



ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA A.C
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

CLAVE: 8723

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UNA
PACIENTE DE CARCINOMA BASOCELULAR, EN EL HOSPITAL
JARDINADAS DE ZAMORA.
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARIA NATIVIDAD CRUZ MANUEL

CLAVE: 401520934

ASESORA:

L.E.O INGNACIA ESCALERA MORA

MARZO, DEL 2007, ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA:

Agradezco infinitamente a dios nuestro señor, por darme la perseverancia, la fortaleza y el conocimiento para concluir este gran proyecto que me he dado a la tarea de realizarme en mi carrera de enfermería y obstetricia.

Este proyecto va dedicado principalmente para dos grandes personas a las cuales amo por haberme dado la vida; que gracias a su amor que me han brindado y me han sabido llevar por un buen camino, les agradezco de una manera muy especial por esa gran confianza que han puesto en mi, ese sacrificio tan grande que realizaron, e hizo ser una persona fuerte y gracias a ello he sabido llegar a la meta de mis sueños.

GRACIAS PAPAS.

A mis hermanos en general les agradezco el apoyo y comprensión que me brindaron durante este largo transcurso de mi preparación como profesionista.

A mi asesora: Hermana Ignacia Escalera Mora; palabras e faltan para agradecer a una gran persona, que con dedicación y disponibilidad supo encaminarme a lo largo de este proyecto, que será la base de mi vida como profesional de enfermería.

Al oncólogo Doctor Héctor Padilla Aguirre: agradezco a un gran médico que a pesar de su trabajo me brindo su apoyo y orientación para recopilar la información y poder lograr este proyecto.

A mi escuela: que ha sido parte de mi preparación académica de enfermería, al igual que todos los maestros que con sus ejemplos y sabiduría sembraron en mí una

semilla de amor al servicio de los pacientes. A mis amigas, compañeros de escuela, al igual que a mis compañeras de trabajo, por su apoyo incondicional.

CONTENIDO:

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

CAPITULO I METODOLOGÍA

VALORACIÓN _____	7
DIAGNOSTICO ENFERMERO _____	12
PLANEACIÓN _____	13
EJECUCIÓN _____	14
EVALUACIÓN _____	15

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS _____	16
2.2 CONCEPCIONES DE LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA _____	20
2.3 BIOGRAFÍA DE VIRGINIA HENDERSON _____	27
2.4 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO	
VALORACIÓN _____	37
DIAGNOSTICO _____	40
PLANEACIÓN _____	44
EJECUCIÓN _____	60
EVALUACIÓN _____	62

GENERALIDADES DEL CARCINOMA BASOCELULAR

CONCEPTO _____	66
ETIOLOGÍA _____	66
FISIOPATOLOGÍA _____	67

CLASIFICACIÓN	68
DIAGNOSTICO	69
CUADRO CLINICO	69
TRATAMIENTO	70
COMPLICACIONES	74
PRONÓSTICO	75
PREVENCIÓN	76

CAPITULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.

1. VALORACIÓN	77
2. DIAGNOSTICO	86
3. PLANEACIÓN	87
4. EJECUCIÓN	98
5. EVALUACIÓN	101
6. CONCLUSIONES	107
BIBLIOGRAFÍA	109

INTRODUCCION

El proceso de atención de enfermería proporciona un método científico, para proporcionar un cuidado integral del individuo, familia y comunidad, basado en una metodología y en las necesidades de bienestar del entorno.

El proceso de atención de enfermería proporciona un cuidado integral del individuo familia o comunidad que consiste en métodos de enfermería basado en reglas y principios científicos y que constituye una herramienta habitual y útil para organizar los cuidados del individuo, en la salud o en la enfermedad.

La aplicación del proceso de atención a una paciente con un diagnóstico médico específico de carcinoma Basocelular (cara), conlleva a múltiples cuidado específicos de enfermería de alta calidad, a beneficio del paciente y su entorno.

Este trabajo se presentara en tres capítulos, en el primer capitulo se presentara la metodología, en el capitulo segundo el marco teórico en el cual narra el proceso atención de enfermería señalando cada una de las etapas y las generalidades y su patología de carcinoma basocelular (cara), mencionando cada uno de sus pasos como concepto,

fisiopatología, clasificación, diagnóstico, tratamiento, complicaciones, pronóstico y prevención.

Por último en el capítulo tercero se aplicará el proceso de atención de enfermería, en el que se mencionará cada una de sus etapas de dicho proceso que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación y la bibliografía consultada.

JUSTIFICACION

Este trabajo tiene como finalidad, iniciarme en una práctica de enfermería profesional que rebase lo meramente rutinario, orientándome en las múltiples autoras de los modelos conceptuales y teorías en enfermería que tienen bases filosóficas y científicas en las concepciones de la disciplina de enfermería, las que se agrupan en seis escuelas del pensamiento, las que tendré en cuenta al realizar mi proceso enfermero, para dar un cuidado individualizado planeado en base a las manifestaciones del mismo, visto al ser humano como un ser único, con necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, las cuales se satisfacen únicamente a través de aplicar el proceso de atención de enfermería, el cual está basado en el método científico.

Otro aspecto importante a considerar, es que en la clínica (hospital) en la actualidad se presentan casos clínicos de carcinoma basocelular, en la que el personal de enfermería tiene que aplicar los conocimientos,

teóricos – prácticas, en beneficio del paciente, cuidados de enfermería de calidad, integral y oportunamente

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una atención holística en base a los conocimientos técnicos científicas, y humanísticos que ofrecen los diferentes enfoques o corrientes del pensamiento enfermero, sistematizando el cuidado de enfermería a un paciente con diagnóstico clínico de carcinoma Basocelular (cara).

OBJETIVO ESPECIFICO I

Proporcionar al paciente atención de enfermería en base al proceso enfermero describiendo y aplicando cada una de sus etapas.

OBJETIVO ESPECIFICO II

Aplicar el proceso de atención de enfermería a una paciente con diagnóstico clínico de carcinoma basocelular y analizar los resultados esperados.

CAPITULO I

METODOLOGIA

Este trabajo se llevará a cabo en tres momentos primordialmente, se escogerá a un individuo con problemas de salud de carcinoma basocelular (cara)

En un segundo paso se realizará la reestructuración del marco teórico, conceptuales o teorías que han contribuido en el conocimiento de la disciplina y los cuidados de enfermería basadas en la fundamentación científica.

En un tercer momento se aplicará el proceso de atención de enfermería al paciente, en la que se tomaran en cuenta todos los problemas o necesidades detectadas en la valoración del mismo, con el único fin de satisfacer al paciente y su entorno. Es importante mencionar cada una de las etapas del proceso, así como el uso constante del proceso de enfermería y la practica profesional del mismo.

En el siguiente paso se mencionara cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería en paciente y como se llevara a cabo en su momento.

VALORACION

Para la realización del proceso de atención de enfermería, comenzare por la valoración del paciente en forma integral, recopilando los datos que conllevan las acciones de enfermería, dichos datos analizare y seleccionare las respuestas humanas, fisiopatológicas y así poder llegar a la etapa de la elaboración del diagnóstico de enfermería, aplicando cada una de las intervenciones de enfermería y alcanzar el objetivo esperado.

RECOPIACION DE DATOS

La recopilación de datos se llevara a cabo de dos fuentes de forma directa e indirecta, recopilando datos objetivos y subjetivos.

RECOPIACION DIRECTA

La recopilación de datos de forma directa se llevara a través del paciente por medio de la entrevista el interrogatorio, la exploración física, la exploración visual para detectar sus necesidades reales, potenciales y de riesgo.

Con el interrogatorio se desarrollara una empatía entre ambos y obtener información necesaria para planear y proporcionar cuidados personalizados, durante la realización de los mismos, con la frecuencia la

paciente expresa sentimientos y problemas de la vida diaria, otros datos que se pueden obtener son antecedentes hereditarios, personales, patológicos mas como signos y síntomas.

Para obtener los datos a través de la exploración física de paciente desde la cabeza a los pies y por aparatos y sistemas, para rectificar el plan e investigar alteraciones o problemas funcionales y de comportamiento significativos. Métodos utilizados en el examen físico: inspección, palpación, auscultación y percusión.

RECOPIACION INDIRECTA

Es a través de los familiares amistades o personas que han presenciado situaciones o problemas relacionados con el paciente, registros informativos, médicos, de enfermería, informes de cambio de turno, recurso bibliográficos, expediente clínico, completan la información necesaria para planear el proceso de enfermería. Con la recopilación de datos elaborare la historia clínica de enfermería para recabar información básica e indispensable con base en la investigación y experiencias profesionales, identificare las necesidades y problemas del paciente que impliquen acciones de enfermería y en la elaboración del diagnostico de enfermería.

HISTORIA CLINICA

BASADAS EN LAS 14 NECESIDADES BASICAS DE VIRGINIA HENDERSON.

- 1.- Necesidades básicas de Oxigenación
- 2.- Necesidades básicas de Nutrición e Hidratación
- 3.- Necesidades básicas de Eliminación.
- 4.- Necesidades básicas de Termorregulación.
- 5.- Necesidades básicas de Moverse y Mantener una buena Postura.
- 6.- Necesidades básicas de Descanso y Sueño.
- 7.- Necesidades básicas de uso de Prendas de Vestir Adecuadas.
- 8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.
- 9.- Necesidad de Evitar Peligros.
- 10.- Necesidad de Comunicarse.
- 11.- Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores.
- 12.- Necesidad de Trabajar y Realizarse.
- 13.- Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas.
- 14.- Necesidades de Aprendizaje.

Se realizara a través de la entrevista con el paciente en base al cuestionario que ofrece Virginia Henderson en su modelo teórico que tiene como objetivo ser instrumento metodológico proporcionando

habilidades para la valoración clínica por lo cual y para fines didácticos seleccionando tres tipos con base en el criterio de los elementos biofisiológicos, psicológicos y socioculturales de las necesidades humanas, que permitirá construir un diagnóstico de enfermería

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

El diagnóstico de enfermería contendrá un juicio clínico sobre las respuestas de los procesos vitales, de los problemas reales, riesgo y de salud. Se llevara a cabo a través del siguiente formato PES.

P	E	S
PROBLEMA	ETIOLOGIA	SIGNOS Y SINTOMAS

Una vez formulados los diagnósticos de enfermería de alto riesgo escribiré en dos partes e identificare el problema potencial y su origen. A la vez redactados los diagnósticos mediante el formato P.E.S., uniré el problema real con su etiología usando las palabras “relacionado con”, agregando además la frase “se manifiesta por” para conectar la etiología con los signos y síntomas. Comparare mis diagnósticos con los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA.

PLANEACION

En la planeación organizare las necesidades (diagnósticos de enfermería) en base a las catorce necesidades de Virginia Henderson. Daré inicio al planteamiento de objetivos y las acciones de enfermería con fundamentación científica en espera de resultados.

Esta FASE del proceso de enfermería es establecer en orden, los problemas mas importantes que ponen en peligro la salud del paciente. Al establecer las prioridades u objetivos es importante la participación del paciente y su familia, ya que la cooperación que pueden proporcionar en las necesidades del paciente y así mismo poder obtener mayor cooperación para aliviar su enfermedad. Los resultados reales se notificaran a través de las notas de enfermería que incluirán criterios de atención, consideraciones del paciente y valoración por turno.

EJECUCION

Aplicare el plan de cuidados de enfermería del paciente y fundamentando científicamente, en forma integral y progresiva en coordinación con el personal de salud, que participa en su atención y sus familiares incluyendo las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, económicas y de rehabilitación en el

transcurso de la ejecución se harán modificaciones necesarias con el fin de alcanzar los objetivos deseados.

EVALUACION

En la evaluación identificare los resultado obtenidos y al mismo tiempo valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otro profesionistas que intervienen en su cuidado. Y ya que la evaluación es el mecanismo de retroalimentación que se puede replanear nuevas estrategias para fijar objetivos nuevos y realistas que permiten alcanzar resultados favorables en el paciente y su entorno.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

INTRODUCCION

El ejercicio de la enfermería, desde su comienzo abarcaba muchos cometidos. La enfermera atendía las necesidades de bienestar del enfermo y mantenía la higiene sanitaria del entorno. Diversas materias han evolucionado para poder cubrir las necesidades del paciente (fisioterapia, asistencia social, dietética).

El papel de la enfermera en la ejecución de estas labores auxiliares ha pasado de ser proveedora a ser coordinadora.¹

Tomando el papel de profesional proporcionando un cuidado integral del individuo, familia y comunidad, a través del proceso de enfermería que implica el estudio de paradigmas, modelos, teorías y principios que han guiado la profesión desde Florence Nightingale, hasta nuestros días.²

¹ IYER Patricia, J. TAPITCH Bárbara. BERNOCHI LOSEY Donna. "PROCESO DE ENFERMERIA Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA" Ed. Interamericana, 4 edición, 1987 Pág.

² ROSALES BARRERA Susana. REYES GOMEZ Eva. "FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA" Ed. Manual Moderno, 3 edición, D.F. 2004, Pág.226.

Con el fin de descubrir la riqueza de un pensamiento aun no reconocido por lo que se requiere aumentar la conciencia en lo concerniente a su significado, divulgación y accesibilidad. En este sentido, para proporcionar un cuidado integral del individuo, familia o comunidad se necesita un método basado en enfermería, basado en reglas y principios científicos denominando proceso de enfermería.

HISTORIA DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Antes de que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos que se centraban en los procesos patológicos específicos más que en la persona que estaba siendo asistida.

El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del medico se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia mas que por el método científico.

En 1955, Hall creó el término proceso de enfermería, y Johnson 1959, Orlando (1961), y Wiedenvach (1963) fueron de las primeras que lo utilizaron para reunirse a una serie de fases, el proceso de enfermería y han organizado las fases de distinta manera. En la actualidad el proceso descrito con sus cinco fases es aceptado por la mayoría de los expertos.

El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica adquirido mas legitimidad en 1973, cuando la American Nurse Association (Ana Publicó la standars of nursing practice) que describen las cinco fases del proceso de enfermería: valoración, diagnostico planificación, ejecución y evaluación.

La Wiche definió el proceso como la interrelación entre un cliente y una enfermera en un momento dado que incorpora la conducta del paciente, de la enfermera y la interacción resultante.³ La American Nurse Association utiliza el proceso de enfermería como directriz en el desarrollo de los códigos del ejercicio de la enfermería.

Este proceso ha sido incorporado al marco conceptual a la mayoría de los planes de estudio de la enfermería.⁴

CONCEPCIONES DE LA DISCIPLINA DE ENFERMERIA.

La práctica del proceso de enfermería es basada en los múltiples conceptos filosóficos, modelos conceptuales o teorías que han contribuido en el conocimiento científico de la disciplina, por lo que es oportuno

³ IDEM Pág. 181.

⁴ W. IYER Patricia. J. TAPTICH Bárbara. BERNOCHI LOSEY Donna. "PROCESO DE ENFERMERIA Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA" Ed. Interamericana, 1 edición, España 1987, Pág. 10-11.

mencionar las grandes corrientes del pensamiento que han favorecido el resurgimiento de los actuales conceptos de enfermería.⁵

Así como en la ciencia de la enfermera se a propuesto una terminología, de la categorización, integración y transformación y orientan hacia la salud publica, enfermedad, persona y la apertura sobre el mundo y que han influido en la elaboración de modelos concepcionales de la disciplina que se agrupan en 6 escuelas del pensamiento: de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseables, y de la promoción de la salud, y la escuela del ser humano unitario y del cuidado.

En la escuela de las necesidades pertenece Virginia Henderson, el cuidado a la persona sana o enferma en las actividades que no puede hacer por si misma por falta de fuerza, voluntad o de conocimiento para conservar o restablecer su independencia.

Dorothea E. Orem

El ser humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidado relacionadas con su salud y reforzar sus capacidades, ser que funciona ideológica, simbólica y socialmente y que presenta exigencias de autocuidado universal.

⁵ ROSALES BARRERA Susana. REYES GOMEZ Eva. "FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA". Manual Moderno, 3 edición, 2004, D.F., Pág. 28-31.

Faye Glenn; Ayuda a la persona a adaptarse en sus 21 necesidades de salud, y que presenta problemas relacionadas con los cuidados enfermeros.

Hildegard E. Peplau: La escuela de pensamiento de interacción se encuentra: Hildegard E. Peplau.

Ida Jean Orlando, Paterson y Loreta Zderad, Ernestine Wiedenbach, Imogene King, Ida Joyce Travelbee: Siempre orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad mediante un proceso en 4 fases: orientación, identificación, profundización, resolución.

Ida Jean Orlando; Se debe haber una interacción de enfermera y la persona que tiene una necesidad de ayuda, y que pide a la persona validar sus necesidades y la ayuda recibida para mejorar su salud.

Paterson y Loreta; el bienestar y superación de la persona llevan un proceso de transacción en el que las necesidades relacionadas con la salud y la enfermedad son percibidas, en un mundo de espacio y de tiempo.

Ernestina Wiedenbach; Deliberar pensamientos, sentimientos y acciones para comprender condición, situación, y necesidades, de la persona para mejorar sus cuidados, prevenir la aparición del problema.

Imogene King Debe haber interacción recíproca entre la enfermera, la persona y el entorno conduciendo a transacciones y a conseguir un estado funcional de salud. Ida Joyce Travelbee; asistir a la persona con objeto de encontrar un significado a su experiencia y darle esperanza.

Lydia E. Hall

La escuela del pensamiento de los efectos deseables Se encuentran Callista Roy, Lydia E. Hall, Dorothy E. Jonson, Betty Neuman, Myra Estrin Levine. Callista “la ciencia y la práctica de la promoción de la adaptación de la persona que tiende a evaluar los comportamientos del paciente y los factores que influyen con el fin de construir y mejorar su estado de salud, su calidad de vida o permitirle morir con dignidad”.

Lydia “la enfermera se centra en el conocimiento de los cuidados al cuerpo humano, de tal forma que se modifiquen los procesos unidos con la patología y el tratamiento considerando la personalidad del cliente”.

Dorothy “Arte y ciencia que tiende a la restauración, mantenimiento y logro de un equilibrio dinámico del sistema de comportamental”.

Betty “considera al paciente como un sistema abierto y relaciona los conceptos persona, entorno, salud y enfermería”. Myra basada en los principios científicos dirigidos a conservar la energía e integridad mediante los cambios en el entorno y de los cuidados individualizados

orientados a sostener su adaptación. **En la escuela de pensamiento de la promoción de la salud** Mayra Allen promueve las interacciones de salud y la respuesta profesional en la búsqueda natural de una vida sana en la situación de salud.

En la escuela del pensamiento del ser humano unitario pertenece Martha Elizabeth Rogers promueve la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno.

Rose Marie R. Parce “ciencia y arte centrados en el ser humano, en la actualización y en la calidad de vida de la persona en sus experiencias de ciencias de salud. Margaret Jean Watson “El arte y ciencia humana del cuidado, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la “armonía cuerpo – alma espíritu”.

En la escuela del pensamiento del cuidado pertenece Madeleine Leninger “mantener el estado de salud o bienestar y afrontar la enfermedad discapacidad y la muerte.”⁶

BIOGRAFÍA DE VIRGINIA HENDERSON:



⁶ KOZIER Bárbara. ERB Gleonora. OLIVIERI Rita.”ENFERMERIA FUNDAMENTAL, CONCEPTOS, PROCESOS Y PRACTICA” Ed. Interamericana, 4 edición, México, D.F. 1994, Pág. 181.

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se⁷ especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.⁸

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"⁹

*** Los elementos más importantes de su teoría son:**

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

- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.¹⁰

- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.¹¹

⁷ www.google.com.mx

⁸ IDEM

⁹ IDEM

¹⁰ IDEM

¹¹ IDEM

- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de¹² la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-acturrealización.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

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

¹² IDEM

14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.¹³

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

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente).

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas.

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. ¹⁴

¹³ IDEM

¹⁴ IDEM

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos :
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - Una enfermedad transmisible.
 - Estado preoperatorio.
 - Estado postoperatorio
 - Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
 - Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a

través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera, su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad, tanto o el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia, tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia, necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- Entorno:

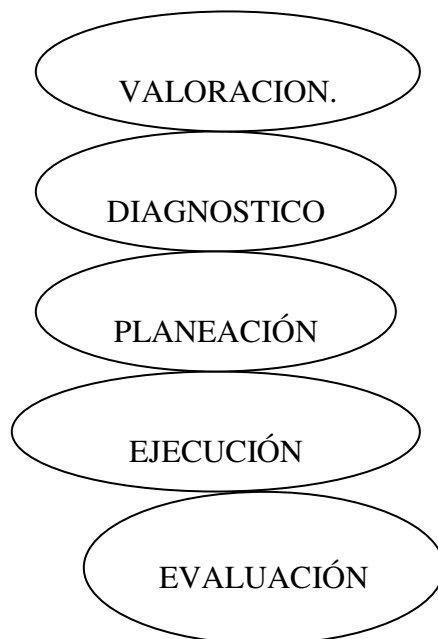
Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- Salud:

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

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

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA¹⁵



¹⁵ KOZIER B. ERB G. BLAIS K. WILKINSON J.M. "FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA", Ed. Interamericana, 5 edición, Vol. 1, D.F., 2002, Pág. 86.

VALORACION.- Primera Fase del proceso de enfermería, recoger la información sobre el paciente, el sistema paciente – familia o la comunidad, con el fin de averiguar las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del paciente. Que se obtienen mediante entrevistas, protocolos de enfermería, examen físico (**inspección**.- observación visual de todas las partes del cuerpo. **Palpación**.- examen del cuerpo por medio del tacto. **Auscultación**.- exploración por medio del oído de los ruidos producidos en el interior del cuerpo. **Percusión**...- investigación de los sonidos que se producen al golpear ligeramente con los dedos.). Datos de laboratorio y otras fuentes¹⁶ y que sirven de base para las actuaciones y decisiones que se toman en fases posteriores.¹⁷

VALORACION = Obtención de datos de paciente + organización y análisis de la información para llegar a elaborar los diagnóstico de enfermería.¹⁸

Todas las fases de los procesos de enfermería dependen de la exactitud y recogida completa de los datos.

¹⁶ W IYER Patricia. J. TAPTICH Bárbara. BERNOCHI LOSER Donna.” PROCESO DE ENFERMERIA Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA” Ed Interamericana, 1 edición, España, 1987 Pág. 12

¹⁷ KOZIER B. ERB G. BLAIS K. WILKINSO J.M. “FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA”, Ed. Interamericana, 5 edición, Vol. 1, D.F., 2002, Pág. 93.

¹⁸ ROSALES BARRERA Susana. REYES GOMEZ Eva. “FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA”. Manual Moderno, 3 edición, 2004. Pág.237.

Base de datos: es toda la información disponible sobre el cliente incluyendo la historia y la exploración médica, y la historia y exploración de enfermería.

Recogida de datos: es el proceso sistemático y continuo para obtener información sobre el nivel de salud del cliente. Con la recogida sistemática disminuye en gran medida la posibilidad de omitir datos significativos, y con la recogida continua se asegura la actualización, reflejándose los cambios que puedan aparecer en el nivel de salud del paciente. Implica la participación activa del cliente y la enfermera, entendiendo que el cliente puede ser un individuo, una familia o la comunidad.

Tipos de datos: datos objetivos, son aquellos que se pueden observar o verificar mediante criterios establecidos a través de los sentidos por ejemplo la coloración de piel, la presión arterial o el llanto.

Datos subjetivos: solo son evidentes para la persona afectada, y únicamente ella puede describirlos o verificarlos, como el dolor, el prurito y la preocupación. Estos datos se recogen durante la historia de salud de la enfermería incluyen la percepción del cliente, del estado personal de salud y la situación de su vida.

FUENTE DE DATOS

Recopilación de datos a través de dos fuentes:

- Directa
- Indirecta

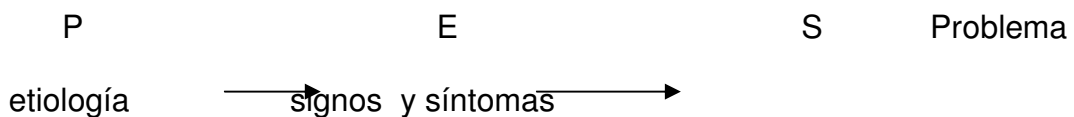
En la recopilación directa: se lleva a través del paciente por medio de la entrevista el interrogatorio, la exploración física y la observación.

La recopilación indirecta: Se hace a través de la familia, recursos humanos y registros documentales.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Surgieron en los años 70 y aportaron a la profesión un enfoque apropiado hacia los contenidos y la categoría de diagnosis, que eran del dominio de la enfermería, el término diagnostico que se derive de la palabra griega diagignoskein, que significa “diagnóstico”, el arte de identificar una enfermedad a partir de los signos y síntomas.¹⁹

Diagnostico de enfermería =



¹⁹ IDEM Pág. 207.

Es el segundo paso en el proceso de enfermería que analiza los datos reunidos durante la valoración e identifica áreas problemáticas para el paciente, un diagnóstico de enfermería es el resultado específico de diagnosticar, y es la forma de enunciar problemas por medio de la cual la enfermera se comunica profesionalmente. Se refiere a la enunciación de problemas por parte de la enfermera acerca del estado de un paciente.

El diagnóstico comprende tres actividades: Diagnóstico. Análisis de datos - identificación de problemas - formulación del Diagnóstico de enfermería

Los datos recogidos en la valoración son analizados e interpretados minuciosamente. Con estos diagnósticos de enfermería concretos se obtiene el objetivo para el resto de las fases. A partir del diagnóstico de enfermería se traza un plan de cuidados que se desarrolla y finalmente se evalúa.

Los diagnósticos de la NANDA son la lista de términos propuestos para problemas de salud, que pueden ser identificados y tratados por el personal de enfermería. Para formular los diagnósticos de enfermería es indispensable en la profesión, y requiere de una práctica continua en el cuidado del paciente.

Estas formulaciones son:

- Formulaciones diagnosticas reales (signos y síntomas)
- Formulaciones diagnosticas de riesgo (factores de riesgo sin características.
- Formulación diagnosticas posibles o probables (ausencia de características factores relacionados)

Otras formulaciones diagnosticas de enfermería es el formato de PES que se aplica el principio básico de identificación del problema y su etiología, y agrega el concepto de validación, siempre y cuando unir la palabra (relacionado con) (manifestado con) y escribir los signos y síntomas mayores que validen la existencia del diagnostico.²⁰

PLANEACION

Es una FASE sistemática y deliberativa del proceso de enfermería en el que se toman decisiones y se resuelven problemas.²¹ Una vez elaborados los diagnósticos de enfermería se dará inicio a la planificación; esta FASE del proceso de enfermería es el acto de determinar qué puede hacerse para apoyar al paciente en el restableciendo, conservación o el fomento a

²⁰ MURRAY- Atkinson” PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA” Ed. Interamericana, 5 edición, 1996, D.F. Pág. 33

²¹ KOZIER B. ERBE G. BLAIS K. WILKINSO J.M. “FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA” Ed. Interamericana, 5 edición, Vol. 1, México D.F., 2002, Pág. 140.

la salud. Previa determinación del enfoque quien le ayudara a solucionar o reducir el efecto de sus problemas.

Estas fases comprenden tres pasos:

PLANEACION = establecimiento - identificación - intervención

De prioridades de objetivos de enfermería

El proceso de establecer las prioridades inicia con la lista de los diagnósticos de enfermería entre el personal de enfermería y el paciente para determinar el orden en el que se deben resolver los problemas de éste.

El establecimiento de prioridades se facilita por la puesta en marcha de teorías, modelos, conceptos y principios.²²

A partir de Virginia Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tienen 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

²² ROSALES BARRERA Susana. REYES GOMEZ Eva. "FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA" Manual Moderno, 3 edición, 2004, Pág. 248-249.

Fecha de nacimiento _____ sexo _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ fecha de admisión: _____

Hora _____

Procedencia: _____ fuente de información: _____

Fiabilidad:(1-4) _____ Miembro de la familia / persona significativa: _____

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición, e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ tos productiva / seca: _____ dolor asociado con la respiración: fumar: _____

Desde cuando fuma _____ cuantos cigarros al día _____ según su estado emocional: _____

Objetivo

Registro de signos vitales y características: _____ productiva / seca _____ estado de conciencia: _____

Coloración de piel / lechos unguiales / peri bucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

b) nutrición e Hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ numero de comidas diarias:

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimenticia / alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel _____

Membranas mucosas hidratadas / secas: _____

Características de uñas / cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización _____

c) eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina y menstruación _____

Historia de hemorragias / enfermedades renales / otros: _____

Uso de laxantes: _____ hemorroides _____

Dolor al defecar / menstruar / orinar: _____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación _____

Objetivo:

Abdomen / características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

d) termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas como higiene y protección de la piel.

a) moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo.

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: _____

Capacidad muscular / tono /resistencia / flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

b) descanso y sueño.

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ horario de sueño _____

Horas de descanso: _____ horas de sueño _____

Siesta: _____ ayudas: _____

¿Padece insomnio?: _____

¿A que considera que se deba? _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: _____

Ojeras _____ atención: _____ bostezos: _____ Concentración _____

Apatía: _____ cefaleas: _____

Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

c) uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?:

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotor para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ sucio: _____ inadecuado _____

Otros: _____

d) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? _____

Aseo de manos antes y después de comer _____ después de eliminar:

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos
higiénicos?: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado de cuero cabelludo: _____

Lesiones térmicas, ¿Qué tipo?: _____

Anote su ubicación en el diagrama:

Otros: _____

e) necesidad de evitar peligros:

Subjetivo.

Que miembros componen su familia de pertenencia: _____

Como reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo. _____

Otros: _____

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizar, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ años de relación: _____ vive con: _____

Preocupaciones / estrés: _____ familiares: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad 7 estado: _____

Cuánto tiempo pasa solo: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo _____

Objetivo

Habla claro: _____ confusa: _____

Dificultad en la visión: _____ audición: _____

Comunicación verbal / no verbal / con la familia, con otras personas significativas: _____

Otros: _____

b) necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____

Principios valores en su familia: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto Físico?: _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? _____

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja adecuadamente? _____ tipo de trabajo _____

Riesgos: _____

Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Esta satisfecho con su trabajo?: _____ ¿su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia?

¿Está satisfecho (a) con el rol familias que juega?: _____

Objetivo:

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

Otros: _____

d) necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?:_

¿A participado en alguna actividad lúdica o recreativa' _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas? _____

¿Su estado de ánimo es apático / aburrido / participativo?

Otros: _____

e) (necesidades de aprendizaje)

Subjetivo:

Nivel de educación _____

Problemas de aprendizaje _____

Limitaciones cognitivas _____ tipo: _____

Preferencias: Leer / escribir: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: _____

¿Sabe como utilizar esta fuente de apoyo? _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional / Ansiedad / dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

EJECUCION

En el proceso de enfermería la ejecución es la fase en que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería, que consiste en delegar y registrar.

La ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente, en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares.

Esta etapa debe continuar la comunicación terapéutica para identificar otras necesidades y problemas, resultados de las acciones planeadas y determinar modificaciones o posibles soluciones para su resolución.

Esta FASE del proceso de enfermería incluye 5 elementos:

Ejecución= Validar el plan - fundamentar los cuidados-brindar cuidados de enfermería - continuar los cuidados -registrar los cuidados.²³

La ejecución del plan de cuidados de enfermería es lo mismo que el cuidado total del paciente y utilizan los enfoques individualizado e integral, el cuidado compresivo incluye las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, económicas y rehabilitación del paciente, así como sus reacciones originales a esas necesidades.²⁴

EVALUACION

²³ KOZIER Bárbara. ERB G. BLAIS K. "FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA" Ed. Interamericana, 5 edición, Vol. 1, México D.F., 2002, Pág. 162

²⁴ MARRINER Ann. "PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA, UN ENFOQUE CIENTIFICO". Manual Moderno, México D.F. 1983, Pág. 143.

EVALUAR ES JUZGAR O ESTIMAR. La evolución es la quinta y última fase del proceso de enfermería es una actividad planeada continua y con objetivos, puede ser continua, intermitente o Terminal.²⁵ La evaluación es el proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado.

EVALUACION = del logro de los objetivos - revaloración ò modificación del plan de cuidados.

Tiene como propósito:

- determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficiencia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.
- La evolución debe ser un proceso continuo, formal y parte integral de cada uno de los componentes del proceso de enfermería, comenzando con la implementación en donde el personal de enfermería observa la respuesta del paciente o los cuidados de enfermería y decide si los planes están ayudando o no al progreso

²⁵ KOZIER B. ERB G. BLAIS K. WILKINSO J.M. "FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA". Ed. Interamericana, 5 edición, Vol. 1, D.F. 2002, Pág. 166.

de éste. Las actividades de la FASE de evaluación son el logro de los objetivos y la revaloración o modificación del plan.²⁶

PATOLOGIA CARCINOMA BASOCELULAR

INTRODUCCION

El carcinoma basó celular, también llamado cáncer de la piel no melanoma, es una neoplasia maligna de la piel, procede de las células basales de la epidermis, se desarrolla fundamentalmente en la piel, expuesta a la radiación ultravioleta, su localización más frecuente en la cara, aparece como una protuberancia o nódulo brillante y pequeño en la piel.

Generalmente se presenta un 67% en mujeres mayores de 65 años y más frecuente en personas de ojos azules, piel blanca.

El diagnóstico se obtiene por medio de una biopsia de la lesión superficial o profunda. El tratamiento depende de un diagnóstico exacto de la lesión, hay muchas opciones de tratamiento; la extirpación y la radioterapia son las más utilizadas.

²⁶ ROSALES BARRERA Susana. REYES GOMEZ Eva. "FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA", Manual Moderno, 3 edición, 2004, Pág. 254.

Una de las complicaciones es la destrucción total o parcial de la cara, si se descuida, por lo tanto provocan la muerte estos tumores, como resultado de invasión a estructuras vitales. Una de las recomendaciones, es evitar la exposición al sol, usar cremas protectoras, usar sombrero, la lesión cutánea se acumula a través de los años.



Carcinoma basocelular es una neoplasia maligna de la piel que se origina en las células basales de la epidermis y los anexos cutáneos. Caracterizado por un crecimiento lento capaz de ocasionar una gran destrucción de los tejidos. Aunque rara vez produce metástasis, si no se trata puede ser mortal²⁷.

²⁷P. GERALD. M.D.MURPHY. LAWRENCE WALTER. E. RAYMOND.Oncología Clínica. Manual de la American Cáncer Society. Organización Panamericana de la Salud American Cáncer Society. 2ª Edición. 1995. pág. 371

ETIOLOGIA

- + Exposición solar crónica.
- + Radiaciones ionizantes.
- + Luz ultravioleta.
- + Tratamiento previo con radioterapia.
- + Ingestión de arsénico de madera crónica.
- + Inmunodepresión.
- + Predisposición genética.²⁸

FISIOPATOLOGIA

Carcinoma baso celular predomina en los grupos de mayor edad geriátrica (mayores de 65 años), en nuestra población hemos observado predominio en la mujer en un 67%²⁹.

Más frecuente en la raza blanca, en personas de ojos azules, piel blanca y gran facilidad para las quemaduras solares³⁰. 95% de los casos se presenta en superficies expuestas al sol; en la cabeza y el cuello se localiza 85% de las lesiones y la mayoría de éstas se desarrolla en una zona con forma de T en la cara, formada por la frente, regiones malares, nariz y labio inferior. Con frecuencia se manifiesta como una escara sangrante que cicatriza parcialmente y luego se ulcera otra vez. Se

²⁸ WWW. google. Com mx.

²⁹ WWW.google e. Com mx.

³⁰ GONZALEZ BARON Manuel. GONZALEZ MONTALVO Juan Ignacio. Cáncer en el Anciano. Editorial Masson Doyma. México D.F. Pág. 228.

presenta como una lesión sobre elevada, roja o rojo grisácea con borde aspecto perlado.³¹

CLASIFICACION.

- + Carcinoma basocelular.
- + Carcinoma basocelular Ondular.
- + Carcinoma basocelular Ulceroso.
- + Carcinoma basocelular Escleroatrófico.
- + Carcinoma basocelular Pigmentado³³.
- + Carcinoma basocelular Planos o Superficiales: eritematoides, pagetoides y esclerodermiformes.
- + Carcinoma Basocelulares Perlados: simples, ulcerados, cicatrízales, ulcero vegetantes y terebrantes.
- + Carcinoma Basocelular Adenoideoquístico.³⁴

DIAGNOSTICO.

Biopsia de la lesión; superficial o profunda.³⁵

CUADRO CLINICO.

Casi el 90% en cara y cuello, puede destruir total o parcialmente la cara.³⁶

Ocasionalmente provoca ardor o dolor (por la ulceración o el crecimiento

³¹ INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA. MANUAL DE ONCOLOGIA. Procedimientos Médico-Quirúrgicos. Editorial Interamericana. Primera Edición. México D.F. 2002. Pág. 471.

³³ WWW. Google. com. mx.

³⁴ GONZALEZ BARON Manuel. GONZALEZ MONTALVO Juan Ignacio. Cáncer en el Anciano. Editorial Masson Doyma. México D.F. 2001. Pág. 230.

³⁵ CASCIATO D. Albert. LOWITZ B. Bennett. MANUAL DE ONCOLOGIA CLINICA. Editorial SALVAT. 2 Edición. ESPAÑA 1990. Pág. 303.

rápido).³⁷ La mayoría se localiza en las regiones centrofaciales, siendo la más afectada la nariz, los párpados inferiores y las mejillas.³⁸ Según la gravedad de la lesión en la cara aparece una pápula cérea con bordes gris perla o amarilla cérea, pigmentadas.³⁹

TRATAMIENTO

El objetivo más importante del tratamiento de un paciente con carcinoma basocelular es la erradicación completa de la lesión. Son importantes la conservación de la estructura y funciones normales y los mejores resultados estéticos posibles.

Radioterapia: Es más útil en los pacientes de edad avanzada, sobre todo en los que presentan lesiones amplias y en los que tienen tumores del pabellón auricular, las extremidades inferiores o los párpados fracasa el tratamiento quirúrgico así este resulta dificultoso.⁴⁰

Cirugía micrográfica de Mohs: Permite obtener los mejores resultados del estudio histopatológico después de la extirpación completa de la lesión, así como la mayor conservación posible del tejido sano. Por ejemplo:

³⁶ GONZALEZ BARON Manuel. GONZALEZ MONTALVO Juan Ignacio. Cáncer en el Anciano. Editorial Masson Doyma. México D.F. 2001. Pág. 230.

³⁷ KRUPP Marcus A. CHATTAN Milton J. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Editorial Manual Moderno. 8 Edición. México D.F. 1965. Pág. 71.

³⁸ WWW. Google. Com.mx.

³⁹ CASCIATO D. Albert. LOWITZ B. Bennett. Manual de oncología clínica. Editorial SALVAT. 2ª. Edición. España. Pág. 302.

⁴⁰ MURPHY GERALD P. LAWRENCE WALTER. LENHARD RAYMUNDO E. Ontología Clínica. Manual de la American cancer society 2a. edición 1995 Pág. 373-374.

Párpado, nariz, se utiliza en tumores grandes y penetrantes, de tipo morfea, recidivantes.⁴¹

Criocirugía: Puede emplearse en lesiones pequeñas, aunque no permite confirmación histológica ni determinar si la extirpación ha sido total.⁴²

Quimioterapia: Tratamiento adecuado para los tumores localmente agresivos o metastásicas, con supervivencias medias entre 10 y 20 meses, casos con metástasis más extensa, incluyendo la afectación del hueso. Se ha estudiado la eficiencia de los agentes cisplatinos, bleomicina, ciclofostamida, 5-fluoruracilo y vinblastina.⁴³

Quimioterapia Tópica: Es efectiva la aplicación sobre los queratosis, de 5-fluoruracilo al 1%, en prolilenglicol, durante las noches por un mes.⁴⁴

Curetaje y Electrocoagulación: Consiste en la extirpación mediante una cureta, en base a la mayor friabilidad del tumor en relación a piel sana. Posteriormente la zona tratada se electro coagula para eliminar restos.⁴⁵

Agentes Citotóxicos Tópicos: El 5-fluoracilo puede emplearse únicamente en el tratamiento de carcinoma basocelular superficial.⁴⁶

El Legrado del tumor con electro-desección de la base aparentemente normal, hasta una profundidad adicional de 3 ó 4 mm es útil para el carcinoma basocelular superficial del tronco.⁴⁷

⁴¹ IDEM Pág. 375

⁴² www.geogle.Com.mx.

⁴³ Murphy Gerald. Lawrence. Lenhard Raymond E. oncologia clinica. Manual de la American cáncer society 2a. edición 1995. Pág. 376.

⁴⁴ Krupp. Marcus A. chatton Milton J. Diagnostico clínico y tratamiento editorial manual moderno. 8 edición. México D.F. Pág. 71.

⁴⁵ Murphy Gerald. Lawrence. Lenhard Raymond E. oncologia clínica. Manual de la American cáncer society 2ª. Edición 1995. Pág. 374.

⁴⁶ www.geogle.com.mx

Cirugía Convencional: Una resección mínima de 4 mm de tejido de aspecto normal, después de este puede hacerse una sutura simple o un injerto cutáneo.

Láser: Tratamiento de difícil disponibilidad y que no permite control histológico, no debe ser un tratamiento de elección, puede ser utilizado en casos seleccionados, como el síndrome de Gorlín.

COMPLICACIONES.

El carcinoma basocelular, si se descuida pueden causar destrucción total o parcialmente de la cara y aun presentar diseminación oculta.

La Tomografía Axial Computarizada es útil para determinar la extensión por invasión local. Con frecuencia es necesario efectuar cirugía reconstructiva después de la intervención. En los casos más graves, el paciente debe llevar una prótesis.⁴⁸

Estas neoplasias tan avanzadas no pueden curarse y pueden provocar la muerte, estos tumores, como resultado de invasión a estructuras vitales.⁴⁹

PRONOSTICO

El pronóstico del carcinoma basocelular es excelente. Las metástasis aunque están descritas son excepcionales, sin embargo la evolución prolongada y sin tratamiento presenta consecuencias secundarias, como

⁴⁷ González Barón Manuel. González Montalvo Juan Ignacio. Cáncer en el anciano. Editorial Masson Doyma México D.F. 2001. Pág. 232.

⁴⁸ Casciato D. Albert. lowitz B. Bennett. Manual de ontología clínica editorial. Salvat 2a. edición. España 1990. Pág. 304.

⁴⁹ Krupp Marcus A. Chatton J. Milton. Diagnostico Clínico y Tratamiento. Editorial manual moderno 8ª. Edición México D.F. 1965. Pág. 71.

la destrucción local, si se afectan zonas como el canto interno del ojo, pabellón auricular, órbita etc. Un 40% de los pacientes, presentará una nueva lesión en los 5-10 años posteriores.⁵⁰ Sin embargo aun con los mejores cuidados, nunca se ha alcanzado un 100% de curación.⁵¹

PREVENCION.

Evitar la exposición al sol, usar cremas protectoras, (factor de protección 15), ropas protectoras, usar sombrero. El eritema cutáneo resultante de la exposición al sol, incluso con la luz ultravioleta en los días nublados, significa lesión cutánea que se acumula a través de los años.⁵²

⁵⁰ www.google.com.mx.

⁵¹ Krupp Marcus A. Chatton J.Milton. Diagnostico Clínico y Tratamiento. Editorial manual moderno 8ª. Edición México D.F. 1965. Pág. 71.

⁵² Casciato D.Albert. lowitz B. Bennett. Manual de ontología clínica editorial. Salvat 2a. edición. España 1990. Pág. 303.

CAPITULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

En esta primera fase del proceso, se recopilaron los datos de la paciente que implicaban las acciones de enfermería a través de la observación, la entrevista, y la información recibida por las diferentes fuentes:

VALORACION

La señora E. P. L. de 76 años, viuda, sin hijos, tiene un peso de 50 Kg., mide 1.54 cm. Nació el 10 de septiembre de 1929, dedicada al hogar, ingresa al Hospital Jardinadas el 19 de enero de 2006 a las 19 horas, procedente de Tangancicuaro Michoacán.

VALORACION DE LAS NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidades básicas de.

a) Oxigenación

No presentaba dificultad respiratoria, aunque en la mayor parte de su cara hay destrucción de los tejidos y huesos, fumadora de 35 años.

Normo térmica de 36.5 grados, respiración de 22 por min. El pulso 88 por min., la presión arterial de 100/70, conciente, orientada en tiempo y

espacio, ligera palidez de piel y tegumentos, lechos unguiales normales de textura suave, buena circulación venosa.

b) Nutrición e hidratación.

La paciente ingiere dos comidas diarias, dieta líquida y semilíquida, por sonda nasogástrica, tolerando en poca cantidad, no presenta intolerancia alimenticia, ni alergias, presenta problemas de masticación por ausencia de piezas dentarias y maxilar superior, tiene dificultad para deglutir.

Pelo bien implantado entre canoso, su estado neuromuscular disminuida, sin fuerzas, sus heridas permanentes, con infección, y tejido muerto.

c) Eliminación

Sus hábitos intestinales una vez al día con características normales e igual que la diuresis tres veces al día, no hay presencia de hemorragias, enfermedades renales, uso de laxantes, ausencia de hemorroides cualquier tipo de dolor respecto a la eliminación.

Abdomen blando y depresible, peristálsis normal, a la palpación de la vejiga urinaria sin alteración.

d) Termorregulación.

Le gusta el clima templado por lo que se adapta fácilmente, no realiza ningún tipo de ejercicio. Regular estado de hidratación, excepto la cara por la ausencia de piel por tejido necrótico, habita en una casa construida de material, limpio, fresco, buena ventilación.

2.- Necesidades Básicas de.

a) Moverse y mantener una buena postura.

Su capacidad física-muscular disminuida, sin fuerzas, pierde la flexibilidad, por lo que ya no realiza ninguna actividad a la movilidad fuera de cama, refiere dolores intensos, se administran analgésicos, a pesar de todo consciente, aunque a veces un poco deprimida por su salud.

b) Descanso y sueño.

Proporcionado por efectos anestésicos.

c) Uso de prendas de vestir adecuadas.

Ni su estado de ánimo, ni sus creencias influyen en la selección de sus prendas de vestir, así como tampoco necesita ayuda para vestirse y desvestirse, por que era una persona muy reservada, por eso siempre usaba vestidos completos, de acuerdo a su edad, se mostraba buena capacidad psicomotor.

e) Necesidad de higiene y protección de la piel.

Su baño preferido era a medio día cada tercer día, el lavado de manos antes y después de comer así como después de realizar sus necesidades fisiológicas, el cepillado de los dientes ya no se realizaba por ausencia de las mismas.

Su aspecto general era ligera palidez, un 90 % sin cara, con el ojo derecho y el otro solo se observa el globo ocular, con el maxilar inferior, en la cara se alcanzan a distinguir larvas, tejido muerto, con un mal aspecto general, olor fétido, sus lesiones dérmicas es carcinoma basocelular (cara).

d) Necesidad de evitar peligros.

Ante una situación de urgencia la toma tranquilamente, pues cuenta con el apoyo de su sobrina, conoce las medidas de prevención de accidentes en el hogar, no realiza ningún control de su salud, sólo acude al médico cuando es urgente.

No hay presencia de malformaciones congénitas, sus condiciones de ambiente son adecuadas en limpieza y comodidad.

3.- Necesidades básicas de.

a) Necesidad de comunicarse.

Viuda, con 25 años de relación matrimonial, en los últimos años vivía con su cuñado y su sobrina, pues era la que se ocupaba de ella. Preocupada por la desfiguración de su rostro, sin ninguna mejoría, era muy reservada casi no platicaba lo que le sucedía, aunque todo el tiempo estaba acompañada de su cuñado, porque su sobrina tenía que salir a trabajar, su lenguaje era incomprensible, solo emitía sonidos y así se comunicaba, su visión era confusa, aunque de la audición estaba bien.

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

No le ocasiona ningún problema por ser católica, procuraba que su familia estuviera unida, pues para ella la familia es lo más importante, trata de vivir de acuerdo a su forma de pensar y su religión.

No tiene ningún objeto indicativo, pero si cree en los santos, se mostró cooperadora y amable así como su sobrina.

c) Necesidad de trabajar y realizarse.

Su estado de salud no le permitía trabajar, se siente satisfecha en el rol familiar que pertenece, su situación emocional es deprimente, pero a pesar de todo se muestra calmada y tranquila.

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

No realiza ninguna actividad recreativa, dice no tener ánimos de nada, solo siente estrés y angustia. Tiene dificultad para movilizarse.

e) Necesidad de aprendizaje.

Sólo termino los estudios de primaria, le gustaba mucho leer, se mostraba mucho interés en resolver su estado de salud.

Su sistema nervioso normal, un poco deprimida por el dolor y por la desfiguración de su rostro, manifestaba tener buena memoria, la vista ya no era normal, ausencia del sentido del olfato y de gusto.

PRIORIZACION DE PROBLEMAS.

1. Alteración de la integridad cutánea secundaria a la destrucción de los tejidos y hueso de la cara, manifestado por la presencia de larvas.
2. Déficit de autocuidado de alimentación relacionado por la destrucción del maxilar superior y tejidos, manifestado por el dolor, dificultar para deglutir y pérdida de sueño
3. Deterioro de la movilidad física, relacionado con la disminución de la fuerza o resistencia, manifestado por la inestabilidad postural para realizar las actividades de la vida diaria.
4. Déficit de auto cuidado de higiene relacionado por la disminución de sus fuerzas, manifestado por incapacidad para realizar su aseo personal, parcial o total.
5. Deterioro de la comunicación verbal relacionado con los efectos secundarios a la destrucción de la mayor parte del rostro, manifestado por la incapacidad para hablar el lenguaje dominante.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico	Objetivo	Acciones de enfermería
1. Alteración de la integridad cutánea secundaria a la destrucción de	1. La paciente mantendrá limpia la lesión de su	1. Realizar las curaciones para eliminar todo tejido necrótico. 2. Administrar analgésicos por indicación médica antes de empezar a realizar la curación

<p>los tejidos y hueso de la cara, manifestado por la presencia de larvas.</p>	<p>cara, evitando infecciones secundarias durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>para evitar el dolor.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Proporcionar la comodidad del paciente y disminuir el dolor. 4. Realizar la limpieza con la técnica correcta, para disminuir la diseminación de larvas. 5. Realizar la limpieza del ojo derecho para evitar la infección, aplicando cloranfenicol ungüento por indicación médica. 6. Mantener la lengua húmeda, mediante la aplicación de gotas de agua.
--	---	---

Diagnóstico	Objetivo	Acciones de enfermería
<p>2. Déficit de autocuidado de alimentación relacionado por la destrucción del maxilar superior y</p>	<p>2. A la paciente se le proporciona una ingesta de alimentación rica en calorías,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener una ingesta de nutrientes necesarias. 2. Proporcionar comidas agradables, pequeñas y frecuentes. 3. Ayudar a la familiar a

<p>tejidos, manifestado por el dolor, dificultar para deglutir y pérdida de sueño.</p>	<p>durante y después de su hospitalización.</p>	<p>planificar una dieta balanceada de acuerdo a sus necesidades.</p> <p>4. Proporcionar la alimentación licuada en pequeñas cantidades.</p> <p>5. La jeringa con la que se le proporciona la alimentación debe estar estéril.</p>
--	---	---

Diagnóstico	Objetivo	Acciones de enfermería
<p>3. Deterioro de la movilidad física, relacionado con la disminución de la fuerza o resistencia, manifestado por la</p>	<p>3. Que la paciente logre fortalecer los músculos, mediante el ejercicio pasivo brindado por el familiar posterior a la</p>	<p>1. Enseñar al paciente como utilizar correctamente una andadera.</p> <p>2. Enseñar al familiar técnicas de traslado seguras.</p> <p>3. Dar un masaje en la parte posterior</p>

<p>inestabilidad postural para realizar las actividades de la vida diaria.</p>	<p>capacitación de enfermería.</p>	<p>al tórax a la hora de acostarse para favorecer el sueño.</p> <p>4. Enseñar al paciente y familiar como aplicar la</p>
<p>Diagnóstico</p>	<p>Objetivo</p>	<p>Acciones de enfermería</p>
<p>4. Déficit de auto cuidado de higiene relacionado por la disminución de sus fuerzas, manifestado por incapacidad para realizar su aseo personal, parcial o total.</p>	<p>4. La paciente se mantendrá aseada en su estancia hospitalaria, mediante los cuidados que le proporcione el personal de enfermería y familiar.</p>	<p>1. Enseñar y alentar al paciente a participar en sus actividades de autocuidado.</p> <p>5. Realizar ejercicios de acuerdo a las capacidades que el paciente sea capaz de desempeñar por sí mismo.</p> <p>6. Si no se logra al paciente dentro de un tiempo de un día de higiene de cama o baño apropiado a su estado de salud y realizar baño o aseo personal.</p> <p>4. Proporcionar un ambiente estético.</p>

		5. Mantener la piel del paciente.
Diagnóstico	Objetivos	Acciones de
		enfermería
5. Deterioro de la comunicación verbal relacionado con los efectos secundarios a la destrucción de la mayor parte del rostro, manifestado por la incapacidad para hablar el lenguaje dominante.	5. La paciente mantendrá la comunicación mediante estímulos verbales y no verbales durante su estancia hospitalaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transmitir mensajes claros y simples utilizando un lenguaje que la paciente pueda entender. 2. Proporcionar los medios para que la paciente se comunique de forma no verbal. 3. Animarla a expresar sus sentimientos. 4. Dar valor al significado de la comunicación no verbal. 5. Mostrar interés en lo que la paciente

		dice.
--	--	-------

Diagnostico	Objetivo	Acciones de enfermería
6. Déficit de actividades recreativas, relacionado por la pérdida de la flexibilidad muscular, manifestado por la falta de interés para realizar actividades recreativas o de ocio.	6. Se identificará en la paciente las limitaciones para llevar a cabo actividades recreativas mediante el apoyo del familiar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñar al paciente a eliminar o reducir actividades que provoquen dolor o fatiga. 2. Enseñar al familiar a ayudar a la paciente en la actividad recreativa. 3. Colaborar con la paciente-familiar a establecer un plan de actividades diarias acordes con el estilo de

		<p>vida deseada.</p> <p>4. Informar a la paciente sobre las acciones de las actividades recreativas disponibles en su entorno.</p> <p>Orientar al familiar y paciente sobre riesgos al realizar algunas de las actividades recreativas</p>	<p>EJECUCION</p> <p>Se aplican los cuidados de enfermería, en base a las necesidades de la paciente de acuerdo al plan elaborado,</p>
--	--	--	---

teniendo en cuenta la observación de la paciente en el proceso de la ejecución, al término de la ejecución el plan de atención de enfermería.

OBSERVACIÓN	ACTUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Al siguiente día de su ingreso continuo observándose larvas en el tejido necrótico del rostro 	<ul style="list-style-type: none"> Realizaron las curaciones para eliminar todo tejido necrótico.

<ul style="list-style-type: none"> • Durante su estancia hospitalaria se observó deprimida 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brindo apoyo emocional a través del acercamiento y la comunicación
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • La usuaria manifiesta expresión de dolor al realizarle la curación 	<ul style="list-style-type: none"> • Se administran analgésico por indicación médica antes de empezar a realizar la curación.
<ul style="list-style-type: none"> • Se observa que la usuaria requiere de una dieta líquida y forzada. 	<ul style="list-style-type: none"> • A la paciente se le proporciona una dieta líquida rica en proteínas y calorías.

<ul style="list-style-type: none"> • Se observa la necesidad de prevenir infección en ojo derecho • Enseñar a la paciente como utilizar correctamente una andadera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza limpieza del ojo. • se administra cloranfenicol ungüento por indicación médica.
---	--

EVALUACION

Ejecutado el plan de cuidados de enfermería se evalúa si los objetivos planeados se lograron al llevar a cabo la ejecución del plan de la sra. EPL en el siguiente formato

Resultado	Fecha y firma Enfermera.
1. Se logro este objetivo, eliminando todo tejido neurótico por medio de las curaciones con la técnica correcta para evitar la desimanación de agentes patógenos	Maria Natividad
2. Objetivo logrado, la paciente acepto la dieta licuada en pequeñas cantidades bien	Cruz Manuel Fecha: 20

balanceadas en nutrientes.	enero
3 La paciente logro fortalecer los músculos mediante el ejercicio pasivo brindado por el familiar posterior a la capacitación de enfermería.	06
4 La paciente mostró interés en el uso correcto de la andadera al realizar la deambulaci3n	Enfermera
- Manifiesta comodidad con respecto al aseo personal al sentirse limpia y bien arreglada.	Maria
- La paciente mostr3 agradecimiento al apoyo brindado por el personal de enfermería.	Natividad
- El familiar agradece los cuidados brindados por el personal de enfermería.	Cruz
	Manuel
	Fecha: 21
	enero 06

PLAN DE ALTA

Egreso voluntario se requiere de un plan de alta, para consolidar su auto confianza e independencia mediante la estimulaci3n para continuar con las medidas terapéuticas necesarias y así lograr un óptimo estado de salud. Ofrecer continuidad de la asistencia médica en el hogar.

1.- Mantener la salud en un nivel óptimo:

_ Realizar todos los días la curaci3n.

_ Realizar con técnica correcta de asepsia y antisepsia.

- _ Eliminar todo tejido necrótico.
- _ Realizar la curación con agua estéril.
- _ Evitar la diseminación de larvas.
- _ Usar jabón en las curaciones.
- _ Evitar la humedad en la piel lesionada.

2.- Seguir el régimen dietético prescrito:

- _ Mantener la ingesta de nutrientes a tolerancia de la paciente.
- _ Los alimentos bien balanceados.
- _ Ingerir tres alimentos en pequeñas cantidades.
- _ Evitar periodos de ayuno o de exceso de alimentos.
- _ Proporcionar alimentos licuados en pequeñas porciones.
- _ La jeringa debe estar estéril.
- _ Aprender la forma de seguir una dieta rica en calorías.
- _ Familiarizarse con las listas para el intercambio de alimentos.

3.- Mantener la flexibilidad de los músculos.

- _ Caminar con la ayuda de la andadera.
- _ Estar en continuo movimiento.
- _ Evitar el reposo prolongado.
- _ Al caminar aumenta la actividad física.
- _ Acompañada en la caminata por un familiar.

4.-Mantener la higiene personal en óptimas condiciones:

- _ Baño de esponja cada tercer día.
- _ Realizar el baño a medio día.
- _ Lavarse las manos antes y después de comer.
- _ Ayudarle a arreglarse para que este presentable.
- _ Corte de uñas de pies y manos.
- _ Después del baño lubricar el cuerpo con alguna crema.
- _ Estimular a la paciente en actividades de autocuidado dentro de sus capacidades funcionales.

5.- La importancia de mantener la comunicación verbal y no verbal:

- _ Mantener la comunicación.
- _ Proporcionar los medios para la comunicación.
- _ Evitar hacer sentir mal.
- _ Establecer una comunicación agradable.
- _ Dejar que exprese sus sentimientos.
- _ Valorar sus expresiones de comunicación.
- _ No mostrar indiferencia.

6.- Mantener la convivencia familiar:

- _ Una convivencia continua.
- _ Organizar una actividad acorde a su salud.
- _ Escuchar música que más le agrade.
- _ Realizar juegos de mesa.
- _ Elevar su autoestima.

_ Mantener en grado óptimo la actividad física y mental compatible en sus capacidades.

_ Mantener la seguridad de la paciente.

CONCLUSIONES

La aplicación del proceso de enfermería es una búsqueda de la profesionalidad de enfermería. En este sentido, para propiciar un cuidado integral del individuo, familia o comunidad, se necesita un método basado en enfermería, en reglas y principios científicos denominado proceso de enfermería.

El proceso de enfermería es el método del cuidado que tiene como meta identificar las necesidades de cuidados actuales y potenciales para la salud del paciente con la finalidad de establecer los planes de acción que permitieron la intervención y la satisfacción de las mismas. Compuesto por 5 etapas: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación, se presenta desde la orientación teórica del modelo de Virginia Henderson y metodológica del método científico con una visión integrada que permite la actuación de enfermería.

La utilización del proceso de enfermería resulta beneficioso para el paciente y su familia, le estimula a participar activamente en sus cuidados, proporcionando datos, acepta el diagnóstico de enfermería, comprueba objetivos y actuaciones, ayuda a la realización y evaluación de las mismas.

El proceso de enfermería aumenta la satisfacción en el trabajo, y da mayor capacitación profesional, ayuda a la relación enfermera paciente, estimula el desarrollo profesional y proporciona un método para que el personal de enfermería utilice sus conocimientos teóricos-prácticos al servicio de los seres humanos.

BIBLIOGRAFIA

1. - A. Krupp Marcus. Milton J. Chattan, Diagnóstico clínico y tratamiento, octava edición, Manual Moderno, D.F. 1965, p.p. 70 y 71
- 2.- Casciato D. Albert, B.Beanett Lowitz, Manual de Oncología Clínica
Segunda edición, Salvat, España, 1990, p.p. 683
- 3.- González Barón Manuel. González Montalvo Juan Ignacio. Feliu Batlle. Cáncer en el Anciano, Ed. Masson Dogma, Mexico D.F. 2001, p.p. 565
- 4.- Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Proceso enfermero "Antología", México D.F. 1997, p.p. 282
- 5.- Herrera Gómez Dr. Ángel. Manual de Oncología, Procedimientos Médico-Quirúrgico, Primera Edición, D.F, 2000, p.p. 774
- 6.- Kozier Bárbara. Erb. Olivieri Rita. Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica. Cuarta

edición, Editorial Interamericana, México D.F, 1994. p.p.
480

7.- Kozier Bárbara, G. ERB, K. Blais, J.M. Wilkinson.
Fundamentos de Enfermería. Quinta edición, Vol. 1,
Editorial Interamericana, D.F. 2002, p.p. 848

8.- Kozier, ERB, Olivieri. Enfermería Fundamental. Tomo
1, Cuarta Edición, Editorial Interamericana, 1994, p.p. 224

9.- Marriner Ann. Proceso De Atención De Enfermería,
Un Enfoque Científico Traducción De La Segunda edición:
Alfonso Talles Vallejo. Editorial Manual Moderno, México,
1983. p.p. 325.

10.- Murria-Atkinson. Proceso de Atención de Enfermería,
Quinta Edición, Editorial Interamericana, D.F. 1996, p.p.
712

11.- Nordmark-Rohwerder. Bases Científicas de la
Enfermería, Segunda Edición, La Prensa Médica
Mexicana S, A de C, V, 1993, p.p.

- 12.- Océano Mosby. Diccionario de Medicina, Cuarta edición, Editorial Océano, España 2001, p.p. 1504.
- 13.- P. Murphy Gerald. Walter Lawrence, Jr. M D. Lenhard Jr. Raymond E. Oncología Clínica. Segunda Edición, Organización Panamericana de la Salud, Manual de la American, 1995, p.p. 861.
- 14.- Rosales Barrera Susana y Reyes Gómez Eva. Fundamentos de Enfermería, Segunda Edición, Manual Moderno, D.F. 2004. P.P. 226
- 15.- Rosales Barrera Susana y Reyes Gómez Eva. Fundamentos de Enfermería, Tercera Edición, Manual Moderno, 2003, p.p. 636
- 16.- Rodríguez Jiménez Sofía. Fundamentos de Enfermería, Tomo 1, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, México 1997, p.p. 354
- 17.- Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. Proceso Enfermero
Ediciones Cuellar, México 2002, p.p. 277

18.- W. Iyer Patricia. J. Taptichr Bárbara. Donna Bernocchi-Losey. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Cuarta Edición, Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, 1987. p.p. 345

19.- W. Iyer Patricia. J. Taptich Barbara. Donna Bernocchi Losey. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Primera Edición, Editorial Interamericana, España 1987, p.p. 324.

20. INTERNET: <http://w.w.w.google.com.mx/>

ANEXO

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Fecha de nacimiento _____ sexo _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ fecha de admisión: _____

Hora _____

Procedencia: _____ fuente de información: _____

Fiabilidad:(1-4) _____ Miembro de la familia / persona significativa: _____

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ años de relación: _____ vive

con: _____

Preocupaciones / estrés: _____ familiares: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad 7 estado: _____

Cuánto tiempo pasa solo: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo _____

Objetivo

Habla claro: _____ confusa: _____

Dificultad en la visión: _____ audición: _____

Comunicación verbal / no verbal / con la familia 7 con otras personas significativas: _____

Otros: _____

b) necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?:

Principios valores en su familia: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto Físico?: _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? _____

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja adecuadamente? _____ tipo de trabajo _____

Riesgos: _____

Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Esta satisfecho con su trabajo?: ____ ¿su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia? _____

¿Este satisfecho (a) con el rol familias que juega?: _____

Objetivo:

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

Otros: _____

d) necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

e) Subjetivo:

Actividades recreativas que realicen su tiempo libre: _____

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? _____

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?:_

¿A participado en alguna actividad lúdica o recreativa? _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas? _____

¿Su estado de ánimo es apático / aburrido / participativo?

Otros: _____

f) (necesidades de aprendizaje)

Subjetivo:

Nivel de educación _____

Problemas de aprendizaje _____

Limitaciones cognitivas _____ tipo: _____

Preferencias: Leer / escribir: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: _____

¿Sabe como utilizar esta fuente de apoyo? _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional / Ansiedad / dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

2

² RODRIGUEZ JIMENEZ Sofía. "FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA". ENEO, Tomo 1, México, 1997, Pág., 214.

GLOSARIO

- **Paradigma:** Diagrama conceptual que permite ver o comprender el mundo.
- **Conceptos Filosóficos:** Explicación del significado del fenómenos observados a través del análisis, razonamiento y argumentación lógica.
- **Modelos Conceptuales:** Conjunto de conceptos, definiciones y proporciones con indicación expresa de su interrelación.
- **Teorías:** Derivados del trabajo de otras disciplinas relacionadas con la salud, de exposiciones menos abstractos y más específicos en la práctica profesional.
- **Inspección:** Observación visual de todas las partes del cuerpo.
- **Palpación:** Técnica utilizada en la exploración física en la que el explorador palpa la textura,

tamaño, consistencia y localización de ciertas partes del organismo con las manos.

- **Auscultación:** Acción de escuchar los sonidos provenientes del interior del cuerpo, puede realizarse directamente, pero la más habitual es con el estetoscopio, para determinar la frecuencia, intensidad, duración y calidad de los sonidos.
- **Percusión:** Técnica en la exploración física que se utiliza para valorar el tamaño, límites y consistencia de algún órgano interno, se realiza golpeando directamente con los dedos sobre la superficie corporal.
- **Diagnóstico de Enfermería:** Planteamiento de un problema real o potencial para el estado de salud de una persona, que un profesional de enfermería esta cualificado y autorizado para tratar.
- **Metodología:** Sistema de principios o métodos empleados en cualquier disciplina, como la

educación, la investigación, el diagnóstico o el tratamiento.

- **Etiología:** Estudio de todos los factores que pueden intervenir en el desarrollo de una enfermedad, incluyendo la susceptibilidad del paciente, la naturaleza del agente patológico y la forma en que éste invade el organismo afectado.
- **Diagnos Kein:** Significa “diagnóstico”, el arte de identificar una enfermedad a partir de los signos y síntomas.
- **Método Científico:** Método sistemático y ordenado de recopilación de datos y resolución de problemas.
- **Asepsia:** (Asepsis) Ausencia de gérmenes patológicos a los materiales infectados.
- **Antisepsia:** (Antisepsis) Destrucción de gérmenes para evitar la infección.

- **Dietética:** Ciencia que aplica los principios nutricionales a la planificación y preparación de los alimentos y a la regulación de la dieta en relación con la salud y la enfermedad.
- **Metástasis:** Proceso por el que las células tumorales se diseminan hacia partes distantes del organismo, puesto que los tumores malignos no tienen cápsula, las células pueden escapar, convertirse en émbolos y ser transportadas por la circulación linfática o la sanguínea, para implantarse en los ganglios y en otros órganos distantes del tumor primario.
- **Radioterapia:** Tratamiento de enfermedades neoplásicas utilizando rayos x que habitualmente se obtienen de una fuente de cobalto, y cuyo fin es detener la proliferación de células malignas disminuyendo la tasa de mitosis o alterando la síntesis de ADN.

- **Geriátrica:** Especialidad médica que estudia la fisiología del envejecimiento, así como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a los ancianos.
- **Biopsia:** Extirpación de un pequeño fragmento de tejido vivo de un órgano u otra parte del cuerpo para su examen microscópico a fin de confirmar o establecer un diagnóstico, estimar un pronóstico o seguir la evolución de una enfermedad.
- **Histológico:** Ciencia que se ocupa de la identificación microscópica de células y tejidos.
- **Morfea:** Esclerodermia localizada consistente en manchas de piel lisa, seca, rígida y de color amarillento o marfil. Es más común en las mujeres y rara vez evoluciona hacia una forma generalizada de esclerosis.

- **Láser:** (Amplificación de luz mediante emisión estimulada de radiaciones). Fuente de radiación intensa de luz visible, ultravioleta o infrarroja.
- **Enfermería:** Ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarios para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad, referente a la salud, su conservación y promoción y su restablecimiento.