

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

APLICADO A UNA PACIENTE CON CANCER RENAL, BASADO
EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

GUADALUPE ROBLES CORTÉS

No. DE CUENTA 9855294-6

DIRECTORA DEL TRABAJO

LIC. MARIA VICTORIA NAVIA RIVERA

MEXICO, D.F. MARZO 2007



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.

DEDICADO A MÁMA

Porque eres lo más importante en mi vida, por la gran mujer que eres, y porque todo lo bueno de la vida me lo enseñaste tú, pero sobretodo me enseñaste a amar.

Espero que algún día Dios me de por lo menos la mitad de la fortaleza que tú tienes, porque todo lo que pasaste en la vida pocas mujeres lo superan con esa entereza que solo tú tienes, me siento tan orgullosa de que seas mi MÁMA que si no lo hubieras sido te hubiera buscado para que lo fueras.

Gracias por haber querido ser mi MÁMA.

INDICE

Introducción.....	5
Objetivos.....	6
Metodología del trabajo.....	7
1. Marco teórico.....	8
1.1. Enfermería como profesión.....	8
1.2. Profesionalidad y profesionalismo en enfermería.....	9
1.3. Relación profesional.....	9
1.4. Proceso atención enfermería.....	10
1.4.1. Valoración.....	10
1.4.2. Diagnósticos de enfermería.....	11
1.4.3. Planificación.....	11
1.4.4. Ejecución.....	11
1.4.5. Evaluación.....	12
2. Síntesis de la valoración.....	13

3. Diagnósticos de enfermería.....	19
4. Plan de alta.....	28
5. Conclusiones.....	29
6. Glosario.....	30
7. Bibliografía.....	31
Anexos.....	33

INTRODUCCION

El presente Proceso Atención Enfermería se realizó con una paciente con diagnóstico de cáncer renal del Hospital Venados del IMSS en el servicio de oncología médica, esta basado en las catorce necesidades del modelo de Virginia Henderson, e incluye un marco teórico, la síntesis de valoración de enfermería, el plan de atención que contempla el seguimiento y los cuidados de enfermería que se le otorgaron durante cinco años

El cáncer se define como una proliferación anormal de células de algún tejido, precedidas por una mutación somática a nivel cromosomal, pero más que una simple alteración genética, es la sucesión de una serie de pasos o eventos que dan como resultado la generación de una neoplasia maligna.

La comprensión de los fenómenos complejos que dan lugar a neoplasias, invasión y metástasis es fundamental para desarrollar estrategias eficaces para el cuidado de enfermería.

Se considera que el cáncer es el resultado de la interacción entre factores ambientales y genéticos, se calcula que los factores ambientales contribuyen de manera significativa en el 70% de las enfermedades malignas humanas.

El carcinoma de células renales es un tumor relativamente raro, con frecuencia aproximada del 3% de los procesos malignos del adulto, es más frecuente en hombres que en mujeres.

A los pacientes con cáncer de células renales en la etapa IV se les puede ofrecer un tratamiento que consista en la extirpación quirúrgica del cáncer seguido de una terapia biológica (quimioterapia) usando interferón alfa e interleucina y radioterapia para dolores óseos causados por metástasis.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Otorgarle a la paciente los cuidados integrales de enfermería basados en las catorce necesidades del modelo de Virginia Henderson para detectar el grado de afectación por el cáncer renal y su tratamiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Brindar a la paciente los cuidados de enfermería durante el pre trans y post operatorio de nefrectomía.

- ❖ Proporcionar a la paciente los cuidados específicos durante y post quimioterapia y radioterapia.

- ❖ Brindarle a la paciente el tiempo necesario para escuchar sus miedos y ayudarle a llevar su duelo.

METODOLOGIA DEL TRABAJO

Para la realización de este proceso de Enfermería se selecciono a una paciente del Hospital venados del IMSS del servicio de Urología con alteración en el patrón de la eliminación urinaria, aún sin diagnóstico definitivo en el mes de Diciembre del 2000.

En la valoración se reunió la información por cinco años identificando las necesidades de la paciente a través de la observación, la entrevista y revisión de expediente, posteriormente se realizaron los diagnósticos de enfermería. Una vez identificados los diagnósticos se dio inicio al desarrollo del plan de cuidados jerarquizando las necesidades y las intervenciones de enfermería.

En la ejecución se instrumento el plan de cuidados diseñados específicamente para M.C.R. En cada intervención se realizó la evaluación continua logrando resultados a favor y en contra sobre las necesidades lo que permitió corregir y planear nuevos cuidados.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

A principios del siglo XX, se admitía por lo general en Estados Unidos que la legislación sobre la aprobación estatal para la enfermería elevaría a las personas que la practicaban a un nivel profesional mediante el establecimiento de unas normas educativas mínimas para las escuelas de enfermería.

Sin embargo, a medida que la demanda de enfermeras crecía, se establecieron más escuelas de enfermería de distinta calidad, circunstancia que hizo poco por mejorar el nivel de la profesión.

En la segunda guerra mundial, la enfermería adquirió mayor importancia y relieve.

En todas las etapas de la historia las madres y mujeres en general han utilizado algún tipo de conocimiento intuitivo o de transmisión oral, tanto en su saber teórico como en su práctica de cuidados a enfrentarse a la enfermedad o a la muerte.

En México al finalizar el siglo XIX más de 10 millones eran analfabetas, nos damos cuenta de lo difícil que era estudiar, especialmente para las mujeres la posibilidad de acceso a la educación estaba limitada a una pequeña población perteneciente a la clase alta y media, las opciones que tenía la mujer para estudiar se centraba en la profesión de maestra y de partera.

La formación de partera en la Universidad Nacional de México se inicia en 1833 en la escuela de medicina, se exigía que fueran solo mujeres, que tuvieran la educación primaria, que aprobaran al ingresar un examen de preparatorio y tener conocimiento del idioma francés, la carrera duraba dos años.

La situación de las enfermeras era muy distinta ya que las labores que realizaban actividades de limpieza y mensajería en los hospitales y dependían jerárquicamente de la partera el médico o las ordenes religiosas. Hoy un total de 213 escuelas en el país 50% son oficiales y 50% privadas, el 90% de las escuelas forman recursos de nivel técnico y el 10% con nivel licenciatura el egreso de licenciados es reducido.

La tendencia predominante en la enfermería anterior a este siglo, tuvo su base en el desarrollo de actividades manuales de incipiente calidad de escasa inclinación técnica pero que dieron una conformación a lo que mas tarde sería considerado como un perfil de enfermería.

1.2. PROFESIONALIDAD Y PROFESIONALISMO EN ENFERMERIA

PROFESIONALIDAD:

Es dar carácter de profesión a una actividad, convertir a un aficionado en un profesional, capacitar a una persona para que ejerza una actividad.

PROFESIONALISMO:

Lleva implícito el concepto de status de calidad profesional, conocimiento y experiencia, es un proceso de desarrollo para ganar el reconocimiento.

Según Styles profesionalidad subraya las características del individuo como miembro de la profesión. La profesionalidad coloca al personal de enfermería en el centro de la profesión. Subraya que la principal preocupación del personal de enfermería ha de ser las características individuales que han llevado a ese campo de actividad.

A diferencia de la profesionalidad, el profesionalismo resalta el carácter compuesto de la profesión. El profesionalismo traslada el foco de atención desde uno mismo a los demás. De acuerdo con Styles, ello crea una relación “yo-ellos” que permite al individuo negar los problemas de la enfermería e identificarlos como pertenecientes a los demás.

1.3. RELACIÓN PROFESIONAL

Una profesión puede definirse por los métodos que se utilizan para adquirir y desarrollar los conocimientos, por las normas que establece para su práctica y participar en la misma y por las relaciones que existen entre las normas disciplinarias y los practicantes.

La característica fundamental de la relación profesional, según Pellegrino, es que los profesionistas trabajan con personas que se encuentran en un estado vulnerable, el paciente requiere del profesional no sólo su asesoramiento y su ayuda para tomar decisiones.

Se espera del profesional que penetre en la experiencia vital del paciente de tal manera que la ayuda, que le presta sea no sólo técnicamente correcta sino también adecuada a los valores y a la forma de vida de la persona.

El paciente debe poder confiar en que el profesional posee el nivel de competencia necesario para asistirle y que no se aprovechará de su estado de vulnerabilidad, también debe tener la característica de promesa de ayuda. Esta es una característica que da a la relación profesional su calidad altruista o moral. En el ofrecimiento de asistencia, está implícito el mensaje de que el profesional tiene los conocimientos y habilidades necesarios para ayudar y que esos conocimientos y habilidades se utilizarán para prestar ayuda y no para causar daño.

Para que el profesional de enfermería pueda otorgar un cuidado de calidad utiliza el método científico en el proceso atención de enfermería.

1.4. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La elección entre acciones alternativas requiere la correcta identificación de los problemas del paciente, consideración de las alternativas a tomar en cuenta y disponer de criterios para valorar cada uno de los posibles resultados.

Estos pasos forman el proceso de Enfermería, el proceso de Enfermería es un método sistemático de prestación de asistencia de enfermería individualizada que consiste en valorar a los pacientes, identificar los problemas de asistencia de enfermería y valorar el resultado de la asistencia. El proceso de Enfermería es un proceso mental, una herramienta para la toma de decisiones intelectuales basadas en los conocimientos. El uso del proceso de Enfermería ayuda a que el personal organice su trabajo y amplíe el campo de sus conocimientos y práctica. El propósito del proceso de Enfermería radica en identificar los problemas sanitarios reales de alto riesgo que sirve como base para planificar la asistencia, llevarse a cabo y valorar los resultados en el paciente.

El proceso de Enfermería consta de una serie de pasos interrelacionados, estos pasos tienen una naturaleza continua y cada uno se repite en numerosas ocasiones a medida que los cambios en la salud del paciente alteran los datos básicos y obligan a una valoración adicional y efectuar nuevos diagnósticos de Enfermería, planificación, ejecución y evaluación de los resultados.

1.4.1. VALORACIÓN

Se define como la observación sistemática y el informe sobre la situación del paciente en las cinco esferas de la experiencia humana biológica / fisiológica, ambiental / de seguridad, sociocultural / interpersonal, psicológica / de seguridad, sociocultural / interpersonal, psicológica / de autoestima y espiritual / de autorrealización.

La obtención de datos de los pacientes requiere que el personal de enfermería mire más allá de las indicaciones e indicios evidentes y que busque sistemáticamente la información importante sobre la salud o la enfermedad de una persona.

1.4.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Un diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico que se deriva de aplicar el proceso de Enfermería a los problemas sanitarios de los pacientes. La definición que en la actualidad hace la NANDA sobre el diagnóstico es el siguiente:

El diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a procesos vitales o a problemas sanitarios reales o potenciales.

El diagnóstico de Enfermería proporciona la base para seleccionar las actuaciones que permiten conseguir los resultados finales que son responsabilidad del personal de enfermería.

1.4.3. PLANIFICACIÓN

Una vez que el personal de enfermería ha valorado los datos y los ha interpretado estableciendo el diagnóstico de Enfermería, el siguiente paso consiste en identificar objetivos o resultados de la asistencia. La planificación es el paso del proceso en el cual el profesional decide la mejor forma para proporcionar la asistencia organizada, dirigida hacia una meta e individualizada.

La planificación de la asistencia comienza con la identificación de las prioridades de los problemas que presentan los pacientes.

1.4.4. EJECUCIÓN

La ejecución es el paso en el que se presta realmente la asistencia. Más que constituir un estadio separado, requiere que el personal de Enfermería pase por todas las fases del proceso de enfermería. Mientras proporciona la asistencia, el personal de enfermería efectúa también valoraciones adicionales; los datos obtenidos se utilizan como base para la identificación de otros diagnósticos de enfermería y para modificar los resultados y actuaciones actuales.

Las actuaciones de enfermería incluyen la asistencia directa que el personal de enfermería presta a los pacientes, la ayuda a dicha asistencia, la enseñanza al paciente y a su familia y la monitorización de los enfermos. Cada una de las actividades de enfermería debe documentarse con exactitud. Para el registro de las actividades, se utilizan listas de

comprobación y documentación explicativa. De esta forma, es posible comparar rápidamente los resultados esperados con los reales.

1.4.5. EVALUACIÓN

Es la última fase del proceso de enfermería la evaluación anuncia el inicio del proceso de enfermería más que su termino. Es decir debe ser considerado como un reciclaje o como el inicio de un nuevo proceso. Las bases para evaluar la asistencia de enfermería son los criterios del resultado que se enumeran en el plan asistencial, la evaluación sirve como indicador del proceso del paciente hacia el logro de los objetivos establecidos.

Los resultados de la evaluación indican si cada objetivo se ha alcanzado de forma completa o no se ha alcanzado en absoluto.

La evaluación de los resultados es un paso esencial en el proceso de enfermería, los resultados de la evaluación suponen un retorno a los pasos iniciales del proceso de enfermería obteniendo y analizando datos, desarrollando diagnósticos de enfermería y revisando y poniendo al día el plan de asistencia.

2. SINTESIS DE LA VALORACIÓN

INTRODUCCIÓN

Paciente femenina de 59 años de edad se presenta al servicio de ginecología del Hospital General de Zona Venados, por sangrado aparentemente transvaginal, se realiza papanicolau y cultivo vaginal, los resultados salieron normales y se da de alta del servicio.

En Noviembre del 2000 la paciente comienza con retención urinaria y hematuria, es llevada al servicio de urgencias de su unidad familiar donde es sondeada y egresada en repetidas ocasiones, es referida al Hospital General de Zona Venados al servicio de urología.

El 01 de Diciembre del 2000 se le coloca sonda foley la cual permanece hasta la cirugía, a la paciente se le vaciaba la bolsa colectora de orina las veces necesarias y se le colocaba el comodo.

Se le realiza tomografía en la cual el diagnóstico es de cáncer renal derecho, es programada para nefrectomía derecha el 09 de Febrero de 2001, durante la cirugía es lesionada la vena cava y la paciente cursa con choque hipovolemico, con ingresos de 10,650ml y egresos de 11,120ml de los cuales el sangrado fue de 6000ml y la uresis de 1200ml, se transfunde en paquete globular 1,250, plasma 300ml, sale intubada a la unidad de cuidados intensivos, donde permanece conectada al ventilador un día, egresa del hospital el 19 de Febrero del 2001, continua con vigilancia medica a cargo del servicio de urología por un año tres meses, a través de los estudios de gabinete como placa de rayos X se le detecta a la paciente metástasis pulmonares y se refiere al servicio de oncología medica, donde se le informa a la paciente que tendrá tratamiento de quimioterapia con interferón tres veces por semana durante seis meses y una vez al mes interleucina. Los efectos secundarios que le provoca la quimioterapia son fiebre que se controla con antipirético, mialgia, cefalea, astenia, neutropenia.

La paciente comienza con dolor en el miembro superior izquierdo se trata con antiinflamatorio no esteroide, pero el dolor no cede, se realiza una centellografía ósea la cual reporta metástasis en acromio clavicular izquierda, se da tratamiento de radioterapia y el dolor cede, la movilidad y la fuerza no se recupera totalmente, en Septiembre del 2004 comienza con dolor en miembro inferior pélvico derecho, se realiza resonancia magnética reportando metástasis a nivel de L2, se da tratamiento de radioterapia la cual le produce efectos secundarios vómito y estreñimiento se aplica antiemético y laxante, el dolor cede cuatro meses después. En Septiembre

del 2005 presenta nuevamente dolor en miembro inferior derecho se repite tratamiento de radioterapia.

Para presentar este proceso los cuidados se mencionan hasta el año 2005 pero los cuidados hacía la paciente continuaran sin tiempo determinado.

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE: M.C.R. EDAD: 63 años SEXO: F
FECHA DE NACIMIENTO: 09 Junio 1941 ESCOLARIDAD: primaria
OCUPACION: Hogar ESTADO CIVIL: Casada
LUGAR DE RESIDENCIA: México D.F.

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

La paciente no presenta ninguna alteración en el patrón de la respiración antes de la cirugía, después de está sale intubada para la unidad de terapia intensiva en la que permanece conectada un día al ventilador mecánico.

Se detectan metástasis pulmonares un año después de la cirugía.

Durante el tratamiento de quimioterapia la paciente no presenta ninguna alteración, a excepción del interferón intrapleural que se le aplico al termino de su tratamiento y el cual se le aplicaba una vez a la semana, con el cual presentaba una gran insuficiencia respiratoria con duración de 3 días que no mejoraba con posición, la paciente rehusó el tratamiento por que los efectos secundarios eran mayores a los beneficios.

Con la radioterapia no tuvo ninguna complicación en la oxigenación. Actualmente (2005) la paciente cuenta con metástasis pulmonares las cuales fueron controladas con quimioterapia (interferón e interleucina).

Los estudios de gabinete demuestran que no han presentado crecimiento las metástasis por cuatro años.

No tiene presencia de estertores se escuchan campos pulmonares limpios ruidos cardiacos rítmicos, la paciente presenta cardiomegalia de años atrás de detección.

Laboratorios 07 Agosto 2005

Hb 13.4 gr. /dL

Hct 38.7 %

Glucosa 99 mg/dL

Triglicéridos 356 mg/dL

Plaquetas 170 miles/mm³

T/A 120/80 FC 68 FR 19 TEM 36°C

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

La paciente refiere que su dieta se basaba principalmente de carne roja, grasas, tenía un bajo consumo de vegetales y agua.

A partir de su sintomatología (retención urinaria y hematuria) ya no consumía carne roja y su ingesta en agua aumento, postcirugía la dieta que se le indico fue para paciente nefropata, a partir de este momento sus hábitos dietéticos cambiaron radicalmente.

Con la quimioterapia presentaba nauseas con los olores de ciertas comidas, no presentaba apetito, tenia predilección por cosas dulces y frías con la cual controlaba las náuseas, las cuales terminada la quimioterapia desaparecieron.

Con el primer tratamiento de radioterapia no presento ninguna molestia, pero el segundo tratamiento que se enfocaba en columna lumbar y atravesaba vísceras la paciente presento vómito intenso por lo cual para las posteriores sesiones se premédico ondasetron 8 mg y dexametasona 8 mg, en la tercera aplicación no presento vómito.

Actualmente la paciente continúa con una dieta en la que consume leche descremada, pollo, pescado, pan, derivados de leche y dos litros de agua al día.

Presenta abdomen blando depresible, globoso a expensas de tejido adiposo, ruidos peristálticos presentes, con cicatriz de histerectomía, no doloroso, sin adenomegalias.

Peso 67kg.

Talla 1, 57cm.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

La paciente se presenta al servicio de urgencias en noviembre del 2000 por presentar retención urinaria de un día para otro, por lo menos cinco veces fue sondeada antes de conocer su diagnóstico, refiere que cuando lograba miccionar la orina era sangre (hematuria), la hematuria cedió al tratamiento médico, se le colocó sonda foley dos meses antes de la cirugía la cual se cambiaba cada mes, presentaba mucho dolor e irritación al cambio de sonda, la orina era concentrada con moco pero ya sin hematuria, después de la cirugía la paciente salió sin sonda foley y con buen funcionamiento del riñón izquierdo.

La paciente comenta que siempre sufrió de estreñimiento pero hasta que se le dio el segundo tratamiento de radioterapia se acentuó más su problema, se trata con laxantes, enemas para satisfacer su necesidad.

La paciente micciona 5 o 6 veces al día su orina es abundante, amarilla clara, con evacuaciones de una por día de características normales.

4. NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

A partir de la colocación de la sonda foley la postura cambio, la paciente no toleraba estar en decúbito lateral derecho, su marcha era lenta e incómoda por la sonda, lograba sentarse por poco tiempo, después de la cirugía la paciente dormía sentada, no tenía movilidad independiente, esto duro alrededor de un mes, se realizaba baño de regadera en silla.

Con el primer ciclo de quimioterapia la movilidad se vio afectada con dolores musculares y lumbares, los cuales desaparecían cinco días después, los demás ciclos no presento tanto dolor.

Cuando se presentó dolor en brazo izquierdo se encontraron metástasis óseas las cuales se trataron con antiinflamatorios pero el dolor no cedió, se dio tratamiento con radioterapia, ya que el dolor impedía la movilidad y se perdió la fuerza.

El dolor se controló pero no se recuperó totalmente el movimiento y la fuerza.

Presenta una marcha lenta en comparación a la que tenía años atrás, durante el alineamiento corporal la cabeza permanece erguida, los hombros alineados, la columna vertebral recta, en cuello hay flexión, extensión, rotación, hombro derecho flexión, extensión, abducción en el izquierdo no, en la pierna izquierda el movimiento de hiperextensión, abducción, aducción, rotación interna y externa, flexión y extensión están presentes.

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Antes de la cirugía el patrón del sueño se vio alterado por el miedo a su enfermedad y la depresión, después de la cirugía el movimiento era limitado y el dolor de la herida quirúrgica no la dejaban conciliar el sueño.

Con la quimioterapia y radioterapia el sueño se vio afectado, la angustia que le ocasionaba las reacciones secundarias de los tratamientos le ocasionaba insomnio.

Cuando presento el dolor en el brazo izquierdo y en la pierna derecha se quedaba despierta por las noches ya que el dolor era muy intenso.

Durante la noche se procura un ambiente que propicie el sueño una habitación oscura y en silencio.

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

La paciente a partir de su diagnóstico hasta cuatro meses después usaba bata de dormir debido a que se sentía más cómoda y no tenía ánimos de usar otra ropa. Con el dolor en el brazo necesitaba ayuda para vestirse y desvestirse debido a que el movimiento le causaba dolor.

En este momento la paciente es independiente para vestirse y desvestirse, su ropa va de acuerdo a su edad, sexo y clima.

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Con la quimioterapia presentaba fiebre de 39-40°C, la cual se trataba con antipirético y medios físicos, con los cuales cedía.

Temperatura 36.2°C.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

La paciente antes de la cirugía y posterior a ella se bañaba todos los días en regadera con ayuda.

En la actualidad es independiente para realizar baño y cepillado de dientes.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

La paciente se realizaba papanicolau año tras año antes de la cirugía, ocho años antes de la nefrectomía a la paciente se le realizó histerectomía total por miomas y meses después en las mamas se le encontraron lipomas. Actualmente no realiza grandes esfuerzos con el miembro superior izquierdo por presentar disminución de fuerza en el.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

La paciente mantiene una buena comunicación con su esposo e hijos, los cuales conocen su diagnóstico y el tratamiento que ha llevado. A pesar de ello el proceso de desintegración familiar es inevitable.

11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

La paciente es de religión católica su vida y salud la deja en las manos de Dios. A partir de su cirugía dice que su fe creció porque Dios le ha dado una segunda oportunidad, ella no asiste con frecuencia a la iglesia pero en casa hace oración.

12. NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

La paciente se dedica al hogar, a partir de su enfermedad se limitaron sus actividades por la inmovilidad que presentaba, con la metástasis ósea la fuerza disminuyó, tenía poca tolerancia para esfuerzos con las manos y permanecer por periodos largos de pie.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

La paciente no participa en actividades recreativas, ella refiere que la falta de tiempo y a veces de ánimo es un obstáculo para estas actividades y el dolor le impide muchas actividades físicas pero su pasatiempo es leer libros.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

A la paciente no se le dio la oportunidad de concluir la primaria, ella refiere que le hubiera gustado tener una carrera, nunca tuvo dificultades de aprendizaje, en la actualidad se trata de convencer de que aprenda alguna actividad manual o de repostería.

3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Alteración de la perfusión tisular relacionado con hemorragia por lesión de vena cava inferior manifestado por hipotensión (TA 90/50) taquicardia (FC 123x'), hipoventilación (FR 14x'), piel fría (T 35C°) y oliguria.

CRITERIOS DE RESULTADO

- ❖ Detener sangrado
- ❖ Signos vitales normales
- ❖ Evitar muerte

OBJETIVO

Controlar el sangrado y reestablecer líquidos

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Toma y registro de signos vitales

FUNDAMENTO

Cuando el volumen intravascular se reduce, el volumen que queda es insuficiente para llenar el sistema circulatorio. El retorno venoso del corazón disminuye y la sangre no llena las cavidades cardíacas por completo, como consecuencia de la falta de llenado, el volumen sistólico disminuye. El volumen sistólico es un factor esencial del gasto cardíaco de modo que si el primero disminuye, lo mismo hace el segundo. Si el gasto cardíaco se reduce, la presión arterial disminuye, cuando la presión arterial descende se reduce el flujo sanguíneo capilar y la oxigenación de las células del organismo resulta insuficiente.

El aumento de la frecuencia cardíaca es el resultado de intento del corazón para compensar la disminución del volumen de líquido intravascular. La frecuencia respiratoria es rápida, la profundidad disminuye a medida que el paciente entra en hipoventilación, la temperatura corporal disminuye.

- Transfusión de paquete globular 1,250ml y plasma fresco congelado 300ml.

FUNDAMENTO

Restaurar volumen sanguíneo y capacidad para transporte de oxígeno, se indica cuando existe una pérdida de sangre mayor del 30% del volumen sanguíneo de la persona y el plasma fresco congelado corrige la deficiencia de los factores de la coagulación.

- Ministración de solución hartmann 1000ml, mixta 1600ml, fisiológica al 0.9% 3700ml y haemacel 1000ml.

FUNDAMENTO

Se emplean soluciones electrolíticas y sustitutivos del plasma cuando existen pérdidas de agua y bases, si se desea mantener el equilibrio hídrico y electrolítico. El primer efecto sobre el líquido circulante es el descenso de la concentración de proteínas del plasma y el aumento de la presión hidrostática, este tipo de soluciones se distribuyen principalmente en el compartimiento extracelular.

- Colocación de sonda endotraqueal y apoyo de ventilador mecánico

FUNDAMENTO

La indicación de la intubación endotraqueal son la obstrucción de la vía aérea en la epiglotis, la administración de concentraciones exactas de oxígeno y la instauración de ventilación mecánica, el apoyo del ventilador mecánico fuerza el paso del aire a los pulmones hasta alcanzar un volumen previamente establecido. Cuando se llega a esta presión, el respirador interrumpe la fase inspiratoria sin importar la cantidad de aire que ha recibido el enfermo.

EVALUACIÓN

La paciente fue dada de alta de la unidad de cuidados intensivos al día siguiente ya extubada, su recuperación concluyo en hospitalización, fue dada de alta del hospital quince días después de la cirugía.

DIAGNOSTICO

Alteración en el patrón de la eliminación urinaria relacionado a obstrucción renal manifestado por retención urinaria y hematuria.

CRITERIOS DE RESULTADO

- ❖ Micción normal
- ❖ Retiro de sonda foley
- ❖ Eliminar hematuria
- ❖ Buen funcionamiento del otro riñón

OBJETIVO

Reestablecer el flujo urinario y control de la hematuria

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Toma de muestras de laboratorio BH, QS, y depuración de creatinina

FUNDAMENTACIÓN

BH: Es una prueba de sangre para conocer el estado de salud del paciente, saber si esta presentando parámetros bajos de hemoglobina por la hematuria.

EGO: Es una importante prueba rutinaria de detección que proporciona información sobre el estado de las vías urinarias.

DEPURACIÓN DE CREATININA: La creatinina es un producto residual no proteico del músculo esquelético y suele ser excretado por los riñones, las alteraciones de la filtración glomerular provocan un incremento de los niveles séricos de creatinina y un descenso de la velocidad de depuración de la misma.

- Colocación de sonda foley

FUNDAMENTACIÓN

La excreción urinaria puede verse obstruida a cualquier nivel de las vías urinarias, desde los cálices a la uretra, las neoplasias benignas o malignas también pueden provocar obstrucciones. Las neoplasias renales son tumores que suelen comprimir (más que invadir) el parénquima renal.

El sondaje es el proceso que consiste en introducir una sonda en la vejiga, esta medida puede ser necesaria para restablecer el drenaje urinario, este proceso puede favorecer la entrada de microorganismos en las vías urinarias.

- Cuidados a la sonda a permanencia

FUNDAMENTO

Usar agua y jabón durante el baño diario, en la salida de cualquier sonda hay drenaje supurativo, los microorganismos pueden emigrar a la vejiga a lo largo de la superficie exterior de cualquier sonda a permanencia.

- Colocar la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga

FUNDAMENTO

La orina debe de fluir hacia abajo, al elevar la bolsa se provoca el reflujo de orina contaminada de la bolsa hacia la vejiga del paciente no permitir que la orina se acumule en el tubo ya que se debe mantener un flujo libre de ésta para evitar infección.

EVALUACIÓN

Después de la cirugía a la paciente ya no se le coloco sonda, tenia buen funcionamiento del riñón izquierdo del cual hasta la fecha lleva vigilancia.

DIAGNOSTICO

Déficit de movimiento de miembro superior izquierdo y miembro inferior derecho relacionado con dolor por metástasis óseas manifestado por disminución de la fuerza e incapacidad de flexión, extensión, abducción y aducción.

CRITERIOS DE RESULTADOS

- ❖ Dolor controlado
- ❖ Mejor flexión, extensión, abducción y aducción
- ❖ Fuerza recuperada

OBJETIVO

Controlar el dolor y mejorar el movimiento

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Evaluar el dolor del paciente

FUNDAMENTO

La evaluación clínica completa es un prerrequisito indispensable para el tratamiento exitoso, los principios importantes involucrados en la evaluación del dolor son:

- Aceptar la descripción del paciente
- Evaluar el grado de la enfermedad del paciente
- Evaluar otros factores que pueden influir en el dolor, físicos, psicológicos, sociales, espirituales.

- Cuidado al paciente con tratamiento de radioterapia

FUNDAMENTO

La radioterapia es la forma más efectiva para controlar el dolor causado por infiltración local del tumor.

Los efectos secundarios dependen principalmente del volumen del tejido irradiado. Los efectos secundarios agudos de la radioterapia aparecen días o semanas después de iniciar el tratamiento y se relacionan con infiltración, edema y muerte celular dentro de la zona tratada.

- Ministración de Ondansetron 8mg vía intravenosa

FUNDAMENTO

La radiación a menudo se asocia con náusea y vómito. Antagonista selectivo de la serotonina a nivel de los receptores 3 (S3) que reducen la ocurrencia e intensidad de las náuseas y los vómitos inducidos por la radioterapia. La radiación causa daño tisular y liberación de diversos mediadores, incluida la serotonina del plexo nervioso intestinal.

- Ministración de analgésico tramadol 37.5mg+paracetamol 325mg vía oral

FUNDAMENTO

Se define como analgésico opioide a los medicamentos que tienen efectos similares a los de la morfina. Los analgésicos opioides ejercen su efecto y reacciones secundarias por interacción con los receptores de opioides en el cerebro y la médula espinal. Normalmente estos receptores interactúan con una variedad de sustancias opioides endógenas que incluyen endorfinas y encefalinas.

EVALUACIÓN

Debe realizar movimientos suaves para evitar dolor, la fuerza del miembro superior e inferior disminuyo, y seguirá con tratamiento médico por tiempo indefinido y cuando se presente nuevamente dolor se evaluara para nueva sesión de radioterapia.

DIAGNOSTICO

Hipertermia relacionada con la aplicación de quimioterapia manifestada por temperatura de 39 a 40°C.

CRITERIOS DE RESULTADOS

- ❖ Mantener la normotermia
- ❖ Impedir que la fiebre se presente

OBJETIVO

Mantener la normotermia

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Toma y registro de temperatura

FUNDAMENTO

La temperatura es el grado de calor del organismo humano. La fiebre como signo puede ser originada por reacción a algún medicamento antineoplásico (interferón) debe ser una manifestación de intolerancia general al fármaco.

- Ministración de paracetamol 1gr vía oral

FUNDAMENTO

Su efecto se debe a su acción sobre el centro termorregulador del hipotálamo, lo que induce vasodilatación periférica y da lugar a incremento del flujo sanguíneo en la piel, sudoración y pérdida de calor.

- Aplicación de medios físicos

FUNDAMENTO

Los efectos fisiológicos en la aplicación del frío en la superficie cutánea estimula los receptores de la piel; dichos estímulos viajan por los nervios espinotalámicos laterales hacia la corteza cerebral. En esta zona el frío se hace consciente, una reacción al frío en el organismo, es la disminución de calor, pero el efecto termorregulador induce a la concentración muscular para ayudar a la elevación del metabolismo basal.

EVALUACIÓN

La fiebre solo se presentó durante el tratamiento de quimioterapia la cual se controlaba con antipirético y medios físicos, una vez terminados los ciclos de aplicación la fiebre no volvió a presentarse.

DIAGNOSTICO

Ansiedad debido a incertidumbre acerca de los resultados del tratamiento del cáncer, sensación de impotencia y desesperanza por la pérdida de la función corporal y a los efectos que se prevén sobre el estilo de vida.

CRITERIOS DE RESULTADOS

- ❖ Expresar su duelo
- ❖ Describe el significado personal de la pérdida
- ❖ Expresa la intención de comentar sus sentimientos con las personas allegadas

OBJETIVO

Que la paciente curse su duelo y exprese sus sentimientos de dolor a causa de su enfermedad

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Animar a la verbalización de miedos y preocupaciones

FUNDAMENTO

El personal de enfermería cuando trabajan con pacientes en etapas terminales debe escucharlo, es en estos momentos cuando ellos necesitan decir todo lo que sienten y que muchas veces es con la enfermera con quien se desahogan.

- Vigilar si la paciente presenta insomnio

FUNDAMENTO

El insomnio es muy frecuente cuando se tiene alguna preocupación, es importante brindarle al paciente un espacio agradable con una temperatura tolerable para el, sin luz y en silencio para que concilie el sueño.

- Animar a la paciente en su cuidado personal

FUNDAMENTO

Los pacientes con enfermedades incurables pierden interés en el aspecto físico y presentan etapas en las que no les interesa su cuidado por la depresión.

- Comentar con los familiares lo importante de que salgan con el paciente

FUNDAMENTO

Sentir que su familia aún sigue considerando que tiene la fuerza de participar en salidas familiares levantara la autoestima del enfermo.

EVALUACION

La paciente presenta momentos de depresión que al hablarlos la tranquilizan, ella cuenta con todo el apoyo de su familia.

4. PLAN DE ALTA

Explicar a la paciente cuales son los cuidados que debe dar a su herida quirúrgica y los signos y síntomas de urgencia.

Explicarle a la paciente en que consiste el tratamiento de quimioterapia y radioterapia sus beneficios, efectos secundarios como puede contrarrestarlos y los medicamentos que seguirá tomando por tiempo indefinido.

Informar a la paciente que no debe de abandonar su tratamiento y que no esta dada de alta de la institución, tiene que estar en vigilancia y asistir a consultas programadas.

Indicarle sobre la dieta que debe de seguir, que alimentos tiene permitidos y cuales debe de evitar.

Darle apoyo psicológico e informarle que quiere decir tratamiento paliativo.

5. CONCLUSION

El Proceso Atención de Enfermería es un método de gran ayuda para el personal de enfermería para sistematizar las intervenciones de enfermería y otorgarle al paciente los cuidados integrales y satisfacer sus necesidades que por si solos en los momentos hospitalarios no pueden llevar acabo. Actualmente la paciente es independiente realiza actividades en su hogar con limitaciones a grandes esfuerzos. Las metástasis pulmonares han sido vigiladas por su médico tratante reportando que no han presentado crecimiento. Su riñón izquierdo funciona adecuadamente y ella tiene una vida normal.

6. GLOSARIO

Artralgia: Dolor en una articulación, es el término que se utiliza cuando hay dolor.

Cáncer: Es una proliferación anormal de células de algún tejido.

Glomérulo: Espiral de capilares arteriales diminutos que se conservan juntos debido a escasos tejidos conectivos.

Hematuria: Presencia de sangre en orina.

Intubación Endotraqueal: Introducción de un catéter a través de la boca hasta la traquea.

Letargo: Inactividad, apatía.

Metástasis: células tumorales en un tejido por vía sanguínea o linfática.

Mialgia: Dolor en los músculos.

Nefrona: Es la unidad básica del riñón.

Trombocitopenia: Disminución de plaquetas.

7. BIBLIOGRAFIA

Anderson M.D, Oncología 2da Edición Editorial Marban 1999.

Beare / Myers Enfermería Medicoquirúrgica 2da Edición Editorial Mosby /Doyma 1997

Bruner Lilian Sholtis, Manual de la enfermera 4ta Edición Editorial interamericana 1997.

DeVita Vincet Cáncer principios y practicas de oncología 5ta Edición Madrid-España Editorial Panamericana 2000.

González Barón M Oncología Clínica 2da Edición Editorial Mac-graw Hill 1998

Harrison Principios de Medicina Interna 15ª Edición Editorial Mac-Graw Hill 2001.

Henderson / Nite Enfermería Teórica y practica 3era Edición Editorial La Prensa Médica 1995.

Kim Diagnósticos de Enfermería 4ta Edición Editorial Mac-Graw Hill 1995.

Miranda López Ernesto Manual Practico de Oncología Editorial Corporativo Intermedica 1999

Otto Shirley Enfermería Oncológica Editorial Harcourt Brace Madrid-España 1999.

Peña José Carlos Nefrología Clínica Editorial Méndez Oteo- Méndez Cervantes 3era Edición 1995

Rosales Barrera Susana Fundamentos de Enfermería Editorial El Manual Moderno 1997

Sánchez Gutiérrez Esther Fundamentos de Oncología Médica para Enfermeras Editorial Médicos de México 2004

Weiss Geoffrey R Oncología Clínica Editorial Manual Moderno 1997

Woodruff Roger Dolor por Cáncer Editorial asta medica 2003

ANATOMIA DEL RIÑÓN

Los riñones son órganos pares localizados en la pared posterior de la cavidad abdominal, fuera de la lámina parietal del peritoneo, a la altura de la última vértebra dorsal y las tres primeras vértebras lumbares.

Tienen forma de frijol con concavidad interna, en el centro de la cual se localiza el íleo renal constituido por la arteria, vena, linfáticos, plexo nervioso y pelvis renales. Su peso aproximado es de 115 a 155 gr. en adulto masculino y mide 11cm de largo, 5 a 7.5 cm. de ancho y 2.5 cm. de espesor.

Los riñones están cubiertos por una cápsula fibrosa delgada que se adhiere a los componentes del íleo renal y una capa de grasa peri-renal constituyendo uno de los medios de fijación del riñón. Los riñones se relacionan por delante con la pared posterior del peritoneo y por detrás con los músculos cuadrado lumbar, psoas y aponeurosis del músculo transverso. El borde interno del riñón se relaciona con la aorta en el lado izquierdo y con la cava inferior en el derecho, en la parte media se encuentra el íleo renal constituido de adelante hacia atrás por la vena renal, la arteria renal, los cálices y la pelvicila, el polo superior está cubierto por la glándula suprarrenal, y el polo inferior se localiza a 5cm. por arriba de la cresta iliaca.

Los riñones están rodeados por una fuerte membrana blanca de tejido fibroso, que recibe el nombre de cápsula renal, la capa exterior recibe el nombre de corteza, y tiene aproximadamente 1 cm. de grosor, en ella se encuentra los glomérulos, los cuales pueden verse como puntos rojizos, y los túmulos contorneados proximales y distales y una capa interna con túmulos colectores y ramas ascendentes gruesas del asa de Henle.

La médula renal está formada por pirámides de 8 a 18 conos de base externa cuyo vértice interno se denomina papila y termina en los cálices de la pelvis renal.

VASOS RENALES

Cada riñón está irrigado habitualmente por una arteria renal proveniente de la aorta abdominal, desprendiéndose la derecha a un nivel inferior que la izquierda. Estas arterias son terminales y no se comunican entre sí, las arterias segmentarias se continúan con las interlobares y al llegar a la unión cortico medular se dirigen a la parte media de la base de las pirámides sin unirse entre si, constituyendo las arterias arciformes o arcuatas. De ellas nacen las arterias enterlobulillares que se dirigen a la

superficie cortical y por medio de arborización dan lugar a la arteriola de cada glomérulo.

NEFRONA

Es la unidad funcional del riñón y esta constituida por la cápsula de Bowman, los túmulos contorneados proximal y distal y el asa de Henle. Las nefronas drenan en los conductos colectores.

Cada nefrona dispone de su propio aporte sanguíneo, la arteriola aferente suministra la sangre al ovillo esférico de capilares conocido como glomérulo, que se localiza en el interior de la capa formada por la cápsula de Bowman. Desde el glomérulo, la sangre pasa a la arteriola eferente, la lleva hasta los capilares peritubulares estos siguen el recorrido de la nefrona, dando la vuelta la médula y volviendo a la corteza y drenando en las vénulas que devuelven la sangre a la circulación general.

Cada una de las regiones de la nefrona se ha modificado para llevar a cabo funciones específicas: filtración, reabsorción y secreción, procesan aproximadamente 180 l/día de filtrado y puede reabsorber todos sus componentes esenciales. Existe un dintel para la cantidad de cada soluto que se puede reabsorber. Este dintel es lo que se conoce como transporte máximo y se expresa como la cantidad máxima que se puede reabsorber por completo en un minuto.

La filtración es la función de las capsulas de Bowman, mientras que la reabsorción y la secreción son funciones de los túmulos y los conductos colectores.

GLOMERULO

Está formado por una red capilar en forma de ovillo, el aparato yuxtglomerular y la cápsula de Bowman; recibe sangre a través de la arteriola aferente y la drena por la arteriola eferente ambas localizadas en el polo vascular.

Dentro del glomérulo la arteriola aferente se divide en 5 a 8 ramas que se dividen en 20 a 40 asas capilares. El glomérulo es la porción del nefrón responsable de la producción del ultrafiltrado del plasma, la superficie total de filtración es de aproximadamente 1m² en el adulto.

CAPSULA DE BOWMAN

Está constituida por un epitelio de células planas continuación de las células epiteliales del túbulo contorneado proximal y una membrana basal que se continúa con la membrana basal tubular proximal.

La composición del filtrado depende de la estructura y la integridad de las dos capas de epitelio y de la membrana basal situada entre ambas. La cantidad del filtrado formada depende del equilibrio entre la presión arterial y la presión osmótica coloidal en los capilares glomerulares que están constituidos por tres capas: membrana basal (intermedia), células epiteliales o podocitos (por fuera) y células endoteliales (por dentro).

TUBULO CONTORNEADO PROXIMAL

Mide más o menos 14mm de largo y tiene 50 a 60 micras de ancho, sus células epiteliales son altas, con núcleo basal reabsorbe aproximadamente un 65% del filtrado que penetra en la cápsula de Bowman. Los solutos son transportados activamente de la luz al líquido intersticial, estos solutos reabsorbidos generan un gradiente osmótico que arrastra agua con ellos.

TUBULO CONTORNEADO DISTAL

Tiene 5mm de largo por 20 a 50 micras de ancho queda por lo general un 10-15% del filtrado glomerular por pasar al túbulo contorneado distal desde el asa de Henle, sigue siendo una cantidad considerable (27 l/día) y la mayor parte de la misma se debe reabsorber para mantener el balance hídrico del organismo.

A diferencia de la reabsorción obligatoria que se produce en el resto de la nefrona la reabsorción a este nivel se ve favorecida por mecanismos extrínsecos e intrínsecos que regulan la excreción para mantener la homeostasis del agua, los electrolitos y el pH plasmático.

CONDUCTOS COLECTORES

El filtrado fluye desde túmulos contorneados distales hacia los conductos colectores que tampoco son permeables al agua a no ser que sean estimulados por la ADH.

CÁNCER RENAL

El cáncer se define como una proliferación anormal de células de algún tejido, precedida por una mutación somática a nivel a nivel cromosomal. El carcinoma de células renales es un tumor relativamente raro, es más frecuente en hombres que en mujeres.

EPIDEMIOLOGÍA

La mayoría de los casos del carcinoma renal se producen en personas con una edad de 50 a 70 años.

El carcinoma renal fue descrito por primera vez por Konig en 1826. En 1855 Robin llegó a la conclusión de que el epitelio tubular renal era el tejido más probable de origen del cáncer una observación que fue confirmada por Waldeyer en 1867. En 1883 Grawitz, teniendo en cuenta que el contenido graso de las células cancerosas era similar al de las células adrenales llegó a la conclusión de que los tumores se producían como consecuencia de restos adrenales dentro del riñón e introdujo el termino stroma lipomatoide aberrata renis para los tumores de célula clara.

El carcinoma renal se produce tanto en forma esporádica como hereditaria.

En los síndromes hereditarios el cáncer de riñón es a menudo bilateral y tiende a producirse en el grupo de edad más joven. A si mismo se ha observado un aumento de la incidencia del carcinoma renal en pacientes con riñón poliúístico autosómico dominante y esclerosis tuberosa.

ETIOLOGÍA

Se han estudiado varios factores ambientales, hormonales, celulares y genéticos como posibles factores causales en el desarrollo del carcinoma renal se ha encontrado que fumar cigarrillos es un factor de riesgo específico, la obesidad está asociada con un riesgo mayor de desarrollo del carcinoma renal, particularmente en mujeres. El abuso de analgésicos que contengan fenacetina desarrolla una nefropatía analgésica.

Los factores ambientales y ocupacionales han sido asociados con el desarrollo de cáncer de riñón, existe una mayor incidencia de carcinoma renal entre los curtidores de piel, los trabajadores del calzado y los expuestos al asbesto, la exposición al cadmio, al dióxido de torio. Aunque se sabe que existe una mayor incidencia con la exposición al petróleo, el alquitrán y los productos derivados de el.

FISIOPATOLOGÍA

Los tumores renales tienden a ser esféricos pero pueden variar ampliamente en tamaño. El diámetro medio es de aproximadamente 7cm, sin embargo pueden crecer hasta llenar por completo el retroperitoneo. Aunque el carcinoma renal tiende a aparecer en la corteza renal, este puede originarse en el interior del riñón, a menudo existe una pseudocápsula formada alrededor del tumor por compresión del tejido circundante. La hemorragia y la necrosis pueden estar presentes y frecuentemente grandes áreas de esclerosis y fibrosis del tumor, la calcificación y los quistes llenos de líquido.

Los carcinomas de célula clara contienen células teñidas ligeramente con un citoplasma vacuolado que contiene sustancias parecidas al colesterol, lípidos neutros, fosfolípidos y glicógeno.

CUADRO CLÍNICO

El carcinoma renal puede permanecer clínicamente oculto en la mayoría de su curso, la presentación clásica de dolor, hematuria y masa en el costado se produce en solamente el 19% de los pacientes y a menudo es indicativa de enfermedad avanzada. Un tumor renal puede progresar sin ser notado hasta adquirir un gran tamaño en el retroperitoneo, hasta que aparece la metástasis.

Un número considerable de pacientes con carcinoma renal desarrolla síntomas sistémicos de esta enfermedad.

La anemia hipocrómica, debido a la hematuria, la pirexia, se observa en el 20%, la caquexia, la fatiga y la pérdida de peso en el 33%, la disfunción hepática no metastásica. De los pacientes con cáncer de riñón el 1% al 5% tiene policitemia, los niveles de renina están a menudo elevados.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

LABORATORIO

Un recuento sanguíneo completo demostrará anemia o policitemia, mientras que un perfil de química sanguínea evaluará la función renal y la presencia de cualquier disfunción hepática o hipercalcemia.

UROGRAFIA EXCRETORA

Ayuda a diferenciar las lesiones quísticas de las sólidas.

TOMOGRAFIA

Permitirá distinguir un quiste de una masa sólida y proporcionará información adicional referente a la presencia de linfadenopatía o metástasis hepáticas retroperitoneales.

GAMMAGRAMA OSEO

Suele reservarse para pacientes que tienen valores elevados de fosfatasa alcalina

TRATAMIENTO

CIRUGIA

Es la única terapia eficaz conocida para el carcinoma renal localizado, la nefrectomía radical incluye la extirpación completa de fascia de Geroto y su contenido, incluyendo el riñón y la glándula adrenal y proporciona un mejor margen quirúrgico que la extirpación del riñón.

QUIMIOTERAPIA

Es la utilización de diversos fármacos que tienen la característica de interferir con el ciclo celular ocasionando la destrucción de células. El carcinoma de célula renal es un tumor resistente a la quimioterapia presentan solamente índices de respuesta marginales.

CICLO CELULAR

Es una serie de fases que se caracterizan por la producción de elementos específicos que requiere la célula para llevar buen término el proceso de la división celular, siendo estas fases las siguientes:

FASE G0: Las células se encuentran programadas para desarrollar funciones especializadas, estas células son en su mayor parte refractarias a quimioterapia.

FASE G1: Se inicia la síntesis de RNA y proteínas para realizar funciones especializadas de la célula, en la fase G1 tardía un incremento en la síntesis de RNA ocurre y muchas de las enzimas necesarias para la producción de DNA se inician.

FASE S: (Síntesis de DNA) el contenido de DNA celular se duplica.

FASE G2: Cesa la síntesis de DNA, continúa la síntesis de RNA y proteínas y los precursores de los microtúbulos del uso mitótico son producidos.

FASE M: (Mitosis) la velocidad de síntesis de RNA y proteínas disminuye abruptamente mientras que el material genético es segregado hacia el interior de las células hijas.

Después de completar la mitosis, las nuevas células entran a una fase G0 o G1.

TERAPIA BIOLÓGICA

Es el tratamiento utilizando agentes derivados de fuentes biológicas, con capacidad de afectar la respuesta orgánica. La mayoría de estas sustancias se derivan del genoma humano y de mamíferos.

Su efecto terapéutico se basa en que al modificar la relación huésped-tumor, mediante la modificación de la respuesta biológica del huésped a las células tumorales.

Tenemos gran cantidad de productos novedosos como interferones, las interleucinas, los factores de crecimiento y los anticuerpos monoclonales.

INTERFERÓN

En 1957 los biólogos Isaacs y Lindermann por primera vez caracterizaron al interferón. Proteína producida por las células infectadas por virus y se observó que podía proteger a otras células de este tipo de infecciones. Desde su hallazgo se ha avanzado en la comprensión del sistema de interferones han demostrado su efectividad en el tratamiento de diversas enfermedades malignas y virales.

Los interferones se sub-dividen tres clases principales, de acuerdo con el tipo de antígeno: alfa, beta y gamma.

Los interferones alfa y beta se producen principalmente en los leucocitos y los fibroblastos, respectivamente. Los linfocitos T son los responsables de la producción de los interferones gamma.

En pacientes con carcinoma renal un régimen con una dosis intermedia generalmente de 5 a 10 millones de UI/m² administrados intramuscular o subcutánea tres a cinco veces a la semana o diariamente. La probabilidad a la respuesta está basada en unos buenos resultados, antes de la nefrectomía y con la enfermedad predominante localizada en el pulmón.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Al inicio del tratamiento casi todos los pacientes sufren síntomas similares a los síntomas del resfriado común, estos incluyen escalofrío de dos a cuatro horas después de la inyección, seguido de picos febriles hasta 40°C. Acompañada de cefaleas, mialgias, artralgias y malestar generalizado. También hay fatiga, anorexia, pérdida de peso, letargo, falta de concentración, neutropenia, trombocitopenia leve, transaminasas elevadas, proteinuria e hipotensión asintomática.

INTERLEUCINAS

Literalmente el término interleucina significa “entre leucocitos” la interleucina-2 es una glucoproteína producidas principalmente por los linfocitos T, los estudios de ésta, han demostrado que es un modulador de la respuesta inmunológica.

Se ha demostrado ahora que la terapia del carcinoma de célula renal metastásico con interleucina-2 recombinante puede dar como resultado respuestas al tumor completas y duraderas en una minoría de pacientes. Los estudios preclínicos iniciales demostraron que la eficacia antitumoral de la interleucina-2 depende de la dosis y del programa; además en cualquier régimen de tratamiento particularmente la actividad puede aumentar mediante la transferencia adoptiva de linfocitos activados (células asesinas activadas por el uso concomitante de otras citoquinas tales como interferón o factor de necrosis tumoral).

EFFECTOS SECUNDARIOS

Fiebre, cefalea, mialgias, artralgias, fatiga, congestión nasal, hipotensión, taquicardia, disnea, náuseas, vómito, anorexia, confusión, desorientación, somnolencia, letargo, ansiedad, depresión, anemia, trombocitopenia.

RADIOTERAPIA

La principal ubicación de metástasis hematógica del carcinoma renal son el hueso, el pulmón y el cerebro. El tratamiento en todos los casos no es curativo, sin embargo los pacientes que se presentan con una lesión metastásica inicialmente solitaria tiene de un 30 a un 40% de supervivencia a los 5 años.

La radioterapia por haz externo es el método que se emplea usualmente como paliativo en pacientes con metástasis sintomática.

METÁSTASIS

Los eventos que gatillan la conversión de un tumor en reposo a uno invasivo de rápido crecimiento forman una verdadera escalera cuyos peldaños aún no se conocen muy bien y que para las células resultan muy difíciles de superar. A pesar de esto, existen colonizadoras que finalmente producen la aparición de nuevas células tumorales en un tejido lejano, fenómeno que se denomina metástasis. De esta cascada de eventos se sabe que una de las etapas iniciales para la consolidación de la metástasis requiere la vascularización de los tumores primarios, para que éstos crezcan rápidamente. Además, la invasión y posterior metástasis puede facilitarse por proteínas que estimulen la adhesión de células tumorales a la matriz extracelular, proteólisis sobre las diferentes barreras estructurales de los tejidos, como es la membrana basal, desplazamiento de las células tumorales y formación de colonias de las células tumorales en el órgano blanco de la metástasis.

El tumor vascularizado comienza a crecer muy rápido, comprime los tejidos vecinos, se infiltra a través de la membrana basal e invade otros tejidos, generando metástasis. En algunos tumores esto ocurre muy tempranamente y en otros tardíamente.

Las etapas requeridas para la colonización metastásica inician con una pequeña población de células neoplásicas que adquieren vascularización con la invasión de capilares sanguíneos y linfáticos, los mecanismos de invasión de las células tumorales a través de las

Barreras titulares para llegar a la sangre o vasos linfáticos no se conoce pero involucran procesos mecánicos y enzimáticos.

Se requiere de la participación de algunas enzimas degradativas como proteasa y otras enzimas, que son secretadas por células tumorales en una concentración importante.

De particular importancia resulta ser la colagenasa que degrada que degrada colágeno tipo IV, principal proteína estructural de la membrana basal. La degradación de colágeno permite que las células tumorales invadan tejido endotelial y escapen desde o hacia vasos sanguíneos.

Cuando las células tumorales alcanzan los conductos sanguíneos o linfáticos, éstos forman un embolo o trombo por interacción con otras células tumorales, células sanguíneas y por depósito de fibrina. Células individuales o agrupaciones de ellas se liberan de estos sitios y se distribuyen en distintos órganos a través de conductos linfáticos o capilares sanguíneos. Las células que entran al sistema linfático viajan hasta los nódulos vecinos, en los cuales puede n retenerse algunas células tumorales y producir metástasis.

Se comprobó así que las células de carcinoma se adhieren de inmediato al epitelio capilar aún cuando la sangre fluye rápidamente. En 30 minutos se forma un trombo alrededor de las células tumorales, alas 24 horas la célula comienza a dividirse, luego de 48 horas la invasión del endotelio es evidente y alas 72 horas se ha establecido una metástasis.

DOLOR

El dolor es uno de los síntomas más comunes en pacientes con cáncer avanzado. Sin duda es el más temido. Desafortunadamente, el dolor relacionado con el cáncer se trata de manera inadecuada, lo que resulta un sufrimiento innecesario.

DEFINICIÓN

Es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión hística real o potencial o bien descrita en términos de daño (Merskey 1964).

NEUROFISIOLOGÍA

El dolor es causado por la estimulación de las terminaciones nerviosas libres (nociceptores) y estos impulsos pasan a lo largo del nervio periférico hacia el asta dorsal de la médula espinal. Ahí hacen sinapsis con las células del tracto espinotalámico que transporta los impulsos a lo

largo de la médula espinal, a través del tallo cerebral al tálamo. Del tálamo, los impulsos son enviados a diversas áreas de la corteza cerebral que permiten la percepción de y la reacción al dolor. Las sustancias productoras de dolor también pueden actuar en otras terminaciones nerviosas, como las responsables del calor o la presión, reduciendo su umbral de estimulación y facilitando su activación.

Las fibras nerviosas de los nociceptores somáticos pasan a través de los nervios periféricos y entran en la médula espinal por medio de la raíz dorsal. En el caso las fibras de los nociceptores viscerales, alrededor del 20% entran a través de la ruta ventral; esto explica porque el seccionamiento quirúrgico de las raíces dorsales (rizotomía dorsal) puede fracasar en el control del dolor visceral. Las fibras aferentes viscerales y somáticas convergen hacia las mismas neuronas en la médula espinal, siendo las fibras espinales ascendentes comunes para los impulsos tanto de las vísceras como de la piel. Ésta es la base anatómica para el dolor visceral se acompaña de dolor cutáneo en dermatomas particulares.

En el asta dorsal de la médula espinal, los nervios sensitivos aferentes hacen sinapsis con las fibras del tracto espinotalámico ascendente, ya sea directamente o por medio de un complejo sistema de fibras conectoras o interneuronas, empleando una gran variedad de neurotransmisores, incluyendo la sustancia P y el glutamato. La terminal presináptica de la fibra sensorial aferente contiene receptores opioides que ligan las sustancias opioides endógenas (endorfinas) o los medicamentos opioides exógenos. Esta unión reduce o bloquea la liberación de neurotransmisores por la fibra sensorial aferente, reduciendo o disminuyendo la sensación de dolor.

Los impulsos del dolor transmitidos al tálamo son enviados a varias áreas de la corteza cerebral: las áreas sensitivas del lóbulo parietal que permiten la localización y la interpretación del dolor; el lóbulo temporal que está implicado en la memoria al dolor; y el lóbulo frontal donde la función cognoscitiva evalúa la importancia del dolor y la respuesta emocional al mismo.

El dolor neuropático resulta del daño a los nervios o tejidos nerviosos, más que de la estimulación de los nociceptores por la lesión o inflamación de los tejidos. El dolor es consecuencia de la actividad eléctrica espontánea de los nervios dañados o del aumento de la sensibilidad al estímulo exógeno, las vías nerviosas involucradas son las mismas que en la nocicepción. El daño a las fibras aferentes sensitivas ocasiona una reducción significativa en el número de receptores opioides en las terminales presinápticas de las fibras afectadas en el asta dorsal, esto posiblemente explica porqué la sensibilidad a los opioides está reducida en el dolor neuropático. El daño a las fibras nerviosas

simpáticas puede conducir hacia el dolor de tipo simpático en el que el dolor neuropático se acompaña de signos de disfunción autónoma, incluyendo inestabilidad vasomotora y cambios pseudomotores.

El dolor crónico induce otros cambios en el sistema nervioso. Las alteraciones en los receptores y en los transmisores se presentan en la médula espinal y cerebro, los cuales pueden llevar a la perpetuación del dolor o a una reducción en la sensibilidad a los opioides. Los cambios psicológicos permanecen sin definir hasta el momento, pero la inferencia es obvia. El dolor crónico debe estar bien controlado, tan pronto como sea posible.

DOLOR CRÓNICO: Resulta de un proceso patológico crónico, tiene un inicio gradual o mal definido, prosigue sin disminuir y puede volverse progresivamente más grave. El paciente se presenta deprimido y retraído y dado que generalmente no hay manifestaciones de sobreactividad simpática, frecuentemente son catalogados como “personas que parecen no tener dolor”, los síntomas que presentan son depresión con letargia, apatía, anorexia e insomnio.

RADIOTERAPIA

La radioterapia es la forma más efectiva para controlar el dolor causado por infiltración local del tumor. Los beneficios potenciales deben considerarse frente a los posibles efectos secundarios y frente a la inconveniencia de trasladar al paciente hacia y desde las instalaciones donde se proporciona la radioterapia. La razón para el uso de la radioterapia es que causa la muerte de algunas células tumorales, lo cual conduce a la reducción del dolor y de otros síntomas ocasionados por infiltración tumoral o presión.

La respuesta a la radioterapia depende de los factores relacionados con el tumor y con la radiación. Los tumores de crecimiento muy rápido y aquellos con buen suministro vascular son más sensibles a la radioterapia. Los tumores también varían en su radiosensibilidad intrínseca, pero la clasificación y el concepto de “tumores radorresistentes” están relacionados con la radiocurabilidad del cáncer y no con la radioterapia paliativa. En el cuidado paliativo, la disminución del tumor no es determinante principal del alivio del dolor.

Los efectos secundarios de la radioterapia dependen principalmente del volumen de tejido irradiado y de los efectos de la irradiación sobre los tejidos normales dentro del campo tratado. El tratamiento de mayores volúmenes provocará más efectos secundarios e involucrará mayor cantidad de tejido normal. Los efectos agudos aparecen días o semanas después de iniciar el tratamiento y se relacionan con inflamación, edema

y muerte celular dentro de la zona tratada. Los pacientes que reciben radioterapia pueden desarrollar ciertos síntomas incluyendo cansancio, náuseas y anorexia.

Después del inicio de la radioterapia, puede haber aumento de dolor durante algunos días debido al edema reactivo. El paciente debe ser prevenido sobre esta posibilidad y si es necesario debe ser tratado con un corticosteroide o un antiinflamatorio no esteroides.

La radioterapia convencional para el control tumoral puede involucrar una dosis de 30-40 Gy administrados en 10 a 20 sesiones de tratamiento durante un periodo de dos a cuatro semanas, la dosis administrada en la terapia paliativa dirigida al control del dolor es del orden de 8-20 Gy, administrada en una cuatro sesiones de tratamiento. Las metástasis óseas localizadas en una extremidad a menudo pueden ser paliadas con un solo tratamiento.

La respuesta a la radioterapia usualmente se manifiesta dentro de dos a cuatro semanas después de iniciado el tratamiento.

INTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BASICAS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Fecha de nacimiento _____ Escolaridad _____
Ocupación _____ Estado civil _____
Lugar de residencia _____

1. Necesidad de Oxigenación

¿Padece de algún problema relacionado con su respiración? _____ ¿cuál? _____

¿Cuál es su opinión en relación con el acto de fumar? _____

¿Usted fuma? _____ ¿Desde hace cuanto tiempo? _____

¿Qué cantidad de cigarrillos fuma al día? _____

¿Cómo influye su estado emocional en el acto de fumar? _____

¿Considera usted que el lugar donde vive, estudia o trabaja puede afectar su oxigenación? _____ ¿En que forma? _____

¿Qué medidas tomas para prevenir daños en su oxigenación? _____

Fármacos específicos _____

Otros _____

Exploración Física Pulmonar
(inspección, auscultación, palpación, percusión)

Exploración Física Cardiovascular
(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación

¿Qué alimentos consume regularmente? _____

¿Cuántas veces se alimenta al día? _____
¿Qué alimentos prefiere? _____
¿Qué alimentos le desagradan? _____
¿Tiene problemas para masticar o deglutir? _____
¿Ha presentado trastornos digestivos posteriores a la ingestión de alimentos? _____

¿Cuáles? _____ ¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? _____ ¿Cuáles? _____
¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos? _____
¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? _____
¿De que manera? _____ ¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? _____
¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación? _____
¿Utiliza sustancias para reducir el apetito? _____ ¿cuáles? _____
Fármacos _____ Otros _____

Exploración Física Gastrointestinal
(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

Peso _____ Talla _____ Índice de masa corporal _____

3. Necesidad de Eliminación

¿Cuántas veces evacua al día? _____ ¿Qué características tienen sus heces? _____ ¿Cuántas veces micciona al día? _____
¿Qué características tiene su orina? _____
¿Qué características tiene su menstruación? _____
¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o la micción? _____
¿Cuáles? _____ ¿Padece algún problema relacionado con la evacuación, micción o menstruación? _____ ¿Cuál? _____
¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal, urinaria o menstrual? _____ Fármacos _____ Otros _____

Exploración Física en la Eliminación
(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

4. Necesidad de Movilidad y postura

¿Cómo es su actividad física cotidiana? _____
¿Realiza ejercicio? _____ ¿Qué tipo de ejercicio? _____
¿Cómo es su tolerancia en su estado emocional? _____
¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional? _____
¿Padece de algún problema relacionado con la movilidad y postura? _____

¿Cuál? _____ ¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? _____ ¿Cuál? _____
¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su movilidad y postura? _____ ¿Cómo influye su estado de ánimo para la realización de ejercicio? _____
Fármacos _____ Otros _____

Exploración Física
(Palpación, inspección)

5. Necesidad de Descanso y Sueño

¿Cuánto tiempo destina para descansar? _____ ¿Cuántas horas duerme? _____ ¿Se duerme fácilmente? _____
¿Cree tener alteraciones del sueño? _____ ¿A que considera que deban estas alteraciones? _____
¿Ronca ruidosamente? _____ ¿Usted cree que el roncar es un problema de salud? _____ ¿Qué ha hecho para solucionarlo? _____
¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? _____
¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja para su descanso y sueño? _____ ¿De que manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? _____
Fármacos _____ Otros _____

Exploración Física
(expresión corporal, escala del dolor)

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

¿Necesidad de ayuda para vestirse y desvestirse? _____ ¿En que medida? _____ ¿Elige su vestuario en forma independiente? _____
¿Por qué? _____ ¿Cómo influye su estado de ánimo en la selección de sus prendas de vestir? _____
¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir? _____
¿Cómo influye la moda en la selección de sus prendas de vestir? _____
¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir? _____

Exploración Física
(Inspección)

7. Necesidad de Termorregulación

- ¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? _____
- ¿Regularmente que temperatura tiene el lugar donde vive, estudia o trabaja? _____
- ¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura diurna y nocturna? _____
- ¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal? _____
- ¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal? _____
- ¿Cuál? _____ Fármacos _____ Otros _____

Exploración Física
(temperatura corporal)

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

- ¿Con que frecuencia se realiza baño y aseo de cavidades? _____
- ¿A que hora del día prefiere bañarse? _____
- ¿Cuántas veces se lava los dientes al día? _____ ¿Cómo se lava los dientes? _____
- ¿En que casos se lava sus manos? _____
- ¿Con que frecuencia se realiza corte de uñas? _____ ¿Cómo lo hace? _____
- ¿Qué aspectos de la higiene considera más importantes? _____
- ¿Qué significa para usted la higiene? _____ Fármacos _____
- Otros _____

Exploración Física

9. Necesidad de evitar peligros

¿Cuenta con esquema de vacunación completo? _____ ¿Qué vacunas no se le han aplicado? _____
¿Qué tipo de autoexploración física para evitar daños en la salud? _____ ¿Con que frecuencia se realiza autoexploración física? _____ ¿Tiene vida sexual activa? _____
¿Qué preferencia sexual tiene? _____ ¿Utiliza algún método de protección? _____ ¿Cuál? _____ ¿Ha padecido algún tipo de enfermedad por transmisión sexual? _____ ¿Cuál? _____
¿Toma bebidas alcohólicas? _____ ¿Desde cuando y con que frecuencia? _____ ¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? _____ ¿Consume usted drogas? _____
¿De que tipo? _____ ¿Desde cuando y con que frecuencia consume frecuencia? _____ ¿Qué opinión tiene usted sobre el consumo de drogas? _____ ¿Ha tomado fármacos o remedios sin prescripción médica? _____ ¿Qué fármacos o remedios ha tomado sin prescripción médica _____
¿Durante este año ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? _____ ¿Cuál? _____
¿En el lugar donde usted vive, estudia o trabaja, existe peligros que le pudieran provocar daños en su salud? _____ ¿Cómo cuales? _____
¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia? _____
¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes? _____
¿Cómo maneja una situación de estrés? _____

Exploración Física

10. Necesidad de Comunicarse

¿Con quien vive? _____ ¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos y vecinos? _____ ¿pertenece a algún grupo social? _____
¿A que grupo social pertenece? _____ ¿Durante cuanto tiempo esta sólo? _____ ¿tiene pareja? _____ ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja? _____ ¿Padece de algún problema relacionado con la comunicación? _____ ¿Cuál? _____
¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? _____
¿De que tipo? _____ ¿considera usted que existen factores en su hogar, escuela o trabajo que le limiten la comunicación con los demás? _____
¿Cuáles? _____ Fármacos _____
Otros _____

Exploración Física

11. Necesidad de Creencias y valores

- ¿Tiene alguna creencia religiosa? _____ ¿Cuál? _____
- ¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? _____
- ¿Con qué frecuencia acude a su centro religioso? _____
- ¿Tiene algún problema que le impida o limite, asistir a su centro religioso? _____
- ¿De que tipo? _____ ¿Sus creencias religiosas pudieran interferir en su salud? _____ ¿Por qué? _____ ¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? _____ ¿Por qué? _____
- ¿Qué significa para usted un valor? _____ ¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? _____ ¿Por qué? _____
- ¿Qué significa para usted la vida y la muerte? _____

Exploración Física

12. Necesidad de Trabajo y Realización

- ¿Cuál es su rol familiar? _____ ¿Está satisfecho con el rol que desempeña? _____ ¿Por qué? _____
- ¿Qué significado tiene para usted participar en el ingreso económico familiar? _____
- ¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? _____
- ¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? _____
- ¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? _____
- ¿Realiza alguna actividad altruista? _____ ¿De que tipo? _____
- ¿Esta satisfecho con su manera de pensar y actuar? _____

Exploración Física

13. Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? _____
¿Por qué? _____ ¿En que forma influye su estado de ánimo para
realizar actividades recreativas? _____ ¿Qué juegos y actividades
recreativas realiza? _____ ¿Con que frecuencia? _____
¿Se integra con su familia y otras personas en la realización de actividades
recreativas? _____ ¿Por qué? _____ ¿Cómo se siente
después de jugar y realizar actividades recreativas? _____
Fármacos _____ Otros _____

Exploración Física

14. Necesidad de Aprendizaje

¿Padece de algún problema que interfiera en su aprendizaje? _____
¿De que tipo? _____ ¿Qué significado tiene para usted la
escuela? _____ ¿A que tipo de escuela asiste? _____
¿Cómo ha sido su rendimiento escolar en este último trimestre? _____
¿A que cree usted que se deba ese rendimiento? _____
¿Cómo influye la relación que usted tiene con sus padres, hermanos, docentes
y compañeros en su aprendizaje? _____
¿Cómo que fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad? _____
¿Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo? _____

Identifique fuentes de apoyo para el aprendizaje en la comunidad
