e hiperglucemia; mediata (semanas y meses), neuropatía periférica, ataxia cerebral,

miocardiopatía, pigmentación cutánea y ungueal, fibrosis pulmonar, síndrome uremico-hemolítico, ototoxicidad ; Tardía (meses a años) hipogonadismo-esterilidad, carcinogénesis, cataratas, fibrosis hepática.¹⁷

RADIOTERAPIA

La Radioterapia es un tipo de tratamiento oncológico que utiliza las radiaciones para eliminar las células tumorales en la parte del organismo donde se apliquen.

Principios básicos. El daño del DNA parece ser el denominador común para el efecto de la radiación en los sistemas biológicos. El uso de la radiación como herramienta terapéutica deriva de las diferentes capacidades de los tejidos normales y malignos para reparar el DNA y otros daños intracelulares; la reparación es menos eficiente en el tejido maligno que en el tejido normal. La mayor parte de la radiación terapéutica se administra con la intención de aumentar al máximo la lesión del tejido maligno mientras se explotan los esquemas terapéuticos que no exceden la tolerancia del tejido normal.

INDICACIONES PARA USO DE RADIACIÓN

Factores que afectan el uso clínico. Aunque la irradiación de tumores malignos puede producir la destrucción total y la curación de una lesión, la capacidad para lograr la curación en la circunstancia clínica depende de varios factores, que incluyen la radio sensibilidad del tumor, la tolerancia de los tejidos normales, el volumen del tejido que se va a irradiar, la dosificación de la radiación y su ritmo de entrega y el estado médico del paciente.

¹⁷ INC. Manual de actualización para Enfermería onco-hematológica. 209
P.P

Según la distancia en que esté la fuente de irradiación, se pueden distinguir dos tipos de tratamientos:

- * Braquiterapia, en la cual la fuente de irradiación está cerca o en el área a tratar, para lo cual la paciente es hospitalizada y se instalan los dispositivos radiactivos en el interior de su cuerpo y se dejan por un determinado número de horas.
- * Teleterapia o radioterapia externa, en que la fuente de irradiación está a cierta distancia del paciente en equipos de grandes dimensiones, como son la unidad de Cobalto y el acelerador lineal. La radiación puede ser de rayos Gamma, rayos X o Electrones

La radioterapia actúa sobre el tumor, destruyendo las células malignas y así impide que crezca y se reproduzca. Esta acción también puede ejercerse sobre los tejidos normales, sin embargo, los tejidos tumorales son más sensibles a la radiación y no pueden reparar el daño producido en forma tan eficiente como lo hace el tejido normal.

Efectos adversos de la radioterapia. La mayor parte de los tejidos normales pueden tolerar una dosis acumulativa máxima de radiación durante toda la vida más allá de la cual se produciría una lesión permanente. Estas tolerancias de los tejidos normales son relativamente constantes de un individuo a otro. Están limitadas en el tiempo y distintos tejidos pueden ser más o menos sensibles a los efectos adversos de la radiación. La tolerancia a la radiación puede estar condicionada por un flujo sanguíneo suficiente en el tejido, por la exposición del huésped a quimioterapia, radiación o cirugía previas, por el estado

dínico general del huésped y por el tamaño del campo radiante o la naturaleza de la radiación entregada.¹⁸

4.2. ATENCIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.

La atención en el paciente oncológico por parte del equipo multidisciplinario debe de estar enfocado a:

1. Desarrollar una asistencia integral alrededor del paciente con cáncer, evitando duplicidades asistenciales, en el tiempo o de las personas del equipo asistencial, que retracen el proceso de atención. El paciente debe tener la seguridad de la existencia de un hilo conductor común entre los diversos especialistas que intervienen en su proceso.
2. Incorporar con prontitud los avances diagnósticos y de tratamiento que se prevé puedan modificar el manejo de los pacientes en sentido favorable.
3. Desarrollar Guías Clínicas, basadas en la evidencia científica para cada actuación concreta, que marquen el momento, el tipo de pruebas y los tratamientos estantards más adecuados.
4. Favorecer el desarrollo de ensayos clínicos.

Para cumplir los objetivos propuestos, el equipo multidisciplinario ha de tener unos condicionantes básicos:

Estará formado por profesionales que tengan una misma filosofía, una alta motivación y una máxima cualificación para el manejo del cáncer.

Ha de tener el reconocimiento institucional del tiempo dedicado a la labor asistencial, elaboración de protocolos, guías clínicas, etc.

¹⁸ Instituto de Radio Medicina disponible en: www.iram.cl/radioterapia.htm, 1 pantalla.

Las decisiones del equipo deben ser aceptadas y asumidas por las diferentes estructuras de la institución.

Ha de existir la voluntad por parte de la institución de implementar las medidas propuestas por el equipo para mejorar la asistencia de los pacientes.

El equipo ha de tener la posibilidad de disponer de recursos humanos y financieros propios para poder alcanzar los objetivos definidos.

El equipo multidisciplinario, desde un punto de vista clínico, debe tener entre sus objetivos:

Definir el estado general del paciente desde una vertiente física y psíquica.

Abordar el uso racional de las terapias tanto curativas, como paliativas y sintomáticas

Detectar la presencia de toxicidades secundarias a las intervenciones terapéuticas.

Detectar la recaída tumoral de forma precoz.

Evaluar la eficacia de los tratamientos, incorporando sistemas de medida adecuados: tiempo libre de enfermedad (TLE), tiempo libre hasta progresión (TLP), supervivencia media (SPVM).

Analizar la Calidad de Vida de los pacientes

La evaluación del paciente oncológico debe hacerse "como un todo", contemplando la vertiente física y la psíquica, ambas inseparables. El apoyo emocional al paciente oncológico es de vital importancia Y procuramos hacerlo ya desde un principio. En las campañas de prevención primaria, cuando lanzamos mensajes para evitar el desarrollo de la enfermedad no iniciada, aconsejando cambios en ciertos hábitos favorecedores del desarrollo de la enfermedad (tabaco, alcohol, alimentación, irradiación solar), ya recomendamos estilos de vida saludables que implican, en muchas ocasiones, cambios drásticos en ciertas formas de vida que necesitan el apoyo psicológico. Luego, en las etapas del diagnóstico y tratamiento, a la vez que la actuación médica obtiene

las pruebas contundentes de la existencia de la enfermedad, o somete al paciente a tratamientos con químico o radioterapia, generalmente tras la cirugía, no desprovistos de importantes efectos secundarios, proporcionamos a los pacientes ayuda afectiva, emocional y social, de esencial importancia, determinada por ser el hombre básicamente y primariamente un ser "social". Ser integrado en la sociedad, fundamentalmente en la familia, donde adquiere conciencia de su "identidad psíquica". De ahí que las variaciones psicosociales del individuo puedan tener una amplia repercusión sobre el organismo.

El individuo depende de otros para valorar su propia valía. El hombre necesita amigos para poder sobrevivir emocionalmente. Necesita permanentemente de apoyo personal, que le prestarían familiares, amigos, cónyuge, sacerdote, enfermera y médico. Con este apoyo, el paciente con cáncer es capaz de mejorar, de afrontar, perseverar, de enfrentarse a la enfermedad, e incluso, a la propia muerte. Para el enfermo oncológico, el "apoyo o soporte social" marca la diferencia entre abandonar la esperanza o no ceder, entre querer vivir o desear morir. Es necesario, pues, superar el enfoque terapéutico individual (químico, quirúrgico, biológico, psicoterapéutico, etc.) y aprovechar el efecto conseguido mediante los grupos de "apoyo social" que hacen que el individuo pueda afrontar de forma realista el conflicto, aumentando su seguridad, afectividad, equilibrio psíquico y espíritu de superación frente a la enfermedad o invalidez asociada (J.A. Flórez Lozano).

De importancia también en el logro de este apoyo es el que prestan los "Grupos de Ayuda Mutua", integrados por personas que sienten, que comparten un problema de salud, y que se unen para mejorar su situación, poniendo especial énfasis en la interacción personal entre todos sus miembros y en la asunción individual de responsabilidades. Estos grupos proporcionan a sus miembros: apoyo emocional, información y consejo. Ayuda instrumental, actividades reivindicativas y facilitación de servicios.

Para lograr el objetivo de la asistencia integral al paciente con cáncer, es preciso y necesario un personal altamente motivado y calificado, con vocación para atender, servir, investigar y difundir todo lo que pueda ser de utilidad para el paciente.¹⁹

Cerca del 90% de los cuidados relacionados con el cáncer se administran en consulta externa. Esto conlleva mayor responsabilidad por parte del paciente y su familia y un enfoque coordinado por parte del sistema de atención sanitaria. Mientras el cuidado del paciente continúa volviéndose cada vez más complejo, las presiones regulatoras y fiscales se han vuelto más restrictivas. El cuidado óptimo depende actualmente de la elaboración cuidadosa de planes por parte de diferentes fuentes de cuidados para asegurar la continuidad de los mismos. Hoy en día los pacientes cambian de fuentes de cuidados varias veces durante su tratamiento (p. Ej.: pasan de estar ingresados en un hospital a ser pacientes ambulatorios en consulta externa con necesidad de atención en el hogar). Los componentes claves del tratamiento ambulatorio y a domicilio para los pacientes con cáncer son: el contar con un equipo coordinado que administre sus cuidados, que tanto el paciente como su familia se interesen por el tratamiento y se comprometan a seguirlo, y que existan apoyo constante y fuentes de educación para el paciente y su familia.

La naturaleza de estas relaciones puede ser muy variada, y algunas personas a las que se considera familia pueden no ser los familiares más cercanos. En el ambiente de atención en el hogar, estas personas son con frecuencia las que cuidan del enfermo). Sin embargo, no sólo se pone a riesgo la administración de

¹⁹ JAIMES Villamizar, Rocio, <http://www.metlas.org/sistemas/modelos de cuidado enfermeria.doc>.

cuidados si estos son fragmentados, sino que además, las demandas de la enfermedad pueden hacer que las familias corran el riesgo de perder sus trabajos y tengan dificultades económicas en su lucha por atender al pariente en su hogar. Desgraciadamente, la planificación y administración de la atención en el hogar para los pacientes y sus familias están por lo general fragmentadas. Esto sucede más a menudo entre los pacientes con cáncer más vulnerables, como aquellos cuyos ingresos son bajos, los que pertenecen a minorías que residen en zonas urbanas y aquellos que viven en zonas rurales

Todos los pacientes y sus familias tienen necesidades que cubrir. Por lo general, lo mejor para aquellos con necesidades complejas es recibir cuidados de manos de un equipo. Dependiendo del diagnóstico, la etapa de la enfermedad, el nivel de atención de enfermería requerida y una variedad de factores psicosociales, los pacientes pueden necesitar más o menos apoyo tecnológico y psicológico. Las necesidades de cuidado de los pacientes y sus familias las dictan factores médicos y biológicos, así como factores demográficos, el ambiente (urbano o rural) y factores psicosociales. Por lo tanto, las necesidades de cuidado son únicas según cada paciente y cada familia. Desgraciadamente, la administración de cuidados para aquellos en periodos de transición y para los que necesitan evaluación, planificación y manejo continuo presenta grandes dificultades y consume mucho tiempo, por lo que puede volverse desorganizada y poco sistemática.

CUIDADO DE TRANSICIÓN

El cuidado de transición se define como el paso de una etapa de una enfermedad a otra o de un lugar de cuidado a otro. Por ejemplo, a medida que la enfermedad progresa, el paciente puede pasar por fases de la enfermedad que

requieren un énfasis diferente en las metas de cuidado y, consecuentemente, en la naturaleza del cuidado suministrado en sí. El individuo podría tener una enfermedad susceptible a la terapia curativa; en ese caso la terapia puede enfocarse en ese sentido. Otra etapa del cáncer podría en cambio responder mejor a un intenso enfoque paliativo. En muchos casos el objetivo es conseguir un equilibrio entre los dos. Cada vez más individuos pasan también por transiciones difíciles al ir de "la enfermedad" a "la salud". La transición también ocurre al cambiar de un nivel de tratamiento a otro, por ejemplo, de cuidado intenso en un centro médico a cuidado no tan intenso, un asilo para ancianos, un centro de rehabilitación, atención a domicilio o un hospicio. Al proceso de planificación para estas transiciones se le denomina con frecuencia "planificación post-alta", puesto que implica el dar de alta de una institución para una transferencia a otra. No obstante, la planificación post-alta debe basarse en el concepto de la continuación de los cuidados, o estos se volverán fragmentados. El sitio de cuidado lo dicta tanto la etapa de la enfermedad o los factores de morbilidad asociados que complican el tratamiento oncológico como los factores fiscales u otros relacionados con el acceso a atención médica. Todas las transiciones requieren cierto grado de cambio, y los cambios, ya sean positivos o negativos, generan estrés para el paciente, la familia y el personal. Por ello, se deben desarrollar protocolos de cuidado de transición con el objetivo de reducir el estrés al mínimo y asegurar un buen cuidado para el paciente.

Para lograr que el cuidado de transición sea óptimo y tenga éxito, se deberá mantener una relación completamente integrada entre el cuidado interno y el cuidado ambulatorio. El cuidado ambulatorio ampliamente definido incluye la atención en el hogar, en unidades o centros de rehabilitación, centros de enfermería especializados, en asilos para ancianos y hospicios. La planificación post-alta puede mejorarse mediante un enfoque de coordinación de los sistemas,

según el cual se puede contar con una enfermera o trabajador social que sirva de intermediario entre el hospital, las compañías de atención domiciliaria más importantes, los centros de rehabilitación, los asilos para ancianos y otras fuentes de atención médica. Es de suma importancia que exista un coordinador para todos los profesionales de la salud, al igual que la comunicación en entre los mismos. Con frecuencia es el paciente mismo o uno de sus familiares quien asume la función de llevar la información de un profesional del equipo a otro; pero a medida que la enfermedad avanza y se torna más compleja, se hace más necesaria la formalización de un mecanismo definido y claro para todos los miembros del equipo. El fundamento de estos servicios integrados deberá basarse en un modelo biopsicosocial, en el que se asuma que la enfermedad no es solamente un fenómeno biológico, sino también psicológico y social. Aún es más: este modelo debe sostener las transiciones a través de las variadas etapas de cuidado y enfoques de tratamiento.

En el inicio de la planificación de la estrategia médica a seguir, se deben realizar evaluaciones biopsicosociales completas de rutina, realizadas por un miembro entrenado del equipo de atención médica, preferiblemente un trabajador social médico o una enfermera clínica. Para valorar la metas del cuidado en general, es de suma importancia que el médico a cargo del tratamiento conozca la necesidad de guiar al paciente a través de las diferentes opciones de cuidados basandose en el equilibrio entre el estatus de la enfermedad, las posibilidades de tratamiento, estatus funcional, las metas del paciente y sus familiares, y su interpretación de los parámetros de lo que es la calidad de vida. Idealmente, esta valoración se deberá realizar en el momento de admisión a cualquier centro de atención hospitalaria y en momentos críticos durante el curso de la enfermedad, incluyendo el diagnóstico, la finalización de un protocolo de tratamiento "curativo", las recaídas y la fase terminal. Es esencial que esta valoración se

lleve a cabo de manera rutinaria, ya que en el transcurso de la enfermedad ocurrirán muchos cambios en los objetivos de tratamiento del paciente y de su familia, y en el deseo y la capacidad de los familiares para cuidar del paciente. Las revalorizaciones son esenciales para el éxito de la atención en el hogar, el cumplimiento de las recomendaciones del médico y el manejo del estrés. Las reevaluaciones de rutina del estado biopsicosocial del paciente y de su familia deberán formar parte del proceso de manejo.

COMPONENTES DE LOS EXAMENES DE DETECCIÓN ESPECÍFICOS A LA EVALUACIÓN BIOPSIOSOCIAL

No todos los centros de salud o proveedores de atención médica básica tienen acceso a personal de atención médica dedicado a realizar evaluaciones iniciales y continuas de tipo biopsicosociales y de independencia funcional, especialmente en áreas rurales. Para facilitar el desarrollo de estos enfoques ante la ausencia de dicho personal, se recomiendan los siguientes componentes para identificar a los pacientes que corren el riesgo de tener problemas a la hora de una transición.

EVALUACION BIOPSIOSOCIAL EXTENSA

El éxito de la planificación post-alta y el proyecto de la transición empiezan con una evaluación biopsicosocial adecuada del paciente y su entorno familiar. Esta evaluación deberá reconocer tanto a los pacientes que necesitan ayuda como a los que no están recibiendo suficiente ayuda. Se deben evaluar las siguientes áreas:

- I. Fisiológica

- Tipo de cáncer

- Estado funcional (síntomas de aflicción y dolor)

Etapa de la enfermedad

Metástasis

Impacto del tratamiento actual

Opciones de tratamiento para el futuro

Trastornos, discapacidad, impedimento o independencia funcional como capacidad cognoscitiva

Estado nutricional

II. Datos demográficos del paciente y la persona encargada de su cuidado

Edad, estado civil y educación

Sexo del paciente y de la persona encargada de su cuidado

Tiempo de permanencia hospitalaria

Idioma materno

Nivel cultural, cultos y creencias relevantes

Impedimento físico para reintegrarse al hogar o la comunidad

III. Psicológica

Motivación de la familia y el paciente

Creencias, valores y sistemas culturales

Estabilidad familiar antes de la enfermedad

Patrones de comunicación dentro de la familia y con el equipo médico y la comunidad

Percepción de la enfermedad por parte del paciente y su familia

Percepción de la calidad de vida por parte del paciente y su familia

Preocupaciones y miedo del paciente y su familia relativos al futuro, y mecanismos que utilizan para afrontar la situación.

Historial de patrones de comportamiento durante eventos estresantes y manejo de crisis pasadas

Lugar del paciente en el ciclo biológico de su familia

Antecedentes familiares significativos: enfermedades médicas y psiquiátricas, conductas relacionadas con la salud (abuso del alcohol, abuso de las drogas, fumar y prácticas sexuales)

Historial de patrones de utilización de servicios para la salud y la salud mental

Previsiones y objetivos de la terapia para el paciente y su familia

IV. Social

Sistemas de apoyo disponibles (núcleo familiar, amigos y parientes cercanos, comunidad, apoyo espiritual), conocimientos, habilidades, fortaleza, y debilidades de estos sistemas y los individuos que los componen.

Sistemas de apoyo para proveer asistencia física cuando sea necesaria (traslados, tratamiento de heridas, cuidados para la vejiga y los intestinos y para levantar al paciente)

Historial de trabajo y flexibilidad en el mismo

Evaluación de seguros como: 1) recursos para equipos médicos, 2) cuidados especializados en el hogar, y 3) cuidados para después de la gravedad

Evaluación financiera

Disponibilidad de transporte

Accesibilidad de la casa para acomodar equipo médico

Acceso a la casa para minusválidos

Conocimiento y uso de los recursos de la comunidad

V. Espiritual Creencias religiosas

Participación de los miembros de la comunidad religiosa, o grado de apoyo social disponible a través de la comunidad religiosa

VI. Disposiciones legales y previsoras

Preparación o actualización de testamentos, distribución de bienes, última
deklaración voluntaria de vida
Poder notarial continuo
Substituto definido legalmente
Tutor para niños dependientes
Disposiciones sobre resucitación

4.3. INTERVENCIONES U OPCIONES BIOPSIOSOCIALES

Dentro de las intervenciones biopsicosociales se tienen diferentes alternativas en las cuales se debe tomar en cuenta las siguientes opciones, ya que el paciente oncológico amerita de ellas como lo son:

I. Centros de cuidados

Cuidado intensivo
Servicio o unidad de cuidado paliativo
Cuidado interno post intensivo
Unidad u hospital de rehabilitación
Centro cuidado de enfermería especializada o cuidado a largo plazo
Asilo para ancianos
Hospicio para cuidado interno
Hogar

II. Miembros potenciales del equipo para el suministro de cuidados

Personal de enfermería (incluyendo el de cuidado interno, a domicilio, a largo plazo, rehabilitativo y de hospicio)
Enfermera de supervisión
Enfermera de quimioterapia
Enfermera de radioterapia
Dietista
Fisiatra

Fisioterapeuta

Terapeuta ocupacional

Trabajador social médico: evaluación y referencias para los servicios apropiados

Profesionales de la salud mental: enfermera psiquiátrica, trabajador social psiquiátrico, psicólogo y psiquiatra

Ministro religioso, sacerdote, rabi, etc.

Ayudante de enfermería, o enfermera práctica licenciada

Acompañante o asistente de enfermería no especializado(a)

III. Programas que ofrecen una variada gama de especialidades en el suministro de cuidados

Programas de hospicios

Programas comunitarios de apoyo psicosocial

Programas sobre el duelo

Agencias de salud domiciliarias

IV. Disposiciones legales y/o previsoras

Abogado de familia

Sociedad de ayuda legal

Clínicas legales

Mantenimiento de documentación escrita relacionada con los deseos de paciente

V. Apoyo farmacéutico

Narcóticos/control del dolor

Quimioterapia

Transfusiones (productos sanguíneos)

Antibióticos

Factores de crecimiento

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Nutrición

Terapia respiratoria

Preparación de la piel para el tratamiento de las heridas

VI. Nutrición

Oral estándar

Complementaria: oral, nutrición enteral por tubo gástrico o yeyunal, o nutrición parenteral total (TPN, por sus siglas en inglés)

Evaluación del estado nutricional y de educación en el hogar

VII. Instrumentos especiales

Ostomias: colostomía, ileostomía, lazo ileal, traqueostomía, o cualquier otra (tubo pectoral, de drenaje, o tubo percutáneo de nefrostomía)

Instrumentos de asistencia: cama de hospital, asientos para inodoros, silla de ruedas, cojines para sillas de ruedas, andador, bastón, abrazaderas, prótesis, bañeras, ortosis, colchones especiales, ajustadores mecánicos para camas.

Catéteres: catéter central, (p. ej.: Hickman o Porta-cath); catéter periférico (p. ej.: catéter central de inserción periférica o PICC, por sus siglas en inglés), catéter de diálisis, catéter urinario o catéter epidural

Bombas venosas (permanente o temporal): bombas para el suministro de fármacos y quimioterapia.

Equipos de succión: instrumentos de succión nasogástrica y endotraqueal

Respiratorio: oxígeno, ventilación asistida (respirador portátil) tratamientos respiratorios (fisioterapia torácica, o inhaladores de respiración con presión positiva intermitente o IPPB por sus siglas en inglés)

4.4. MANEJO Y SEGUIMIENTO BIOPSIICOSOCIAL

La evaluación biopsicosocial es un proceso dinámico, no estático. La evaluación inicial emprendida en el momento del diagnóstico o a la salida del hospital

deberá ser reexaminada durante los momentos críticos del curso de la enfermedad del paciente. Estos puntos críticos pueden ocurrir en momentos de progreso/recaída de la enfermedad o en momentos de cambios funcionales. El cambio hacia el periodo de post-tratamiento también representa una transición significativa. Otros puntos críticos pueden ocurrir durante una crisis psicosocial, como por ejemplo la muerte o enfermedad de un ser querido o del encargado del cuidado, o una crisis social, como la pérdida de trabajo o la transición a un asilo de ancianos. Los miembros del equipo de atención médica que llevan a cabo las reevaluaciones deben ser conscientes de que las necesidades de atención nuevas tanto para el paciente como para la familia están a menudo asociadas con cambios en la movilidad del paciente y la incapacidad del sistema de apoyo de proveer la atención adecuada. Los cambios en el estado biopsicosocial pueden ocurrir rápidamente, y es aconsejable que la reevaluación biopsicosocial sea incorporada en cualquier rutina de cuidado ambulatorio o atención en el hogar.

Finalmente, cualquier modelo de cuidado biopsicosocial deberá reconocer que una enfermedad, ya sea mortal o no, engendra pérdidas; de ahí el mecanismo psicosocial del desconsuelo. El cáncer interrumpe, temporal o permanentemente, las vidas, sueños, esperanzas, carreras, aspiraciones, integridad y el sentimiento de seguridad tanto del paciente como de su familia, y cada uno manifiesta sus sentimientos de diferente manera. Estos sentimientos son saludables y necesarios para la recuperación psicológica; sin embargo, si la persona no los entiende y los manifiestan de forma destructiva, los efectos pueden ser devastadores. Así mismo, si la crisis emocional generada por una enfermedad se maneja con éxito, los pacientes y las familias pueden experimentar crecimiento psicológico y madurez. El manejo psicosocial del cáncer, independientemente de

cuál sea su resultado final, debería ser parte integral del cuidado del paciente, no importa dónde se suministre, con el fin de asegurar una recuperación completa.

DECISIONES EN LA ETAPA FINAL

El cuidado de una persona con cáncer empieza después de presentarse los síntomas y haberse hecho el diagnóstico, y continúa hasta que el paciente se cura, entra en remisión o fallece. Las decisiones que afectan la etapa final de la vida deben tomarse con anticipación, antes de que sean necesarias. Estos temas no son placenteros o fáciles de tratar. Muchas veces reflejan el carácter filosófico, moral, religioso o espiritual del individuo. Si una persona tiene sentimientos definidos acerca de estas decisiones, debe comunicarlo para que se puedan llevar a cabo. Pero debido a la naturaleza delicada de estas decisiones, casi nunca son tratadas por el paciente, el médico o los familiares. Existe un "silencio sepulcral" el cual retrasa o impide el que se discuta estos temas. Los pacientes no lo hacen porque no quieren preocupar a sus familiares; los familiares no lo hacen porque temen que si conversan sobre el tema, el paciente se deprima o que abandone el deseo de seguir viviendo; por otra parte los médicos a menudo se sienten incómodos de iniciar este tipo de conversaciones y tampoco quieren ocasionar preocupaciones o angustias al paciente o familiares. Las personas involucradas piensan que siempre habrá tiempo para hablar sobre esas cosas más tarde. Sin embargo, cuando llega el momento de tomar estas decisiones, el paciente y la familia no son capaces de hacerlo, y los que deciden son personas que en algunos casos no conocen los verdaderos deseos del paciente. Los oncopediatras demuestran un nivel significativo de ansiedad que surge cuando se habla de la muerte con los padres o familiares del paciente y un 47% de ellos espera a que sea la familia quien inicie el tema de las directrices avanzadas.

A pesar de que los familiares y los pacientes se sienten usualmente incómodos a la hora de abordar estos temas, los doctores y enfermeras pueden abordarlos respetuosamente y con tacto cuando lo consideren apropiado.

Con el advenimiento del movimiento en pro de los hospicios y la aprobación de la Ley sobre los Beneficios de Medicare para los Hospicios (1983), existen programas que dan la oportunidad de que los pacientes puedan morir en su casa. Estas instrucciones por adelantado son firmadas por el doctor del paciente e indican que el paciente no desea ser resucitado. Es importante hablar sobre estos temas sin importar dónde reciba el paciente cuidados médicos, ya sea en la casa, el hospital, el hospicio, un asilo o cualquier otro lugar.²⁰

²⁰ Ad 17 <http://conganass.galeon.com/ad17.Htm>, 1pantalla

HIPÓTESIS

El cuidado que proporciona el personal de Enfermería de la unidad 111 Oncología está encaminado a satisfacer las necesidades biológicas (oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, movimiento y mantenimiento de una buena postura, descanso y sueño, termorregulación, higiene y protección de la piel).

VARIABLE

Cuidado de enfermería.

Conceptualización de la variable:

Es la atención que proporciona el personal de enfermería de acuerdo a los requisitos fundamentales para el mantenimiento y restablecimiento de la salud según Virginia Henderson, esta atención debe ser integral, holística y además individualizada ya que es diferente en cada persona.

MATERIAL Y METODOS

UNIVERSO DE TRABAJO

- ★ 3,078 Pacientes de la unidad 111 Oncología
- ★ 1153 hojas de enfermería de los pacientes de la unidad 111 aproximadamente

MUESTRA:

50 Pacientes y 50 Hojas De Enfermería

Se empleo un muestreo no probabilístico y a conveniencia del investigador.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN

- ★ Pacientes que se encuentren hospitalizados en la unidad 111 Oncología, con un problema Oncológico, concientes y con más de 24hr de día estancia.
- ★ Hojas de enfermería de los pacientes seleccionados del servicio 111 Oncología.

EXCLUSION

- ★ Pacientes concientes pero que no puedan comunicarse.
- ★ Pacientes concientes, pero que hablen dialecto u otro idioma.
- ★ Pacientes que no quieran participar en la investigación.
- ★ Hojas sin ser llenadas.

TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo a la clasificación que establece Sánchez Pérez Teresa Leonor²¹, el presente estudio fue observacional y descriptivo debido a que sólo se estudió el acto de "cuidar" en forma natural; tal como es brindado por el personal de enfermería de la Unidad 111 Oncología y no fue modificado. De acuerdo a su evolución se ejecutó de forma transversal, ya que solo se observó en un momento determinado sin llevar un seguimiento. Y de acuerdo a su ubicación en el tiempo fue prospectivo, ya que se obtuvo información sobre los factores que influyen en el cuidado posterior al diseño de los instrumentos.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar los datos de la presente investigación se utilizaron diferentes fuentes, la primera fue una entrevista estructurada dirigida. La entrevista contó con 103 preguntas algunas de ellas abiertas y otras cerradas, con las cuales se pretendió identificar cuales fueron las necesidades, que ameritan un cuidado para su restablecimiento. La aplicación de este instrumento fue hecho por la responsable de la investigación. El segundo instrumento es una cédula de recolección de datos para la guía de valoración la cual cuenta con diferentes rubros, uno donde se recababan; los datos relevantes pertenecientes a la guía de valoración de enfermería y las necesidades afectadas según los datos registrados. Y una segunda cédula para la hoja de enfermería que incluye una ficha de identificación del paciente y personal de enfermería que brinda el cuidado, los datos pertenecientes a la valoración registrados en la hoja de enfermería, un espacio para anotar las necesidades afectadas según los datos

²¹ SANCHEZ, Pérez Teresa L. Guía metodológica para la elaboración de un protocolo de investigación en el área de la salud, Ed. Prado, 1ªed. México 2002. p.p.

registrados, acciones o intervenciones de enfermería realizadas y registradas, este instrumento fue llenado con la información contenida en las hojas de enfermería de los pacientes seleccionados, los cuales eran atendidos por las enfermeras del servicio. Estos instrumentos permitieron determinar si realmente las necesidades detectadas por el personal de enfermería correspondían a lo que los pacientes estaban presentando y si se le brinda el cuidado preciso y oportuno.

Al término de la recolección de la información, se organizó y se capturó la información de acuerdo a cada paciente y cedula, utilizando un método computarizado para formar así tres bases de datos, concentrando en ellas toda la información para ser analizada y procesada. Y con ello poder presentar los resultados obtenidos.

Para el análisis de los datos se emplearon frecuencias y porcentajes, en tanto que para la presentación de los mismos se utilizaron gráficas y tablas.

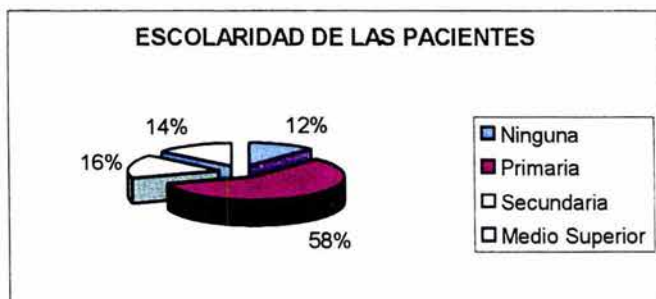
RESULTADOS

Posterior a la aplicación de las 50 guías de valoración de necesidades a pacientes y las cédulas de registro de datos, se obtuvieron los siguientes resultados.

El 100% de sujetos entrevistados fueron mujeres y su promedio de edad fue de 45.12 años, la edad mínima fue de 16 y la máxima de 69 años.

Los resultados obtenidos demuestran que el grupo de mayor riesgo para desarrollar patologías oncológicas son los adultos de 30 a 50 años ya que la mayor parte de las pacientes que ingresan a la unidad de Oncología son pacientes que oscilan en este rango de edad, mostrando así un factor de riesgo en el cual se debe brindar una atención específica.

Gráfica No.1



Fuente: Guía de Valoración.

En la gráfica anterior se observa la escolaridad de las pacientes la mayoría solo estudio la primaria que corresponde a un 58%, el 16% estudio la secundaria, el 14% un nivel medio superior y no estudiaron el 12%. Debido a que el nivel

educativo es muy bajo es necesario que la comunicación enfermera- paciente sea clara y concisa, considerando el nivel educativo y cultural, ya que esto permitirá que esta realmente sea efectiva, además debemos ser sensibles a la comunicación verbal y no verbal tanto del paciente como de su familia, con el fin de brindar una máxima ayuda ante la enorme necesidad de información. Ya que este tipo de padecimiento acarrea muchas inquietudes y temores.

Gráfica No. 2



Fuente: Guía de Valoración

La grafica 2 representa la ocupación que ejercen las pacientes, el 76% se dedica al hogar, el 12% a limpieza, un 6% empleadas, 4% estudiantes y 2% programador analítico. El conocer su estado de ocupación permite determinar, si existe algún riesgo que conlleve a otra alteración de acuerdo a su diagnostico. A través de esta información es posible valorar si el tipo de trabajo que ejercen, acarrea algún problema o riesgo en la paciente, y con ello poder planear alternativas de solución, así como también brindar la intervención necesaria.

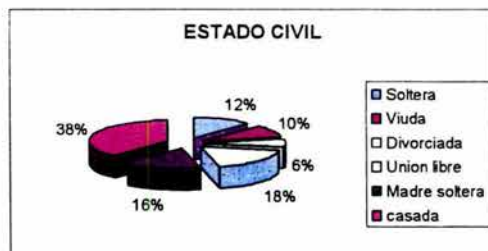
Gráfica N° 3



Fuente: Guía de Valoración

La gráfica denota que la mayoría de las pacientes son de religión católica con un 92%, un 4% es de religión cristiana y el otro 4% evangelista. La información que representa esta gráfica algunas ocasiones se le muestra poca importancia, pero debe considerar el apoyo y las creencias religiosas o espirituales del paciente, ya que en este tipo de padecimientos casi siempre se cree que no hay solución, cayendo así en depresiones u otro tipo de trastornos, por lo cual se puede recomendar un apoyo espiritual.

Gráfica N° 4



Fuente: Guía de Valoración

En cuanto al estado civil, se observa que la mayoría de las pacientes son casadas con un 38%, unión libre 18%, madres solteras 16% y solteras con un 12%. Cabe mencionar que en algunos casos de las pacientes que están casadas tienen problemas con su pareja relacionados a su diagnóstico, debido a que también para la familia es difícil asimilar la situación por la que están pasando. El estado civil es un elemento importante debido a que estas pacientes necesitan el apoyo y amor de su familia.

En el caso de las pacientes que no están casadas, ellas son el sostén de su familia, o viven solas, lo que produce un gran problema psicológico y social debido al tipo de diagnóstico y tratamiento de las pacientes, en relación a que el afrontar la enfermedad ya es difícil, para la persona y familia, cuando no se cuenta con el apoyo resulta más complejo por que se requiere del apoyo familiar, ya que la familia suele ser un gran pilar para su rehabilitación y reintegración social.

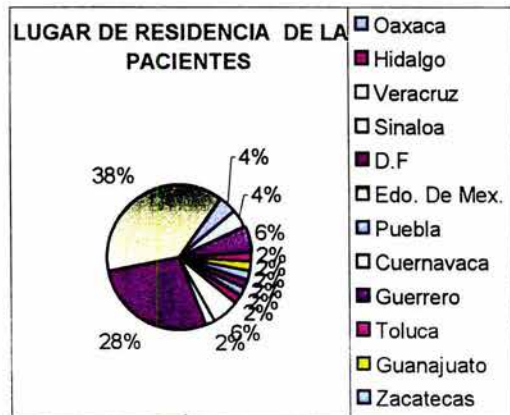
Gráfica N° 5



Fuente: Guia de Valoración

En la grafica anterior se observa el numero de hijos que tienen en promedio las pacientes, el 46% tiene 1-3 hijos, 22% 4-6 hijos, 18% no tienen hijos, 14% 7-10 hijos. El promedio de hijos es de 3.2, el número mínimo de hijos es cero y el máximo de 10.

Gráfica N° 6



Fuente: Guía de Valoración

En la grafica Se observa que la mayoría de las pacientes radican en el Estado de México con el 38%, el D.F. con el 28%, y con un porcentaje menor 9 estados de la República Mexicana, lo que también es importante ser tomado en cuenta en relación al control de su diagnóstico y tratamiento, debido a que deben desplazarse para recibir una atención, y en ocasiones por su nivel económico ó cultural dejan de asistir a su seguimiento clínico, por lo debemos estar concientes de esta situación para así poder sensibilizar al paciente acerca de la importancia de tener un seguimiento clínico .

Tabla N° 1
Diagnostico médico que presentan las pacientes

Diagnostico médico	Frecuencia	Porcentaje
Cáncer cervico uterino	18	36
Cáncer mamario	8	16
Tumor de ovario	8	16
Síndrome anémico + cáncer cervico uterino	5	10
Coriocarcinoma	3	6
Sarcoma uterino	1	2
Sarcoma osteogénico	1	2
Sarcoma nasal	1	2
Linfoma no hodking	1	2
Cáncer de vulva	1	2
Cáncer desconocido	1	2
Cáncer endometrio	1	2
Sarcoma de mama	1	2
Total	50	100

Fuente: Cedula de registro de datos.

El diagnóstico más frecuente en las pacientes incluidas fue el cáncer Cervico uterino con un 36%, el cáncer de mama y de ovario con un 16% cada uno. Los cual es congruente con lo que sucede en las tablas de morbilidad general de la unidad de oncología.

Tabla No. 2
Tipo de tratamiento que reciben los pacientes

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Preoperatorio	14	28.0
Restablecer condiciones	13	26.0
Quimioterapia	11	22.0
Posoperatorio	7	14.0
Radioterapia	4	8.0
QTP + posoperatorio	1	2.0
Total	50	100.0

Fuente: Cedulas de registro de datos.

En la tabla 2, el tipo de tratamiento más frecuente es el periodo preoperatorio se encuentra con 28% y en segundo lugar se encuentra restablecer condiciones con un 26%, en tercer lugar la quimioterapia con 22%, cabe mencionar, que los pacientes no solo tienen un tratamiento sino que llevan dos simultáneamente, pero lo más relevante en esta tabla es que el restablecer condiciones ocupa el segundo sitio haciendo hincapié en que son pacientes en una fase avanzada de su enfermedad y para ellas solo se consideran los cuidados paliativos, pero no solo eso sino que se abre una gran puerta a las intervenciones que la enfermera puede llevar a cabo ante las necesidades sociales y espirituales.

Tabla n° 3

Datos objetivos que presentan las pacientes durante la valoración

DATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estado de conciencia	50	100.0
Palidez de tegumentos	46	92.0
Cabello opaco	33	66.0
Presencia de signos de insomnio	28	56.0
Falta de piezas dentales	26	52.0
Piel deshidratada y reseca	12	24.0
Herida Quirúrgica	11	22.0
Cabello reseco	8	16.0
Alt. Sv	8	16.0
Alopecia	7	14.0
Problemas de flexibilidad	7	14.0
Sangrado trasvaginal	7	14.0
Dificultad para resp.	4	8.0
Apoyo para deambulacion	4	8.0
Ruidos intestinales disminuidos	4	8.0
Deterioro en piezas dentales	4	8.0
Presencia de hemorroides	4	8.0
Penrose	4	2.0
Presencia de edema	3	6.0
Utilización de silla de ruedas	3	6.0
Problemas de postura	3	6.0
Prótesis dentales	3	6.0
Resp. Rápida	2	4.0
Hematuria	2	4.0
Deterioro capacidad para vestirse	2	4.0
Sonda Foley	2	4.0
Zona peribucal violacea	1	2.0
Ileostomia	1	2.0
Resp.lenta	1	2.0
Cianosis ungueal	1	2.0

Utilización de andadera	1	2.0
Ligera ictericia	1	2.0
Apatía	1	2.0

Fuente: Guía de valoración

En la tabla 1 se muestran los datos objetivos detectados en la guía de valoración. Encontrando con mayor frecuencia la palidez de tegumentos con un 92%, posteriormente se encuentra el estado de cabello el cual se observó en todos los pacientes pero solo el 66% lo tenían opaco y 16% reseco el resto se encontraba en buen estado, la presencia de signos de insomnio tiene 56% y contempla la somnolencia con 26%, adinamia 42%, y ojeras con el 50%. También se muestra el estado de los dientes el cual se desglosa en dos secciones falta de piezas dentales con un 52% y deterioro de las piezas dentales con 8%, en efectos por cirugía se contempla ileostomía 2%, penrose 4%, herida quirúrgica 22%, presencia de sonda foley 4%. El estado de la piel reseca y deshidratada tuvo un 24%, la alteración de signos vitales obtuvo el 16% y con el 14% encontramos sangrado trasvaginal, problemas de flexibilidad, alopecia.

Los datos objetivos son aquellos mensurables y que podemos observar a simple vista, mientras se realiza la valoración del paciente y aporta muchos elementos necesarios para detectar necesidades específicas de los pacientes y elaborar los diagnósticos de enfermería y a través de esto poder planear las actividades a realizar para restablecer estas necesidades.

Tabla N° 4
Datos objetivos de la hoja de enfermería

DATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estado de salud del paciente	50	100.0
Registro de Signos Vitales	50	100.0
Tipo de dieta de acuerdo a régimen terapéutico.	39	78.0
Palidez de tegumentos	28	56.0
Efectos por cirugía	15	30.0
Estado de conciencia	14	24.0
Estado de la piel	3	6.0
Control de pérdidas de líquidos.	3	6.0
Presencia de edema	2	4.0
Registro de somatometría	1	2.0
Presencia de tumor	1	2.0
Reporte de glicemia	1	2.0

Fuente: Cedula de Recolección de datos de hoja de Enfermería

En la Tabla 2 se registra los datos objetivos que se encontraban registrados en la hoja de enfermería y en el 100% se encontraron los datos de los signos vitales (pulso, respiración, tensión arterial, frecuencia cardiaca). Por lo contrario la somatometría (peso y talla) adquiere un porcentaje de 2%. En tanto que la dieta se refiere al tipo alimentos que debe tener cada persona de acuerdo a su régimen terapéutico intrahospitalario (ayuno, líquidos claros, blanda, para diabético), teniendo el porcentaje de estar presente en las hojas de enfermería en un 78%. En los datos sobre el estado de la piel, se hace mención al estado de hidratación que tiene la piel (deshidratada, resequeada, hidratada) este signo se registra en un 6% en las hojas de enfermería

También se registra el estado de conciencia de paciente (estupor, desorientado, consciente) y este dato se registra en un 28% de las hojas.

El rubro de efectos por cirugía considera (ileostomia 2%, penrose 4%, herida quirúrgica 22%, colocación de sonda foley 4%) haciendo un total de 14% de registro en la hoja de enfermería.

Asimismo encontramos la pérdida de líquidos la cual contempla el (sangrado transvaginal 2%, vomito 2%, evacuaciones 2% en todas ellas se registra la cantidad y una breve descripción) con un porcentaje global de 6%.

En ambas tablas 3-4 se muestran algunas similitudes, sin embargo se observa que existe poca información en la hojas de registros de enfermería sobre los datos objetivos que de manera cotidiana las enfermeras detectan en los pacientes. Tal vez la falta de registro de estos datos se deba a la carga de trabajo con la cual cuentan, así como también al sistema de trabajo que se está acostumbrado a llevar, en el cual el cuidado se ha vuelto una rutina, en la que se le da mayor prioridad a preparar medicamentos, ministrarlos, el cambio de ropa de cama etc. Viéndose así el cuidado limitado y no individualizado, por lo que solo se muestran aquellos datos que son fáciles de constatar perdiendo todos aquellos que ameritan una mayor valoración. Por lo que se afectado el establecer una plan de cuidado específico para cada necesidad, así como también al ejecutarlo se debe tener los datos precisos para establecer prioridades y con ello brindar un cuidado de calidad.

Tabla Nº 5

DATOS SUBJETIVOS GUÍA DE VALORACIÓN

DATOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Interés del paciente para resolver problemas de salud	50	100.0
Ansiedad	48	96.0
Dificultad para dormir	46	92.0
Alteración de peso	40	80.0
Deterioro dental	37	74.0
Estado emocional influye para dormir	34	68.0
Falta de control medico	34	68.0
Problemas sensoriales	32	62.0
Falta de conocimiento de fuentes de apoyo	29	58.0
Influencia del estado emocional en su alimentación	28	56.0
Debilidad	21	42.0
Falta de conocimiento para prevenir enfermedades	20	40.0
Falta de actividad intrahospitalaria	19	38.0
Alimentación deficiente	18	36.0
Pacientes que no realizan actividades recreativas	12	24.0
Presencia de dolor a la movilización	17	34.0
Dolor en herida quirúrgica		
Miembros inferiores		
Dolor en abdomen		
Dolor lumbar		
Dolor en miembros Inf. Y abdomen		
Dolor en brazos		
Dolor de cabeza.		
Dificultad para masticar	14	28.0
Sentimientos de pena y rechazo	14	28.0
Agrado por la soledad	14	28.0

Falta de relaciones personales	14	28.0
Dificultad para masticar	14	28.0
Sentimientos de incomodidad y malestar por su camisión	12	24.0
Trabajan antes de su hospitalización	12	24.0
Problemas para respirar	11	22.0
Dolor al respirar		
Sensación de ahogo		
Sensación de falta de aire		
Dolor en tórax		
Sentimientos de tristeza	11	22.0
Falta de cuadro de vacunación	10	20.0
Trastornos digestivos	9	18.0
Estreñimiento		
Nauseas y vomito		
Utilizan anteojos	9	18.0
Satisfacción por su trabajo	9	18.0
Deficiencia de higiene (Baño cada 3 día)	8	16.0
Se enferma frecuentemente	7	14.0
Depresión	7	14.0
Dolor al evacuar	6	12.0
Alergias alimenticias	6	12.0
Problemas para orinar	5	10.0
Requerimiento de apoyo para deambular	5	10.0
Uso de ayuda intestinales	4	8.0
Rechazo de actividades	1	2.0

Fuente: Guía de valoración

En la tabla 5 se encuentran concentrados todos aquellos datos que solo se conocen por que el paciente lo refiere, es decir los datos subjetivos. Se podría decir que todos los pacientes tiene interés acerca de su tratamiento y seguimiento, no obstante aun se muestra una cifra elevada acerca de la falta de

conocimiento de fuentes de apoyo, control medico, así como también ansiedad por lo que queda claro que hace falta una comunicación más estrecha entre enfermera-paciente.

Ya que otro de los problemas es la dificultad para dormir en la mayoría de los casos este frecuentemente se relaciona a inquietudes y al ambiente hospitalario, por lo que debemos fomentar un ambiente tranquilo y confortable.

Pero también se muestra que existe otras necesidades que se encuentra afectadas como lo es la nutrición (por el deterioro dental, nauseas y vomito) pero además también por lo cultural y psicológico.

Tabla N° 6

DATOS SUBJETIVOS HOJA DE ENFERMERIA

DATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cefalea	2	4%
Debilidad	1	2%
Nauseas	1	2%

Fuente: cedula de Recolección de datos de hoja de Enfermería

La tabla anterior nos muestra los datos subjetivos de los pacientes que registra el personal de enfermería en las hojas de registros.

En las tablas 5-6, se muestran datos subjetivos pero revelan diferentes panoramas, por un lado se observa falta de comunicación de enfermera-paciente ya que solo se detectan datos de origen biológico. Y por otro se distingue todos aquellos datos que son de suma importancia para poder detectar problemas de los pacientes no solo de origen biológico sino también económico-psicológico y social, los cuales la mayoría de las veces quedan fuera de la valoración y de las intervenciones de enfermería.

Este tipo de datos son de suma importancia en relación a que pueden dar una perspectiva de problemas reales, así como potenciales. Dando así la pauta a realizar todas aquellas actividades encargadas a evitar que el problema se agudice o en su caso prevenirlo.

Tabla N° 7
NECESIDADES AFECTADAS SEGÚN GUÍA DE VALORACIÓN

NECESIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Necesidad de nutrición e Hidratación	43	86.0
Necesidad de Descanso y Sueño	43	86.0
Necesidad de Evitar Peligros	32	64.0
Necesidad de eliminación	24	48.0
Necesidad de moverse y mantener una buena postura	23	46.0
Necesidad de Act. Recreativas	22	44.0
Necesidad de Comunicación	17	34.0
Necesidad de oxigenación	11	22.0
Necesidad de higiene y Protección de la piel	11	22.0
Necesidad de Vestido	10	20.0
Necesidad de Trabajar y Realizarse	8	16.0
Necesidad de Aprendizaje	6	12.0
Necesidad de Termorregulación	1	2.0
Necesidad creencias	0	0.0

Fuente: Guía de valoración

De acuerdo a las catorce necesidades de Virginia Henderson, las necesidades más afectadas son: nutrición e hidratación, descanso y sueño, evitar peligros, eliminación, movimiento y mantenimiento de una buena postura y actividades recreativas.

Tabla 8

NECESIDADES AFECTADAS SEGÚN HOJA DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Necesidad de Movimiento	10	20.0
Necesidad de eliminación	1	2.0

Fuente: cedula de Recolección de datos de hoja de Enfermería

En esta tabla se muestran solo las necesidades que se registran en la hoja de enfermería, de acuerdo a los datos obtenidos de la misma. Ya que en la hoja de enfermería no se hace un registro preciso de esta categoría.

En cuanto a las tablas 7-8 se podría decir que el registro de las mismas correspondió a los datos obtenidos de una valoración. Y claramente se observa en la tabla 7 la mayoría de las Necesidades se encuentran afectadas. Por el contrario en los registros de enfermería, solo involucra algunos aspectos de origen biológico. Sin embargo el personal de enfermería debe identificar las necesidades afectadas de cualquier índole, a través de una valoración minuciosa del paciente, para poder establecer un plan de cuidados adecuados e individualizados, ya que cuando la valoración se enfoca a solo datos superficiales, no se detectan todas las necesidades afectadas, y con esta información no es posible establecer un plan de cuidados de acuerdo a las prioridades del paciente, dando así un cuidado deficiente.

Tabla Nº 9
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES, SEGÚN GUÍA DE VALORACIÓN

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ansiedad r/c tratamiento, cirugía manifestado por inquietud.	32	64%
Déficit de actividades. Recreativas r/c ambiente hospitalario. Manifestado por nerviosismo	27	54%
Probable alteración, en el mantenimiento de la salud r/c falta de conocimientos	26	52%
Alt. patrón del sueño r/c preocupación manifestado ojeras, adinamia	18	36%
Alt. en el mantenimiento de la salud r/c falta de conocimiento manifestado por cuadros repetitivos de enfermedades.	13	26%
Deterioro del Autoestima. r/c uso de camión manifestado por incomodidad.	12	24%
Alt. Nutrición r/c estado de animo manifestado por hiperfagia	10	20%
Alt. Pat. Sueño r/c estancia hospitalaria y tratamiento manifestado ojeras, somnolencia, adinamia	9	18%
Dificultad para masticar r/c falta de piezas dentales. Manifestado por dolor	9	18%
Alt. Nutrición r/c ansiedad m/x perdida de apetito	8	16%
Deterioro de la integridad cutánea relacionada con poca ingesta de líquidos manifestado por piel reseca, deshidratada.	8	16%
Alt. Eliminación r/c poca ingesta de líquidos. Manifestado por estreñimiento	7	14%
Deterioro de la interacción Social r/c pena, baja autoestima manifestado por falta de relaciones personales.	7	14%
Alt. Pat. Sueño r/c incom. Física manifestado por ojeras, debilidad	7	14%
Def. de conocimientos higiénicos r/c status	7	14%

social/nivel educativo manifestado por deficiencia de higiene		
Desesperanza r/c declive fisiológico manifestado por tristeza.	7	14%
Det. Movilidad r/c incomodidad física manifestado por dolor.	7	14%
Patrón nutricional inadecuado r/c nivel económico-social manifestado malos hábitos dietéticos.	7	14%
Probable alteración de la nutrición. r/c falta de piezas dentales	7	14%
Deterioro de la dentición r/c falta conocimientos higiene bucal manifestado por caries	6	12%
Alt. Movilidad física r/c herida quirúrgica manifestado por dolor.	5	10%
Alt. Movilidad. r/c intolerancia a la actividad manifestado por debilidad.	5	10%
Det. Int. Gaseoso r/c mala perfusión manifestado por polipnea, sensación de falta de aire	5	10%
Probable. Alt. Patrón del sueño r/c su estado ánimo	5	10%
Alt. Eliminación r/c IVU manifestado ardor, dolor al miccionar	4	8%
Det. Autoestima r/c diagnóstico manifestado por sentimientos de rechazo, pena.	4	8%
Det. Movilidad física. r/c sangrado trasvaginal activo manifestado por debilidad	4	8%
Estreñimiento crónico r/c hipomotilidad intestinal. Manifestado por dolor al evacuar	4	8%
Probable deterioro de la interacción social r/c trastorno del autoconcepto, soledad	4	8%
Trastorno de la imagen corporal r/c alopecia manifestado por sentimientos de pena.	4	8%
Trastorno de la imagen corporal r/c mastectomía radical manifestado por baja autoestima.	4	8%
Alt. eliminación r/c ansiedad manifestado por estreñimiento	3	6%

Ansiedad r/c preocupación familiar manifestado por nerviosismo, tristeza	3	6%
Depresión r/c tratamiento manifestado por tristeza, llanto	3	6%
Probable alt patrón de sueño r/c incomodidad Física	3	6%
Alt. De su rol social r/c tratamiento manifestado por insatisfacción personal.	2	4%
Alt. Movilidad física r/c tratamiento manifestado por debilidad	2	4%
Déficit de hábitos Higiénicos. r/c debilidad o incapacidad para realizarlo manifestado sudoración.	3	6%
Depresión r/c tratamiento manifestado por tristeza, llanto	3	6%
Probable alt patrón de sueño r/c incomodidad Física	3	6%
Alt. De su rol social r/c tratamiento manifestado por insatisfacción personal.	2	4%
Alt. Movilidad física r/c tratamiento manifestado por debilidad	2	4%
Alt. Eliminación r/c ansiedad m/x hipermotilidad Intestinal	2	4%
Alt. nutrición r/c inflamación de ganglios manifestado por dificultad para deglutir	2	4%
Probable trastorno de la imagen corporal r/c mastectomia radical	2	4%
Posible alteración en la comunicación. r/c dificultad para escuchar	2	4%
Aislamiento social r/c incapacidad p/ establecer relaciones personales manifestado por falta de comunicación, soledad.	1	2%
Alt. En desempeño de su rol r/c trabajo realizado manifestado por insatisfacción Personal	1	2%
Alt. intercambio gaseoso r/c intubación manifestado por tos productiva, molestia en faringe	1	2%
Alt. nutrición r/c tratamiento manifestado por náuseas y vómito	1	2%

Deterioro de la movilidad física r/c uso de férula manifestado por incapacidad para realizarlo.	1	2%
Deterioro de la movilidad física. r/c edema miembro pélvico manifestado por dolor, inflamación.	1	2%
Hipertermia r/c proceso infeccioso manifestado por calosfríos.	1	2%
Patrón respiratorio ineficaz r/c diagnóstico manifestado por sensación de falta de aire, ahogo, tos seca	1	2%

Fuente: Guía de Valoración

Se muestran los diagnósticos de acuerdo a la valoración y detección de las necesidades de pacientes del servicio de oncología 111 realizados por la responsable del proyecto. No solo de carácter real sino también potencial.

Tabla N° 10

ACCIONES DE ENFERMERÍA ANOTADAS EN LOS REGISTROS.

ACCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Acción vigilancia continua	35	70%
Acción ministración de medicamentos	29	58%
Acción control de líquidos	24	48%
Acción cuidados generales de enfermería	5	10%
Acción curación herida quirúrgica	5	10%
Acciones de rutina de sala	2	4%
Acción baño asistido	2	4%
Acción valorar sangrado transvaginal	2	4%
Acción colocación vendaje abdominal	1	2%
Acción preparar para cirugía	1	2%

Fuente: cedula de Recolección de datos de hoja de Enfermería

En la tabla n° 10 se muestra las acciones de mayor registro en las hojas de enfermería.

Se observa claramente que dentro del registro de acciones de enfermería se encuentra la vigilancia continua en un 70%, así como la Ministración de medicamentos con un 58%. Dejando ver que el cuidado no es más que algo rutinario, que involucra la mayoría de las acciones registradas en los pacientes, por lo que no se establece un cuidado individualizado, de acuerdo a las necesidades de cada persona. Aunando a todo esto que la actuación de enfermería se encuentra muy limitada por la carga de trabajo y el establecimiento de rutinas en los servicios.

Es evidente que la enfermería satisface necesidades humanas, pero conviene advertir que la identificación de las necesidades se realiza a través de una valoración minuciosa y profunda la cual ayude a identificar en los fenómenos sociales, culturales y psicológicos, propios del paciente algún factor que contribuya a una alteración, de esta manera el cuidado no sólo se limita a satisfacer lo puramente fisiológico, sino que cumple con su dimensión social.

Otra cuestión que se observa es que el personal de enfermería dispone de escaso tiempo, por lo que prioriza y solo realiza lo más fácil y lo más rápido que casi siempre son actividades delegadas por el rol de empleada, renunciando así a la parte fundamental de su trabajo: el cuidado que exige un reflexión, además de debe de apoyar y reforzar al paciente.

Los resultados obtenidos de la presente investigación denotan, la falta de una valoración integral del paciente hospitalizado en la unidad 111 Oncología, por lo que se determina que el cuidado esta encaminado meramente a satisfacer a algunas de las necesidades biológicas presentes en el paciente. Por lo tanto el cuidado no es integral debido a dejan fuera otras necesidades que tiene el paciente.

Además se observó que la mayoría de las pacientes presentan, problemas relacionados a su patrón de sueño, movimiento, y nutrición, algunos de estos problemas son de origen biológicos pero existen muchos otros de carácter social y económico, dando con ello una gran pauta de acción para brindar el cuidado.

El cuidado sin duda alguna es parte fundamental para mantener y preservar la vida por lo tanto es de suma importancia aceptar y transmitir los

modelos de conocimiento de enfermería que rigen nuestra profesión. Ya que es un compromiso profesional de enfermería elevar la calidad de la misma, persistiendo con una educación continua que ayude a mejorar la atención brindada.

Cabe mencionar que la valoración ética que realice el personal de enfermería previo a la planificación de cuidados aporta el enfoque de la atención centrada en el enfermo proporcionando un marco para reflexionar, conocer la opinión del paciente y entre ambos buscar la mejor solución posible para prevenir ayudar y entender sus necesidades. Otro aspecto importante a considerar es la colaboración del paciente y su familia para mantener una conexión con la realidad, proporcionando mecanismo de defensa contra el temor y la ansiedad, en este sentido cobra especial relevancia la comunicación y facilitar la expresión de sus miedos y temores. Porque asegurar un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas, y los valores de la persona, y familia, permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con respeto debido a la diversidad cultural y a la dignidad de la persona.

CONCLUSIONES

Se identificó que el cuidado brindado por el personal de enfermería de la unidad 111 Oncología no es de todo integral en relación a que las acciones realizadas a satisfacerlo están más encaminadas hacia las necesidades biológicas esto debido a que durante la valoración que realiza el personal faltan elementos que concreten o determinen las necesidades que se encuentran afectadas en la persona; y con ello no poder priorizar y determinar como brindar el cuidado; de manera que sea individualizado e integral. Por lo que se acepta la hipótesis donde menciona que el cuidado brindado por el personal de enfermería está encaminado a satisfacer las necesidades biológicas (oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, moverse y mantenerse en buena postura, descanso y sueño, termorregulación, higiene y protección de la piel ya que no se satisfacen todas.

Además de que se dejan a un lado factores que también tienen relevancia como lo son aspectos de tipo psicológico y social y que representan una excelente oportunidad para que la enfermera intervenga y pueda brindar cuidado a las pacientes.

RECOMENDACIONES

Elaborar un programa para mejorar la calidad del cuidado, encaminado a valorar, planear, coordinar y evaluar el cuidado de manera continua para establecer pautas de acción que mejoren la práctica asistencial de enfermería y con esto asegurar la calidad de atención a los pacientes.

Establecer personal responsable que se encargue valorar, planear, coordinar y evaluar el cuidado de manera continua a través de una revisión periódica del cuidado, estableciendo unos indicadores como en la guía y formato de la valoración del paciente para así poder encontrar elementos que brinden las pautas a seguir.

Elaborar una guía y un formato que sea de utilidad para realizar una valoración eficaz de enfermería en los pacientes y así poder detectar problemas y/o necesidades afectadas, con la finalidad de resolverlos y brindar un cuidado integral al paciente.

Sensibilizar al personal de enfermería de la importancia del cuidado y el papel que juegan en el restablecimiento y conservación de la salud de los pacientes, a través de un programa donde se establezca como objetivo el cuidado y la atención al paciente oncológico, así como de todos aquellos factores que lo rodean.

Elaborar un programa encaminado a la difusión de información dirigida a los pacientes ingresados en la unidad de oncología con todos aquellos temas que sirvan para prevenir complicaciones, sobre los efectos de los tratamientos a

seguir y sobre su participación en su cuidado, lo que probablemente ayude a reducir la ansiedad de estas pacientes.

Favorecer la integración de equipos multidisciplinarios para poder proporcionar una atención completa a las pacientes, y que haga posible que la enfermera apoyada por todos los profesionales pueda brindar un cuidado óptimo y de calidad.

Hacer hincapié en el personal de enfermería de la necesidad de una comunicación enfermera-paciente cordial, empática y respetuosa para poder facilitar la expresión de los miedos y dudas de las pacientes y que además esto permita que las pacientes tengan confianza en la enfermera.

REFERENCIAS

1. COLLIERE, Françoise Marie, Promover la Vida, Ed. Mc Graw Hill-Interamericana, 1ªed.España 1997, 384 p.p.
2. Diseño metodológico el concepto enfermero, disponible en:
<http://www.enfermundi.com/nipe/dosenometodo/concepto.htm>
3. FRANCK, Charles, Desarrollo Histórico de la Enfermería. Ed. Prensa Mexicana, México 1870, 350p.p
4. GARCIA Alvaréz Andrés A vuela pluma por Nuestra Historia Disponible en :
[http://www.seapremur.com/domentos/a vuela pluma por nuestra historia.htm](http://www.seapremur.com/domentos/a%20vuela%20pluma%20por%20nuestra%20historia.htm).
5. GÓNZALEZ, Carrio Pilar. Aspectos del cuidado. Disponible en:<http://www.nipe.efermundi.com/conceptohtm>
6. Hospital General de México, [http://www.hgm.gob.mx/estadisticas/cuad-%20esta enejun04.pdf](http://www.hgm.gob.mx/estadisticas/cuad-%20esta%20enejun04.pdf). 596pantallas.
7. INC. Manual de actualización para Enfermería onco-hematológica. 209 p.p.
8. Instituto de Radio Medicina disponible en: www.iram.cl/radioterapia.htm, 1 pantalla.
9. JAIMES Villamizar, Rocio, [http://www.metas.org/sistemas/modelos de cuidado enfermeria.doc](http://www.metas.org/sistemas/modelos%20de%20cuidado%20enfermeria.doc)

10. KOZIER, Barbara. Fundamentos de enfermería. Ed. Interamericana. México 1990, 994p.p.
11. LUIS, Rodrigo M^a Teresa, Diagnósticos enfermeros Ed. Harcourt Brace, 3^a ed. España 1998 231p.p.
12. MARTINEZ Riera José Enfermería y denominación de origen disponible en: <http://www.iniciaes/de/sostoenf/enfermerahtm> n^o pantallas 4.
13. SANCHEZ, Pérez Teresa Leonor, Guía Metodológica para la elaboración de un protocolo de investigación en el área de la salud, Ed. Prado, México 2002. 59p.p.
14. IYER P. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill; 1989
15. www.enfe.va.es/practica-educación/estructura-naturalezaahm
16. Ad 17 <http://conganas.galeon.com/ad17.Htm>, 1pantalla

ANEXOS

ANEXO1.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

1. Oxigenación

Puntos a evaluar:

- Presenta dificultad respiratoria
- Presenta dolor durante la respiración.
- Presencia de tos.
- Antecedentes de tabaquismo.
- Signos vitales.
- Retorno venoso.

Intervenciones:

- Valoración del estado respiratorio así como de datos de insuficiencia del mismo.
- Identificar antecedentes de problemas pulmonares o respiratorios así como, factores de riesgo.
- Colocar al paciente en posición semifowler, para mejorar la ventilación ya que permite la expansión torácica.
- Valorar si existe tos e identificar que tipo.
- Ministrar expectorantes en caso necesario.
- Ejecutar cambios posturales para facilitar la función respiratoria.
- Promover y enseñar ejercicios de respiración profunda y tos para expectorar.
- Brindar fisioterapia pulmonar.

- Ministración de oxígeno por puntas nasales ó mascarilla según sea necesario, ya que puede mejorar o restablecer las células del organismo, para desempeñar una función metabólica normal.
- Brindar drenaje postural en caso de existir muchas secreciones.
- Valorar el estado pulmonar y estertores.
- Brindar educación para la salud acerca del tabaquismo.
- Explicar los efectos nocivos del tabaco y la importancia de suprimirlo.
- Observar coloración de la piel, mucosas, uñas, dará datos de un problema de oxigenación. Ya que el observar la coloración violácea en algunas zonas demuestra que hay un exceso de hemoglobina No oxigenada.
- Valorar el estado circulatorio es importante, debido a que la disnea puede ser relacionada a una insuficiencia cardíaca.

2. Nutrición e hidratación de la Piel.

Puntos a evaluar:

- Tipo de alimentación.
- Número de comidas y horario.
- Hábitos dietéticos.
- Ganancia o pérdida de peso.
- Trastorno digestivo.
- Intolerancia alimenticia.
- Actividad física.
- Estado Anímica.
- Probable de masticación o deglución.
- Características de piel y turgencia.
- Aspecto de uñas y cabello.

- Observar tipo de heridas y cicatrización.
- Función neuromuscular y esquelética.

Intervenciones:

- El conocer el tipo de alimentación ayuda a determinar el estado de nutrición.
- Si existe una ganancia o pérdida excesiva de peso quiere decir que hay un aporte alimenticio inadecuado.
- Valorar hábitos dietéticos para establecer un mejor plan alimenticio.
- Si existe un trastorno digestivo puede ser ocasionado por una alimentación inadecuada.
- El ejercicio físico moderado y regular involucra el gasto energético por ello es importante conocer el estado nutricional, para tener un equilibrio de estos.
- Identificar los factores que impiden un aporte de nutrientes en cantidad y calidad, para cubrir sus requerimientos corporales.
- Establecer una dieta diaria que cubra las necesidades calóricas y nutritivas del paciente y respete al máximo sus preferencias alimentarias.
- Cuando exista un problema de deglución se puede instalar una sonda nasogástrica o gastrointestinal que es la instalación de nutrimentos especialmente preparados a través del aparato digestivo.
- Valorar el estado de dientes, uso de prótesis mal incrustadas o inflamación de boca, dificultan la masticación. Por lo que se debe considerar una dieta adecuada como papilla.
- El estado general de piel, uñas, cabello determina el estado nutricional del individuo. Debido que el tener una buena nutrición es la suma de todas las interacciones entre el organismo y los alimentos que se ingieren, el crecimiento y conservación de los tejidos y funcionamiento normal del organismo.

- La nutrición es un factor que afecta de forma positiva o negativa para la cicatrización de heridas.
- Fomentar el consumo de agua para mejorar la hidratación.
- Colocar humectantes en la piel.

3. Eliminación

Puntos a evaluar:

- Hábitos Intestinales.
- Características de heces.
- Uso de laxantes.
- Problemas hemorroides
- Dolor al evacuar.
- Características de la orina.
- El estado animico y la Eliminación.
- Características del Abdomen.
- Ruidos Intestinales.

Intervenciones:

- Valorar los patrones de eliminación para detectar si tiene algún problema, como poliuria, anuria, estreñimiento ó diarrea así como factores de riesgo predeterminados para estos.
- Conocer las características de las heces para valorar si hay alguna alteración digestiva.
- Saber si utiliza laxantes es importante ya que esta medicamento facilita la evacuación intestinal, aumentando la masa fecal, suavizando las heces, y el intestino se acostumbra cuando se suspende el uso de estos se disminuye la motilidad intestinal.

- Valorar si la persona tiene dolor al evacuar, debido a hemorroides, ya que son una varicosidad que aumenta en la porción inferior recto o ano por la congestión de las venas del plexo hemorroidal.
- Aplicación tópica de medicamentos para lubricar, anestesiarse y constreñir hemorroides.
- Para disminuir el dolor por hemorroides se debe realizar baños de asiento y aplicación de compresas frías y calientes.
- Fomentar el consumo de agua, ya que mejora y aumenta el peristaltismo y favorece la eliminación.
- Brindar una dieta alta en fibra (verduras y fruta) para mejorar la digestión.
- En caso de estreñimiento crónico se realizará un enema evacuante.
- Valoración de la orina, características es importante para determinar alguna alteración. Donde se debe inspeccionar color, olor, claridad y pH, para determinar si existe un problema o trastorno a nivel renal o de vía urinaria.
- Disminuir el consumo de té, cafeína y bebidas alcohólicas ya que producen grandes volúmenes de orina de hasta 2500ml/día sin aumento de ingresos de líquidos. Las bebidas alcohólicas inhiben la liberación de ADH y facilitan la formación de orina.
- Valorar el abdomen es de suma importancia para el conocimiento y precisión de padecimientos del aparato digestivo.
- El peristaltismo se debe valorar, por que son contracciones coordinadas, rítmicas y seriadas del músculo liso que fuerza el desplazamiento de los alimentos a través del conducto digestivo, lo normal son 3x' en caso de una disminución ó aumento se hablará de un problema fecal. Por lo que es importante valorarlo.
- Fomentar la actividad física y el consumo de agua que ayude a mejorar el peristaltismo.

- Determinar si los estados de ánimo influyen en su eliminación.
- Fomentar que exprese sus sentimientos y preocupaciones.

4. Moverse y Mantener una buena postura.

Puntos a evaluar:

- Hábitos de descanso.
- Postura habitual.
- Hábitos de trabajo.
- Estado músculo esquelético (fuerza)
- Capacidad muscular (tono/resistencia/flexibilidad)
- Postura y estado emocional.
- Apoyo y deambulación.
- Dolor a la movilización.

Intervenciones:

- Fomentar un ambiente tranquilo para que contribuya al descanso.
- Observar la postura ayudará a determinar e identificar algún problema del estado músculo- esquelético.
- Identificar el tipo de trabajo para conocer riesgos posibles que contribuyan a algún problema en su postura o movimiento.
- Realizar movimientos pasivos e isométricos con el fin de mejorar, tono, fuerza muscular y movilidad articular.
- Identificar actividades que pueda realizar de forma autónoma, y aquellas que requieren asistencia. Esto para mejorar la movilización asistida del paciente.
- Ministran analgésicos para mitigar el dolor y mejorar así la movilización.
- Valorar si existe alguna incapacidad par movilizarse.
- Animar a la persona a realizar por si mismo actividades que pueda realizar, aumentándola progresivamente según tolerancia.

- Mantener con todo momento una posición funcional con el cuerpo bien alineado y las extremidades apoyadas con el fin de prevenir deformidades articulares.
- Si es posible, ayudarlo a levantarse, deambular y permanecer sentado, tanto tiempo como tolere.
- Proporcionar sistemas de ayuda para la movilización (andador, muletas, bastón, etc.)
- Controlar los signos de fatiga, fomentando periodos de reposo.
- Si lleva insertados tubos, sondas o drenajes fijarlos de modo que no interfieran con los movimientos y cerciorarse que no se enreden con las extremidades.

5. Descanso y Sueño.

Puntos a Evaluar

- Hábitos de descanso y sueño
- Dificultad para dormir.
- Actividades que favorezcan el sueño.
- Ruido que impida canalizar el sueño.
- Dolor que impida dormir.
- Medicamentos que impida dormir.
- Su estado de ánimo influye en su sueño.

Intervenciones:

- Valorara como es su ciclo de vigilia y Sueño para identificar problemas relacionados al sueño.
- Recomendar actividad física moderada por el día como caminar.
- Mantener un ambiente tranquilo, oscuro y silencioso.

- Programar procedimientos por la, para respetar las horas que necesita la persona para no despertar por la noche.
- Evitar toda actividad vigorosa por lo menos una hora antes de acostarse; ya que es estimulante.
- Ministrar analgésico en caso de dolor.
- Revisar el tipo de medicamentos, por si puede ser la causa del trastorno.
- Recomendar técnicas de relajación.
- Valorar si el estado de ánimo influye en el patrón de sueño y animar a que exprese sus preocupaciones.

6. Uso de Prendas de Vestir Adecuadas.

Puntos a Evaluar.

- Sentimientos hacia la ropa hospitalaria.
- Autoestima en modo de vestir.
- Capacidad para vestirse.

Intervenciones:

- Valorar el uso de prendas con las que se siente más confortable.
- Brindar la oportunidad de utilizar otra prenda de vestir.
- Identificar capacidad para vestirse.
- Brindar un ambiente tranquilo.
- Enseñar o ayudar para vestirse.
- Brindar confianza para que exprese sus sentimiento e incomodidades del uso de las prenda de vestir en el hospital.

7. Termorregulación.

Puntos a evaluar.

- Adaptabilidad a los cambios de temperatura.

- Tipo de ejercicio y frecuencia.
- Temperatura agradable.
- Transpiración.
- Condición del entorno físico.

Intervenciones:

- Mantener un ambiente confortable.
- Adaptar ropa de vestir y de cama a temperatura ambiental, edad y estado de la persona y sensibilidad individual.
- Evitar la exposición a temperaturas extremas.
- El estado de la piel se debe observar color, temperatura para determinar si existe alguna alteración térmica.
- Vigilar el estado de la piel, mantener en todo momento limpio, seco, evitar la humedad y sobre todo la exposición al frío con piel húmeda.
- Control y registro periódico de la temperatura.
- Determinar medidas protectoras necesarias para evitar variaciones extremas de temperatura corporal, evitar corrientes de aire y cambios bruscos de temperatura.
- Control de temperatura por medios físicos.
- Ministración de antipiréticos y antibióticos en caso que la alteración de temperatura sea ocasionada por un estado infeccioso.

8. Higiene y Protección de la piel.

Puntos a evaluar.

- Características de la piel.
- Importancia de la higiene.
- Importancia de la protección de la piel.
- Frecuencia del baño.

- Hábitos de limpieza (lavado de manos, cepillado de dientes y cambio de ropa)
- Uso de productos de belleza para higiene y protección de la piel.
- Estado de piel, cuero cabelludo y boca.

Intervenciones:

- Explicar la importancia de la higiene y protección de la piel.
- La higiene es una estrategia decisiva para reducir lesiones de la piel.
- Fomentar el baño sea diario ya que es una actividad que desempeña numerosas funciones además de la limpieza, estimula la circulación y relajación.
- Enseñar el cuidado de manos y uñas. Aconsejar el lavado de manos continuamente sobre todo antes de comer y antes y después de ir al baño, ya que puede ser un medio de proliferación de microorganismos.
- Fomentar el cepillo dental después de consumir alimentos.
- Remarcar la importancia del cambio de ropa diaria.
- Eliminar irritantes y recomendar el uso de lociones emolientes.
- Observar y valorar el estado general de la persona. (piel, cuero cabelludo, etc)
- Valorar si existe una lesión en la piel, o algún factor que contribuya a su deterioro. (inmovilización)
- Brindar cambios posturales.
- Dar masaje en prominencias óseas para activar la circulación y mejorar el tono muscular y favorecer la relajación.
- Colocar almohadillas en las prominencias en caso de inmovilidad.
- Mantener las sábanas secas y sin arrugas ya que pueden irritar la piel y causar molestias.
- En caso de heridas realizar curación con técnica aséptica.

9. Evitar Peligros.

Puntos a Evaluar:

- Realización de control médico
- Conocimiento medidas para prevenir enfermedades.
- Enfermedades frecuentes.
- Cuadro de vacunación completo.
- Reacción ante situaciones de urgencia.

Intervenciones:

- Fomentar el control médico de forma periódica.
- Explicar la importancia de control médico.
- Valorar si existe cuadros de alguna enfermedad frecuente para explicar la importancia de la asistencia médica.
- Conocer si se tiene cuadro de vacunación para saber si existe algún factor de riesgo.
- Dar a conocer que es un factor de riesgo y ejemplificarlo para sensibilizar al paciente de la importancia de su salud.
- Brindar información acerca de cómo reaccionar en algún de emergencia, como asistir rápidamente al servicio de urgencias.

10. Comunicarse.

Puntos a evaluar:

- Relación con personas que vive y convive.
- Le agrada la soledad.
- Tiene contactos sociales (amigos).
- Comunica problemas relacionados con la enfermedad.
- Habla con la claridad.

- Dificultad para visión o Audición.

Intervenciones:

- Fomentar un ambiente con empatía.
- Animar a la persona a que exprese sus preocupaciones y sentimientos.
- Fomentar los contactos sociales.
- Anticiparse, en la medida de lo posible a las necesidades de la persona y explicarle todos los procedimientos y tareas que se le realicen aún si es incapaz de responder verbalmente.
- Si es aplicable presentarle a las personas que lo rodean, mostrarle el entorno y explicarle su organización.
- Valorar su estado para comunicarse.
- Animar y ayudar a la persona a identificar los recursos intelectuales y físicos que puedan ayudar a compensar su limitación.
- Ayudar con técnicas de comunicarse adecuada a su limitación y recursos existentes; escritura, dibujo, signos, lectura de labios, señales, etc.
- Establecer un medio que favorezca la comunicación.
- Permitir el tiempo necesario para enviar el mensaje, no apremiar y dejar acabar las frases no dar sensación de prisa, no levantar la voz.
- Identificar las razones de sus sentimientos de aislamiento.
- Ayudar a identificar los factores físicos, emocionales, culturales que contribuyen al sentimiento de aislamiento social.
- Si hay barreras para la comunicación establecer la forma de eliminarlas o minimizarlas.
- Si se considera adecuado, aconsejar la asistencia de terapia en grupo.
- Si hay déficit sensorial determinar el tipo de ayuda necesaria y remarcar la importancia de su correcta utilización.

11. Creencias y Valores.

Puntos a Evaluar:

- Creencias Religiosas.
- Genera conflicto, su religión.
- Valores personales.
- Hábitos de acuerdo a sus creencias.

Intervenciones:

- Conocer sus creencias religiosas servirá para determinar si existe algún problema.
- Respetar sus restricciones y prioridades en el campo de espiritualidad.
- Permitir las imágenes, objetos, libros que sirvan como apoyo y consuelo espiritual.
- Proporcionar su intimidad requerida para la práctica de sus ritos religiosos.
- Animar a que exprese sus sentimientos y creencias y si tiene alguna implicación moral o ética de la terapia, brindar información clara y precisa y honesta sobre ella y las consecuencias de no seguir el tratamiento y sobre las posibles alternativas.
- Facilitar el contacto con la persona o personas que pueden ayudarlo a recuperar la paz espiritual.

12. Trabajar y Realizarse.

Puntos a evaluar:

- Trabaja actualmente.
- Tipo de trabajo y riesgos.
- Cuanto tiempo trabaja.
- Sentimientos hacia su trabajo
- Su nivel económico permite cubrir sus necesidades básicas.

- Estado emocional.

Intervenciones:

- Considerar el tipo de trabajo para valorar riesgos.
- Valorar y conocer factores de riesgo, para establecer medidas de seguridad y dar a conocerlas.
- Estimular la realización de actividades y proyectos que tengan posibilidad de éxito.
- Animar a la paciente a que exprese sus sentimientos y miedos.
- Escuchar al paciente ante sus preocupaciones y brindar apoyo emocional.
- Ganar y mantener la confianza respetando la confidencia, teniendo actitud discreta y dando en todo momento respuestas sinceras a las preguntas.
- Explicar como es su recuperación de su padecimiento. Y de sus limitaciones que tiene. Ayudará a disminuir sus inquietudes.
- Brindar terapia ocupacional, ayuda a distraer al paciente y así disminuir su ansiedad.
- En caso necesario, aconsejar la consulta con un profesional de salud mental y la participación de grupos de autoayuda.
- Mantener una actitud imparcial, sin juzgar las elecciones de decisión.
- Reforzar su valor personal, reconocer sus logros, respetar la dirección elegida por la persona y alentarle a avances.

13. Jugar, y participar en actividades recreativas.

Puntos a Evaluar.

- Realizar actividades recreativas en familia.
- El estrés influye en esta necesidad.
- Recursos en comunidad para la recreación.
- Realiza alguna actividad lúdica.
- Rechaza actividades recreativas.

Intervenciones:

- Fomentar actividades recreativas.
- Brindar terapia ocupacional.
- Animar a que exprese sus sentimientos.
- Fomentar actividades recreativas y explicar su importancia.
- Identificar si existe rechazo de actividades recreativas y modificar esa actitud o sentimiento.
- Si el rechazo por alguna limitación de su padecimiento, brindar o enseñar actividades que pueda realizar.

14. Aprendizaje.

Puntos a evaluar:

- Nivel de educación.
- Problemas de aprendizaje y cognición.
- Conocer las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad.
- Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud.
- Órganos de los sentidos.

Intervenciones:

- Desarrollar un plan de docencia, utilizando técnicas e instrumentos apropiados de acuerdo a su nivel de comprensión del paciente.
- Presentar información importante y útil de forma comprensible reduce enormemente las frustraciones de aprendizaje.
- Enseñar a paciente a seguir las indicaciones médicas.
- Recalcar al paciente que en última instancia es su decisión y responsabilidad si sigue o no el régimen terapéutico.
- Animar a que el paciente exprese sus miedos y preocupaciones en cuanto a su tratamiento.

- Explicar todo aquello que implique su tratamiento.
- Valorar órganos de los sentidos ya que estos sirven para la cognición y aprendizaje.
- Brindar medios que contribuyan al aprendizaje con libros y revistas.
- Utilizar las técnicas de enseñanza que resulten más adecuadas para el usuario, considerando como resulta más fácil de aprender.
- Proporcionar la máxima participación del usuario familia en las decisiones concernientes a su estado de salud y tratamiento.
- Evidenciar los beneficios de seguir el tratamiento adecuados a resaltar logros conseguidos y reconocer su dificultad si es necesario.
- Elegir métodos de enseñanza – aprendizaje más adecuados a las capacidades e interés de la persona y el tema a tratar: material escrito, demostración de técnicas, simulaciones.
- Respetar el ritmo de aprendizaje de la persona dan los conocimientos en forma gradual, evitar el exceso de información y uso de tecnicismos aprovechar todas las ocasiones, propicias para reforzar el aprendizaje.
- Estableces claves o recordatorios a lo largo del día que señalen el momento de diversas actividades y tareas.
- Mantener la orientación tiempo y espacio mediante: información verbal.

ANEXO 2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
FORMATO PARA VALORAR LAS NECESIDADES

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

1.Nombre: _____ 2. Edad: _____ 3. F. de Nac: _____ 4.Sexo: (M) (F)
5.- Peso: _____ 6. Talla: _____ 7. Escolaridad _____
8. Ocupación: _____ 9. Religión: _____
10. Lugar de nacimiento: _____ 11. Idioma _____ 12. Edo. Civil _____
13.Domicilio _____
Fuente de información: Directa (si) (no) 15.Indirecta Quien: _____
16. N° de hijos _____

NECESIDAD DE OXIGENACION

Datos subjetivos

Presenta dificultad para respirar (si) (no)

Como refiere la dificultad: respiración rápida__Respiración Lenta__Dolor en la inspiración__

Dolor al exhalar (expirar) aire__ Sensación de Falta de aire__ Sensación de Ahogo__ tiene dificultad al respirara cuando sube escaleras o caminar a prisa__

Presencia de Tos (si) (no) Tipo: Productiva() seca ()

Dolor al respirar:____ Sitio del dolor: Nariz () garganta () tórax ()

Fuma (si) (no) Edad en que comenzó a fumar _____ tiempo que lleva fumando _____

N. de cigarrillos al día: _____ El consumo de cigarros que fuma varia por alguna emoción _____

Cual: Angustia _____ Depresión _____ Preocupación _____ Alegría _____

Datos Objetivos

Registro de signos vitales: Temp. _____ Pulso _____ Respiración _____ T/A _____

Estado de conciencia: Conciente () Confuso () Desorientado() Somnolencia () Estupor()

Coloración de: piel _____ Mucosas _____ Labios _____ Zona Peribucal _____

Uñas _____ Retorno Venoso: _____

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Datos subjetivos:

Tipo de Alimentación que realiza: _____ N°. de Comidas al día _____

Horario _____ Cantidad de líquidos al día: _____ Tipo: _____

Ha perdido o ganado peso desde su diagnóstico? (si) (no) cuanto _____

Sufre de trastornos digestivos como el estreñimiento (si) (no) otro _____
Intolerancia alimenticia/ Alergias _____
Influye su estado de animo en su alimentación: _____
Tiene algún problema de masticación o deglución: _____

Datos objetivos

Turgencia de la piel: _____ Coloración _____
Estado de las membranas de la mucosa oral _____
Aspecto de las encías y dientes _____
Características de uñas y cabello _____
Heridas: _____ tipo _____ tiempo de cicatrización: _____

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos Subjetivos

Cuantas veces va al baño al día: _____
Uso de ayudas intestinales: (si) (no) Cual: _____
Problemas de hemorroides: (si) (no) Dolor al evacuar (Si) (No)
Hábitos urinarios: _____ Características de la Orina _____
En caso de algún problema para miccionar describirlo: _____
Las emociones influyen en sus procesos de eliminación _____
¿Cómo? _____
Menstruación: regular () Irregular ()
Características: _____
Dolor: (si) (no) Las emociones alteran su ciclo menstrual: _____

Datos Objetivos:

Abdomen: _____
Ruidos intestinales: _____

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos

Hábitos de descanso (ejem. toma siestas) _____
Postura habitual _____
Hábitos de trabajo _____
Postura habitual _____

Datos Objetivos

Estado del sistema músculo esquelético (fuerza) _____
Capacidad muscular, tono, resistencia, flexibilidad _____
Postura y estado emocional _____

Usa apoyo para la deambulación (si) (no) Bastón () Andadera ()
Muletas ()
Presenta dolor al moverse (si) (no) Sitio _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos Subjetivos

Cuántas horas duerme durante la noche _____
Cuánto tiempo dedica al descanso _____
Tiene dificultad para conciliar el sueño (si) (no) Cuál: _____
Realiza algún tipo de actividad para favorecer el sueño (si) (no)
Cuál: _____
Hay algún tipo de ruidos que le impida conciliar el sueño: _____
El dolor o la incomodidad física le causa dificultad para dormir: (si) (no)
Los medicamentos que toman lo mantienen despierto: _____

Datos objetivos:

Su estado de ánimo le impide dormir: _____
Presenta signos de insomnio: (si) (no) Cuáles: _____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR PRENDAS ADECUADAS

Datos Subjetivos

¿Cómo se siente utilizando la ropa que trae puesta? : _____
¿ Se siente cómodo y a gusto con esa ropa? (si) (no)
¿Por que? _____

Datos Objetivos

Tipo de ropa que usa: _____
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Datos Subjetivos

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: _____
¿Qué temperatura ambiental le es agradable? _____

Datos Objetivos

Características de la piel: _____
Condiciones del entorno físico: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Datos Subjetivos

Con que frecuencia usted práctica el baño corporal, _____ el lavado de manos, _____ cepillado de dientes, _____ cambio de ropa, _____.

Que tipo de baño prefiere (depende de las condiciones del paciente) esponja () regadera ()

Que hábitos higiénicos considera necesario mantener.: _____

Acostumbra utilizar algún producto de belleza para mantener su higiene y proteger la piel (si)(no)

Cuales: _____

Datos Objetivos

Estado de animó: _____

Aspecto general: _____

Olor corporal _____ halitosis (si) (no)

Estado del cuero cabelludo: _____ Reseco () Opaco () Brilloso ()

Estado de la piel: _____ uñas, _____ boca, _____

Fosas nasales _____ ojos, _____ oídos _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos Subjetivos

Realiza control médico de manera periódica: (si) (no)

Conoce medidas de control para prevenir algunas enfermedades. (si) (no)

Se enferma frecuentemente (si) (no) De qué: _____

Cuenta con su cuadro de vacunación (si) (no) Por que: _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes dentro del hospital (si) (no)

Cuales: _____

Datos objetivos

Como reacciona ante situaciones de urgencia: _____

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos subjetivos

Con quien vive _____

Como es la comunicación con las personas que se relaciona en este lugar: _____

Le agrada la soledad (si) (no) Por qué: _____

Tiene amigos: _____

Como es su relación con el personal del hospital : _____
Comunica problemas relacionados con la enfermedad: _____

Datos Objetivos

Habla con claridad: _____
Presenta dificultad para la visión y audición: (si) (no)
Cuál: _____
Usa apoyos: Anteojos () Prótesis () Aparatos Especiales ()
Tipo: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos

Cuales son sus creencias religiosas: _____
Principales valores personales: _____

Datos Objetivos

Hábitos específicos de vestido u objetos determinados de acuerdo a sus creencias: _____
Permite el contacto físico: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos

Trabaja antes de su hospitalización (si) (no)
Tipo _____ de _____ trabajo que realizaba: _____ Riesgos: _____
Cuánto tiempo le dedicaba al trabajo: _____
Está satisfecho (a) con su trabajo: _____
Su remuneración le permite cubrir necesidades básicas personales y las de su familia: _____

Datos Objetivos

Estado emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable () Inquieto () Eufórico ()

NECESIDADES DE JUEGO Y ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos Subjetivos

Realiza actividades recreativas en familia en su tiempo libre (si) (no)
tipo: _____
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: _____

Realiza alguna actividad para distraerse dentro del hospital (si) (no)
Cual: _____

Datos Objetivos

Integridad del sistema neuromuscular: _____
Rechazo de actividades recreativas: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Subjetivos

Nivel de educación: _____
Presenta problemas de aprendizaje: _____ de cognición: _____
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad (si) (no)
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud (si) (no)

Datos Objetivos

Funcionamiento de los órganos de los sentidos: _____
Memoria reciente: _____ Memoria Remota: _____

ANEXO 3.
CEDULA DE REGISTRO DE DATOS PARA HOJA DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ No. de cama: _____ Diagnostico
médico _____

Enfermera que atendió al paciente: _____

Turno: _____ Nivel académico de la enfermera: _____

1. Datos pertenecientes a la valoración registrados en la hoja de enfermería:

No.	Datos Objetivos	Datos Subjetivos

2. Necesidades afectadas según los datos registrados:

3. Acciones o intervenciones de enfermería realizadas y registradas:

ANEXO 4
CEDULA DE REGISTRO DE DATOS PARA LA GUIA
DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre del paciente: _____

Fecha de aplicación de la guía de valoración: _____

1. Datos relevantes pertenecientes a la guía de valoración de enfermería:

No.	Datos Objetivos	Datos Subjetivos

2. Necesidades afectadas según los datos registrados:

3. Principales diagnósticos de enfermería:
