



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN PACIENTE  
CON DIAGNÓSTICO DE PERTURBACIÓN DEL SUEÑO BASADO EN EL  
MODELO DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ESTHER ENRÍQUEZ MARTÍNEZ

No. DE CUENTA

40001565-3

DIRECTORA DEL TRABAJO

MTRA. MARÍA DEL PILAR SOSA ROSAS

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

MÉXICO, D.F. OCTUBRE DE 2005

110750



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## INDICE

	PAG.
1.- Introducción	3
2.- Objetivos	4
3.- Marco teórico	
3.1 Antecedentes de Enfermería	5
3.2 Florencia Nightingale	16
3.3 Conceptos de Enfermería	18
3.4 Cuidado Enfermero	20
3.5 Modelo de Virginia Henderson	24
3.6 Proceso Atención de Enfermería	31
4.- Presentación del caso Clínico	39
4.1 Instrumento de valoración de Enfermería	42
5.- Jerarquización de los diagnósticos de enfermería	52
6.- Plan de Cuidados de Enfermería	53
7.- Evaluación	76
8.- Conclusiones	77
Bibliografía	78
Anexos	
A. Aparato Reproductor Masculino	80
B. Cáncer testicular	87

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Esther Enriquez Martinez

FECHA: 24 de 10 / 2005

FIRMA: *Esther*

## 1.-INTRODUCCIÓN

El Proceso Atención de Enfermería que a continuación se presenta es de un paciente con diagnóstico médico de cáncer testicular, en el Instituto en donde realice mi servicio social hubo varios jóvenes entre los 15 y 22 años con este diagnóstico y lamentablemente fallecieron en poco tiempo se sabe que esta enfermedad es poco frecuente, lo alarmante de esto es que tiene mayor incidencia en adultos jóvenes y la gran rapidez con la que se desarrolla es impactante, de tal manera que el paciente puede morir en un periodo de dos años, además al confirmar el diagnóstico es muy posible que el individuo ya tenga metástasis.

Cuando las células de alguna parte del cuerpo se dividen rápidamente se le denomina tumor o neoplasia. Una característica importante de los tumores consiste en su capacidad para infiltrarse y desarrollar nuevos crecimientos. Los tumores se clasifican en malignos y benignos. Los malignos pueden llegar a ser mortales, puesto que son capaces de propagarse a otras partes del cuerpo y los benignos se pueden extirpar en caso de que afecten la función de alguna parte del cuerpo.

El nombre que se le otorga al cáncer depende del tipo de tejido que afecta y se puede denominar carcinoma, cuando afecta las células epiteliales; melanoma, si afecta a los melanocitos; sarcoma cuando afecta a las células musculares o al tejido conectivo; leucemia si afecta a los leucocitos y sus precursores y linfoma cuando afecta al tejido linfático.

Este trabajo trata de un caso de un paciente con diagnóstico médico de cáncer testicular, al cual le hice un seguimiento para poder realizar un plan de cuidados de enfermería y mejorar su estado de salud.

## 2.-OBJETIVOS

### GENERAL:

Elaborar un Proceso Atención de Enfermería aplicado a un paciente con diagnóstico de perturbación del sueño, e implementar un plan de cuidados de enfermería que le permita al paciente sentir una mayor comodidad.

### ESPECIFICOS:

- Identificar problemas reales o potenciales en el paciente mediante la realización del instrumento de valoración.
- Planificar cuidados individualizados mediante la elaboración de diagnósticos de enfermería que permitan resolver las necesidades de salud del paciente.
- Informar al paciente y sus familiares sobre las acciones a seguir para fomentar su estado de salud.

### **3.- MARCO TEORICO**

#### **3.1 ANTECEDENTES DE LA ENFERMERIA**

Los orígenes de la “actividad de cuidar tienen sus raíces en el pasado aún antes de que existieran documentos escritos, esto surge por la necesidad del hombre de cubrir sus necesidades básicas y de perpetuar la especie.

Durante el periodo neolítico, los cuidados comienzan a ejercerse siguiendo un plan, interesándose en la existencia del grupo, y se otorgan de acuerdo al conocimiento que se posee en torno al medio ambiente y cambios climatológicos.

El origen de las prácticas de los cuidados, se inician con las actividades de alimentación y conservación de la especie o grupo, las cuáles se relacionan con la supervivencia; es importante destacar que las actividades de cuidar, estaban relacionadas con lo biológico, por lo tanto, eran destinadas a la mujer, cuyas principales responsabilidades eran:

- Mantenimiento del fuego.
- Preparación de alimento.
- Prácticas para procurar bienestar y alivio.
- Cuidado de las gestantes, partos y la prole.
- Recolección de vegetales: selección y preparación.

De lo anterior, se puede afirmar que a la mujer le correspondían los cuidados biológicos que la situaban más cerca de los secretos de la naturaleza, de donde adquiriría “recetas misteriosas”, por lo que las plantas fueron parte principal del cuidado.

Conforme aparecieron las primeras civilizaciones, se fueron plasmando escritos sobre el otorgamiento de los cuidados, como muestra de ellos están los papiros escritos entre los siglos XX y XV a.C., estos contienen descripciones relacionadas con las prácticas de los cuidados como:

- Cuidados de la piel y el cabello, los dientes y la lengua.
- Consideraciones sobre la vida, salud y la enfermedad.
- El libro de las heridas.
- Técnicas de vendajes y reducción, entablillamiento y suturas, etc.

En el pueblo egipcio, el cuidado era practicado por mujeres y esclavos, y además el cuidado estaba ambientado en un concepto mágico – religioso. Un aspecto importante es que en Egipto existía la “cultura del cuidado”, en donde se inculcaba amabilidad para con los enfermos y no se les consideraba impuros o intocables como en otras culturas.

“En Grecia antigua se efectuó el cambio del pensamiento mítico al relacional” (1). Sin embargo, el cuidado como lo describen varios escritos era otorgado principalmente por hombres, ya que las mujeres se encargaban de las actividades domésticas y no tenían la libertad de participar en las artes.

Las prácticas del cuidado no prosperaron, puesto que eran relegados al ámbito doméstico y desempeñados por sirvientes o esclavos, ya que los griegos despreciaban las actividades de carácter manual.

Mientras tanto en Roma, los cuidados que se otorgaban estaban relacionados con la fuerza física y con el enfrentamiento bélico. Estos cuidados se otorgaban por los “valentudinaria”, enfermeros que trabajaban en los “nosocomi”, hospitales situados en el campo de batalla.

---

1) Hernández Conesa Juana. Historia de la Enfermería. Ed. McGraw Hill. Pág. 66.

Durante el cristianismo, se creó una nueva unidad cultural que se basó en las sagradas escrituras, en donde Jehová es el sanador y Él es quien concede o acaba con la vida, y el único medio que poseen los mortales para sanar las dolencias es la oración. Este pensamiento limitó el poner en marcha un procedimiento para el alivio de las enfermedades.

El cristianismo no permitió que se formaran bases para el otorgamiento de los cuidados, sino que todo giró en torno a un objetivo espiritual. La caridad es el objetivo del concepto de ayuda y por lo tanto, los cuidados enfermeros, son considerados como un instrumento de salvación. “Los cuidados de Enfermería” se institucionalizan basándose en el “concepto de ayuda” que podríamos denominar “vocacional – cristiano – caritativo” (2).

Los cuidados de Enfermería se institucionalizan con objetivos ajenos a los de una profesión, se institucionalizan para la “salvación de las almas”.

En el cristianismo los cuidados dejan de formar parte solo del ámbito doméstico y afloran en la sociedad, y la mujer puede desempeñar tareas de auxilio a los pobres, enfermos y desvalidos, recibiendo igualdad y reconocimiento social, aunque la valoración económica fue nula para ésta actividad.

La filosofía cristiana del cuidado estuvo influida por el concepto de humildad, por lo cual los inicios de la institucionalización del cuidado se debió a las mujeres vírgenes que consagraron su vida para atender a los más desafortunados, siempre con el pensamiento de que lo adecuado para una virgen de Cristo era el ser humilde.

Debido a éste concepto de humildad, la Enfermería fue la única profesión que no alcanzó el estatus adecuado para convertirse en una disciplina medieval.

---

2) Hernández Conesa Juana. Historia de la Enfermería. Ed. McGraw Hill. Pág. 78



Durante el siglo III, las mujeres que colaboraban con el obispo, eran llamadas diaconisas. La tarea principal de estas mujeres se centraba en la ayuda a los más necesitados, se encargaban de la educación de los niños huérfanos, de labores pastorales y del cuidado de los enfermos. Entre éstas mujeres se encontraban Marcela, Fabiola y Paula, que fundaron hospitales gratuitos o cedían sus casas para el cuidado de los enfermos y de ésta forma se comenzó a construir una organización enfermera, pero siempre teniendo como base fundamental la caridad.

“Al desarrollarse el concepto de ayuda, se construyen hospederías, hospitales y leproserías, en donde los cuidados se otorgan de forma institucionalizada” (3). Con la división del Imperio Romano, la institucionalización de los cuidados en el occidente, se refugia en monasterios, casas de caridad y hospederías, mientras que en el imperio Bizantino se construyeron hospitales como son el Hospital de Constantinopla, el de Alejandría, Antioquia, Jerusalén, entre otras.

Además se construyeron edificios destinados a la atención de epilépticos, ancianos o para recibir peregrinos, los cuáles contaban con servicios socio sanitario. La labor del Cuidado Enfermero se vio recompensado económicamente. El salario anual del médico era de 16 monedas de oro, el del farmacéutico de 12, el de la enfermera jefe de 14 y el resto de las enfermeras recibían 10 monedas.

“Las instituciones dedicadas al cuidado de los enfermos estaban influenciadas por la filosofía y pensamiento cristiano” (.4), por lo cuál el clero se encargaba de dictaminar las normas en cuanto al cuidado de los enfermos.

En primer lugar se le asignaba un lugar específico al enfermo, ya sea hospital, hospicio, orfanato, etc., y estaría a cargo de un individuo apto, el cual se encargaría de otorgarle cuidado.

---

3) Hernández Conesa Juana. Historia de la Enfermería. Ed. McGraw Hill. Pág. 81

4) Hernández Conesa Juana. Historia de la Enfermería. Ed. McGraw Hill. Pág. 84

Existieron contratos en los cuales había el compromiso de cuidar a las personas que daban donaciones o limosnas. La vigencia del contrato iniciaba cuando había situaciones de pobreza, vejez o enfermedad.

Las personas que se dedicaron al cuidado, debían aceptar los votos religiosos de castidad, pobreza y obediencia. Los que deseaban pertenecer a las comunidades dedicadas al otorgamiento de cuidado, debían hacer un noviciado de 1 año, siendo supervisado por un “maestro” y además debían reunir las siguientes características:

- “Ser libres, solteros y sanos.
- Las novicias, no debían ser ni muy jóvenes, ni muy bellas.
- La edad debía ser no menor de 20 años ni mayor de 50 para mujeres y 60 para los hombres” (5).

Las actividades principales que desempeñaban eran principalmente el alimentar a los enfermos y mantenerlos limpios, dentro de los cuidados terapéuticos, practicaban baños y sangrías.

Los conventos de religiosas estuvieron bajo la protección de los nobles y solo eran admitidos los de clase alta. Pero hubo una asociación de mujeres que no pudieron acceder a los conventos y formaron una asociación denominada Beguinas, cuya principal labor fue el cuidado a pobres y enfermos. Su fundadora fue María de Oignes. Las Beguinas nacieron en la diócesis de Lieja y se extendieron por Flandes, el norte de Francia y sur de Alemania. Tomaban el voto de castidad, pero de forma solemne, ya que podían conservar sus derechos de propiedad privada, trabajaban para mantenerse y podían casarse cuando lo desearan.

---

5) Hernández Conesa Juana. Historia de la Enfermería. Ed. McGraw Hill. Pág. 88

Las Beguinas, es la primera asociación femenina, que puede considerarse como una primitiva organización de “enseñanza enfermera organizada”.

En los conventos las monjas tenían muchas responsabilidades con los enfermos y debido a la falta de profesionales médicos, en ocasiones realizaban tareas que no les correspondían como recetar medicinas y realizar sangrías.

En la época medieval, la asignación de labores no estaba clara y muchas funciones se encimaban

Los médicos se destacaban por sus conocimientos teóricos y eran considerados superiores en el ámbito social y profesional. “Sus funciones consistían en tomar el pulso, analizar la orina, diagnosticar y recetar medicinas” (6) pero siempre alejados de cualquier trabajo manual considerado como humillante.

El grupo de barberos incluía a los que afeitaban y cortaban el cabello, a cirujanos y sangradores.

Los curanderos se destacaban por sus conocimientos prácticos, pero la falta de conocimientos teóricos y por que sus acciones estaban llenos de superstición.

Los boticarios se encargaban de la preparación de compuestos y también se encargaban de recetarlos.

Las comadronas se encargaban de asistir en los partos y de problemas ginecológicos.

Durante las cruzadas los hermanos sirvientes, como fueron nombrados, eran los encargados de atender y cuidar a los peregrinos y a los caballeros heridos durante el combate.

---

6) Hernández Conesa Juana. Historia de la Enfermería. Ed. McGraw Hill. Pág. 92

La corona y el papado eran las únicas instituciones que tenían el poder para fundar una institución universitaria.

El papa Gregorio VII puso en marcha una reforma en la cuál incluyó la institución universitaria. Esto provocó un gran movimiento en el ámbito educativo, ya que los dirigentes de los reinos se dieron cuenta de la importancia de contar con funcionarios preparados, capaces de responder rápidamente los conflictos que lleguen a aparecer en el gobierno.

Las universidades contaban con estudios en Teología, Leyes, Medicina y Artes. Los barberos lograron introducirse en el ámbito universitario y obtener el título de Médicos – Cirujano.

En cambio Enfermería no pudo incluirse como enseñanza universitaria debido a que el sentido de caridad excluyó a los cuidados Enfermeros, ya que se impidió la transmisión de conocimientos de los cuidados y no se contaba con un cuerpo específico de conocimientos.

Con la Reforma Protestante cambió el concepto sobre la salvación haciendo algún sacrificio o alguna obra de caridad. Martín Lutero afirma que la salvación es un acto de fe y por lo tanto, el cuidado y la atención a los enfermos pierde su sentido de salvación. Debido a esto, la mayoría de los hospitales, hospicios dirigidos por monjes y religiosas fueron cerrados. “El deterioro de tres siglos, de los cuidados de Enfermería denominado “Época oscura de la Enfermería” (7). Y fue hasta el siglo XIX, cuando Elizabeth Gurney comenzó transformando las condiciones de vida de las mujeres y niños de la prisión de Necugate y funda la “Sociedad de Enfermería Domiciliaria”. Es así como el cuidado recobra su reconocimiento social.

---

7) Hernández Conesa Juana. Historia de la Enfermería. Ed. McGraw Hill. Pág. 111

En México, la independencia trajo cambios importantes en el sistema de atención a la salud, el concepto de caridad ya no era válido, puesto que se buscaba la separación eclesiástica.

Los hospitales pasaron a manos del estado, los esclavos fueron libertados y, por falta de salarios los médicos y enfermeras abandonaron los hospitales. Las órdenes religiosas se destruyeron y surgieron nuevas religiones. Mientras tanto en Europa eran descubiertos todos los abusos de la iglesia. En Francia había un grupo de curas y frailes preocupados por la decadencia del catolicismo y las condiciones deplorables en las que se encontraba la población.

Se realizó el concilio de Trento donde se buscaba solución a la situación mundial por la que se estaba pagando. Vicente de Paúl presentó un programa en el cuál planeaba formar una asociación católica abierta, es decir, para todos sin diferencia social, de género o edad, la cuál atendiera a enfermos y estuviera dispuesta a apoyar a la comunidad en caso de emergencia física, moral o de alimentación. Esta asociación fue conocida como “Las charites” y “Hermanos grises”.

Francisco de Soles amigo de Vicente de Paúl fundó la orden religiosa de “las Visitandinas” que es el antecedente directo de las “Hermanas de la caridad”. Las Hermanas de la caridad llegan a México en 1844 en uno de los peores momentos en la historia del país.

Al ingresar al país no pudieron instalarse como orden o congregación sino bajo el compromiso de otorgar servicio en los hospitales, casas de beneficencia y a todos los que requieran de su ayuda.

Ellas se encargaban de los hospitales militares. En 1847 se funda el hospital de San Pablo en el cuál Sor Micaela de Ayanz fungió como encargada de 20 hermanas que atendían el hospital, Sor Micaela fue obligada a dirigir el hospital hasta 1876, año en que fueron expulsadas por Lerdo de Tejada.

Dentro de las tareas que realizaban las hermanas se pueden nombrar, acompañar a las visitas del médico, en ocasiones lavar y planchar, se encargaban de las cocineras, pero no realizaban trabajos ajenos a su sexo.

En el siglo XIX los hospitales se dividieron en 2 tipos:

- Los hospitales con especialidades patológicas.
- Hospitales donde había distinción por clase social y nacionalidad.
- 

Estos hospitales carecían de instalaciones como agua, baños, techos, vidrios, ventilación e iluminación adecuada, lo cuál favorecía la propagación de enfermedades.

Al iniciarse la construcción de un nuevo y moderno hospital, se solicitó a personas de ambos sexos con características como conocimientos en cultura social, con gran sentido humanístico, trato amable para los enfermos, buenos hábitos de limpieza y un grado determinado de estudios para tomar clases de 3 de 6 de la tarde de lunes a viernes. Dentro de los estudios se les enseñaban:

- Técnicas especiales para diferentes casos de enfermedades.
- Toma de signos vitales y su registro.
- Baño del paciente y como vestirlo.
- Dietética.
- Aplicación de lavativas.
- Asepsia.
- Administración de medicamentos.
- Manejo de aparatos quirúrgicos.
- Limpieza de heridas.
- Conducta en la sala de operaciones.
- Preparación de soluciones antisépticas y su empleo.

El curso terminaba con la enseñanza de obstetricia.

El doctor Liceaga fue nombrado como director de la construcción del hospital general de México y debido a sus relaciones con la diplomacia y medicina le fue posible traer a México a la señorita Rosa Crowder, enfermera americana de 25 años de edad, la cual permaneció desde el 24 de Noviembre de 1900 hasta Junio de 1902. Posteriormente la señorita Warreden continuó con la instrucción de las enfermeras. La señorita Warreden mostró insubordinación y el doctor Liceaga le pidió su renuncia. La señorita Maude Data se hizo cargo de la instrucción de los alumnos y junto con la señorita Gertrudis Friedrich fungieron como jefe y subjefe del hospital general de México el cual fue inaugurado el 5 de Febrero de 1905.

El hospital tenía corte europeo, sus edificios eran grandes y aislados y tenían divisiones según el tipo de enfermedad.

Dentro de las actividades que las enfermeras desempeñaban se incluían:

- Acompañar al médico en sus visitas.
- Ayudar al enfermo a levantarse y a cambiarse.
- Ayudar en las curaciones y operaciones pequeñas.
- Enseñanza del uso de escupideros y excusados a los enfermos.

En 1906 las señoritas Data y Friedrich dejaron sus cargos y fueron sustituidas por dos enfermeras americanas, Mary J. McClaud y Ana Hambory.

En 1907 fue inaugurada la primera escuela de enfermería, la cual fue aprobada por la dirección general de la beneficencia pública. Con la creación de esta escuela se le dio a la mujer la oportunidad de desprenderse del hogar y contar con una preparación que le proporcionara retribución económica gracias a su propio esfuerzo.

Los requisitos para ingresar a esta escuela eran: haber terminado la primaria, tener buena salud y moralidad. El curso contaba de tres años y la edad máxima para inscribirse era de 30 años.

El primer año se estudiaba anatomía, fisiología y curaciones. El segundo año higiene y curaciones en general. En el tercer año pequeña farmacia, curaciones y cuidado a niños parturientas y enajenados. Se utilizó el manual práctico de enfermería de Bourneville para los cursos.

El propósito del hospital era el de mantener orden y limpieza, disciplina y moralidad por lo que existía gran rigidez en la enseñanza a las enfermeras.

La escuela de enfermería del hospital general de México duró muy poco, puesto que en 1911 se incorporó el plan educativo a la máxima casa de estudios.

En 1910 las enfermeras americanas dejaron sus cargos y la jefatura de enfermería fue asumida por Eulalia Ruiz Sandoval, que había estudiado en la escuela del propio hospital.



## 3.2 FLORENCE NIGHTINGALE

Con la Revolución Industrial surgieron grandes avances tecnológicos como las industrias textiles, el desarrollo de los medios de transporte, etc.

La población obrera comenzó a concentrarse alrededor de las fábricas y las ciudades, las casa se construyeron muy juntas, no se tomaron en cuenta aspectos relacionados con salubridad y ventilación.

En 1852, Florence Nightingale, que trabajaba con los doctores William Farr y John Suiherlan, se dio cuenta que la salud era afectada por factores como la calidad de la vivienda, la iluminación, la calefacción y la ventilación. Por lo cual recomendó algunas medidas con las cuales disminuir los estragos sobre la salud en las viviendas:

- Aire puro
- Agua pura
- Desagües eficaces
- Limpieza
- Luz

Con el aumento demográfico mejoraron las condiciones materiales de vida, sin embargo los hábitos higiénicos ya fueran individuales o colectivos, continuaron siendo débiles. En su obra “Notas sobre enfermería”, Nightingale menciona aspectos relacionados con higiene, alimentación y fenómenos ambientales que afectan el bienestar del individuo y esto se ve reflejado en sus condiciones de salud.

La enfermería se había basado en la idea de arte y no de ciencia esto fue lo que llevo a Florence Nightingale a rechazar la orientación de los cuidados que había prevalecido por siglos y a crear un sistema independiente.

Fue la primera en pensar que la influencia cristiana que se ejercida en los cuidados de enfermería no debían ser simplemente de caridad sino que era momento de darle un enfoque basado en la reflexión. Estaba convencida que los cuidados que se otorgaban no eran malos, sino que eran el resultado de la falta de reflexión.

Teodor Fliedner y su esposa Frederika Munster desde 1826 habían fundado una sociedad de enfermeras visitadoras, su curso duraba 3 años y el objetivo principal era el adiestrar a las estudiantes.

El Instituto de Diaconisas de Kaiserwerth fue creado en 1836. Su programa incluía: Preparación en Enfermería Hospitalaria que duraba 3 años e incluía rotación por distintos servicios del hospital, formación en Enfermería domiciliaria, Aprendizaje teórico-práctico del cuidado de los enfermos, conocimientos sobre farmacología, preparación ética y doctrina religiosa.

Este Instituto influyó en Nightingale y el 24 de junio de 1840 crea la escuela Nightingale con el fin de preparar a enfermeras de hospital, visitadoras y de enseñanza. Se utiliza el libro “Notas de Enfermería” como libro de texto.

Su libro fue publicado en 1859 y a pesar de los años sigue siendo considerado importante para comprender cual era la visión humana y profesional de su autora.

El método de trabajo consistía en la lectura y recoger datos, en la observación y análisis de todo lo relacionado con la enfermería.

Dentro de sus obras se pueden destacar: “Notas sobre las cuestiones relativas a la salud”, “Énfasis y administración hospitalaria del ejército británico”, “¿Vida o muerte en la India?”, “Notas sobre los hospitales”, “Formato Estadístico del Hospital Modelo”.

### 3.3 CONCEPTOS DE ENFERMERÍA

La profesión de enfermería ha sido definida por diferentes grupos entre ellos, líderes de enfermería y organizaciones profesionales, también ha sido definida según sus funciones.

La primera definición la realiza Florence Nightingale en 1859, ella define a la enfermería como “aquello que se encarga de la salud personal de alguien... y lo que la enfermería tiene que hacer... es poner al paciente en la mejor condición para que la naturaleza actúe sobre él”. (8).

Una definición comúnmente citada es la de Virginia Henderson; para ella la enfermería es “ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a morir en paz) que el individuo realizaría por sí mismo en caso de tener las fuerzas, los deseos o los conocimientos necesarios” (9).

Otra definición que podemos mencionar es la de Fagin, la cuál dice que “la enfermería se defina como el fomento y mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención de las personas durante las fases agudas de una enfermedad y la rehabilitación y restauración de la salud” (10).

Orlando define a la enfermería como “la administración de la ayuda que el paciente pudiera necesitar para cubrir sus necesidades, esto es, para garantizar en la medida de lo posible su bienestar físico y mental” (11).

---

8) Nightingale F. Notas sobre Enfermería. 1969

9) Marriner, Turney Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Ed Harcourt Brace. Cuarta edición. España 1999. Pág. 69

10) Ibid.. Pág. 70

11) Ibid.. Pág. 72

Rogers define a la enfermería como un arte y una ciencia.

Estas son solo algunas definiciones sobre enfermería, pero podemos afirmar que la enfermería posee conocimientos teóricos que son aplicados en la práctica y además la enfermería se preocupa no solo del aspecto físico, sino también del psicológico, social y espiritual de cada individuo.

Las organizaciones profesionales también han creado sus definiciones sobre enfermería. La Asociación Americana de Enfermería (ANA) definió la enfermería de la siguiente manera: “La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y potenciales” (12).

En cuanto a las respuestas humanas sabemos que las enfermeras se preocupan por dos tipos de respuestas: 1) las respuestas ante problemas reales de salud y 2) respuestas ante problemas potenciales de salud.

---

12) Nursing: A Social Policy Statement. 1980

### 3.4 CUIDADO ENFERMERO

Los Cuidados Enfermeros se han vuelto complejos, pues han sido influenciados por corrientes del pensamiento y un mundo que ha ido en constante cambio. Los cuidados enfermeros han dejado de ser empíricos y se apoyan en conocimientos científicos y en un método sistemático de trabajo.

La disciplina enfermera se centra en el cuidado de la persona sabiendo que ésta vive rodeada de un entorno con el cuál interactúa y por lo tanto tiene experiencias de salud. Debemos entender como entorno al medio interno (genético, fisiológico, psicológico) y externo (físico, laboral, social, político, económico, etc.) y experiencias de salud a las situaciones que se viven en relación con el crecimiento y desarrollo de la persona.

A continuación se mencionan algunos principios que están relacionadas con el cuidado, objeto principal de la disciplina enfermera que son considerados por Kerouac:

#### **Principio 1:**

La enfermera debe demostrar un compromiso personal y profesional al proporcionar cuidado.

La enfermera debe demostrar sensibilidad a la persona que se le otorga cuidado. Debiera caracterizarse por ser confiable y compasiva. Aún con sus gestos y acciones debe demostrar interés por la persona a la que cuida, en cuanto a sus opiniones y valores.

**Principio 2:**

La enfermera acompaña a la persona, la familia o comunidad en sus diferentes experiencias de salud, manteniendo la dignidad de ellos y respetando sus diferencias.

Al acompañar, la enfermera respeta el ritmo de vida de cada persona y nunca impone sus valores. La enfermera ayuda a tomar decisiones que respete la dignidad.

La enfermera reconoce que cada paciente es diferente en tanto a orígenes étnicos, religión, costumbres, orientación sexual y respeta esta forma de vida.

**Principio 3:**

Por su presencia, su atención y disponibilidad, la enfermera favorece el desarrollo potencial de la persona que vive experiencias de salud.

La enfermera tiene funciones de mantenimiento, apoyo y estimulación de las capacidades de cada individuo.

Ella es capaz de aumentar las capacidades del individuo para la utilización de recursos a su disposición.

El estar presente significa dedicar tiempo para escuchar, observar, apoyar o simplemente tiempo para apoyar o simplemente permanecer al lado del paciente.

**Principio 4:**

La enfermera se inspira en conocimientos específicos de la disciplina enfermera y aplica los principios específicos que guían su arte de cuidado.

La enfermera adquiere y desarrolla conocimientos durante su formación académica y también de las experiencias de salud de los individuos. Estos

conocimientos le ayudan a jerarquizar sus actividades con el fin de brindar cuidados de calidad.

#### **Principio 5:**

Además de los conocimientos específicos de la disciplina enfermera, la enfermera integra conocimientos de otras ciencias en la comprensión de la experiencia humana de salud.

Los conocimientos de otras disciplinas como matemáticas, estadísticas, psicología, sociología, etc., son importantes para comprender por qué actúa una persona de cierta manera y poder mejorar su estado de salud.

#### **Principio 6:**

La enfermera aprovecha recursos y conocimientos con el fin de facilitar diversas transiciones vividas por la persona, familia o grupo y promover su salud.

La enfermera posee conocimientos que le son útiles para decidir que acción es más conveniente para alcanzar su objetivo planeado. Lo que se desea es hacer uso de los medios preventivos y terapéuticos, de acuerdo a la prioridad de salud de la persona.

#### **Principio 7:**

La enfermera se compromete en los procesos interactivos con el fin de promover la salud y favorecer la curación.

La enfermera forma parte de estos procesos interactivos, por lo cual debe orientar esta interacción entre la persona y su entorno hacia la promoción de la salud y la curación.

### **Principio 8:**

La enfermera da los cuidados individuales en colaboración con la persona, la familia o la comunidad, según un proceso heurístico llamado Gestión Clínica.

El proceso heurístico se refiere a una gestión clínica en la cuál se hace uso de la creatividad, el deslumbramiento y la transformación. La enfermera por lo tanto, debe tomar en cuenta los signos, síntomas y diagnóstico de la persona, reconociéndola como ser único y proporcionar cuidado, haciendo uso de su creatividad y observación no olvidando las necesidades de la persona.

### **Principio 9:**

La enfermera reconoce su propia competencia y la de sus colegas, que pueden proceder de otras disciplinas, y con ellas contribuye al objetivo de optimizar el valor de los cuidados otorgados.

La enfermera colabora con sus colegas con el propósito de brindar cuidado específico y de calidad, además hacen uso de su habilidad e ingenio para innovar la práctica enfermera y el otorgamiento de cuidados.

La profesión enfermera cuenta con principios éticos, así como deberes y obligaciones con la sociedad.

Los principios mencionados anteriormente “indican los elementos constitutivos y activos del cuidado” (13). Estos principios hablan de ética y consideran a la persona en su totalidad y desde un punto de vista humanístico.

Virginia Henderson aunque no definió principios éticos en su modelo siempre se interesó por el bienestar de los pacientes.

---

13) Kerouac, Suzanne. Et. Al. El pensamiento enfermero. Ed. Masson. Barcelona 1996.



### 3.5 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

#### **Antecedentes de Virginia Henderson:**

Virginia Henderson nació en 1897, en Kansas City, Missouri. Durante la Primera Guerra Mundial, desarrolló su interés por la enfermería. En 1918 ingresó a la Army School of Nursing de Washington D.C., en donde se graduó en 1921.

Trabajó en el Henry Street Visiting Nurse Service de New York. En 1922 inicia su actividad como profesora en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia y cinco años más tarde ingresa en el Teacher's Collage de la Universidad de Columbia.

Henderson se destacó como autora e investigadora. Dentro de sus obras se pueden destacar: *The Nature of Nursing* (1966). *Basic Principles of Nursing Care* (1964); *The principles and Practice of Nursing* (1978).

#### **Principales Conceptos y Definiciones**

- **Enfermería:** Henderson define a la enfermería como:  
“La única función de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios” (14).
- **Salud:** Henderson no define que es para ella salud. Considera a la salud en función de la capacidad del paciente para realizar por sí mismo los 14 componentes de la asistencia de enfermería.
- **Entorno:** Henderson tampoco da una definición de entorno. Pero esta de acuerdo en que este influye en la vida y desarrollo del ser humano.

---

14) Marriner Turney .Métodos y Teorías en Enfermería. Ed. Harcourt Brace. Cuarta edición. España 1999. Pág.

- **Persona:** “Considera al paciente como un individuo que requiere de asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila” (15).
  
- **Necesidades:** No tiene una definición sobre necesidad, pero menciona 14 necesidades básicas del paciente:
  1. Respirar normalmente.
  2. Comer y beber de forma adecuada.
  3. Eliminar los residuos corporales.
  4. Moverse y mantener la posición deseada.
  5. Dormir y descansar.
  6. Elegir las prendas para vestir – vestirse y desvestirse.
  7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.
  8. Mantener el cuerpo limpio, tegumentos protegidos.
  9. Evitar peligros.
  10. Comunicarse con los demás.
  11. Realización de prácticas religiosas, según la fe de cada uno.
  12. Trabajar de manera que nos sintamos satisfechos.
  13. Jugar o participar en actividades recreativas.
  14. Aprendizaje.

---

15) Marriner Turney .Métodos y Teorías en Enfermería. Ed. Harcourt Brace. Cuarta edición. España 1999. Pág.

## **La salud. Independencia/Dependencia y causas de la dificultad.**

Virginia Henderson, desde un punto de vista humanístico, considera que todas las personas poseen determinados recursos y capacidades, tanto reales como potenciales y por lo tanto, buscan y tratan de lograr la independencia, es decir, la satisfacción de sus necesidades con el fin de tener un estado óptimo de salud. Cuando esto no es posible surge una dependencia que Henderson considera que se debe a tres causas, las cuales son “falta de fuerza, “falta de conocimiento” o falta de voluntad.

### **INDEPENDENCIA**

“Es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación” (16)

Los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo a las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

### **DEPENDENCIA**

Tiene una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades y por otro que se realicen actividades que no sean adecuadas o que sean insuficientes.

---

16) El Proceso de atención de enfermería. Estudios de casos. Pág. 266

## CAUSAS DE DIFICULTAD

“Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades” (17).

Las causas de dificultad Henderson las agrupa en tres posibilidades:

### **Falta de fuerza.**

Se refiere a la capacidad de la persona para realizar actividades para resolver su situación y esto depende del estado emocional, estado de las funciones psíquicas y de la capacidad intelectual.

### **Falta de conocimientos.**

La persona no posee los conocimientos necesarios sobre su salud y situación de su enfermedad, sobre ella misma y sobre los recursos disponibles.

### **Falta de voluntad.**

Es la capacidad o limitación de la persona para tomar decisiones adecuadas para el mejoramiento de su salud o para realizar acciones para satisfacer las 14 necesidades.

---

17) El Proceso de atención de enfermería. Estudios de casos. Pág. 268

### **Supuestos Principales:**

Henderson no menciona cuales son sus supuestos fundamentales, pero se han obtenido los siguientes de sus publicaciones

### **Enfermería:**

- La enfermera tiene como función ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enfermera forma parte de un equipo sanitario.
- La enfermera actúa independiente del médico, pero lo apoya cuando el lo requiere.
- La enfermera tiene formación en ciencias biológicas y sociales.
- La enfermera puede identificar las necesidades básicas del individuo.
- Las 14 necesidades abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

### **Persona:**

- La persona debe poseer un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para poder ser independiente.
- El paciente y su familia forman una unidad.
- Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de enfermería.

**Salud:**

- La salud representa la calidad de vida.
- La salud es necesaria para que funcione el cuerpo humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es mas importante que la atención al enfermo.
- Los individuos recuperaran la salud o la mantendrán si poseen la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.

**Entorno:**

- Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.
- La enfermera debe estar capacitada en materia de capacidad.
- Las enfermeras deben de proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión al dar recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
- Las recomendaciones de enfermeras en cuanto a la prescripción de dispositivos protectores es utilizada por los médicos.
- Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las practicas religiosas para valorar los riesgos.

## AFIRMACIONES TEÓRICAS

### **Relación Enfermera – Paciente:**

Se identifican tres niveles:

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

### **Relación Enfermera – Médico:**

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función distinta a la del médico. El plan de cuidados elaborado por la enfermera juntamente con el paciente de facilitar el plan terapéutico del médico.

### **La Enfermera como un miembro del equipo de salud:**

La enfermera trabaja en conjunto, en independencia con otros miembros del equipo de salud, los cuáles se ayudan mutuamente para lograr un objetivo principal que debe ser el otorgamiento de cuidado de calidad al paciente.

### 3.6 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

La disciplina de enfermería posee como base un amplio marco teórico, éste marco teórico se aplica en un método llamado “Proceso de Atención de Enfermería”, con él se analizan problemas de salud del individuo.

El proceso actualmente consta de 5 fases, pero al principio. Hall lo describió como un proceso distinto (1955). Jonson (1959). Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso que constaba de tres fases y era muy rudimentario al actual. En 1967, Yura y Walsh crearon un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los setenta, se añadió la fase de diagnóstico, con lo que surgió un proceso de cinco fases. Desde entonces el proceso ha fungido como guía para el desarrollo de la práctica enfermera.

El propósito principal del proceso es proporcionar un marco dentro del cuál se satisfagan las necesidades de la persona, familia o comunidad de manera individualizada. Además implica una interacción entre le enfermera y la persona, siendo ésta última el centro de interés.

Como se mencionó anteriormente, el proceso esta organizado en cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

#### **Valoración:**

La valoración es la primera fase del proceso, y es la más importante, puesto que todo el plan de atención se realiza con la información que se obtiene en la valoración.

Durante ella, la enfermera hace uso de sus cinco sentidos para obtener información que le será útil posteriormente.



La valoración consta de dos actividades: recolección de datos y organización de éstos.

1. **Recolección de Datos:** La recolección de datos se inicia en el momento que la enfermera tiene contacto con el paciente y continúa a través de la relación entre enfermera y paciente.
2. **Interrogatorio:** Este puede ser formal o informal. El interrogatorio formal tiene como objetivo principal la realización de la historia clínica del paciente, y que se diferencia de la historia médica, en la historia de enfermería se describe como percibe el paciente a su enfermedad y sus respuestas humanas ante ésta. La entrevista se lleva a cabo con el propósito de obtener información que sirva en la planeación de los cuidados. El interrogatorio informal se realiza durante la conversación entre enfermera y paciente al proporcionar cuidados.
3. **Exploración Física:** Antes de iniciar la exploración físicas e debe explicar al paciente lo que se va a realizar y pedir permiso para realizarlo. Se toman medidas para la privacidad del paciente. Esta exploración se puede realizar céfalo caudal (cabeza a pies) o por sistemas. La enfermera valora signos vitales, ruidos cardíacos y torácicos, problemas en la piel, realiza palpación abdominal, escucha ruidos intestinales, revisa extremidades. Debe poner más interés cuando el paciente se queja de dolor. Para la realización de la exploración se apoya en la palpación, auscultación y percusión.
4. **Organización de Datos:** Los datos se organizan en un instrumento de valoración, cuyo formato depende del modelo de enfermería que se utilice, y cada enfermera puede organizar sus datos de acuerdo a su experiencia y conocimiento de los modelos.

### **Diagnóstico de Enfermería:**

“La formulación de diagnósticos enfermeros proporcionan una guía para el proceso de planificación y selección de las intervenciones enfermera para alcanzar los resultados deseados” (18).

Los diagnósticos enfermeros pueden ser reales, de riesgo o de salud.

#### **Diagnóstico real.**

“Describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad a una situación de salud o a un proceso vital” (19). Se refieren a problemas que existen en el momento (dolor abdominal).

#### **Diagnóstico de riesgo.**

“Describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables” (20).

#### **Diagnóstico de salud.**

“Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o la comunidad goza ya de un grado aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor” (21).

---

18) Potter, Patricia A. Fundamentos de enfermería. Vol. I. Ed. Harcourt. Quinta edición. Pág. 333.

19) Luis Rodrigo, María Teresa. Los Diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Ed. Masson México 2000. Pág. 11.

20) Luis Rodrigo, María Teresa. Los Diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Ed. Masson México 2000. Pág. 12.

21) Luis Rodrigo, María Teresa. Los Diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Ed. Masson México 2000. Pág. 12.

Un diagnóstico real es aquel en el cuál existen manifestaciones clínicas y para redactarlo se puede utilizar el formato PES (problema, etiología y signos y síntomas). En cambio un diagnóstico de riesgo se redacta con el problema y la etiología, pues no existen manifestaciones. Los diagnósticos de salud se formulan con un solo componente, la etiqueta diagnóstica.

Al redactar diagnósticos de enfermería, se deben evitar los siguientes errores:

- Utilizar terminología médica para nombrar el problema.
- Formular dos problemas simultáneamente.
- Redactar de tal forma que se incrimine legalmente.
- Involucrar valores personales.
- Emplear el diagnóstico médico.

## **Planeación:**

En la planeación se elabora el plan de atención y se determina el enfoque a utilizar para la resolución de los problemas del paciente.

Consta de tres fases: 1) Establecimiento de prioridades, 2) Identificación de objetivos y 3) planeación de las acciones de enfermería.

### **Establecimiento de Prioridades**

En ésta fase se seleccionan los problemas que necesitan ser resueltos inmediatamente. ¿Cuáles diagnósticos afectan en mayor grado el bienestar del paciente?.

El establecer prioridades ayuda a ordenar la atención de enfermería y resolver los problemas más importantes antes que los menores.  
Es importante la utilización de un modelo de enfermería.

### **Identificación de Objetivos**

Es el resultado que se espera del cuidado de enfermería, es lo que se desea lograr con el paciente.

Los objetivos se dividen en dos: Objetivos a corto plazo son aquellos que se desean resolver rápidamente, en horas o días. Objetivos a largo plazo son los resultados que requieren de un tiempo prolongado.

Los objetivos deben tener las siguientes características:

- Estar centrados en el paciente.
- Redactar un objetivo por cada problema de enfermería.
- Resolver el problema y no la etiología o las manifestaciones clínicas.
- Emplear verbos que se puedan evaluar.
- Cada objetivo debe basarse en la resolución de un problema.
- Los objetivos deben realizarse juntamente con el paciente.
- Debe ser realista.
- Debe ser alcanzable.
- Específicos.
- Deben ser observables y medibles.

#### **Planeación de las Acciones de Enfermería:**

“Las acciones de enfermería son todas las actividades que la enfermera planea hacer para ayudar al paciente a lograr un objetivo” (22).

Algunos lineamientos que se deben tomar en cuenta al planear las acciones de enfermería son:

- Las acciones de enfermería deben ser seguras para el paciente.
- Las acciones deben ser congruentes con los demás tratamientos.
- Las acciones deben basarse en conocimientos teóricos.
- Se deben implementar acciones para cada objetivo.
- Las acciones deben ser realistas para el paciente, para el personal con que se cuenta, para la experiencia y habilidad de quien los implementa.

---

22) Atkinson, LeslieD. Proceso Atención de Enfermería Ed. McGraw Hill Interamericana. México, 1996. Pág.

### **Documentación de la Atención del Paciente:**

Consiste en registrar el diagnóstico de enfermería, objetivos, acciones de enfermería y evaluación en un formato especial. Para ello se puede utilizar el formato SOAP.

“S – Datos Subjetivos.

O – Datos Objetivos.

A – Análisis y valoración – problema establecido.

P – Plan – Objetivo + acciones de enfermería” (23).

Este método es utilizado por la mayoría de los miembros del equipo de salud.

Otra alternativa es utilizar el formato SOAPIE, el cual es más apropiado para evaluar los objetivos de enfermería.

“S – Datos Subjetivos.

O – Datos Objetivos.

A – Análisis y valoración.

P – Plan

I – Intervenciones de Enfermería.

E – Evaluación del Plan” (24).

---

23) Atkinson, LeslieD. Proceso Atención de Enfermería Ed. McGraw Hill Interamericana. México, 1996. Pág. 58

24) Atkinson, LeslieD. Proceso Atención de Enfermería Ed. McGraw Hill Interamericana. México, 1996. Pág. 61

### **Ejecución:**

La ejecución se caracteriza por poner en práctica las acciones de enfermería que han sido establecidas. Consta de cuatro fases: 1) Validación del Plan de Atención, 2) Documentar el Plan de Atención, 3) Brindar atención de enfermería y 4) Continuar con la recolección de datos.

La validación del plan consiste en la revisión del plan con otro profesional, con el paciente ya que el puede modificar algún aspecto del plan en el que no este de acuerdo.

En cuanto a la documentación del plan, este no debe ser excluido para una enfermera sino se debe difundir. Posteriormente la enfermera esta lista para llevar a cabo el plan de atención planeado. La recolección de datos debe realizarse durante todo el proceso con el fin de modificar el plan y las acciones no son útiles para la resolución de las necesidades y problemas recientes.

### **Evaluación:**

Es la última etapa del proceso de enfermería y consta de: 1) Evolución del logro del objetivo y 2) Revaloración del plan de atención.

El propósito de la evaluación es ver si el objetivo planteado se alcanzó. Lo que se evalúa es la capacidad del paciente para realizar la actividad planteada en el objetivo. También se evalúa que tan efectivas fueron las intervenciones de enfermería en la resolución de los problemas de salud del paciente.

La revaloración del plan de atención, consiste en cambiar o eliminar aquellos diagnósticos, objetivos o acciones previas con base en la obtención de nuevos datos. Estos datos se pueden obtener mientras se atiende al paciente.

#### 4.-PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Se trata de paciente masculino de 21 años de edad, cuyo padecimiento actual lo inicia hace dos años presentando aumento de masa testicular derecha sin dolor a la palpación, se atiende con médico particular el cual de diagnostica inflamación testicular, al continuar aumentando el tamaño testicular le realiza USG abdominal, con lo cual confirma diagnóstico de cáncer de testículo y lo refiere al Instituto Nacional de Cancerología.

Acude al Instituto el día 22 de febrero de 2005, es examinado por los médicos de Urología, a la exploración física se detecta tumor testicular derecho de 10 x 10 cm aproximadamente, el cual ocupa todo el testículo derecho. Debido al gran tamaño del tumor es hospitalizado y se le programa su cirugía para el día siguiente 23 de febrero.

Se le realizan estudios preoperatorios obteniéndose los siguientes resultados:

Rayos X abdominal y torácico. Negativo para metástasis.

#### LABORATORIOS

##### QUIMICA SANGUINEA:

Sodio	138 mg/dl
Potasio	3.8 mg/dl
Cloro	103 mg/dl
Glucosa	94 mg/dl
Urea	20.2 mg/dl
Calcio	9.1 mg/dl
Fósforo	4.3 mg/dl
Magnesio	201 mg/dl
Albúmina	3.7 mg/dl



## BIOMETRIA HEMATICA

Leucocitos	5.6 miles/mm <sup>3</sup>
Eritrocitos	5.2 millones/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	15.4 gr/dl
Hematocrito	45.2 %

Tiempo de Trombina	17.4 seg.
Tiempo Tromboplastina Parcial	31.7 seg.
Tiempo testigo tromboplastina Parcial	30.4 seg.
Tiempo de Protombina	13.6 seg.

## MARCADORES TUMORALES

Alfa-feto proteína	2.1
Fracción beta gonadotropina coriónica	4.8

Se le realiza Orquiectomía Radical Derecha. La muestra obtenida es mandada a Patología y se obtiene el resultado de Tumor de 11 x 7 x 6 cm. Seminoma típico con reacción inflamatoria positiva. Limite de sección quirúrgica y cápsula sin neoplasia.

El primer contacto con el paciente se tiene el día 22 de febrero de 2005, cuando ingresa al segundo piso de hospitalización, el paciente se encuentra muy ansioso, refiriendo que su estado se debe al temor a la cirugía.

La enfermera le explica al paciente en que consiste su cirugía y le resuelve sus dudas.

El día de la cirugía se le brindan cuidados preoperatorios y se acompaña al quirófano. Al regresar del quirófano se mantiene en vigilancia estrecha, refiere dolor de 8 en la Escala Visual Análoga (EVA) por lo cual es necesaria la administración de analgésico prescrito.

Se platica con el paciente y se le realiza una evaluación para conocer que tanto conoce sobre su padecimiento, sobre la importancia de la deambulaci3n y el ejercicio despu3s de una intervenci3n quir3rgica y como esto interviene en su eliminaci3n intestinal. El paciente acepta que se haga un seguimiento de su caso y se le proporciona apoyo para lograr su independencia.

Es dado de alta del Instituto con esquema de analg3sico y antibi3tico, por parte de enfermer3a se le dan indicaciones sobre el cuidado de su herida y la importancia de acudir a sus citas posteriores.

Actualmente el paciente realiza sus actividades cotidianas sin problema alguno y esta pendiente iniciar su tratamiento con quimioterapia.

## 4.1 INSTRUMENTO DE VALORACION DE ENFERMERÍA NECESIDADES HUMANAS

### Ficha de Identificación:

Nombre del Paciente: Oscar Ibáñez Edad 21 años Peso: 74 Kg. Talla: 1.75cm

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino Ocupación: Ayudante de mecánico

Escolaridad: Primaria completa Fecha de Admisión: 22-02-05 Edo. Civil: Soltero

Procedencia: Distrito federal Fuente de Información: Directa e indirecta

Fiabilidad (1-4) 1 \_\_\_\_\_ Miembro de la Familia / Persona

Significativa: Novia

### 1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

- Subjetivo: (Información que proporciona el paciente / familia)

Dificultad para respirar, debido a: No Tos productiva/seca: No Dolor asociado a la respiración: No

Fumador: Sí Desde cuando fuma/ cuantos cigarrillos al día /varía según su estado emocional: Desde hace 4 meses, cuatro cigarrros diarios, fuma más cuando se encuentra nervioso.

¿Ha presentado problemas para respirar? No, ninguna.

- Objetivo: (Lo que la enfermera observa)

Registro de signos vitales y características: TA 110/70 mmHg, FR 20 por min. FC 78 por min. Temperatura 36.5 ° C. Signos vitales dentro de parámetros normales, Campos pulmonares ventilados, Ruidos cardiacos normales con buen ritmo, intensidad y frecuencia.

Tos seca/ productiva: No Estado de conciencia: Conciente Coloración de piel/ lechos ungueales/ peribucal: Palidez de tegumentos, lechosa ungueales rosados. Circulación del retorno venoso: Llenado capilar en 2 segundos.

Características de la ventilación: Campos pulmonares ventilados, sin presencia de estertores, frecuencia y ritmo normales.

Pulsos periféricos: Presentes, amplitud simétrica, pulsaciones de buena intensidad.

## 2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

- **Sujetivo:**

Dieta habitual: Consume gran cantidad de carne ( cuatro veces a la semana), pocas verduras y frutas, consume gran cantidad de refrescos, agua en poca cantidad. Numero de comidas al día: 2

Trastornos digestivos: Estreñimiento.

Intolerancias alimenticias / Alergias: Ninguna.

Problemas de la masticación y deglución: No

- **Objetivo:**

Turgencia de la piel: Piel hidratada sin datos de desnutrición.

Membranas mucosas hidratadas/ secas: Mucosas orales semihidratadas.

Características de uñas / cabello: Cabello bien implantado, limpio, uñas cortas.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Normal.

Aspecto de los dientes y encías: Mucosa oral integra con caries dental , presencia de placa bacteriana.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Ninguna.

Ingiere lo que le sirven: Sí Capacidad para alimentarse: Normal.

Le gusta comer solo o acompañado: Acompañado generalmente come con sus compañeros del trabajo en el hospital come solo.

### 3.- NECESIDAD DE ELIMINACION.

- Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacua una vez al día. Características de las heces y orina: Heces parduscas, duras y secas, orina amarilla, sui géneris.

Historia de hemorragias/ enfermedades renales, otros: No Uso de laxantes: No  
Hemorroides: No

¿Dolor al defecar u orinar?: Al defecar ya que las heces son muy duras. ¿Cómo influyen las emociones en su patrón de eliminación?: Considera que sus emociones no influyen en su eliminación.

- Objetivo:

Abdomen características: Abdomen blando depresible, sin dolor a la palpación.

Ruidos intestinales: Presentes y audibles. Vejiga urinaria: No palpable.

Capacidad para trasladarse y levantarse del W.C: Le cuesta trabajo sentarse y levantarse del W.C, refiere dolor en herida quirúrgica, requiere ayuda de un familiar.

### 4.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

- Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: Sí

Ejercicio/ tipo y frecuencia: Práctica fútbol los fines de semana y en sus ratos libres.

Temperatura ambiental que le es agradable: Calor.

- Objetivo:

Características de la piel: Piel tersa, hidratada, rosada.

Transpiración: Aumenta durante los climas calurosos.

## 5.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

- Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Dificultad para deambular debido a dolor en herida quirúrgica.

Actividades en el tiempo libre: Ir al cine, leer, jugar fútbol.

Hábitos de descanso: Descansa alrededor de 2 horas diarias viendo televisión.

Hábitos de trabajo: Trabaja de 10 a 12 horas diarias.

- Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza: Normal, sin contracturas.

Capacidad muscular. Tono/ resistencia/ flexibilidad: Adecuado

Posturas: Adecuada, alineación normal del cuerpo.

Necesita ayuda para la deambulaci3n: Se apoya en un familiar para poder caminar y movilizarse.

Dolor con el movimiento: Sí, en su herida quirúrgica.

Presencia de temblores: No Estado de conciencia: Conciente y orientado

Otros: Requiere ayuda de un familiar para sentarse y levantarse.

## 6.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

- Subjetivo:

¿Se duerme inmediatamente después de meterse en la cama?: No, se acuesta a las 22 hrs. Se queda dormido como a las 24 hrs., da vueltas en la cama antes de quedarse dormido pensando en su enfermedad.

Siesta: No Ayudas: La lectura Insomnio: Sí Debido a: La herida le molesta mucho si se mueve aunque sea un poco, le duele mucho. Descansado al levantarse: En ocasiones.

- Objetivo:

Estado mental. Ansiedad/ estrés/ lenguaje: Esta ansioso, su lenguaje es claro y respetuoso. Ojeras: Sí

Bostezos: Sí Concentración: Por periodos breves. Respuesta a estímulos: Responde inmediatamente al hablarle, estímulos verbales y táctiles presentes.

#### 7.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

- Subjetivo:

Influye se estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: Sí, al estar triste o desanimado no le dan ganas de salir y anda desaliñado.

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: Sí

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No, lo que cree no impide que el se vista como le gusta.. Necesita ayuda para la selección de su vestuario: Normalmente no, aunque durante su estancia en el hospital depende se sus familiares los cuales le seleccionan su ropa.

- Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Sí su vestimenta es muy juvenil.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Su herida quirúrgica le causa dolor por lo cual requiere ayuda para ponerse su pantalón.

Vestido: Adecuado , limpio y de acuerdo a su edad.

## 8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

- Subjetivo:

Frecuencia del baño: Cada tercer día, cambio de ropa diario. Momento preferido para el baño: Por la mañana. ¿Cuántas veces se lava los dientes al día?: Dos veces

Aseo de manos antes y después de comer: Sí Después de eliminar: Sí

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No, ninguno.

- Objetivo:

Aspecto general: Aseado, vestido limpio, manos y uñas limpias, deficiente higiene bucal.

Olor corporal: No

Halitosis: Sí

Estado del cuero cabelludo:

Limpio

Lesiones dérmicas: Herida quirúrgica en fosa iliaca derecha de 10 cm. de longitud debido a orquiectomía.

## 9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

- Subjetivo:

¿Que miembros componen la familia de pertenencia?: Abuelos maternos y su hermano.

¿Cómo reacciona ante situación de urgencia?: Permanece calmado y busca solución al problema.

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: Solo algunas

¿Realiza controles de salud recomendados en su persona?: Anteriormente no, ahora que esta en el hospital tratará de hacerlo.

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión es su vida?: Sale a caminar o si esta muy tenso prefiere jugar fútbol.



- Objetivo:

Deformidades congénitas: No Condiciones del Ambiente en su hogar: Casa ubicada en zona urbana, construcción mixta.

Trabajo: Manejo de material flamable.

## 10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE.

- Subjetivo:

Estado civil: Soltero

Preocupaciones / estrés: El estado actual de salud,

Rol en estructura familiar: Vive con sus abuelos maternos y su hermano mayor. Casi no convive con sus padres, ya que estos se divorciaron cuando él tenía 7 años. Su mamá actualmente vive con otra pareja con la cual procrea 2 hijos de 12 y 14 años respectivamente. Su padre no había mostrado interés en él hasta que se enteró que está enfermo.

Comunica problemas debido a la enfermedad/ estado: Únicamente platica con su novia sobre su estado actual de salud, no tiene mucha confianza con su mamá y demás familiares.

¿Cuánto tiempo pasa solo?: Solo cuando va a dormir.

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: Trata de dedicar tiempo todos los días para pasarlos con su novia y en ocasiones con sus amigos.

- Objetivo:

Habla claro: Sí Dificultad. Visión: Sin problemas Audición: Normal

Comunicación verbal/ no verbal con la familia/ con otras personas significativas: Pasa varias horas platicando con su novia, en ocasiones con su mamá.

## 11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- Subjetivo:

Creencia religiosa: Católico

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No, ninguno

Principales valores en la familia: Respeto, tolerancia, bondad, amabilidad.

Principales valores personales: Amor, respeto, amistad.

¿Cómo percibe la atención y cuidado en el hospital?: Es muy buena las enfermeras son amables y al igual que los médicos responden todas sus dudas.

- Objetivo:

¿Permite el contacto físico?: Sí

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: Una estampa con la imagen de la virgen en su buró.

## 12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

- Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: Sí Tipo de trabajo: Ayudante de mecánico.

¿Qué actividad lo hace sentirse útil?: El trabajar, se siente a gusto con lo que realiza

¿Cuánto tiempo le dedica al trabajo?: De 10 a 12 horas

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?:

Cubre minimamente el vestido y la alimentación..

¿Esta satisfecho con el rol familiar que desempeña?: Sí

- Objetivo:

Estado emocional/ calmado/ ansioso/ enfadado/ temeroso/ irritable /inquieto/ eufórico:

Se encuentra ansioso y temeroso por su futuro respecto a su salud.

### 13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

- Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Ir al cine, leer, Jugar fútbol.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: Cuando se encuentra con gran tensión sale a jugar.

Recursos en su comunidad para la recreación: Cerca de su casa hay un parque y un deportivo.

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: Juega cartas y fútbol con sus amigos.

- Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Hay buena coordinación, músculos firmes.

Estado e ánimo: Apático/ aburrido/ participativo: Refiere que la estancia en el hospital le ha sido muy tediosa y aburrida.

#### 14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

- Subjetivo:

Nivel de educación: Primaria completa.

Problemas de aprendizaje: Ninguno, dejo de estudiar por problemas económicos.

Limitaciones cognitivas: Ninguna

Preferencias: leer/ escribir: Leer

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: Sí, pero no acude a ellas por falta de tiempo.

¿Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo?: Sí

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Sí, desea saber como prevenir su enfermedad en sus familiares y amigos.

- Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Adecuado.

Órganos de los sentidos: Audición normal, al leer por periodos prolongados la vista se le cansa.

Estado emocional: ansiedad, dolor: Dolor.

## 5.- JERARQUIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS

Después de implementar el instrumento de valoración se obtuvieron los diagnósticos de enfermería los cuales se jerarquizaron de la siguiente manera:

- Perturbación del sueño relacionado con dolor en herida quirúrgica en fosa iliaca derecha manifestado por ojeras y expresión verbal de fatiga al despertar.
- Dolor relacionado con herida quirúrgica en fosa iliaca derecha manifestado por expresión facial de dolor.
- Deterioro de la movilidad relacionado con herida quirúrgica en fosa iliaca derecha manifestado por requerir ayuda para deambular.
- Estreñimiento relacionado con disminución de la movilidad y poca ingesta de líquidos manifestado por heces duras cada 48 horas.
- Alteración de la mucosa oral relacionado con higiene bucal deficiente manifestado por caries dental y placa bacteriana.

## 6.- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Diagnóstico	Fundamentación del diagnóstico	Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Perturbación del sueño relacionado con dolor en herida quirúrgica en fosa iliaca derecha manifestado por ojeras y expresión verbal de fatiga al despertar.</p>	<p>Las personas enfermas requieren de más tiempo para dormir, y el ritmo normal de sueño y vigilia suele estar alterado. El dolor también puede afectar al sueño, o bien evitándolo, o despertando a la persona dormida.</p> <p>Una herida puede describirse como la interrupción de la continuidad de la piel; por lo tanto, la cicatrización (curación) de la herida es la restauración de tal continuidad.</p> <p>A pesar de que el cuerpo se haya</p>	<p>El paciente conciliará el sueño entre 15 a 20 minutos después de irse a la cama.</p> <p>El paciente informará sentirse descansado al despertar.</p>	<p>DEPENDIENTES</p> <p>Administración de analgésico (Dolac 30mg IV) antes de dormir.</p>	<p>En el periodo posoperatorio se espera que el paciente tenga dolor moderado a intenso durante los primeros 3 a 5 días.</p> <p>Las molestias del periodo posoperatorio pueden disminuir con analgesia. En pacientes con dolor importante se debe administrar analgésico 30 minutos antes de dormir.</p>	<p>El paciente refiere que el dolor disminuye entre 15 a 20 minutos después de aplicar el analgésico.</p>

	<p>protegido de los traumatismos (lesiones) por la piel y los tejidos subcutáneo y adiposo puede sufrir traumas intencionados o no intencionados.</p> <p>Los traumas intencionados se producen durante un tratamiento, como una operación.</p> <p>Aunque la extirpación de un tumor se realiza con fines terapéuticos, el cirujano debe cortar los tejidos corporales y, por lo tanto traumatizarlos.</p>		<p>INDEPENDIENTES</p> <p>Lograr que el paciente tenga un patrón de sueño adecuado, logrando que duerma una siesta de 20 minutos por la tarde.</p> <p>Lograr que el paciente duerma un periodo de 8 horas ininterrumpidas durante la noche.</p>	<p>Las intervenciones adecuadas para disminuir o eliminar el dolor ayudan a que el paciente duerma durante varias horas consecutivas.</p> <p>El reposo y el sueño son esenciales para la salud. Las personas que están enfermas con frecuencia requieren más reposo y sueño de lo normal.</p> <p>Frecuentemente, las personas debilitadas gastan cantidades inusuales de energía solo para recobrar la salud o para mantener las actividades de la vida cotidiana.</p>	<p>El paciente logra dormir 6 horas ininterrumpidas, después de administrado su analgésico.</p>
--	---	--	--	--	---

				<p>Como resultado, sufren una fatiga mayor y más frecuentemente, y por lo tanto, necesitan más reposo y sueño de lo normal.</p> <p>Proporcionar un ambiente tranquilo para los pacientes es una función importante de las enfermeras.</p> <p>El reposo restaura la energía de la persona, permitiendo al individuo recuperar su funcionamiento óptimo. Cuando las personas son privadas de reposo suelen estar irritables, deprimidas y cansadas, y pueden tener un control escaso sobre sus emociones.</p> <p>El sueño ejerce efectos fisiológicos tanto sobre el</p>	
--	--	--	--	--	--



				<p>sistema nervioso como sobre otras estructuras corporales. De alguna manera, el sueño restaura los niveles normales de actividad y el equilibrio normal entre las partes del sistema nervioso.</p> <p>Se ha sugerido que mantener un ritmo regular de sueño vigilia es más importante que el número de horas que se duerma. Algunas personas pueden encontrarse bien en tan sólo 5 horas de sueño cada noche.</p> <p>Por tanto, reestablecer un ciclo sueño vigilia ininterrumpido (por ejemplo, por una cirugía) es una parte importante de la enfermera.</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>Se le proporciona al paciente un ambiente tranquilo durante sus periodos de sueño.</p> <p>Se cierra la puerta de la habitación y se apaga la luz</p>	<p>Para crear un ambiente tranquilo y relajado, la enfermera ha de reducir las distracciones ambientales, asegurar un ambiente seguro y proporcionar una temperatura ambiental satisfactoria.</p> <p>Las distracciones como las luces brillantes y el ruido suelen ser molestos. El ambiente debe ser tranquilo para poder dormir y relajarse.</p>	<p>El paciente refiere que al apagar las luces y cerrar la puerta de su habitación le han ayudado a dormir mejor.</p>
--	--	--	---	--	---

			<p>Se aconsejan rutinas de relajación antes de dormir como un baño con agua tibia, escuchar música suave, leer un libro, etc.</p>	<p>Muchas personas están acostumbradas a llevar a cabo antes de acostarse varias rutinas, dentro de estas se encuentran el pasear por la tarde, escuchar música, tomar un baño.</p> <p>El alterar o eliminar dichas rutinas puede afectar el sueño del paciente. Es importante la costumbre de acostarse a una hora constante ya que permite establecer un patrón de sueño saludable.</p>	<p>Un baño con agua tibia y el escuchar música le han ayudado a relajarse antes de dormir.</p>
--	--	--	---	---	--

			<p>Se le preguntará al paciente.          ¿Durmió bien?          ¿Se despertó durante la noche?          ¿Cuántas horas considera que durmió?</p>	<p>El interrogar al paciente como se siente después de dormir permite verificar la eficacia de las intervenciones de enfermería y a modificarlas si fuese necesario.</p>	<p>El paciente expresa que ha dormido mejor y el cansancio al despertar ha disminuido.</p>
--	--	--	---	--	--

Diagnóstico	Fundamentación del diagnóstico	Objetivo	Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Dolor relacionado con herida quirúrgica En fosa iliaca derecha manifestado por expresión facial de dolor.</p>	<p>Se define al dolor como “la estimulación nociva del daño tisular amenazado o actual”.</p> <p>La extirpación quirúrgica del testículo (orquiectomía) se lleva a cabo fundamentalmente ante la presencia de cáncer de testículo a través de una incisión inguinal.</p> <p>Las heridas corporales pueden ser intencionadas o no intencionadas. Los traumatismos intencionados se producen en el transcurso de un tratamiento, como por ejemplo tenemos las intervenciones quirúrgicas, las punciones venosas o las quemaduras por</p>	<p>El paciente expresará verbalmente disminución del dolor en la Escala Visual Análoga (EVA) de 5 a 2.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <p>Se valoran las expresiones verbales y no verbales del paciente, como las muecas faciales de dolor y que el paciente refiera dolor.</p> <p>Se le proporciona al paciente alternativas para disminuir el dolor, se realiza cambio de posición cada 2 horas, se aplican compresas calientes y se le proporciona masaje dorsal durante 10 min. cada 3 horas.</p>	<p>La valoración de las expresiones de dolor ayuda a la enfermera para evaluar la eficacia de los analgésicos que se han prescrito.</p> <p>Las alternativas no farmacológicas, permiten la relajación del paciente y aumenta el efecto del analgésico.</p> <p>La estimulación de piel y tejidos subcutáneos por diversos medios como frotación, aplicaciones de calor y frío, y ungüentos, también se ha utilizado por</p>	<p>La enfermera es capaz de identificar el dolor del paciente mediante las expresiones no verbales.</p> <p>La aplicación de masaje dorsal y apósitos caliente alrededor de la herida quirúrgica contribuyo para disminuir el dolor a 2 puntos en la Escala Visual Análoga (EVA).</p>

	<p>radiación. Por ejemplo aunque la extirpación de un tumor es una medida terapéutica, el cirujano debe cortar a través de los tejidos traumatizándolos.</p>			<p>mucho tiempo para aliviar el dolor.</p> <p>La aplicación de calor alivia el dolor aumentando la circulación en la parte del cuerpo en que se aplica.</p> <p>El masaje se ha utilizado por años para tratar el dolor de origen muscular .Su efecto es similar al del calor, por que aumenta la circulación en una región, acelerando la eliminación de los productos de desecho del metabolismo celular.</p>	
--	--	--	--	--	--

DEPENDIENTES.

Administración de analgésico según prescripción médica. Dolac 30 mg IV cada 6 hrs.

La administración correcta y oportuna de los analgésicos evita el dolor intenso.

El Dolac (Ketorolaco), es un analgésico que se absorbe rápidamente después de la administración oral o IV. Esta indicado en el tratamiento del dolor posoperatorio agudo moderado o grave.

El ketorolaco es un antiinflamatorio no esteroide, con acciones analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas, cuyo mecanismo de acción está

El dolor cede a los 15 minutos después de la administración del analgésico.

				<p>relacionado con su capacidad inhibitoria de la síntesis de prostaglandinas y un efecto analgésico periférico.</p> <p>Esta indicado en el tratamiento del dolor posoperatorio agudo moderado a grave.</p> <p>Sus efectos colaterales más frecuentes (mayores al 1 %) incluyen náuseas, dispepsia, epigastralgia, diarrea, somnolencia, mareos, cefalea y sudoración.</p> <p>Esta contraindicado en hipersensibilidad al ketorolaco, en embarazo, parto y lactancia. Menores de 16 años. Insuficiencia hepática grave.</p> <p>Pacientes con hemorragia cerebro</p>	
--	--	--	--	---	--





Diagnóstico	Fundamentación del diagnóstico	Objetivo	Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Deterioro de la movilidad relacionado con herida quirúrgica en fosa iliaca derecha manifestado por requerir ayuda para deambular.</p>	<p>El deterioro de la movilidad es un estado en el que el individuo experimenta una limitación de su capacidad de movimientos físicos independientes.</p> <p>La capacidad para moverse libremente con facilidad es parte esencial de la vida. La movilidad es vital para la independencia.</p> <p>Una incisión es un corte recto que atraviesa la piel y el tejido subyacente, hecho con un instrumento afilado.</p>	<p>El paciente recuperará su capacidad para moverse libremente con ayuda de la enfermera durante su estancia en el hospital.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <p>Instruir al paciente para realizar ejercicios de amplitud de movimientos cada 4 horas valorando su tolerancia a la actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Flexión y rotación del cuello.</li> <li>➤ Flexión, extensión, abducción y aducción del hombro.</li> <li>➤ Flexión del codo.</li> <li>➤ Flexión, extensión, hiperextensión, abducción y aducción de la cadera.</li> <li>➤ Flexión y extensión de la rodilla.</li> </ul>	<p>La actividad y ejercicio son importantes para el bienestar de todos los individuos. La enfermera está capacitada para proporcionar un enfoque más individualizado o cuidado mediante el conocimiento de la fisiología y la regulación de la mecánica corporal, el ejercicio y la actividad.</p> <p>El ejercicio es la actividad física que mantiene el cuerpo en forma, mejora la salud y mantiene la buena figura física.</p> <p>Puede emplearse como forma de tratamiento para corregir una deformidad o</p>	<p>El paciente refiere dolor en la herida quirúrgica al realizar los ejercicios, pero este disminuye conforme los realiza.</p>

			<p>Animar al paciente para que camine a intervalos de 15 minutos y se vista solo.</p>	<p>restablecer el máximo estado de salud del cuerpo.</p> <p>La tolerancia a la actividad es el tipo y cantidad de ejercicio o trabajo que una persona puede llevar a cabo.</p> <p>La inactividad hace que los músculos disminuyan su volumen y fuerza.</p> <p>La palabra deambular significa moverse de un lugar a otro, caminar. Estar entado en una silla no se considera deambulación.</p> <p>Después de la deambulación el paciente puede sentarse en una silla pero se le debe recomendar que se levante y camine a intervalos y eleve las piernas mientras está</p>	<p>El paciente camina por 10 minutos cada 3 horas.</p>
--	--	--	---	---	--

			<p>Ayudar al paciente a deambular según tolere.</p>	<p>sentado para evitar el estancamiento venoso en las extremidades.          Debe evitarse permanecer sentado durante periodos prolongados.</p> <p>Cuando el paciente se haya inmovilizado e incapaz de hacer ejercicio los músculos se debilitan y atrofian.          La deambulación ayuda a restablecer la sensación de equilibrio y aumenta la confianza propia.          La deambulación temprana ha sido hasta ahora un factor muy significativo en la aceleración de la recuperación posoperatoria y en la prevención de</p>	<p>El paciente realiza sus actividades diarias sin complicaciones.</p>
--	--	--	---	---	--

				<p>complicaciones durante la misma.</p> <p>Son numerosos los beneficios derivados del ejercicio de levantarse, acostarse y caminar durante el periodo posoperatorio.</p> <p>La deambulaci3n temprana aumenta el estado de alerta, la ventilaci3n, el tono muscular y el peristaltismo; con ello se logra disminuir el dolor y el 3stasis venoso, facilita la curaci3n y la micci3n y ayuda a un mejor estado de 3nimo.</p>	
--	--	--	--	--	--

Diagnóstico	Fundamentación del diagnóstico	Objetivo	Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Estreñimiento relacionado con disminución de la movilidad y poca ingesta de líquidos manifestado por heces duras cada 48 horas.</p>	<p>El estreñimiento es el estado en que el individuo experimenta un cambio del hábito intestinal normal caracterizado por una disminución de la frecuencia y/o la expulsión de heces duras y secas.</p>	<p>El paciente tendrá evacuaciones de consistencia normal dentro de las próximas 48 horas.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <p>Explicar al paciente como interviene el ejercicio en la movilidad intestinal.</p>	<p>El ejercicio habitual ayuda a los pacientes a desarrollar un patrón regular de evacuación y heces normales. El caminar y nadar ayudan a estimular la movilidad normal del intestino. Tras las intervenciones quirúrgicas se suele animar a los pacientes para que deambulen, siendo la recuperación de la movilidad intestinal normal uno de los motivos.</p>	<p>El paciente muestra mayor interés por movilizarse.</p>

			<p>Instruir al paciente sobre la realización del masaje intestinal.</p> <p>Explicar que el procedimiento dura aproximadamente de 15 a 20 minutos. Se aplica masaje sobre el abdomen a lo largo de la línea del colon, comenzando en la fosa iliaca derecha y desplazándose a lo largo del colon ascendente, transverso y descendente.</p>	<p>El masaje abdominal puede utilizarse para estimular el peristaltismo y tratar el estreñimiento.</p> <p>Dado que los pacientes presentan disminución del tono muscular y un movimiento funcional o deambulacion mínimas, la inmovilidad es uno de los factores principales que contribuyen a su estreñimiento. El masaje abdominal elimina la necesidad del uso de supositorios o enema y es menos invasivo.</p>	<p>El paciente refiere que el masaje abdominal facilita su evacuación.</p>
--	--	--	---	--	--

			<p>Motivar al paciente para que beba por lo menos 8 vasos de agua al día.</p>	<p>Cantidades adecuadas de líquidos favorecen la eliminación fecal.</p> <p>Una ingestión insuficiente de líquidos reduce la fluidez del quimo que penetra en el intestino grueso y da lugar a heces secar y duras.</p>	<p>Al aumentar su ingesta de líquidos el paciente refiere que sus heces son menos duras.</p>
			<p>Favorecer el consumo de fibra dentro de la dieta.</p>	<p>Las dietas blandas o con bajo contenido de fibra carecen de residuos y, por consiguiente, originan productos de desecho para estimular el reflejo de la defecación.</p>	<p>El consumo de frutas con cáscara, así como de cereales contribuyó a mejorar su evacuación después de 48 horas.</p>



			<p>Vigilar el patrón de eliminación fecal del paciente y la consistencia de las heces.</p>	<p>La vigilancia de la eliminación intestinal ayuda a evaluar que tan eficaces han sido las intervenciones de enfermería.</p>	<p>Después de 48 horas las evacuaciones del paciente fueron de características normales.</p>
--	--	--	--	---	--

Diagnóstico	Fundamentación del diagnóstico	Objetivo	Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Alteración de la mucosa oral relacionado con higiene bucal deficiente manifestado por caries dental y placa bacteriana</p>	<p>La cavidad oral, que incluye labios, boca y encías, esta sujeta a muchas alteraciones y enfermedades.</p> <p>Una higiene bucal deficiente trae como consecuencia diversos trastornos dentales como placa bacteriana y caries.</p> <p>La caries dental es un proceso erosivo ocasionado por la acción de las bacterias sobre carbohidratos fermentables en la boca las cuales producen ácidos que disuelven el esmalte dental.</p> <p>La placa bacteriana es una sustancia gelatinosa que se adhiere a los dientes.</p>	<p>El paciente mantendrá en buen estado su cavidad oral con ayuda de la enfermera mediante la práctica de un buen cepillado dental.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <p>Valorar las prácticas del paciente sobre su higiene bucal, mediante la observación de la técnica de aseo bucal del paciente.</p>	<p>El conocimiento que tenga la enfermera sobre los hábitos de higiene bucal ayudará a saber como intervenir.</p> <p>El cepillado meticuloso de os dientes es importante para prevenir su deterioro.</p> <p>La acción mecánica del cepillado elimina las partículas de alimentos que pueden albergar o incubar bacterias. También estimula la circulación de las encías manteniéndolas saludables.</p>	<p>El paciente muestra una técnica correcta para favorecer el cuidado adecuado de la cavidad oral.</p>

	<p>La acción inicial que causa daños dentales tiene lugar debajo de esa placa.</p>		<p>Enseñar la técnica de cepillado dental correcto y el uso del hilo dental.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cepillar los dientes empleando un cepillo dental blando por lo menos dos veces al día.</li> <li>➤ Cepillar lengua y encías.</li> <li>➤ Usar hilo dental por lo menos una vez al día.</li> <li>➤ Visitar al dentista por lo menos cada 6 meses.</li> <li>➤ Reemplazar el cepillo cuando se encuentre desgastado.</li> </ul>	<p>Los dientes saludables deben limpiarse a conciencia diariamente, el cepillado es muy efectivo para romper de manera mecánica la placa bacteriana que se acumula en torno a los dientes.</p> <p>La limpieza de la boca después de consumir alimentos elimina los residuos de comida que albergan microorganismos.</p> <p>El cepillado mecánico elimina los residuos y estimula la circulación de las encías.</p> <p>El hilo dental previene la formación de placa bacteriana.</p>	<p>El paciente presenta una cavidad oral rosada, limpia y libre de olores.</p>
--	--	--	--	---	--

			<p>Revisar la cavidad oral para observar la presencia de placa bacteria y/o caries, así como la presencia de halitosis.</p>	<p>El revisar regularmente la cavidad oral ayuda a detectar tempranamente problemas y a corregirlos a tiempo.</p>	<p>El paciente refiere tener una sensación de limpieza en su cavidad oral.</p>
--	--	--	---	---	--

## 7.- EVALUACIÓN

Para la realización del Proceso Atención de Enfermería se eligió el caso clínico de un paciente con diagnóstico médico de cáncer de testículo derecho, tratado con cirugía (orquiectomía radical derecha), al cual se le informo en que consistía el Proceso Atención de Enfermería y los objetivos que se seguían con su realización, además de asegurarle que los datos obtenidos serían manejados de forma confidencial y con responsabilidad.

Lo primero que se realizó fue la investigación documental de la historia médica del paciente, con ello se realiza la primera entrevista con el paciente en el segundo piso de hospitalización del Instituto Nacional de Cancerología, las entrevistas posteriores son realizadas en un periodo de tres días durante los cuales el paciente permanece hospitalizado.

La realización del Proceso Atención de Enfermería me resulto fácil, ya que conté con el apoyo del personal del hospital, así como con la disponibilidad por parte del paciente y sus familiares los cuales proporcionaron todos los datos obtenidos. Además el elegir el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson facilitó aún más el trabajo pues es un modelo sencillo y fácil de comprender.

## 8.- CONCLUSIONES

Con la realización del Proceso Atención de Enfermería se logró cumplir con los objetivos planteados, ya que fue muy útil en la resolución de las necesidades de salud que presentaba el paciente. El Proceso Atención de Enfermería fue realizado basándose en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson y gracias a que este modelo lo había utilizado durante mi formación académica fue sencillo implementar un plan de cuidados específicos para el paciente.

La aplicación del instrumento de valoración permitió identificar las necesidades reales que presentaba el paciente y de esta manera formular los diagnósticos correspondientes y realizar las intervenciones pertinentes para solucionar dichas necesidades.

Con la planificación de los cuidados se pudo ayudar al paciente a realizar sus actividades venciendo los obstáculos que se lo impedían y así poder mejorar su estado de salud y lograr su independencia.

Se informó al paciente sobre la importancia de continuar con sus actividades en casa para continuar mejorando su salud.

La realización del Proceso Atención de Enfermería el cual se basa en el método científico, me ayudó a ser una mejor profesional, a educar, a investigar y a razonar de manera científica y lógica cada una de las intervenciones que realizó con los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANTHONY C.P. Et al. Anatomía y Fisiología. Ed. McGraw Hill. Décima edición. México 1985.
- ATKINSON, Leslie D. Proceso atención de enfermería. Ed. McGraw Hill .México 1996.
- COLLIERE, Françoise. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Ed. McGraw Hill. México 1993.
- GRIFFITH. Proceso atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. Ed. Manual Moderno. México 1993.
- HERNANDEZ, Conesa Juana. Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Ed. McGraw Hill. México 1995.
- KEROUAC, Suzanne. Et. Al. El pensamiento enfermero. Ed. Masson. Barcelona 1996.
- KING, M. Imogene. Enfermería como profesión, filosofía, principios y objetivos. Ed, Limusa. México 1992.
- KOZIER, Bárbara. Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica. Tomo I. Ed. McGraw Hill. México 1993.
- LUÍS, Rodrigo María Teresa. Los Diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Ed. Masson México 2000.

- MARRINER, Tumeay Ann. Modelos y teorías en enfermería .Ed. Harcourt Brace. 4ta edición. España 1999.
- OTTO Shirley E. Enfermería Oncológica. Ed. Mosby. Tercera edición. México 1999.
- POTTER, Patricia A. Fundamentos de enfermería. Vol. I. Ed. Harcourt. Quinta edición. MÉXICO 1997.
- TORTORA Gerard J. Et al. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Harcourt Brace. Séptima edición. México 1999.
- WEISS, R. Geoffrey. Oncología Clínica. Ed. Manual moderno. 1ra edición. México 1997.
- BIBLIOTECA DE CONSULTA ENCARTA 2004.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**



## ANEXOS

### A. APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

Las funciones del aparato reproductor difieren notablemente de las de cualquier otro sistema corporal. Su funcionamiento adecuado y el de sus mecanismos de control enormemente complejos garantizan la supervivencia, no del individuo sino de la especie.

En el varón está constituido por los órganos cuyas funciones son producir, transferir e introducir finalmente espermatozoides maduros en las vías reproductivas femeninas, en las que se produce la fecundación. A demás los testículos secretan andrógenos u hormonas sexuales masculinas, principalmente testosterona.

#### ÓRGANOS REPRODUCTORES DEL VARÓN.

Los órganos del aparato reproductivo del varón pueden clasificarse como órganos esenciales para la producción de gametos (células sexuales) y órganos accesorios que desempeñan cierto tipo de función del sostén en el proceso de la reproducción

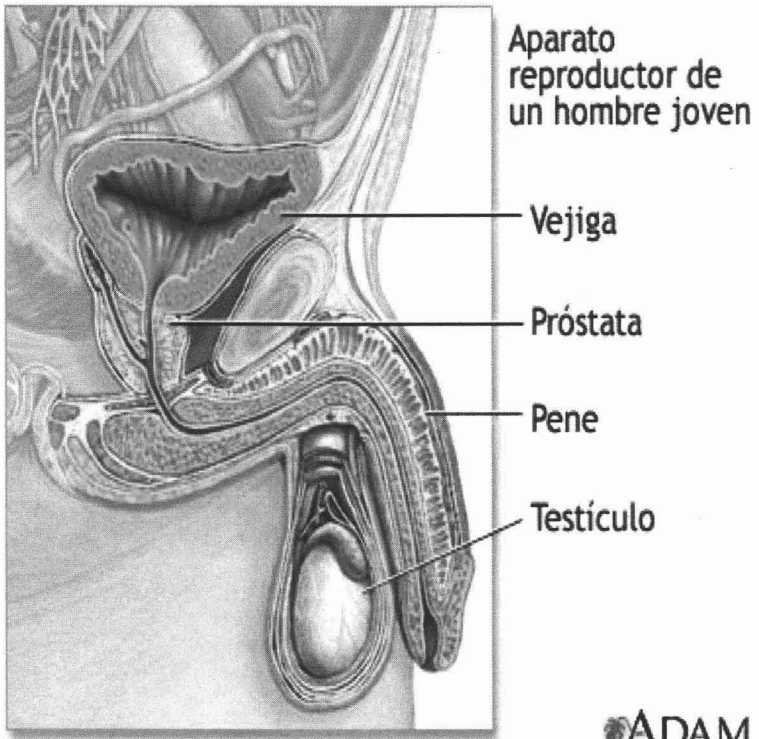
En ambos sexos, los órganos esenciales de la reproducción que producen los gametos o células sexuales en el varón (espermatozoides u óvulos) se denominan gónadas. Las gónadas masculinas son los testículos.

Los órganos accesorios de la reproducción del varón incluyen diversos conductos genitales, glándulas y estructuras de sostén.

Los conductos genitales sirven para llevar los espermatozoides al exterior del cuerpo. Los conductos son un par de epidídimos, un par de vasos deferentes o conductos deferentes, un par de conductos espermáticos y la uretra.

Las glándulas accesorias del aparato reproductor producen secreciones que sirven para nutrir, transportar y madurar los espermatozoides. Las glándulas son un par de vesículas seminales, la próstata y un par de glándulas bulbouretrales (de Cowper).

Las estructuras de sostén son escroto, pene y un par de cordones espermáticos.



## TESTÍCULOS

Las gónadas masculinas o testículos son cuerpos ovoideos pares que se encuentran suspendidos en el escroto. Las células de Leydig de los testículos producen una o más hormonas masculinas, denominadas andrógenos. La más importante es la testosterona, que estimula el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, influye sobre el crecimiento de la próstata y vesículas seminales, y estimula la actividad secretora de estas estructuras. Los testículos también contienen células que producen el esperma.

Los testículos son dos glándulas ovaladas de unos 5 cm. de longitud y 2.5 cm. de diámetro. Cada una de ellas pesa entre 10 y 15 gramos. Los testículos se desarrollan en la pared abdominal posterior del embrión y suelen comenzar su descenso al escroto a través de los conductos inguinales (conductos localizados en la pared abdominal anterior) durante la segunda mitad del séptimo mes del desarrollo fetal.

Los testículos están parcialmente recubiertos por una membrana serosa que recibe el nombre de túnica vaginal, una evaginación del peritoneo formada durante el descenso de los testículos. Interna a la túnica vaginal existe una cápsula fibrosa densa de color blanco, la túnica albugínea. Se extiende hacia el interior en forma de tabiques que dividen los testículos en una serie de compartimientos internos denominados lóbulos. Cada uno de los 200 a 300 lóbulos contiene entre uno y tres túmulos muy enrollados, los túmulos seminíferos. En ellos se producen los espermatozoides mediante un proceso que recibe el nombre de espermatogénesis.

Los túmulos seminíferos se encuentran revestidos por células espermatogénicas en diversos estadios de desarrollo. Las células espermatogénicas representan estadios sucesivos en un proceso continuo de diferenciación de las células germinales masculinas.

Las células espermatogénicas más inmaduras, las espermatogonias, están localizadas junto a la membrana basal. En dirección a la luz del túbulo existen capas de células progresivamente más maduras. En orden de progresión de madurez están los espermatoцитos primarios, los espermatoцитos secundarios y las espermátides. En el

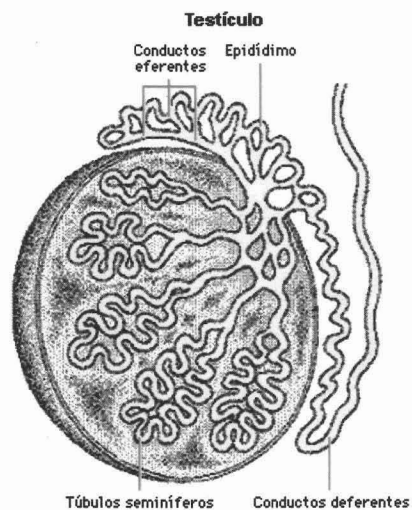
momento en la célula espermática o espermatozoide casi ha alcanzado la madurez, se encuentra en la luz del túbulo y comienza a moverse a través de una serie de conductos.

Entre mezclas con las células espermáticas en desarrollo se encuentran las células sustentaculares o de Sertoli, que se extiende desde la membrana basal hasta la luz tubular. Justo por dentro de la membrana basal, existen uniones estrechas que unen las células sustentaculares entre sí formando una barrera hematotesticular. Ésta barrera es importante por que los espermatozoides y las células en desarrollo producen antígenos de superficie que son reconocidos como cuerpos extraños por el sistema inmunológico.

La barrera previene una respuesta inmunológica contra los antígenos al aislar las células de la sangre. Entre los túbulos seminíferos existen grupos de endocrinocitos intersticiales (células intersticiales de Leydig). Estas células secretan la hormona masculina testosterona, el andrógeno más importante.

Las células de Sertoli sostienen y protegen a las células espermatogénicas en desarrollo; nutren a los espermatocitos, las espermátidas y los espermatozoides, y median en los efectos de la testosterona y la hormona folículoestimulante (FSH) en la espermatogénesis. También fagocitan los excesos de citoplasma de las espermátidas durante el desarrollo. Las células de Sertoli controlan los movimientos de las células espermatogénicas y la liberación de los espermatozoides a la luz de los tubos seminíferos.

Secretan líquido para el transporte de los espermatozoides y la hormona inhibina, que participa en la regulación de la producción de espermatozoides mediante la inhibición de la secreción de FSH.



### Estructura de las gónadas humanas

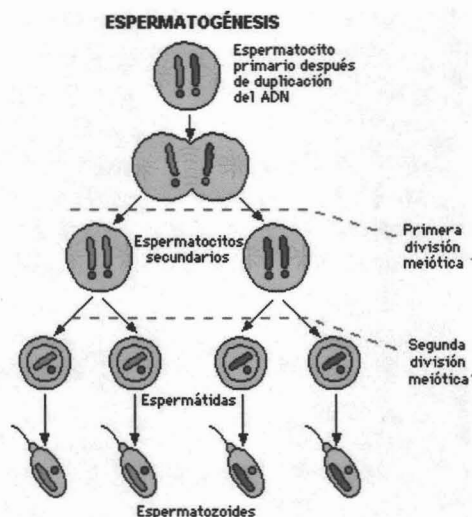
Los gametos masculinos son los espermatozoides, producidos por división celular en los túbulos seminíferos de los testículos adultos. De forma típica, varios millones de espermatozoides maduran en el epidídimo y se almacenan en los conductos deferentes cada día. Todos los que no se liberan en la eyaculación son reabsorbidos, como parte de un ciclo continuo.

## ESPERMATOGÉNESIS

Es un proceso de formación de los espermatozoides, gametos masculinos, que se realiza en las gónadas masculinas.

Los espermatozoides son células haploides, es decir, tienen la mitad de los cromosomas que una célula somática. La reducción se produce mediante una división celular peculiar, la meiosis.

La espermatogénesis, en la especie humana, comienza cuando las células germinales de los túbulos seminíferos de los testículos se multiplican. Se forman unas células llamadas espermatogonias. Cuando el individuo alcanza la madurez sexual las espermatogonias aumentan de tamaño y se transforman en espermatocitos de primer orden. En estas células se produce la meiosis. La primera división de la misma da lugar a dos espermatocitos de segundo orden, y éstos, tras otra división celular, producen dos espermátidas cada uno. Las cuatro células resultantes son ya haploides. La siguiente fase es la espermiogénesis. En ella, las espermátidas se convierten en espermatozoides. Para ello, se reduce el citoplasma, el núcleo se alarga y queda en la cabeza del espermatozoide, las mitocondrias se colocan en el cuello y los centriolos originan un flagelo.



### Espermatogénesis y ovogénesis

Durante el proceso de formación de los gametos masculinos y femeninos (espermatogénesis y ovogénesis, respectivamente) tiene lugar la meiosis. Las células germinativas (espermatozito primario y ovocito primario) contienen pares de cromosomas homólogos, cada uno de estructura doble, es decir, con 2 cromátidas. En la primera división meiótica, cada célula germinativa se divide en 2 células hijas, por lo que cada una de ellas contiene un miembro de cada par de cromosomas. En la segunda división meiótica cada célula resultante de la primera división, que contiene cromosomas de estructura doble, se separa a su vez en 2 células hijas, por lo que cada una de ellas recibe una cromátida. Como consecuencia de estas dos divisiones, los gametos contienen la mitad de cromosomas que las células germinativas. En el caso de la espermatogénesis, las 4 células hijas (espermátidas) darán lugar a 4 espermatozoides. En el caso de la ovogénesis, sólo se produce un gameto maduro (óvulo maduro), ya que las 3 células resultantes, los corpúsculos polares, degeneran durante su evolución.

## B. CÁNCER TESTICULAR

El cáncer en los testículos es relativamente infrecuente, su incidencia anual es de 3.7 por 100 000 individuos. Esto se traduce en una expectativa de 6500 casos y 350 muertes por año.

Noventa y cuatro por ciento de los cánceres de los testículos está constituido por células germinales. Los tumores de células germinales se clasifican como seminomas (35%) y no seminomas (embrionarios, 20 %; teratocarcinomas, 38 %; teratomas, 5 %; y coriocarcinomas, 2 %). Los tumores que no son de células germinales incluyen los tumores de las células de Sertoli y de células Leyding; son poco frecuentes y por lo general resultan benignas.

El cáncer de testículo puede presentarse en todas las edades, pero representa con mayor frecuencia en los lactantes, en el adulto joven (de 20 a 40 años) y adulto de mayor edad (mayor de 60 años).

Los negros tienen incidencia de cerca de la tercera parte que los blancos y esta diferencia se observa en todo el mundo. Hay incidencia mayor en casos de criptorquidia, y no disminuye después de la orquiopexia. El riesgo de desarrollo tumoral es mayor el la criptorquidia abdominal que en la inguinal.

Los cánceres de testículos tienen a crecer con rapidez con un periodo estimado de duplicación de 10 a 30 días; el 95 % de las muertes por cáncer de testículo suceden en un plazo de dos años. Debido a su rápida duplicación en el 40 a 50 % de los individuos al hacer el diagnóstico presentan metástasis.



## **BASES PARA EL DIAGNÓSTICO**

- Masa firme o crecimiento indoloro de un testículo.
- Edad. Lactantes, varones de 20 a 40 años y varones de más de 60 años.
- Marcadores tumorales en suero normales o elevados: alfa-fetoproteína (AFP) subunidad beta de la gonadotropina coriónica (hCG).
- Síntomas de enfermedad metastásica.

## **DATOS CLÍNICOS**

### **SIGNOS Y SÍNTOMAS:**

La presentación más frecuente es la de una masa dura e indolora que es notada por el paciente. Algunos presentan dolor sordo o sensación de llenura, otros presentan dolor agudo relacionado con hemorragia en el interior del tumor. Cerca del 10% puede llegar a presentar síntomas de enfermedad metastásica , como disnea o tos, llenura abdominal, náusea y vómito, pérdida de peso, dolor óseo , síntomas del sistema nervioso central y periférico así como edema de miembros inferiores.

## **DATOS DE LABORATORIO**

En ausencia de metástasis significativa los datos de química sérica y recuento sanguíneo son normales. Hay auxiliares para el diagnóstico como los marcadores tumorales.

**Alfa-fetoproteína (AFP):** Aumenta en un 70 % en los tumores que no son seminomas, pero los tumores no la producen.

**Subunidad beta de la gonadotropina coriónica (beta-hCG) :** Esta aumentada en cerca del 65 % de los tumores que no son seminomas y en el 10 % de los seminomas. Este marcador es específico del cáncer testicular.

**Deshidrogenada láctica (LDH):** Aumenta en un 60 %.

## **IMAGENOLOGÍA:**

Una TAC abdominal con contraste es el estudio de preferencia para clasificar por etapas en cáncer testicular una vez establecido el diagnóstico.

## **ULTRASONOGRAFÍA:**

En caso de datos ambiguos, la ultrasonografía es útil para el diagnóstico de cáncer testicular primario.

## CLASIFICACIÓN POR ETAPAS:

El sistema de clasificación por etapas utilizado más frecuentemente en el cáncer testicular es el propuesto por el Memorial Sloan-Kettering Cáncer Center:

- **Etapa A:** Tumor limitado al testículo
- **Etapa B:** Propagación ganglionar mínima solo microscópica, con afectos de menos de seis ganglios, ninguno mayor de 2 cm.
- **Etapa B1:** Enfermedad ganglionar positiva microscópicamente o más de seis ganglios positivos en el retroperitoneo.
- **Etapa B2:** enfermedad retroperitoneal masiva, que incluye masa abdominal palpable.
- **Etapa C:** Metástasis por encima del diafragma o afección de órganos viscerales sólido, encéfalo o hueso.

## TRATAMIENTO

Una confirmado el diagnostico se realiza una orquiectomia mediante incisión inguinal. Después del diagnostico y de clasificar por etapas, el tratamiento varía dependiendo si el tumor es seminoma o de células germinales que no es seminoma.

### SEMINOMA:

Los seminomas, que constituyen el 40 % de los tumores testiculares de células germinales, tienden a aparecer como neoplasias homogéneas en el examen macroscópico, a menudo de color gris pálido o amarillento, y con una consistencia un poco lobulada. Los seminomas puros son en extremo sensibles al radio. Los tumores que poseen propiedades seminomatosas y no seminomatosas, o los seminomas en pacientes con niveles elevados de AFP, deben tratarse de igual forma que los tumores distintos a los seminomas. El seminoma puro puede mostrar niveles elevados de beta-HCG. La resección del testículo afectado, o la orquiectomia radical inguinal, es el tratamiento inicial de elección en todos los estadios del seminoma.

Después de la orquiectomia en el seminoma en estadio I, se irradian los ganglios linfáticos pélvicos e ipsilaterales con una dosis acumulativa aproximada de 25 a 30 cGy. También se administra radiación profiláctica a los ganglios retroperitoneales incluso con resultados negativos en la linfangiografía o la TAC, Ya que cerca de 15 % de los pacientes presentan diseminación ganglionar oculta que puede curarse con esta terapia. Hay que proteger el testículo contralateral del haz de radiación. Las tasas de curación con este enfoque son del 95 %. Los seminomas no compactos en estadio I que miden menos de 3 cm. En la TAC, tienen una tasa de curación del 90%. Los ganglios linfáticos abdominales y pélvicos se irradian cuando hay tumores compactos no mayores de 5 cm. Aunque según estudios anteriores los seminomas compactos en estadio II tenían una tasa de curación del 70% con la radiación exclusiva, los estudios que emplean tratamientos y equipos más novedosos, así como una selección cuidadosa de los pacientes (que incluye el uso de marcadores tumorales) han comunicado una mejora en los resultados de la radiación en el tratamiento de estos seminomas.

La quimioterapia combinada con cisplatino, etopósido y bleomicina es efectiva en el tratamiento de tumores compactos. La tasa de recidiva es mayor en este tipo de tumores en estadio II que en el caso de la radiación de tumores no compactos, lo que ha dado lugar a que algunos médicos recomienden la quimioterapia primaria para los pacientes con tumores compactos. La quimioterapia con platino es el tratamiento de elección de la enfermedad en estadio III, la adenopatía supradiaphragmática avanzada, o la enfermedad metastásica generalizada. La radioterapia del seminoma avanzado se emplea cuando la quimioterapia ha fracasado, o como terapia paliativa en pacientes que no logran una remisión con altas dosis de quimioterapia y trasplante autólogo de la médula ósea.

Este tipo de tumor es radiosensible, el tratamiento consiste en dar el paciente de 2500 a 3500 cGy en las áreas aortocava e inguinopélvica ipsilateral. La supervivencia a cinco años con este tratamiento es de 90 a 95 por ciento.

#### **TUMOR DE CÉLULAS GERMINALES NO SEMINOMATOSO:**

Resección de ganglios linfáticos con preservación de nervios.

#### **QUIMIOTERAPIA:**

El tratamiento continúa basándose en el platino, pero aún no se logra disminuir su toxicidad. La combinación de cisplatino, vinblastina y bleomicina se ha reemplazado por cisplatino, etopósido y bleomicina, y actualmente tres ciclos son tan eficaces como cuatro en los pacientes que son buenos candidatos.