



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCION ENFERMERIA
APLICADO A UNA PACIENTE CON QUIMIOTERAPIA
AMBULATORIA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
DIANA CEPEDA GARCIA
NÚMERO DE CUENTA 9366606-6**

ASESOR ACADEMICO:

MA MAGDALENA MATA CORTES



MEXICO, DF.

2008.



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.

Índice

Introducción.....	5
Justificación.....	6
Objetivos.....	7
Marco Teórico.....	8
1.1. Historia del Proceso Atención Enfermería.....	8
1.1.1. Etapas del Proceso Atención Enfermería.....	9
1.1.1.1. Valoración.....	9
1.1.1.2. Diagnósticos.....	9
1.1.1.3. Planificación.....	10
1.1.1.4. Ejecución.....	11
1.1.1.5. Evaluación.....	13
1.2. Teoría del Cuidado Humano.....	13
1.3. Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.....	13
1.3.1. Elementos más importantes.....	16
1.3.2. Las Necesidades Humanas Básicas según Henderson.....	17
1.3.3. Definición de Henderson de los Conceptos Básicos del Metaparadigma de Enfermería.....	19
1.3.4. Proceso Atención de Enfermería Aplicado al Modelo de Virginia Henderson.....	23
1.4. Epidemiología.....	30
1.5. Fisiopatología.....	31
1.6. Tumores Óseos.....	35
1.7. Quimioterapia.....	38
1.7.1. Principios de la Quimioterapia.....	40
1.7.2. Clasificación.....	42

1.7.3. Efectos secundarios.....	45
2. Metodología.....	46
3. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería.....	47
3.1. Presentación del caso clínico.....	47
3.2. Valoración de las 14 Necesidades.....	50
3.3. Planificación.....	58
3.4. Ejecución.....	60
4. Conclusiones.....	80
5. Sugerencias.....	82
6. Bibliografía.....	83
7. Anexos.....	85
8. Glosario.....	97

Dedicatorias

Mis chiquitas, gracias por la espera y nunca olviden que en la cercanía y en la distancia siempre estaremos juntas. Las amo

A ti bebé que junto con este proyecto vienes creciendo dentro de mi, te amo más allá de todo.

JC y Yoli, gracias por todo, son lo mejor de mi vida.

ENEQ-UNAM, por todos los conocimientos que adquirí durante mi formación.

A mi asesora y honorable jurado, por todo el apoyo.

Con respeto y admiración a todos mis pacientes, los que están y los que ahora descansan, gracias por permitirme estar con ustedes, son una gran experiencia de vida.

Amigos, gracias por creer en mí.

INTRODUCCION

En pleno siglo XXI, entre conquistas como el uso de cromosomas que posibilitan la cura y tratamiento de enfermedades, los medicamentos de última generación para el combate a microorganismos multipotentes, o para la cura de diferentes patologías y la robótica que optimiza la realización de procedimientos quirúrgicos, se encuentra el cuidado de enfermería por todos los pasos de esa evolución.

El cuidado de enfermería evolucionó en la búsqueda de nuevos saberes y quehaceres, en la perspectiva de reafirmar la profesión como ciencia, arte y tecnología, ya que el cuidar es la base de la profesión de enfermería.

Así mismo es esencial que el programa de enfermería tenga un marco de referencia claro, para facilitar la orientación y el desarrollo del Proceso Atención Enfermería. El conocimiento de las diversas orientaciones conceptuales respecto a la función práctica de la enfermería es un factor imprescindible como elemento de reflexión y análisis de la formación para asegurar una sólida fundamentación de la misma. Los principios filosóficos, y científicos que fundamentan los modelos proveen una orientación sobre como interpretar el fenómeno de interés de la disciplina: “el cuidado” y como asumir el liderazgo del cuidado desde un marco de referencia que los centre en aquellos aspectos fundamentales del mismo.

Por tal motivo el presente Proceso Atención Enfermería se ha elaborado según el Modelo de Necesidades Básicas Humanas de Virginia Henderson, se basa en que la Enfermería debe de servir de ayuda al individuo tanto sano como enfermo para la realización de las actividades de la vida diaria que contribuyan a mantener su estado de salud, recuperarla cuando se ha perdido o conseguir una muerte digna; todo esto a través del Plan de Cuidados al objeto de unificar los criterios de Atención y procurar el máximo de calidad de la misma.

De esa manera, no solo se garantiza la calidad en la atención, sino que a la vez se puede cuantificar tanto los tiempos de atención como los costos que estos suponen.

JUSTIFICACION

En la profesión de enfermería existen muchos retos e interrogantes como: la necesidad de mejorar los instrumentos de trabajo, identificar mejor los problemas resultantes de la práctica profesional, dar respuesta a las demandas sociales y a las reflexiones para profundizar sobre aspectos que son de especial interés para el desarrollo de conocimientos de Enfermería, generar teorías e indicadores de calidad. En la actualidad se ha avanzado bastante en la clarificación del ser enfermera(o) y sobre todo en el asumir el bien intrínseco de la profesión “Los cuidados” los que se van introduciendo en la realidad asistencial: Además se ha impulsado la importancia de llevar los modelos y teorías a la práctica, como una estrategia para fortalecer el conocimiento disciplinar con las repercusiones en términos de calidad, autonomía y visibilidad del cuidado de enfermería. Al respecto es necesario reorientar el modelo de práctica desde el punto de vista conceptual para incorporar a la persona como protagonista principal del acto de salud, y en este sentido hay que evolucionar desde el paradigma tradicional hacia otros más integradores, que valoren por igual todas las dimensiones de la persona, permitan buscar formas de dispensar cuidados excelentes y valorar la necesidad de desarrollar el trabajo diario de forma profesional.

Por tal motivo el presente Proceso Atención Enfermería pretende que el personal de enfermería brinde una atención de calidad y calidez al usuario y al mismo tiempo enaltezca su profesión poniendo nuestro sistema de salud a la altura de los retos y las necesidades del siglo XXI.

Objetivos

Objetivo General

El presente Proceso Atención Enfermería servirá como herramienta para la satisfacción de las necesidades humanas básicas, tomando como modelo a Virginia Henderson para proporcionar un cuidado de calidad y calidez.

Objetivos Específicos

1. Establecer e implantar el Proceso Atención Enfermería basado en el ciclo de mejora continua, que sirva como modelo de funcionamiento estratégico de todo el personal de enfermería a través del despliegue de objetivos.
2. Recuperar, el mantenimiento o la mejora de la satisfacción de las necesidades de la persona donde aparecían problemas, la integración a su medio habitual en el menor tiempo posible, o el acompañarle en el proceso de la muerte.
3. Proporcionar al paciente un servicio de asistencia sanitaria integrado, eficaz, de calidad, personalizado y ágil, que responda a sus necesidades de salud.

I.- Marco teórico

1.1.- Historia del Proceso Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento, el proceso de enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la enfermería. La ANA utilizó el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El proceso de enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de enfermería.

Definición

El proceso de Enfermería es el sistema de práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Objetivo

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utiliza el Proceso de Enfermería. Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

1.1.1.- Etapas del proceso atención de enfermería

1.1.1.1.- Valoración

La valoración es, posiblemente, el aspecto más importante en la buena elaboración de un Plan de Cuidados, ya que de la misma se derivarán los siguientes parámetros que completarán el Plan.

En la valoración inicial, detectaremos los "Problemas de Salud" que derivarán en los Diagnósticos Enfermeros.

La valoración inicial, deberemos de realizarla, bien siguiendo las 14 Necesidades de Salud de Virginia Henderson.

1.1.1.2.- Diagnósticos

"El diagnóstico enfermero es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, de la cual la enfermera es responsable". (Nanda 1990)

Existen dos tipos fundamentales de Diagnósticos Enfermeros:

- Potenciales o de Riesgo
- Reales

Un Diagnóstico enfermero Real está compuesto de tres partes:

- Problema de salud
- Factores etiológicos o relacionados
- Características definitorias

Un diagnóstico enfermero Potencial está compuesto de dos partes:

- Problema de salud
- Factores de riesgo

1.1.1.3.- Planificación

En esta fase se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas:

- Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
- Fijar resultados para corregir, reducir al mínimo o reducir problemas.
- Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
- Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería en forma organizada en el plan de cuidados.

Los Criterios de Resultado son los objetivos que se plantea conseguir por la Enfermería y por el paciente y/o familia.

Las siglas del término inglés para esta denominación es NOC o N.O.C.(Nursing Outcomes Classification)

NOC cuenta con 330 Criterios de Resultado y cada uno de ellos posee unos indicadores específicos, está dividida en 31 clases y 7 dominios.

La traducción del NOC al idioma español, se ha denominado CRE (Clasificación de Resultados en Enfermería).

2

² P.W. Iyer, B.J. Taptich, D.Bernocchi-Losey Proceso y diagnóstico de Enfermería
Pp.13

1.1.1.4.- Ejecución

Es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación.

Definición del NIC

Una intervención se define como “cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente cliente. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los cuidados indirectos, dirigidos a los individuos, las familias o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermera, por los médicos o por otros profesionales”. (Dochterman & Bulechek, 2004, pág. Xxiii).

Las Intervenciones son genéricas y cada una de ellas llevará aparejadas varias acciones.

Las siglas del término inglés para esta denominación es NIC.

N.I.C. (Nursing Interventions Classification)

C.I.E. (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

La estructura de taxonomía de la CIE (Clasificación de las Intervenciones Enfermeras) tiene tres niveles:

- Campo
- Clases
- Intervenciones

Existen 7 Campos (Fisiológico: básico; Fisiológico: complejo; Conductual; Seguridad; Familiar; Sistema de Salud y Comunidad), 30 Clases y un total de 514 Intervenciones de Enfermería.

Actividades de enfermería

Las actividades o acciones específicas que realiza la enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades

Intervención de Enfermería

Se define como una Intervención Enfermera a " Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente".

Las Intervenciones (actividades enfermeras), son las acciones encaminadas a conseguir un objetivo predeterminado, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente.

Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del paciente o grupo de pacientes. Las Intervenciones de Enfermería indirectas incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinar. Estas acciones apoyan la eficacia de las Intervenciones de Enfermería directas.

Una Intervención de Enfermería directa consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente. La Intervención de Enfermería directa comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales; tanto las acciones de colocar las manos como las que son más bien de apoyo y asesoramiento en su naturaleza.

3

³ www.enfermeria-actual.com consultado en agosto 2008.

1.1.1.5.- Evaluación

Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.

1.2.- Teoría del cuidado humano

La doctora Jean Watson, autora de la "Teoría del Cuidado Humano", sostiene que "ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería".

1.3.- Generalidades del Modelo de Virginia Henderson

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

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste 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"

Durante la primera guerra mundial desarrolló su interés por la enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera domiciliaria en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

⁴ Marriner, Tomey A. Raile Alligood M. Modelos y Teorías de Enfermería.

En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Se da cuenta que le falta preparación para enseñar aquellos conocimientos que quería impartir y cinco años más tarde entra en el Teacher's College de la Universidad de Columbia donde consecutivamente obtuvo los grados de Bachelor of Science y Master of Arts, con especialización en docencia de Enfermería. En 1929 trabajó como directora docente en las clínicas de Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En 1930 volvió al Teacher's College como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico en enfermería y práctica clínica hasta 1948. Pasa un tiempo como enfermera en rehabilitación, será en esta época donde tome conciencia de la importancia en recobrar la independencia del enfermo.

Lleva a cabo un trabajo de investigación comparando métodos de asepsia y utilizándolos en los cuidados enfermeros. Elabora un trabajo de investigación que duró cinco años con el sociólogo Leo Simmons, sobre la importancia del crecimiento profesional de la Enfermería.

Virginia Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher's College revisó la 4ª edición del "**Textbook of de Principles and Practice of Nursings**" de Bertha Harmer, edición editada en 1939. La 5ª edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson. Ha estado asociada a la Universidad de Yale desde principios de los años 50 y ha hecho mucho para promover la investigación de enfermería a través de esta asociación. De 1959 a 1971 dirigió el proyecto "**Nursing Studies Index**" auspiciado por Yale. Consta de cuatro volúmenes de textos biográficos, analíticos, e históricos de la enfermería de 1900 a 1959. Al mismo tiempo fue la autora o coautora de otros trabajos importantes. Su folleto "**Basic Principles of Nursing Care**" fue publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1960.

Su libro "**The Nature of Nursing**" se publicó en 1966 y en él define su concepto original y primordial de enfermería. Se volvió a publicar en 1991, añadiendo al título, "Reflexiones 25 años después". En 1978 publica la 6ª edición de "**The Principles and Practice of Nursing**". En la década de 1980 permanece activa como Emérita Asociada de Investigación en Yale. Los logros e influencia de Henderson en la profesión de Enfermería le han supuesto más de siete doctorados honorarios y el primer "**Chistiane Reimann Award**". En Barcelona se la nombra Profesora Honoraria de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

5

⁵ Marriner, Tomey A. Raile Alligood M. Modelos y Teorías de Enfermería.

Virginia Henderson en su libro **“Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería”**, nos ofrece un desarrollo de la disciplina enfermera dentro de la corriente de la integración. Elaborando conceptos basados en teorías de otras disciplinas y en base a sus propias experiencias.

Utiliza pues un razonamiento reproductivo. En definitiva, crea un modelo conceptual en Enfermería que aunque no lo reconoce, está influenciado por la jerarquización de las necesidades de “MASLOW”.

En esta obra comienza haciendo una definición de Enfermería. La define en términos funcionales, entiende que la función primaria es la de dar cuidados directos a la persona sana o enferma, asistirlo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación. En momentos de agonía hacer que sea lo mas pacífica posible y contribuir de manera que ayude a ganar la independendencia en la mayor brevedad posible. También señala como función, el ayudar al enfermo a seguir de la forma mas adecuada los tratamientos prescritos por el médico.

En cuanto al rol profesional establece que la enfermera tiene funciones propias e independientes, y se interrelaciona con los miembros del grupo médico, en un papel de colaboración mutua.

Esta definición introduce nuevos conceptos y una forma diferente de actuación, ya que hasta entonces la función de la enfermera era meramente de asistencia a la enfermedad y auxiliar del médico.

En este punto también aporta nuevos conceptos ya que, al haber necesidades no solo fisiológicas, sino de tipo psíquico y social, y al considerar estas necesidades no como una carencia, sino como algo fundamental para la persona, está definiendo salud no ya como la ausencia de enfermedad como se la relacionaba hasta entonces, sino como el grado de vigor físico y mental para poder realizar actividades de forma independiente.

Henderson considera a la persona como un ser biopsicosocial cuya mente y cuerpo son inseparables y donde la persona y su familia son considerados como una unidad.

Al cliente de Enfermería lo considera como un individuo que requiere asistencia para alcanzar la satisfacción de sus necesidades y la independendencia, o la muerte pacífica.

⁶ Marriner, Tomey A. Raile Alligood M. Modelos y Teorías de Enfermería.

Considera que tiene 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de Enfermería. Estas necesidades están interrelacionadas entre si, son comunes a todas las personas y en todas las edades. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos.

Lo que se altera no es la necesidad, sino la satisfacción y el grado de satisfacción es distinto para cada persona. Aunque no prioriza las necesidades las cinco primeras se consideran vitales.

1.3.1.- Los Elementos Más Importantes 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.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

7

⁷ Marriner, Tomey A. Raile Alligood M. Modelos y Teorías de Enfermería.

1.3.2.- Las Necesidades Humanas Básicas Según Henderson, Son:

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

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 tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Virginia 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.

⁸

⁸ Fernández, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria "El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería".

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 Virginia 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.

9

⁹ Fernández, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria "El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería".

1.3.3.- Definición De Henderson De Los Conceptos Básicos Del Metaparadigma De Enfermería:

Persona:

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

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

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para ser independiente.
- El paciente y su familia conforman una unidad.

b) El Entorno: Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo.

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

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

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

10

¹⁰ Fernández, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria "El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería".

Salud: Estado de bienestar físico, mental y social.

- La salud es la calidad de vida
- La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.
- Requiere independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

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.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

***Necesidad fundamental:** Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

* **Independencia:** Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

* **Dependencia:** No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

* **Problema de dependencia:** Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

* **Manifestación:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia y la satisfacción de sus necesidades.

* **Fuente de dificultad:** Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

* **Fuerza:** Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

* **Conocimientos:** los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

- **Voluntad:** compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

b) Valores:

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función.

La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

11

¹¹ Fernández, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria "El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería".

c) Conceptos

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial:

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

Intervenciones: El centro de intervención es el la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

12

¹² Fernández, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria "El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería".

1.3.4.- Proceso de atención de enfermería aplicado al modelo de Virginia Henderson

En el sentido filosófico del término, el método, ligado al dominio específico de la enfermería, en la actualidad es el Proceso de Enfermería, que comporta fines particulares y una forma de proceder que le es propia.

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Existen otras teorías, todas ellas mantienen como constantes la conservación y el progreso de salud de la persona, mediante:

Etapas del proceso de enfermería:

Las etapas constituyen las fases de actuación concretas que tienen carácter operativo. El Proceso de Enfermería es un todo cíclico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas. Tal y como en el presente está concebido el Proceso de Enfermería, se distinguen cinco etapas:

a) Valoración:

Es el punto de partida del Proceso de Enfermería. Es la base de todas las etapas siguientes, lo que la convierte en el banco de datos imprescindible para tomar decisiones. Su objetivo es recoger datos sobre el estado de salud del paciente, estos datos han de ser confirmados y organizados antes de identificar los problemas clínicos y/o diagnósticos de enfermería.

La valoración incluye diferentes acciones: obtención de la información, su interpretación y posterior organización de toda la información obtenida.

Obtención de la información:

En la fase de valoración, la enfermera evaluaría a los pacientes a partir de cada uno de los 14 componentes de los cuidados básicos de Enfermería. Tan pronto se evaluara el primer componente, la enfermera pasaría al siguiente, y así sucesivamente hasta que las 14 áreas quedaran cubiertas. Para recoger la información, la enfermera utiliza la observación, el olfato, el tacto y el oído. Para completar la fase de valoración, la enfermera debe analizar los datos reunidos. Esto requiere conocimientos sobre lo que es normal en la salud y en la enfermedad.

13

¹³ Fernández, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria "El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería".

Según Virginia Henderson la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados.

La enfermera debe ser capaz no sólo de valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. Henderson afirma que “la enfermera debe meterse en la piel de cada uno de sus pacientes” para saber qué necesita. Las necesidades deben entonces ser ratificadas con el paciente.

Siguiendo el modelo de Virginia Henderson la recogida de datos sería:

1. Necesidad de respirar:

Términos que debemos valorar: amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos.

Factores que influyen en esta necesidad: postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo.

2. Necesidad de beber y comer:

Términos que debemos valorar: Alimentos, apetito, electrolito, hambre, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, nutrición, saciedad.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, status socioeconómico, religión, cultura.

3. Necesidad de eliminar:

Términos que debemos valorar: defecación, diuresis, micción, heces, sudor, orina.

Factores que influyen en esta necesidad: alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Términos que debemos valorar: amplitud, ejercicios activos, ejercicios pasivos, ejercicios físicos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial presión diferencial, presión diastólica, pulsación, ritmo, tono muscular.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.

14

¹⁴ Fernández, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria “El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería”.

5. Necesidad de dormir y descansar:

Términos que debemos valorar: descanso, sueño, ritmo circadiano, sueños.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse:

Términos que debemos valorar: vestimenta, ropa.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, status social, empleo, cultura.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

Términos que debemos valorar: producción de calor, eliminación de calor.

Factores que influyen en esta necesidad: sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.

8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:

Términos que debemos valorar: faneras, tegumentos

Factores que influyen en esta necesidad: edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, corriente social, organización social.

9. Necesidad de evitar los peligros:

Términos que debemos valorar: entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, status socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.

10. Necesidad de comunicar:

Términos que debemos valorar: accesibilidad de los que intervienen, conocimiento del yo, intercambio, vía de relación, estímulo.

Factores que influyen en esta necesidad: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status social.

15

¹⁵ Fernández, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria "El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería".

11. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores:

Términos que debemos valorar: creencias, fe, ideología, moral, religión, ritual, espiritualidad, valores.

Factores que influyen en esta necesidad: gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.

12. Necesidad de ocuparse para realizarse:

Términos que debemos valorar: autonomía, autoestima, rol social estatus social, valoración.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales.

13. Necesidad de recrearse:

Términos que debemos valorar: diversión, juego, ocio, placer.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales, organización social.

14. Necesidad de aprender:

Términos que debemos valorar: aprendizaje, enseñanza

Factores que influyen en esta necesidad: edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno.

¹⁶ Fernández, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria "El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería".

b) Diagnóstico:

Para Virginia Henderson un diagnóstico de enfermería es un problema de dependencia que tiene una causa que las enfermeras pueden tratar para conseguir aunque sea una milésima de independencia.

Una enfermera puede diagnosticar o emitir un dictamen sobre las necesidades alteradas que tienen las personas a las que atiende.

El diagnóstico comprende varias acciones:

Análisis de datos, identificación de los diagnósticos de enfermería, identificación de los problemas interdependientes, problemas de enfermería.

Análisis de datos: Después de ser clasificados en manifestaciones de independencia y de dependencia y en fuentes de dificultad, los datos son comparados entre ellos.

Las manifestaciones de dependencia y las fuentes de dificultad son retenidas porque requieren intervenciones por parte de la enfermera” aquí y ahora “. Hay que separar lo que yo puedo resolver con mi función autónoma y lo que no puedo resolver.

A partir de estas manifestaciones de dependencia proponemos nuestra hipótesis diagnóstica.

Validación: Para ello acudimos a la definición del diagnóstico para cerciorarnos de que se adapta a nuestro problema.

Valorar: Como incide nuestro problema en las 14 necesidades fundamentales, aparte valoramos que porcentaje de las manifestaciones de ese diagnóstico se adapta a nuestro problema, con lo que conseguiremos obtener el problema fundamental de nuestro paciente. Este problema que hace que las 14 necesidades no estén satisfechas.

c) Planificación:

Para Henderson, la fase de planificación supone hacer que el plan responda a las necesidades del individuo, actualizarlo como convenga a partir de los cambios, utilizarlo como un historial y asegurarse de que se adapta al plan prescrito por el médico. En su opinión un buen plan integra el trabajo de todos los miembros del equipo de salud.

En esta etapa hay que pensar por adelantado lo que vamos a hacer.

17

¹⁷ Fernández, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria “El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería”.

Fijación de prioridades: Consiste en colocar el orden en el que vamos a resolver el problema, esto se hará según:

- Amenaza de muerte
- La persona (cliente)
- El impacto del problema (el que más influye en las 14 necesidades)

Establecimiento de los objetivos: Estos pueden ser a corto o a largo plazo siempre que se pueda deberán marcarse con el paciente.

La enfermera y el paciente siempre están luchando por la consecución de un objetivo, ya sea la independencia o la muerte pacífica. Una meta de la enfermera debe ser lograr que la jornada del paciente transcurra dentro de la “normalidad posible”. El fomento de la salud es otro objetivo importante para la enfermera.

Determinación de las actividades de enfermería: Las actividades surgen de la causa que genera esas manifestaciones de dependencia.

Los modos de intervención o suplencia son clave para las actividades de los diagnósticos de enfermería.

Estos pueden ser:

- Realizar una actividad por él: sustituir, reemplazar.
- Ayudarlo a realizar la actividad: completar.
- Enseñarlo a realizar la actividad: aumentar o añadir.
- Supervisar la actividad: reforzar.

d) Ejecución:

En la fase de ejecución, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte pacífica. Las intervenciones son individualizadas según los principios fisiológicos, la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales.

Aunque toda la documentación se realiza en las fases anteriores del proceso, adquiere un valor fundamental en la ejecución; quizás ello sea debido a un principio jurídico muy extendido y de aplicabilidad a nuestro contexto asistencial” lo no escrito no forma parte de la realidad”.

18

¹⁸ Fernández, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria “El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería”.

e) Evaluación:

Henderson evaluaría al paciente según el grado de capacidad de actuación independiente.

Una vez ejecutado el plan de cuidados, la etapa siguiente es la Evaluación; por tanto, es la etapa final del proceso de Enfermería.

En este nivel de operación cuando la enfermera, al final del Proceso de Enfermería, compara el estado de salud del paciente con los resultados definidos en el plan de atención.

Henderson evaluaría al paciente según el grado de capacidad de actuación independiente.

Según Henderson los objetivos se habrían conseguido si se hubiera mejorado aunque sea una milésima de independencia, si se hubiera recuperado la independencia o el paciente recibe una muerte apacible.

1.4. Epidemiología

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática en el 2005, los tumores malignos fueron la tercera causa de muerte en México, 63 128 personas fallecieron por éstos, el volumen representa 12.7% del total de las defunciones registradas.

Las defunciones por tumores malignos representaron 11.3% del total de fallecimientos en los varones y 14.5%, en las mujeres.

En el año 2005, se registraron en México 495 240 defunciones, 55.2% sucedieron en hombres y 44.8% en mujeres. Los tumores malignos ocupan el tercer lugar en la lista de principales causas de defunciones en el país; por dicha causa fallecieron 63 128 personas, el volumen representa 12.7% del total de defunciones registradas en el año.

En los varones, los tumores malignos son la segunda causa de muerte con 30 899 defunciones, que significó 11.3% de los fallecimientos de hombres. En las mujeres, se ubica en el tercer lugar de las principales causas de muerte con 32 224 decesos; es decir, 14.5% de las defunciones en la población femenina.ⁱ

Los investigadores médicos han identificado cerca de 100 tipos diferentes de cáncer en cada uno de los cuales las células cancerosas presentan alteraciones en su morfología y su bioquímica en comparación con las normales. El cáncer no es un crecimiento desordenado de células inmaduras, sino un proceso lógico y coordinado en el que una célula normal sufre cambios y adquiere capacidades especiales.ⁱⁱ

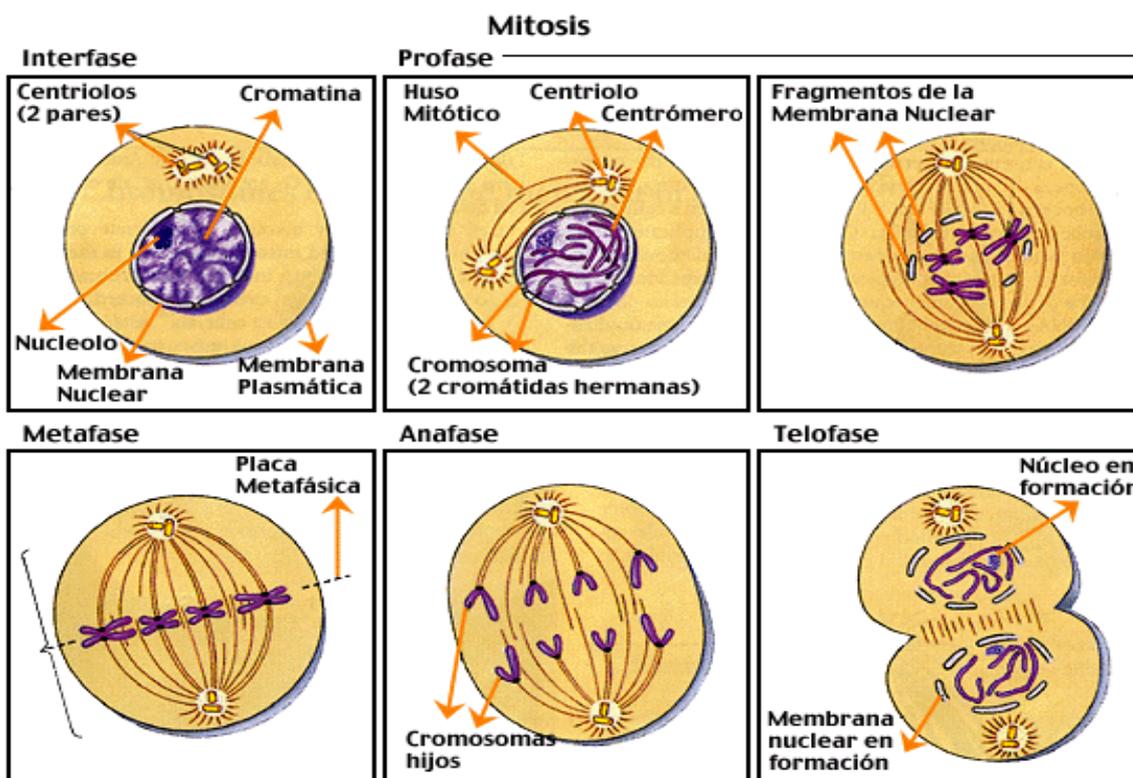
²⁰ i www.periodicodigital.com.mx consultado en octubre de 2008

ii Shirley E.Otto Enfermería Oncológica Pp. 3

1.5. Fisiopatología

La Célula en su Estado Normal

La célula es la unidad básica, estructural y funcional de todos los seres vivos. En el cuerpo humano adulto se encuentran alrededor de 60.000 billones de células y, aunque existen muchos tipos de células diferentes, todas poseen ciertas características comunes. Por ejemplo necesitan nutrirse para mantener la vida, utilizan casi todos los nutrientes y emplean oxígeno, el cual se combina con los lípidos, las proteínas o los carbohidratos para liberar la energía necesaria para su funcionamiento. Los mecanismos que permiten la transformación de los nutrientes en energía por lo general son los mismos en todas las células y todas ellas dejan los productos finales de sus reacciones químicas dentro de los líquidos circundantes. La mayoría tiene la capacidad de reproducirse y cada vez que se destruyen algunas de ellas, las demás del mismo tipo se reproducen hasta que vuelvan a alcanzar el número correcto. Esta reposición metódica se rige por un mecanismo de control que se detienen cuando se corrigen la pérdida o el daño. Dinámica, activa y ordenada, la célula sana es una planta eléctrica, un laboratorio, una fábrica y una máquina duplicadora en miniatura, que se copia a la perfección una y otra vez.



21

²¹ E.Otto, S. Enfermería Oncológica. Pp 3

Interfase

- La célula aumenta de tamaño
- Los cromosomas se elongan
- El DNA se duplica

Profase

- El DNA forma una espiral
- Los centriolos se desplazan hacia los polos opuestos

Metafase

- Los cromosomas se alinean a través del ecuador celular
- Los nucléolos y la membrana nuclear desaparecen

Anafase

- Los cromosomas se dividen
- Los cromosomas se desplazan hacia los polos opuestos

Telofase

- Los cromosomas se alargan
- Las membranas nucleares aparecen de nuevo y vuelven los cromosomas
- Se produce la citoquinesis
- Los centriolos se duplican

Patrones de crecimiento proliferativo

Las células cancerosas no están sujetas a las restricciones usuales impuestas por el huésped con respecto a la proliferación celular. Sin embargo esta proliferación no siempre indica la proliferación de cáncer. El crecimiento celular anormal se clasifica como neoplásico y no neoplásico.

Patrones de crecimiento neoplásico

Anaplasia significa “sin forma” y es un cambio irreversible en el cual las estructuras de las células adultas sufren una regresión a niveles más primitivos. Es un signo distintivo del cáncer. Las células anaplásicas pierden la capacidad para realizar funciones especializadas y se desorganizan en cuanto a su posición y citología.

El término neoplasia significa “crecimiento nuevo”, y describe una masa tisular anormal que se extiende más allá de las fronteras del tejido sano, y por ende no cumple la función normal de las células en dicho tejido. Las neoplasias se caracterizan por funcionamiento descontrolado, falta de regulación en la división y el crecimiento, y motilidad anormal; algunas de ellas son potencialmente lesivas para el huésped porque ocupan espacio y compiten por los nutrientes esenciales. A los crecimientos neoplásicos se les conoce como neoplasias benignas o malignas. Las benignas incluyen papilomas o verrugas, mientras que entre las malignas, capaces de destruir al huésped, se encuentran los tumores sólidos y las leucemias. Cáncer es el término común para todas las neoplasias malignas.

Comparación entre tumores benignos y malignos

<i>Características</i>	<i>Tumor maligno</i>	<i>Tumor benigno</i>
Encapsulado	Rara vez	Casi siempre
Diferenciado	Poco	Parcialmente
Metástasis	A menudo presente	Ausente
Recurrencia	Frecuente	Casi nunca
Vascularidad	Moderada a marcada	Escasa
Forma de crecimiento	Infiltrate y expansivo	Expansivo
Características celulares	Las células son anormales y se parecen cada vez menos a las células madre	Casi normal similar a la célula madre.

Crecimiento tumoral

En la proliferación celular normal, el número de nacimientos celulares es casi igual al de muertes. La necesidad que tiene el organismo de aumentar y reemplazar el número de células se inicia cuando se pierden células del mismo tipo o cuando hay exigencias adicionales de los tejidos para su funcionamiento. Todos los elementos relacionados con el crecimiento tisular normal se encuentran en el crecimiento y reproducción de las células cancerosas. Sin embargo el fallo progresivo de los mecanismos intrínsecos del crecimiento normal produce el crecimiento característico en el cáncer.

Un concepto erróneo generalizado es que el cáncer consiste en una población de células que se reproduce con mayor rapidez que las células normales. En realidad, muchos tipos de cáncer son de crecimiento más bien lento en comparación con algunas células normales. No todas las células cancerosas pueden multiplicarse de manera indefinida, aunque cada neoplasia contiene células que han perdido la capacidad de someterse a las restricciones que controlan la proliferación. Esto da lugar a un crecimiento celular que sobrepasa los límites normales, y a una presión sobre otros órganos, y contribuye a la tendencia que tienen las células cancerosas a invadir tejidos y estructuras adyacentes.

24

²⁴ E.Otto, S. Enfermería Oncológica. Pp 5,7

Conclusiones

Las características esenciales que distinguen la célula cancerosa de la normal son su capacidad para reproducirse sin control, invadir los tejidos sanos, propagarse a lugares distantes en el cuerpo y destruir al huésped. Estos factores constituyen la esencia de la célula transformada.

1.6. Tumores Óseos

Los tumores malignos en los huesos son responsables del 5% de los carcinomas en los niños y el 10% en los adolescentes. El osteosarcoma (sarcoma osteogénico), es el tumor óseo más frecuente en la niñez y equivale al 60%.

Sarcoma Osteogénico

El osteosarcoma es más frecuente en los varones que en las mujeres y la incidencia por millón es de 5,6 en los niños caucásicos menores de quince años y un poco menor en los negros. Hay una incidencia máxima en la segunda década de la vida, sobretudo entre los quince y diecinueve años de edad.

Etiología

La etiología del osteosarcoma no se ha determinado. Parece haber una relación entre el crecimiento acelerado en la adolescencia y el desarrollo de este tumor. También existen informes que indican que los pacientes con esta enfermedad tienen una talla mayor que sus compañeros.

Hay un mayor riesgo de osteosarcoma en los niños con la forma hereditaria de retinoblastoma y en quienes han recibido radioterapia, en especial en dosis superiores a 6,000 cGy. Casi todos los casos de sarcoma osteogénico en las personas mayores de 40 años se relacionan con la enfermedad de Paget, un precursor de este carcinoma. Alguna vez se pensó que los traumatismos se relacionaban con el desarrollo del osteosarcoma. Sin embargo, lo que sucede es que la lesión hace que la persona consulte a su médico y el tumor es un hallazgo incidental.

²⁵

²⁵ E.Otto, S. Enfermería Oncológica. Pp 405,406

Presentación clínica

En orden de frecuencia, las localizaciones más comunes son, el fémur, la tibia, el húmero, el peroné, la escápula, el hueso ilíaco, el radio, la mandíbula y la clavícula. El dolor en el lado afectado es el síntoma más común. Puede ser intenso y haber estado presente durante corto tiempo o varios meses, aumenta con la actividad y casi siempre produce cojera. Otros síntomas pueden incluir sensibilidad a la palpación, tumefacción, eritema o restricción en extensión de movimiento. Las metástasis están presentes en el 10 al 20 % de los pacientes cuando se hace el diagnóstico y 90% de ellas son pulmonares.

Histología

El osteosarcoma es un cáncer maligno del hueso que se origina en las osteonas. El subtipo histológico es importante. No hay un sistema de clasificación uniformemente aceptado y las categorías más frecuentes empleadas son la convencional (osteoblástico, condroblástico, fibroblástico), telangiectásico, paraóseo y perióseo. El subtipo convencional es el más frecuente en niños y adolescentes.

Evaluación Diagnóstica

Aunque se requiere una biopsia para confirmar el diagnóstico de osteosarcoma, antes de realizarla es necesario completar todos los estudios de imágenes. Las radiografías simples por lo general son las primeras en revelar la presencia de un tumor. La RMN y la TC de la lesión primaria ofrece información de la extensión del tumor y las áreas de metástasis. Se requiere además una radiografía y una TC de tórax para descartar las metástasis pulmonares. Estas pruebas ayudan a medir la respuesta al tratamiento, la evolución de la enfermedad y el desarrollo de metástasis.

26

²⁶ E.Otto, S. Enfermería Oncológica. Pp.406

Modalidades de Tratamiento

Cirugía

El tratamiento del osteosarcoma incorporado a la cirugía y a la quimioterapia. Los avances en las imágenes diagnósticas, el empleo de la quimioterapia preoperatoria para la citorreducción primaria y las mejoras en las técnicas quirúrgicas han revolucionado el tratamiento de esta enfermedad. El tamaño de la cirugía depende de la localización y el grado de afección tumoral, y la amputación ya no es necesaria para todos los pacientes. Es posible salvar la extremidad si puede mantenerse un borde claro de 6 a 7 cm y la funcionalidad de la extremidad. Cualquiera que sea el procedimiento usado, se necesita rehabilitación física y psicológica.

Quimioterapia

La cirugía solo controla el tumor local, ochenta por ciento de los pacientes tratados con cirugía exclusiva padecen enfermedad metastásica y mueren debido a ella. Los estudios clínicos han comprobado la eficacia de una serie de medicamentos en diversas combinaciones. Con el empleo de la quimioterapia adyuvante y las mejoras de las técnicas quirúrgicas, la tasa actual de supervivencia es del 65%.

La quimioterapia preoperatoria no sólo reduce el tumor antes de resecarlo sino que evalúa la respuesta tumoral, lo que permite hacer cambios en la terapia si los resultados son insatisfactorios. Como el osteosarcoma es muy resistente a la radioterapia, ésta se reserva ante todo para la reducción prequirúrgica o el alivio paliativo de los síntomas en los casos de enfermedad resistente.

Pronóstico

Los tumores localizados en el esqueleto axial (por ejemplo, el tórax o la pelvis) y los síntomas que perduran más de seis meses se consideran indicadores de un mal pronóstico. En general cuando más distal se encuentre la lesión, mejor será el pronóstico, puesto que ello responde a la probabilidad de resección quirúrgica completa. El factor más importante en el pronóstico es el avance de la enfermedad en el momento de su detección; las metástasis indican un resultado desalentador. Otros factores relevantes son la edad (peor si el paciente tiene menos de 10 años y mejor si es mayor de 20), el tamaño del tumor (factor negativo si mide menos de 15 cm), el género (más favorable en las mujeres), los niveles elevados de fosfatasa alcalina y deshidrogenasa láctica (ambos indican un mal pronóstico) y la histología (los carcinomas telangiectásicos tienen los peores resultados).

²⁷

²⁷ E.Otto, S. Enfermería Oncológica. Pp 407.

1.7. Quimioterapia

Definición

La quimioterapia consiste en el empleo de medicamentos citotóxicos para tratar el cáncer. Es una de las cuatro modalidades de tratamiento que ofrecen curación, control o paliación; las otras tres son la cirugía, la radioterapia y la bioterapia. La quimioterapia es un tratamiento sistémico más que localizado, como la cirugía o la radioterapia, y pueden utilizarse de cinco maneras:

Terapia adyuvante: se utiliza un curso de quimioterapia combinada con otra modalidad de tratamiento, con el objetivo de tratar micrometástasis.

Quimioterapia neoadyuvante: la quimioterapia se administra para reducir un tumor antes de extirparlo en cirugía.

Terapia primaria: se usa en pacientes con cáncer localizado para quienes existe un tratamiento alternativo pero que no es completamente efectivo.

Quimioterapia de inducción: terapia farmacológica que se administra como tratamiento primario en pacientes con cáncer que no son candidatos para un tratamiento alternativo.

Quimioterapia combinada: administración de dos o más agentes quimioterapéuticos para tratar el cáncer; permite que cada medicamento intensifique la acción del otro o que actúen de manera sinérgica.

Perspectiva histórica

La terapia sistémica, en la forma de sales de metales pesados (arsénico, cobre y plomo), comenzó a usarse en las civilizaciones de Egipto y Grecia y durante siglos tuvo éxito limitado.

Cada generación aportó sus propios remedios específicos para diversas enfermedades. A finales de los años 1880 se desarrollaron algunos compuestos bacterianos. Sin embargo, ningún método demostró ser fiable y eficaz en el tratamiento de esas diversas enfermedades.

La investigación de la quimioterapia comenzó en los primeros años de este siglo cuando Paul Ehrlich usó roedores con enfermedades infecciosas para desarrollar antibióticos. Los avances posteriores dieron lugar a la experimentación de posibles agentes quimioterapéuticos para el cáncer en los mismos modelos de animales. Mas adelante, se hizo un descubrimiento adicional en el desarrollo de medicamentos en hombres que estuvieron expuestos al gas mostaza durante la primera y segunda guerra mundial. Se observó que los agentes alquilantes causaban supresión linfóide y medular en los humanos, y a partir de allí comenzaron a usarse para tratar la enfermedad de Hodgkin y otros linfomas. En 1940 se intentó la primera terapia en el New Haven Medical Center de Yale, aunque el trabajo solo se publicó en 1946, debido a la naturaleza secreta del programa de operaciones militares con gases. La quimioterapia como modalidad de tratamiento se introdujo a finales de los cincuenta y se estableció en la práctica médica en los setenta.

Desde que comenzó la investigación de medicamentos citotóxicos, se ha probado la capacidad de miles de agentes químicos para destruir células cancerosas. Existen más de cien agentes citotóxicos para uso comercial o experimental aprobados por la Food and Drug Administration.

La investigación sigue haciendo descubrimientos en el área de la quimioterapia como modalidad en el tratamiento del cáncer. Como resultado, han surgido nuevas áreas que requieren estudio más exhaustivo, como el empleo de agentes quimioterapéuticos como radiosensibilizadores y la estrategia de la quimioprevención.

²⁸ E.Otto, S. Enfermería Oncológica. Pp 539.

1.7.1. Principios de la quimioterapia

Ciclo de generación celular

El ciclo celular es una secuencia de sucesos cuyo dato es la replicación del ácido desoxirribonucleico (DNA) con distribución igual de las células hijas, proceso llamado mitosis.

Las células normales y las cancerosas pasan por el mismo ciclo de división, que se caracteriza por las siguientes fases: G_0 : fase de reposo o latente; G_1 : fase en la cual se produce la síntesis de proteínas como preparación para la fase S, o de síntesis del DNA; y G_2 : fase en la que se sigue la síntesis de proteínas en preparación para la fase M, o de mitosis y división celular. El tiempo de generación, el que tarda una célula en completar la fase o ciclo, varía de horas a días. Los medicamentos quimioterapéuticos son más activos contra las células que se dividen con más frecuencia, o en todas las fases del ciclo celular con excepción de la G_0 . Las células normales que se reproducen y cambian con rapidez son las más afectadas por los agentes quimioterapéuticos; éstas comprenden la médula ósea (plaquetas, eritrocitos y leucocitos), los folículos pilosos, el revestimiento mucoso del tracto gastrointestinal, la piel y las células germinales (espermatozoides y óvulos). La quimioterapia se administra de acuerdo con programas cuya efectividad para destruir el tumor y permitir la recuperación de las células normales se ha comprobado.

Crecimiento Tumoral

El mecanismo que regula el crecimiento de las células cancerosas es diferente al de las células normales. Crecen mediante un efecto de pirámide pero a la misma velocidad del tejido de origen, por ejemplo, el cáncer de mama crece tan rápido como el tejido mamario normal. El tiempo que requiere una masa tumoral para doblar su tamaño se denomina *tiempo de duplicación*. Los tumores requieren unas treinta duplicaciones a partir de una célula única antes de que puedan detectarse clínicamente. Entre la séptima y décima duplicación surge la posibilidad de que el tumor disemine células, un proceso llamado micrometástasis. El tiempo de duplicación es más rápido durante las etapas iniciales; este patrón se conoce como función gompertziana. Las células tumorales son más sensibles que las normales a los agentes quimioterapéuticos, los cuales atacan a las que se dividen con rapidez.

El tratamiento curativo del cáncer tiene por objeto destruir las células germinales responsables del clon neoplásico. Los investigadores, en su intento por comprender el crecimiento de las células cancerosas, están tratando de identificar las células germinales específicas de cada tumor para determinar cuál es el medicamento citotóxico más eficaz para destruirlas. Muchos han tratado de aumentar la efectividad de la quimioterapia mediante análisis para evaluar la respuesta del clon maligno a agentes quimioterapéuticos específicos.

²⁹ E.Otto, S. Enfermería Oncológica. Pp.540

1.7.2. Clasificación

Hoy en día se utilizan más de 100 medicamentos quimioterápicos en varias combinaciones.

Los citostáticos se pueden clasificar de diferentes formas dependiendo de sus características; la más habitual es por sus mecanismos de acción.

Clasificación:

Agentes alquilantes.

Sustituyen un hidrógeno por un radical alquílico produciendo daño en el ADN e interfiriendo con la replicación celular y con la transcripción del ARN.

1. Mostazas Nitrogenadas:
 - Ciclofosfamida, Clorambucilo, Melfalán, Clometina, Ifosfamida, Trofosfamida y Prednimustina.
2. Alquilsulfonatos:
 - Busulfano, Treosulfano y Manosulfano.
3. Etilenoiminas:
 - Tiotepa, Tiazicuona y Carbocuoona.
4. Nitrosoureas:
 - Carmustina, Lomustina, Semustina, Estreptozocina, Fotemustina, Nimustina y Ranimustina.
5. Epóxidos.
6. Otros agentes alquilantes:
 - Mitobronitol, Pipobromán, Temozolomida y Dacarbazina.

Antimetabólicos:

Inhiben la síntesis de los ácidos nucleicos por competir con purinas y pirimidinas o sus precursores.

1. Análogos del ácido fólico:

- Metotrexato y Raltitrexed

2. Análogos de la purina:

- Mercaptopurina, Tioguanina, Cladribina y Fludarabina.

3. Análogos de la pirimidina:

- Citarabina, Fluorouracilo, Tegafur, Camofur, Gemcitabina, Capecitabina, combinaciones con Fluorouracilo y combinaciones con Tegafur.

Alcaloides de las plantas y otros productos naturales:

1. Alcaloides de la vinca y análogos: Inhibidores de la mitosis, interrumpen la división de la metafase.

- Vinblastina, Vincristina, Vindesina y Vinorelbina.

2. Derivados de la podofilotoxina: inhiben la acción enzimática, provocando la escisión de las hebras del ADN. También inhiben el transporte de nucleosidos y su incorporación a los ácidos nucleicos.

- Etopósito y Tenipósito.

3. Derivados de la Colchicina:

- Demelcocina

4. Taxanos:

- Paclitaxel y Docetaxel.

Antibióticos citotóxicos y sustancias relacionadas:

Inhiben sobre el ADN o el ARN su duplicación o transcripción.

1. Actinomicinas D
 - Dactinomicina
2. Antraciclinas y productos relacionados:
 - Doxorubicina, Daunorubicina, Epirubicina, Aclarubicina, Zorubicina, Idarubicina, Mitoxantrona, Pirarubicina y Valrubicina.
3. Otros antibióticos citotóxicos:
 - Bleomicina, Plicamicina y Mitomicina.

Otros citostáticos:

1. Derivados del platino:
 - Cisplatino, Carboplatino y Oxaliplatino.
2. Metilhidrazinas:
 - Procarbazina.
3. Anticuerpos monoclonales:
 - Edrecolomab, Rituximab y Trastuzumab.
4. Agentes usados en terapia fotodinámica

1.7.3. Efectos secundarios:

Mielodepresión

- Leucopenia
- Trombopenia
- Anemia

Cutáneos

- Pigmentación
- Exantema
- Melanoniquia
- Alopecia

Gastrointestinales

- Mucositis
- Nauseas
- Vómitos
- Diarreas

Cardiacas

- Miocarditis

Pulmonares

- fibrosis

Renales

- Glomerulonefritis
- Nefritis intersticial
- Cistitis

Neurológicas

- Síndrome cerebeloso
- Polineuritis
- Íleo paralítico
- Ototoxicidad

2.- METODOLOGÍA

El presente caso clínico se desarrollo con base en la metodología del proceso Atención de enfermería y tomando como modelo conceptual a Virginia Henderson.

Se desarrollaron las cinco etapas:

Valoración.- Se llevo a cabo a través de la aplicación de la guía de valoración de Virginia Henderson donde incluye la recopilación de datos de la persona sus necesidades y problemas y las respuestas humanas, limitaciones, incapacidades, etc. que se producen ante ellos. (Ver anexos)

Diagnóstico.- Se elaboraron a través de la Taxonomía de NANDA:

Etiqueta diagnóstica R/C Factores Relacionados contribuyentes M/P
Características Definitorias

Planificación.- En esta etapa se elaboró el plan de cuidados adecuado a la situación del paciente. Se jerarquizaron las necesidades y se establecieron los resultados esperados a través de la taxonomía NOC.

Ejecución.- En esta etapa se llevaron a cabo las intervenciones y las actividades de enfermería a través de la taxonomía Nic.

Evaluación.- Las actividades de esta fase determinaron el progreso del paciente hacia los objetivos. Actuando como mecanismo de retroalimentación y de control para todo el proceso. La evaluación posibilitó el movimiento en el ciclo completo del proceso y da idea de globalidad.

3- APLICACION DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1.- Presentación del Caso Clínico

F.C.E. Femenina de 25 años de edad, originaria y residente de Plantón Sánchez, Veracruz; religión católica, con estudios de preparatoria completa, casada, dedicada al hogar, habita en casa de sus padres contando con todos los servicios de urbanidad.

Inicia su padecimiento en el mes de junio de 2007, con dolor en tercio distal de muslo izquierdo, con aumento de volumen de crecimiento rápido, limitando los arcos de movilidad de la rodilla, refiere pérdida de peso de 2 kg en tres meses, acompañándose de astenia y adinamia, en el mes de julio se intensifica el dolor por lo que acude con médico particular quien la envía a Tantoyuca donde realizan biopsia insicional, enviando estudio a Tampico, donde reportan diagnóstico de Osteosarcoma. Por lo que es enviada al Hospital General de Pachuca, Hidalgo de donde la refieren a este Instituto Nacional de Rehabilitación.

Ingresa al servicio de Tumores Óseos en el mes de noviembre, para primer ciclo de quimioterapia, al día siguiente a la ministración de citotóxicos se le realiza el interrogatorio directo en donde manifiesta lo siguiente.

Necesidad	Manifestaciones
1. Oxigenación	Paciente consciente, orientada en sus tres esferas, con palidez de tegumentos. Sus constantes vitales durante la exploración son los siguientes FC 84x, T/A 110/70, FR 18x, Temperatura 36.3
2. Nutrición / hidratación	Durante el interrogatorio la paciente refiere poca tolerancia a la vía oral, ya que los alimentos le provocan náuseas
3. Eliminación	Durante la exploración se observa abdomen blando con peristaltismo presente, la paciente refiere no tener problemas para la eliminación
4. Moverse y mantener una buena postura	La paciente requiere de apoyo de sus familiares para trasladarse de un lugar a otro ya que al desarticularle su pierna tiene que utilizar muletas y la silla de ruedas en ocasiones, motivo por el cual manifiesta sentir angustia y preocupación ya que quisiera ser más independiente.
5. Descanso y sueño	La paciente manifiesta que en ocasiones no puede dormir ya que le preocupa su situación actual de salud, aparte la ministración de quimioterapia es por la noche y eso la hace de cierta forma estar más pendiente del cuidado de su venoclisis.
6. Usar prendas de vestir adecuadas	Utiliza ropa adecuada que le gusta, dentro del hospital utiliza su pijama, lo que la hace sentirse más cómoda.
7. Termorregulación	Estabilidad hídrica, no refiere ser intolerante al calor o frío, refiere aclimatarse a los cambios de temperatura.
8. Higiene y protección a la piel	Durante la exploración su piel se encuentra limpia, seca y lubricada, su baño es diario, se lava las manos antes de comer y después de ir al baño o las veces que sea necesario.
9. Evitar peligros	El uso de órtesis le amerita una vigilancia estrecha ya que a veces necesita bajar o subir escalones o simplemente el hecho de salir de casa le es de cierta forma peligroso.
10. Comunicación	La paciente comenta que a veces no se siente con seguridad para mantener una relación sexual con su pareja ya que el hecho de no tener una pierna le provoca incomodidad.
11. Vivir según sus creencias y valores	La paciente es católica ya que se acerca a su religión, cree en Dios y tiene fe en su bondad y compasión por lo cual le reza mucho; en el hospital acepta la visita del sacerdote, pero a veces se cuestiona ¿Por qué a mí?, ¿Qué hice mal? Y llega a sentir rencor.
12. Trabajar y realizarse	La paciente no trabaja por el momento, se dedica a cuidar a su hijo y a las labores del hogar, aunque a veces la quimioterapia le ocasiona fatiga por lo cual necesita descansar y no apoya mucho en las actividades de la familia
13. Jugar y participar en actividades recreativas	La paciente refiere sentirse en ocasiones aburrida, le gustaría tener alguna actividad durante su estancia hospitalaria, si su estado se lo permite.
14. Aprendizaje	La paciente sabe leer y escribir, hace cuentas y desea información sobre sus medicamentos ministrados y todo lo relacionado con su tratamiento.

3.2.- Valoración de 14 necesidades

NECESIDAD DE OXIGENACION

Disnea debido a: NO Tos productiva /seca: NO Dolor asociado con la respiración: NO
Fumador: NO Desde cuando fuma, cuantos cigarrillos al día y si varía la cantidad de acuerdo a su estado de animo: No fuma

Registro de Signos Vitales y características: Pulso: 84x Respiración: 18x
Temperatura: 36.3 Presión Arterial: 110/70 Frecuencia Cardiaca: 84x
Estado de conciencia: Alerta
Coloración de piel /lecho ungueal/peribucal: Palidez de tegumentos
Circulación del retorno venoso: 2"

NECESIDAD DE NUTRICION / HIDRATACION

Dieta habitual: A complacencia Número de comidas diarias: 4 Trastornos digestivos: No
Intolerancia alimentaría / Alergias: Los alimentos le producen náuseas
Problemas de la masticación y deglución: refiere poca tolerancia a la vía oral

Turgencia de la piel: Pálida, hidratada
Mucosas hidratadas /secas: Secas
Características de unas y cabello: Alopecia, uñas cortas y limpias, llenado capilar 2"
Aspecto de los dientes y encías: Dentadura completa y limpia, sin caries y encías rosadas
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Herida completamente cicatrizada, con sensibilidad presente

NECESIDAD DE ELIMINACION

Hábitos intestinales: Diario Características de las evacuaciones: Blanda, bien formada
Orina: Muy frecuente, de características normales _menstruación: _____
Historia de hemorragias, enfermedad renal otros: No
Uso de laxantes: No Hemorroides: No
Dolor al defecar, orinar o menstruar: No
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No le afectan

Abdomen, características: Blando, depresible, no doloroso
Ruidos intestinales: Presentes
Palpación de vejiga urinaria: _____

ENEO-UNAM, instrumento de valoración.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Capacidad física cotidiana: Limitada por la desarticulación de su pierna

Hábitos de trabajo: Realiza pocas actividades en su hogar

Postura en la que se sienta más cómodo: Semifowler

Estado del sistema músculo esquelético: _____

Valoración muscular: Tonicidad y sensibilidad presente

Posición Adecuada: Semifowler

Ayuda para la deambulaci3n: Sí, uso de órtesis

Dolor al movimiento: No

Presencia de temblores: No Estado de conciencia: Alerta

Estado emocional: Manifiesta preocupación, angustia

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horario de descanso: De 22:00 a 08:00 hrs Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Toma siesta: ocasional Requiere de ayudas: NO

Padece insomnio y desde cuando: Ocasionalmente no puede dormir, debido a la preocupación de su situación actual de salud

Se siente descansado al levantarse: A veces no

Estado mental: ansiedad, estrés, lenguaje: Alerta y participativa

Ojeras: No Bostezos: No Concentraci3n: Sí

Respuesta a estímulos: Sí

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Influye su estado de ánimo para la selecci3n de sus prendas de vestir: Sí

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: Sí

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No

Necesita ayuda para la selecci3n de su vestuario: No

Cada cuando realiza el cambio de ropa personal: Diario

Viste de acuerdo a su edad y el sitio donde se encuentra: Sí

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Adecuada, lo realiza sola

Vestido incompleto _____ Sucio: _____ Inadecuado _____ Viste su propia pijama limpia

NECESIDAD DE TERMOREGULACION

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Sí
Temperatura ambiente que le es agradable: Clima templado

Características de la piel: Limpia e hidratada Transpiración: Normal
Condiciones del entorno físico: Buena iluminación y ventilación
Requiere de ropa de cama extra durante la noche: No

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A LA PIEL

Frecuencia de baño: Diario Momento preferido para el baño: La mañana y noche
Cuántas veces al día se lava los dientes: 3 veces al día
Aseo de manos antes y después de comer: Sí después de eliminar: Sí
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No
Tiene fragilidad capilar o de la piel: No

Aspecto general: Se encuentra limpia
Olor corporal: Normal Halitosis: No
Estado del cuero cabelludo: Hidratado
Lesiones dérmicas de que tipo: Herida quirúrgica bien cicatrizada.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Como reacciona ante una situación de urgencia: Trata de mantener la calma
Conoce las medidas en caso de siniestro: Sí
Realiza controles periódicos de salud: Sí
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Anteriormente paseaba en bicicleta, ahora la lectura le distrae

Requiere de supervisión para realizar movilización: No
Requiere asistencia para ir al sanitario o realizar baño: No
Cuales son las condiciones del entorno que ameriten vigilancia estrecha: El bajar o subir escalones

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Con quien vive: Con su esposo e hijo
Preocupaciones / estrés: Su situación actual
Comunica sus problemas debido a la enfermedad: Sí
Cuanto tiempo pasa sola: Muy poco

Habla claro: Sí Confuso: No Dialecto: No Idioma: Castellano
Dificultad en la visión: No Audición: No
Comunicación verbal y no verbal con la familia o con otras personas: Sí

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Creencia religiosa: Católica su creencia religiosa le genera conflictos personales: No
Principales valores en su familia: La unión familiar y el apoyo
Principales valores personales: Sinceridad y la valentía
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Sí

Permite el contacto físico: Sí
Tiene algún objeto: Sí, imágenes religiosas

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Trabaja actualmente: No Tipo de trabajo: --
Riesgos: -- Cuanto tiempo le dedica al trabajo: --
Esta satisfecho con su trabajo: -- su sueldo le permite cubrir sus
necesidades básicas y/o las de su familia --
Esta satisfecho con el rol familiar que juega: Sí

Estado emocional en que se encuentra por estar internado: Tranquila, cooperadora, con
ánimo para seguir adelante, aunque a veces se siente muy fatigada.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Que actividades realiza en su tiempo libre: Leer
Que actividad le gustaría realizar durante su estancia: Ver alguna película
Se muestra apático, aburrido o participativo: Participativo

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Nivel de educación: Preparatoria completa

Problemas de aprendizaje: NO

Limitaciones cognitivas: No tipo: _____

Preferencias. Leer/escribir: Las dos

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Sí

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: Sí

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Sí, ya que desea conocer los medicamentos que se le aplican en la quimioterapia

Se muestra apático, aburrido o participativo: Participativo

Valoración de Necesidades Humanas

Necesidad	Grado de dependencia	Manifestaciones	Diagnostico
Necesidad de oxigenación	Independiente		
Necesidad de nutrición / hidratación	Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> *Náuseas. *Vómitos. *Disminución del apetito. *Aportación de líquidos inferior a la adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> *Náuseas, relacionado a la ministración de doxorrubicina, secundario a quimioterapia manifestado por poca tolerancia a la vía oral e inapetencia. *Riesgo de déficit de volúmenes de líquidos, relacionado a náuseas.
Necesidad de eliminación	Independiente		
Necesidad de moverse y mantener una buena postura	Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> *Informes verbales de fatiga. *Disminución del nivel de actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> *Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con la alteración de la imagen corporal, cambios del rol social, y el tipo de enfermedad. *Fatiga, relacionada con malestar físico, manifestado por incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física y percepción de necesitar energía adicional para realizar las tareas habituales
Necesidad de descanso y sueño	Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> *Dificultad para conciliar el sueño. *Sueño interrumpido. *Quejas verbales de no sentirse bien descansado. *Alteración en el hábito y/o en los patrones del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> *Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud y entorno, manifestada por preocupación, inquietud, angustia, trastornos del sueño, disminución de la productividad y de la concentración.

Necesidad	Grado de dependencia	manifestaciones	diagnostico
Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas	Independiente		
Necesidad de termorregulación	Independiente		
Necesidad de higiene y protección a la piel	Independiente		
Necesidad de evitar peligros	Dependiente	Temor a nuevas lesiones. Presencia de catéter venoso periférico.	*Riesgo de lesión relacionado con medicamentos citotóxicos utilizados durante la quimioterapia. *Riesgo de caídas, relacionado al uso de órtesis y la falta de extremidad pélvica.
Necesidad de comunicación	Dependiente	Disminución de la libido	Patrón sexual inefectivo, relacionado con alteración de la estructura corporal, manifestado por disminución de la libido.
Necesidad de vivir según sus creencias y valores	Dependiente	Expresiones de preocupación sobre el significado de la vida/ muerte y los sistemas de valores	Riesgo de sufrimiento espiritual, relacionado a enfermedad y situación actual
Necesidad de trabajar y realizarse	Independiente		
Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas	Dependiente	A veces se aburre, desearía tener algo que hacer.	Déficit de actividades recreativas relacionada con entorno desprovisto de actividades recreativas en la hospitalización, manifestado por afirmaciones de la persona de que se aburre, o que desea tener algo que hacer, que leer, etc.
Necesidad de aprendizaje	Dependiente	Demanda información sobre efectos secundarios del tratamiento con quimioterapia y cuidados necesarios.	Afrontamiento familiar comprometido relacionado con la información o comprensión inadecuada o incorrecta sobre el problema de salud.

3.3.- PLANIFICACIÓN

		Necesidades Alteradas	
Necesidad	Necesidades Jerarquizadas	Nanda (Etiqueta Diagnóstica)	NOC
1.Necesidad de oxigenación			
2.Necesidad de nutrición / hidratación	2	Náuseas Riesgo de Déficit de Volumen de Líquidos	Control de Náuseas y Vómitos Equilibrio Hídrico
3.Necesidad de eliminación	14	Conocimientos Deficientes	Conocimiento: Régimen Terapéutico
4.Necesidad de moverse y mantener una buena postura	5	Ansiedad	Control de la Ansiedad
5.Necesidad de descanso y sueño	4	Riesgo de Baja Autoestima Situacional	Autoestima, Imagen Corporal, Afrontamiento de Problemas.
6.Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas	4	Fatiga	Energía Psicomotora
7.Necesidad de termorregulación	14	Afrontamiento Familiar Comprometido	Normalización Familiar, Rendimiento del Cuidador Principal: Cuidados directos.
8.Necesidad de higiene y protección a la piel	11	Riesgo de Sufrimiento Espiritual	Esperanza
9.Necesidad de evitar peligros	9	Riesgo de Lesión	Integridad Tisular: piel y membranas mucosas
10.Necesidad de comunicación	9	Riesgo de Caídas	Conducta de Prevención de Caídas
11.Necesidad de vivir según sus creencias y valores	10	Patrón Sexual Inefectivo	Imagen Corporal
12.Necesidad de trabajar y realizarse	13	Déficit de Actividades Recreativas	Participación en Actividades de Ocio
13.Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas			
14.Necesidad de aprendizaje			

3.4.- EJECUCIÓN

NECESIDAD DE NUTRICION / HIDRATAION

<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Náuseas, relacionado a ministración de doxorubicina, secundario a quimioterapia manifestado por poca tolerancia a la vía oral e inapetencia.</p> <p>Definición: Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.</p>		
NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Control de náuseas y vómitos:</p> <p>Definición: Acciones personales para controlar síntomas de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza medidas preventivas • Utiliza adecuadamente medicamentos antieméticos • Informa de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados. <p>ESCALA DE MEDICION: 1=Nunca demostrado 2=Raramente demostrado 3=En ocasiones demostrado 4=Frecuentemente demostrado 5=Siempre demostrado</p>	<p>Manejo de las náuseas: Prevención y alivio de las náuseas.</p> <p>Actividades:</p> <p>Se realizó una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se evaluó el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida (p.ej., apetito, actividad, desempeño laboral, responsabilidad y sueño). • Se animó a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas para la persona con náuseas. • Se administraron alimentos fríos, líquidos transparentes, sin olor y sin color, según sea conveniente. • Se proporcionó información acerca de las náuseas, sus causas y su duración.³¹ 	<p>Eglantina utiliza las medidas preventivas y tiene un manejo adecuado para el alivio de las náuseas.</p> <p>Según la escala de medición se mantiene en el 4.</p>

³¹ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp. 305 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008.Pp.180

NECESIDAD DE NUTRICION / HIDRATAACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de déficit de volúmenes de líquidos, relacionado a náuseas.		
Definición: Riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular.		
NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Equilibrio hídrico</p> <p>Definición:</p> <p>Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entradas y salidas diarias equilibradas • Peso corporal estable <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <p>1=Grave</p> <p>2= Sustancial</p> <p>3=Moderado</p> <p>4=Leve</p> <p>5= Ninguno.</p>	<p>Vigilancia: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos. • Comprobar la perfusión tisular, si es el caso. • Observar si hay infección, si procede. • Controlar el estado nutricional, si procede. • Vigilar esquemas de eliminación, si procede • Observar si hay tendencias hemorrágicas en los pacientes de alto riesgo. Controlar periódicamente presión sanguínea. • Controlar periódicamente la temperatura. • Realizar medición de diuresis. Observar si hay signos y síntomas de retención.³² 	<p>Eglantina mantiene estable su equilibrio hidroelectrolítico.</p> <p>Según la escala de medición se mantiene el nivel 4.</p>

³² Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp. 599 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008.Pp. 256

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Conocimientos deficientes relacionados a la falta de información sobre los medicamentos citotóxicos utilizados en la quimioterapia.

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Conocimiento: régimen terapéutico Definición: Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico. Indicadores:</p> <p>*Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual</p> <p>*Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia.</p> <p>*Descripción de la medicación prescrita</p> <p>*Descripción de los procedimientos Prescritos</p>	<p>Enseñanza: medicamentos prescritos.: Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se instruyo a la paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento. • Se evaluó la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. • Se enseñó al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios. • Se enseñó a la paciente a almacenar correctamente los medicamentos. • Se Instruyo a la paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración. • Se reforzó la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. • Se Incluyo a la familia / ser querido.³³ 	<p>Eglantina obtiene información sobre los medicamentos utilizados manteniéndose en el número 4 según la escala de valoración.</p>

³³ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp. 154 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008. Pp. 63

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Conocimiento: medicación</p> <p>Definición: Grado de la comprensión transmitida sobre el uso seguro de la medicación.</p> <p>* Descripción de los efectos indeseables de la medicación</p> <p>* Descripción de la administración correcta de la medicación.</p> <p>* Descripción de un cuidado adecuado de los dispositivos de administración.</p> <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <p>1=Ninguno</p> <p>2=Escaso</p> <p>3=Moderado</p> <p>4=Sustancial</p> <p>5=Extenso</p>	<p>Enseñanza: procedimiento / tratamiento: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento y tratamiento prescrito.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se Informa a la paciente / ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento / tratamiento. • Se determina las experiencias anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados con el procedimiento / tratamiento.³⁴ 	<p>Eglantina comprende y se prepara adecuadamente para su tratamiento. Su comprensión se mantiene de acuerdo a la escala en 4.</p>

³⁴ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp. 162 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008. Pp. 63

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Ansiedad, relacionada con cambios en el estado de salud y entorno, manifestada por preocupación, inquietud, angustia, trastornos del sueño, disminución de la productividad y de la concentración.

Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por una anticipación de un peligro.

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Control de la ansiedad.</p> <p>Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca información para reducir la ansiedad. • Mantiene la concentración • Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad. • Verbaliza aceptación de la situación de salud. <p>ESCALA DE MEDICION: 1=Nunca demostrado 2=Raramente demostrado 3=En ocasiones demostrado 4=Frecuentemente demostrado 5=Constantemente demostrado</p>	<p>Disminución de la ansiedad: Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se permanece con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Se anima la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. • Se Identifican los cambios en el nivel de ansiedad. • Se ayuda a la paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.³⁵ 	<p>Elglantina controla su ansiedad y verbaliza con aceptación su situación, manteniéndose según la escala de medición en 4.</p>

³⁵ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp. 111 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008. Pp. 22

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Bienestar personal.</p> <p>Definición:</p> <p>Alcance de la percepción positiva del estado de salud y de las circunstancias vitales propias.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refiere dormir de forma adecuada. <p>ESCALA DE MEDICION</p> <p>1=Nunca demostrado 2=Raramente demostrado 3=En ocasiones demostrado 4=Frecuentemente demostrado 5=Constantemente demostrado</p>	<p>Fomentar el sueño: Facilitar ciclos regulares de sueño / vigilia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se determina el esquema de sueño / vigilia del paciente. • Se comprueba el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor /molestias y frecuencia urinaria) y / o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño. • Se ajusta el ambiente (luz, ruido, temperaturas, colchón y cama) para favorecer el sueño. • Se anima a la paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. • Se ayuda a la paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño. • Se ayuda a la paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilancia. • Se fomenta el aumento de las horas de sueño. • Se comenta con la paciente y la familia medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo.³⁶ 	<p>Eglantina duerme de forma adecuada y logra despertar descansada, manteniéndose en el número 4 de la escala.</p>

³⁶ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp. 106 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008. Pp. 22

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con la alteración de la imagen corporal, cambios del rol social, y el tipo de enfermedad.

Definición: Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Autoestima</p> <p>Definición: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.</p> <p>Indicadores:</p> <p>Imagen corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptación a cambios en el aspecto físico. <p>ESCALA DE MEDICION: 1=Nunca positiva 2=Raramente positiva 3=En ocasiones positiva 4=Con frecuencia positiva 5=Constantemente positiva</p>	<p>Potenciación de la autoestima: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observa las frases del paciente sobre su propia valía. • Se anima a la paciente a identificar sus virtudes. • Se reafirman las virtudes personales que identifica la paciente. • Se ayuda a la paciente a identificar las respuestas positivas de los demás. • Se muestra confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. • Se ayuda a la paciente a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. • Se ayuda a la paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. • Se recompensa o alaba el progreso del paciente en la consecución de objetivo.³⁷ 	<p>Eglantina logra adaptarse a su aspecto físico, manteniéndolo el 4 en la escala de medición.</p>

³⁷ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp. 511 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008. Pp. 37

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Imagen corporal</p> <p>Definición: Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Verbaliza aceptación de la situación. * Se adapta a los cambios en desarrollo. * Utiliza el apoyo social disponible. * Refiere disminución de los sentimientos negativos <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <p>1=Nunca positiva 2=Raramente positiva 3=En ocasiones positiva 4=Con frecuencia positiva 5=Constantemente positiva</p>	<p>Potenciación de la imagen corporal: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se utilizó una guía previsoras en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles. • Se ayudó a la paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía. • Se ayudó a la paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su funcionamiento. • Se ayudó a la paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal. • Se observó si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio. • Se determinaron las percepciones del paciente y la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad. • Se identificaron los medios de disminución del impacto causado por cualquier desfiguración por medio de la ropa, pelucas, cosméticos. • Se ayudó a la paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto. <p>Manejo de la quimioterapia: Ayuda al paciente y a la familia para que comprendan la acción y minimizar los efectos secundarios de los agentes antineoplásicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se enseñó a la paciente a evitar temperaturas extremas y tratamientos químicos del cabello mientras se recibe la quimioterapia. • Se informó a la paciente que se espera una caída del cabello, según lo determine el tipo de agente quimioterapéutico utilizado.³⁸ 	<p>Eglantina puede adaptarse a los cambios, manteniéndose en el 5 de acuerdo a la escala de medición.</p>

³⁸ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp. 243 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008.Pp.37

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Afrontamiento de problemas</p> <p>Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p>Indicadores:</p> <p>*Expresa verbalmente la habilidad para el afrontamiento y para pedir ayuda cuando sea necesario</p> <p>* Demuestra habilidad para resolver problemas relacionados con las necesidades actuales.</p> <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <p>1=Nunca positiva 2=Raramente positiva 3=En ocasiones positiva 4=Con frecuencia positiva 5=Constantemente positiva</p>	<p>Aumentar el afrontamiento: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se valora el ajuste de la paciente a los cambios de imagen corporal. • Se valora el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. • Se alienta a la paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel. • Se fomentan las actividades sociales y comunitarias. • Se presenta a la paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. • Se ayuda a la paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables. • Se anima a la implicación familia. • Se ayuda a facilitar el duelo.³⁹ 	<p>Eglantina afronta con madurez su situación, manteniéndose en el número 5 en la escala de medición.</p>

³⁹ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp.91 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Fatiga, relacionada con malestar físico, manifestado por incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física y percepción de necesitar energía adicional para realizar las tareas habituales.

Definición: Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Energía psicomotora.</p> <p>Definición: Vigor y energía personal para mantener actividades de la vida diaria, nutrición y seguridad personal.</p> <p>Indicadores: *Muestra un nivel de energía apropiado. *Muestra capacidad para realizar las tareas diarias.</p> <p>ESCALA DE MEDICION: 1=Gravemente comprometido 2=Sustancialmente comprometido 3=Moderadamente comprometido 4=Levemente comprometido 5=No comprometido</p>	<p>Manejo de energía: Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se determinan las limitaciones físicas del paciente. • Se determina la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente / ser querido. • Se favorece la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones. • Se observa a la paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional. • Se observa la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento / actividad. • Se favorece la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria, coherente con los recursos energéticos del paciente). • Se instruye a la paciente/ ser querido a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de actividad. • Se ayudar al paciente a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares y amigos en casa para evitar o aliviar la fatiga • Se controla la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.⁴⁰ 	<p>Eglantina realiza sus actividades de la vida diaria con un buen nivel de energía, manteniendo el número 4 en la escala de medición.</p>

⁴⁰ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp.223 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008. Pp. 115

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>ESCALA DE MEDICION: 5 = Siempre demostrado</p>	<p>Manejo de la quimioterapia: Ayuda al paciente y a la familia para que comprendan la acción y minimizar los efectos secundarios de los agentes antineoplásicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observa si hay efectos secundarios y efectos tóxicos derivados de los agentes quimioterapéuticos. • Se instruye a la paciente y a la familia sobre los modos de prevención de infecciones, tales como evitar las multitudes y poner en práctica buenas técnicas de higiene y lavado de manos. • Se informa a la paciente que notifique inmediatamente sobre la existencia de fiebre, hemorragias nasales, hematomas excesivos y heces de color oscuro. • Se determina la experiencia previa del paciente con náuseas y vómitos relacionados con la quimioterapia. • Se minimizan los estímulos de ruidos, luz y olores, especialmente los de alimentos. • Se asegura una ingesta adecuada de líquidos para evitar la deshidratación y los desequilibrios de electrolitos. • Se enseña a la paciente y a la familia a observar si se presentan síntomas de mucositis. • Se instruye a la paciente sobre técnicas de higiene bucal adecuada. • Se enseña a la paciente a evitar temperaturas extremas y tratamientos químicos del cabello mientras se recibe la quimioterapia. • Se administran comidas de pequeña cantidad al día, según tolerancia. • Se instruye a la paciente para que evite comidas que producen calor, picantes.⁴¹ 	<p>Eglantina comprende la acción de los medicamentos utilizados durante la quimioterapia y sigue las recomendaciones, manteniéndose en el 5 de la escala de medición.</p>

⁴¹ Hospital Regional Reina Sofía, Córdoba. Consultado en agosto 2008.

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>ESCALA DE MEDICION: 5 = Siempre demostrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se siguen las normas recomendadas para que, la manipulación de fármacos antineoplásicos parenterales durante la preparación y administración de los medicamentos, sea segura. • Se vigilan signos y síntomas de extravasación de citostáticos. • Se instruye sobre dieta rica en fibra o astringente, según proceda. <p>Administración de medicación: intravenosa (IV)</p> <p>Punción intravenosa (IV): Inserción de una aguja en una vena periférica al efecto de administrar líquidos, sangre o fármacos.</p> <p>Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV): Manejo del paciente con acceso venoso prolongado mediante catéteres perforados o no perforados y los implantados. Punción de acceso a reservorio subcutáneo permanente.</p> <p>Terapia intravenosa (IV): Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se selecciona y prepara la bomba de infusión IV. • Se vigila la frecuencia del flujo intravenoso y el sitio de punción intravenosa durante la infusión. • Se observa si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas. • Se observa la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación IV. • Se irrigan las vías intravenosas entre la administración de soluciones incompatibles.⁴² 	

⁴² Hospital Regional Reina Sofía, Córdoba. Consultado en agosto 2008.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Afrontamiento familiar comprometido relacionado con la información o comprensión inadecuada o incorrecta sobre el problema de salud.

Definición: La persona que habitualmente brinda el soporte principal, proporciona en este caso un apoyo, consuelo, ayuda o estímulo insuficiente o inefectivo que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su situación de salud.

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Normalización familiar</p> <p>Definición: Capacidad del sistema familiar para desarrollar y mantener estrategias para el funcionamiento óptimo cuando uno de sus miembros tiene una enfermedad o incapacidad crónica.</p> <p>Indicadores:</p> <p>*Reconocimiento de la existencia de alteraciones y sus posibilidades de alterar la rutina de la familia.</p> <p>*Mantiene las rutinas habituales.</p> <p>*Utiliza recursos, incluyendo grupos de apoyo cuando es necesario.</p> <p>ESCALA DE MEDICION: 1=Nunca demostrado 2=Raramente demostrado 3=En ocasiones demostrado 4=Frecuentemente demostrado 5=Constantemente demostrado</p>	<p>Apoyo a la familia: Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se escuchan las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. • Se facilita la comunicación de inquietudes y sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma. • Se favorece una relación de confianza con la familia. • Se incluye a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado. • Se identifica la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado de la paciente. • Se observa la estructura familiar y roles.⁴³ 	<p>Eglantina y familia reconocen las alteraciones en sus actividades de la vida diaria y logran adaptarse, manteniendo el número 4 en la escala de medición</p>

⁴³ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp. 94,95 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008. Pp.10

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos</p> <p>Definición: Aporte por el profesional sanitario familiar de cuidados personales y sanitarios apropiados para un miembro de la familia.</p> <p>Indicadores:</p> <p>*Mejora los cuidados de su paciente</p> <p>*Esta informado</p> <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <p>1=Nunca demostrado 2=Raramente demostrado 3=En ocasiones demostrado 4=Frecuentemente demostrado 5=Constantemente demostrado</p>	<p>Apoyo al cuidador principal: Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se determina el nivel de conocimientos del cuidador. • Se determina la aceptación del cuidador de su papel. • Se reconoce la dependencia que tiene el paciente del cuidador. • Se anima al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es necesario. • Se enseña al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental. • Se informa al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.⁴⁴ 	<p>El cuidador recibe la información necesaria para el cuidado del paciente, manteniéndose en el número 4 de la escala de medición.</p>

⁴⁴ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp. 96

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de sufrimiento espiritual, relacionado a enfermedad y situación actual

Definición: Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo.

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Esperanza</p> <p>Definición: Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante.</p> <p>Indicadores:</p> <p>*Expresión de confianza.</p> <p>*Expresión de serenidad.</p> <p>*Relación con los demás para compartir sentimientos, experiencias y creencias.</p> <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <p>1=Gravemente comprometido 2=Sustancialmente comprometido 3=Moderadamente comprometido 4=Levemente comprometido 5=No comprometido</p>	<p>Apoyo espiritual: Ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se potencian las visitas de personas identificadas como de soporte. • Se proporcionan los objetos espirituales deseados de acuerdo con las preferencias del paciente. • Se remite al asesor espiritual de la elección del paciente. • Se utilizan técnicas de clarificación de valores, para ayudar al paciente a clarificar sus creencias y valores. • Se escuchan los sentimientos del paciente, acerca de la enfermedad y la muerte. • Se ayuda a la paciente a expresar y liberar la ira de forma adecuada. • Se identifica la aparición de signos de sufrimiento espiritual.⁴⁵ 	<p>Eglantina comparte sus sentimientos y se acerca a su Dios, manteniendo un nivel 5 en la escala de medición.</p>

⁴⁵ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp. 581 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008. Pp. 233

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de lesión relacionado con medicamentos citotóxicos utilizados durante la quimioterapia.

Definición: Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p> <p>Definición: Integridad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.</p> <p>Indicadores:</p> <p>*Reconoce factores de riesgo</p> <p>*Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas.</p> <p>*Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.</p> <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <p>1=Nunca demostrado 2=Raramente demostrado 3=En ocasiones demostrado 4=Frecuentemente demostrado 5=Siempre demostrado</p>	<p>Manejo de la quimioterapia: Ayuda al paciente y a la familia para que comprendan la acción y minimizar los efectos secundarios de los agentes antineoplásicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se observa si hay efectos secundarios y efectos tóxicos derivados de los agentes quimioterapéuticos. Se determina la experiencia previa del paciente con náuseas y vómitos relacionados con la quimioterapia. Se minimizan los estímulos de ruidos, luz y olores, especialmente los de alimentos. Se asegura una ingesta adecuada de líquidos para evitar la deshidratación y los desequilibrios de electrolitos Se controla la efectividad de las medidas para controlar las náuseas y los vómitos. Se instruye a la paciente sobre técnicas de higiene bucal adecuada. Se siguen las normas recomendadas para que, la manipulación de fármacos antineoplásicos parenterales durante la preparación y administración de los medicamentos, sea segura. Se enseña a la paciente y a la familia a observar si se presentan síntomas de mucositis. Se vigilan signos y síntomas de extravasación de citostáticos.⁴⁶ 	<p>Eglantina reconoce los factores de riesgo y mantiene el nivel 4 en la escala de medición.</p>

⁴⁶ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp. 553,554 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008.Pp.158 Hospital Regional Reina Sofia, Córdoba. Consultado en agosto 2008.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de caídas, relacionado al uso de órtesis y la falta de extremidad pélvica.

Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Conducta de prevención de caídas</p> <p>Definición: Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.</p> <p>Indicadores:</p> <p>*Uso correcto de dispositivos de ayuda</p> <p>*Agitación e inquietud controladas</p> <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <p>1=Nunca demostrado 2=Raramente demostrado 3=En ocasiones demostrado 4=Frecuentemente demostrado 5=Siempre demostrado</p>	<p>Prevención de caídas: Evitar que el paciente sufra algún daño físico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se identifican las características del ambiente que puedan aumentar el riesgo de caídas (suelo resbaladizo, cama sin barandales). • Se ayuda a la deambulación de la persona inestable. • Se utilizan técnicas adecuadas para la movilización del paciente. • Se mantienen los barandales de la cama subidos cuando no este el cuidador presente. • Se instruye a la paciente para que pida ayuda al moverse, si precisa. • Se orienta a la paciente sobre el orden de la habitación. • Se proporciona a la paciente dispositivos de ayuda (bastón, muletas). • Se bloquea las ruedas de la cama y sillas de ruedas. • Se ofrece ayuda en el aseo a intervalos frecuentes. • Se educa a la familia sobre los factores de riesgo de caídas y como minimizarlos.⁴⁷ 	<p>Eglantina reconoce los factores de riesgo y mantiene un nivel 5 en la escala de medición.</p>

⁴⁷ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp. 513 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008. Pp. 44

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Patrón sexual inefectivo, relacionado con alteración de la estructura corporal, manifestado por disminución de la libido.

Definición: Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Imagen corporal</p> <p>Definición: Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.</p> <p>Indicadores:</p> <p>*Aceptación de sus propias limitaciones</p> <p>*Verbalizaciones de autoaceptación</p> <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <p>1=Nunca positiva 2=Raramente positiva 3=En ocasiones positiva 4=Con frecuencia positiva 5= Constantemente positiva.</p>	<p>Potenciación de la imagen corporal: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se proporcionar intimidad y asegura la confidencialidad. • Se informa a la paciente, que la enfermedad, los medicamentos y el estrés, a menudo alteran la función sexual • Se anima a la paciente a manifestar normalmente los miedos y a hacer preguntas. • Se dispone derivación/consulta, con otros miembros del equipo de cuidados. • Se establece relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Se implica a la pareja lo máximo posible.⁴⁸ 	<p>Eglantina verbaliza con aceptación su situación. Manteniéndose según la escala de medición el nivel 4.</p>

⁴⁸ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp. 452,453 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008. Pp. 197

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Déficit de actividades recreativas relacionada con entorno desprovisto de actividades recreativas en la hospitalización, manifestado por afirmaciones de la persona de que se aburre, o que desea tener algo que hacer, que leer, etc.

Definición: Disminución de la estimulación (del interés o de la participación) en actividades recreativas o de ocio.

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades	EVALUACION
<p>Participación en actividades de ocio</p> <p>Definición: Uso de actividades relajantes, interesantes y de ocio para fomentar el bienestar.</p> <p>Indicadores:</p> <p>*Expresión de satisfacción con las actividades de ocio.</p> <p>*Identificación de opciones recreativas.</p> <p>*Refiere descanso con las actividades de ocio.</p> <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <p>1=Nunca demostrado 2=Raramente demostrado 3=En ocasiones demostrado 4=Frecuentemente demostrado 5=Siempre demostrado</p>	<p>Terapia de entretenimiento: Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ayuda a la paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales. • Se ayuda a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa. • Se proporciona una afirmación positiva a la participación en las actividades.⁴⁹ 	<p>Eglantina participa en actividades recreativas manteniendo el nivel 5 de la escala de medición.</p>

⁴⁹ Marion Jonson Interrelaciones Nanda Noc y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones. Pp. 63, 64 / Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008. Pp. 3

4.- CONCLUSIONES

En las neoplasias malignas de adultos jóvenes, como el osteosarcoma, es para el paciente especialmente importante que comparta experiencias y habilidades con sus iguales para enfrentar la situación durante el tratamiento, ya que ésta puede ser muy solitaria y estresante.

La imagen corporal y la sexualidad están entre las preocupaciones más importantes de los adolescentes y adultos jóvenes. En la edad en que la apariencia física es tan importante, estos pacientes están perdiendo el pelo, aumentando o perdiendo peso y sometiéndose a operaciones que a menudo pueden desfigurarles. Del mismo modo, cuando su identidad sexual está en formación, se encuentran enfrentando la posibilidad de tener deficiencias sexuales e infertilidad.

Los tratamientos que se emplean para tratar los tumores malignos suelen originar secuelas orgánicas relacionadas con el crecimiento y desarrollo, la capacidad intelectual, la funcionalidad cardiopulmonar y la integridad gonadal.

Desde el punto de vista psicológico se destacan los conflictos psicosociales, problemas de escolaridad, dificultades laborales y crisis de fe y de autoestima.

El riesgo de morir está relacionado a una recaída, cuya frecuencia disminuye en el tiempo, a un segundo o tercer cáncer o a secuelas del sistema cardiopulmonar o del sistema nervioso central.

Así mismo para un sobreviviente que sufrió una desarticulación, ésta será una consecuencia mayor si no tiene posibilidad de usar una prótesis adecuada. Los factores que en la práctica determinan la gravedad están vinculados principalmente a la esfera socio-económica, a la posibilidad de acceder a tratamientos médicos, quirúrgicos o psicológicos con la consiguiente rehabilitación.

Cabe mencionar que la familia juega un papel muy importante en este proceso y que es indispensable su apoyo, ya que el paciente logra enfrentar con mayor interés su padecimiento.

Por otra parte es importante que las enfermeras puedan aplicar el concepto de diagnóstico como las necesidades o problemas de salud del paciente, familia y comunidad, cuyo potencial de resolución depende de los conocimientos y actividades de enfermería, y partiendo de este concepto, su clasificación.

El Proceso Atención Enfermería exige un serio compromiso y esfuerzo por parte de todos los factores dentro de la enfermería, requiere además una conducción científica desde el policlínico, a través de toda la estructura administrativa, docente y asistencial y es necesaria también una condición administrativa que viabilice el cumplimiento de la implantación.

El Proceso Atención Enfermería reviste mucha importancia en relación con el logro de resultados satisfactorios en los pacientes en quienes se aplica y para la enfermera (o) proporciona satisfacción profesional, muestra de forma concreta el campo de acción del ejercicio de la enfermería y define su papel ante el paciente y otros profesionales.

Con el modelo de Virginia Henderson se valoraron las catorce necesidades humanas aplicadas al Proceso Atención Enfermería y gracias a las herramientas empleadas se logró brindar una atención holística al paciente con quimioterapia ambulatoria.

5.- SUGERENCIAS

Se debe ofrecer una mejor esperanza de vida a los niños y jóvenes con quimioterapia.

Valorar la importancia de este seminario, ya que es sumamente necesario para la aplicación del Proceso Atención Enfermería y como licenciados necesitamos bases sólidas para una buena aplicación de los conocimientos.

6.- BIBLIOGRAFIA

Jonson Marion / Bulechek Gloria / Butcher Howar / McCloskey Dochterman Joanne / Meridean Maas / Moorhead Sue / Swanson Elizabeth. **Interrelaciones Nanda Non y Nic Diagnósticos Enfermeros, resultados e Intervenciones.**

2ª edición
Editorial Elsevier Mosby
Madrid. España, 2007

McCloskey Dochterman Joanne, Bulechek Gloria M
Clasificación de intervenciones de Enfermería
Editorial Elsevier
Madrid. España, 2004

Ackley Betty J., Gail B. Ladwig
Manual de diagnósticos de Enfermería: GUIA para planificar los cuidados
Editorial Elsevier
Madrid. España, 2006

Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008
Nanda Internacional
Editorial Elsevier
Madrid. España, 2008

Carpenito-Moyet Lynda Juall
Planes De Cuidados Y Documentación Clínica En Enfermería
4ª edición
Editorial McGraw-Hill Interamericana
Madrid. España, 2004

Diccionario de Medicina Océano Mosby
Editorial Océano
Barcelona. España

Marriner, Tomey A. Raile Alligood M.
Modelos y Teorías de Enfermería.
4ª edición
Editorial Mosby
Madrid. España 1999

Fernández Ferrín Carmen Novel y Martí Gloria
El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería
Editorial Masson-Salvat
Barcelona. España

Fundamentación Teórica para el Cuidado

División de Educación continua
ENEQ-UNAM
Enero, 2005

Planes De Cuidados Estandarizados De Enfermería

Hospital Universitario Carlos Haya
Málaga. 2006

Carpenito Juall Lynda

Manual de Diagnósticos de Enfermería

9ª edición
Editorial McGraw-Hill. Interamericana
Madrid. España

P.W. Iyer, B.J. Taptich, D. Bernocchi-Losey

Proceso y diagnóstico de Enfermería

3ª edición
Editorial McGraw-Hill. Interamericana

Watson J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. Disponible en:
http://www.fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Consultado: el 26 de agosto de 2008.

www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Contenido.htm
consultado en agosto 2008.

www.enfermeria-actual.com consultado en agosto 2008.

E. Otto, S. Enfermería Oncológica
Editorial. Oceano

7.- ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
VALORACIÓN



NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

SUBJETIVO:
Disnea debido a: _____ Tos productiva /seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____ Desde cuando fuma, cuantos cigarrillos al día y si varía la cantidad de acuerdo a su estado de ánimo: _____

OBJETIVO:
Registro de S.V. y características: Pulso: _____ Respiración: _____ Temperatura: _____ Presión Arterial: _____ F.C.: _____ Estado de conciencia: _____ Coloración de piel /lecho unguial/peribucal: _____ Circulación del retorno venoso: _____

NECESIDAD DE NUTRICION / HIDRATACION

SUBJETIVO:
Dieta habitual: _____ Número de comidas diarias _____ Trastornos digestivos: _____ Intolerancia alimentaria / Alergias: _____ Problemas de la masticación y deglución: _____

OBJETIVO:
Turgencia de la piel: _____ Mucosas hidratadas /secas: _____ Características de unas y cabello: _____ Aspecto de los dientes y encías: _____ Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

NECESIDAD DE ELIMINACION

SUBJETIVO:
Hábitos intestinales: _____ Características de las evacuaciones: _____ Orina: _____ Menstruación: _____ Historia de hemorragias, enfermedad renal otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____ Dolor al defecar, orinar o menstruar: _____ Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

OBJETIVO:
Abdomen, características: _____ Ruidos intestinales: _____ Palpación de vejiga urinaria: _____

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

SUBJETIVO:
Capacidad física cotidiana: _____ Hábitos de trabajo: _____
Postura en la que se sienta mas cómodo: _____

OBJETIVO:
Estado del sistema músculo esquelético: _____

Valoración muscular: _____

Posición Adecuada: _____ Ayuda para la de ambulación: _____ Dolor al movimiento: _____ Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____
Estado emocional: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO:
Horario de descanso: _____ Horas de sueño: _____ Horario de sueño: _____ Horas de descanso: _____
Toma siesta: _____ Requiere de ayudas : _____
Padece insomnio y desde cuando: _____
Se siente descansado al levantarse: _____

OBJETIVO:
Estado mental: ansiedad, estrés, lenguaje: _____ Ojeras: _____ Bostezos: _____
Concentración: _____ Respuesta a estímulos: _____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

SUBJETIVO:
Influye su estado de animo 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: _____
Cada cuando realiza el cambio de ropa personal: _____

OBJETIVO:
Viste de acuerdo a su edad y el sitio donde se encuentra: _____ Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____
Vestido incompleto _____ Sucio: _____ Inadecuado _____

NECESIDAD DE TERMOREGULACION

SUBJETIVO:
Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____ Temperatura ambiente que le es agradable: _____

OBJETIVO:
Características de la piel: _____ Transpiración: _____ Condiciones del entorno físico: _____
Requiere de ropa de cama extra durante la noche: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A LA PIEL

SUBJETIVO:				
Frecuencia de baño: _____ Momento preferido para el baño: _____ Cuantas veces al día se lava los dientes: _____ Aseo de manos antes y después de comer: _____ después de eliminar: _____ Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: _____ Tiene fragilidad capilar o de la piel: _____				
OBJETIVO:				
Aspecto	general:	Halitosis:	Estado del cuero cabelludo:	Olor corporal:
_____	_____	Lesiones dérmicas	de que	tipo: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVO:				
Como reacciona ante una situación de urgencia: _____ Conoce las medidas en caso de siniestro: _____ Realiza controles periódicos de salud: _____ Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____				
OBJETIVO:				
Requiere de supervisión para realizar movilización: _____ Requiere asistencia para ir al sanitario o realizar baño: _____ Cuales son las condiciones del entorno que ameriten vigilancia estrecha: _____				

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

SUBJETIVO:				
Con quien vive: _____ Preocupaciones / estrés: _____ Comunica sus problemas debido a la enfermedad: _____ Cuanto tiempo pasa sola: _____				
OBJETIVO:				
Habla claro: _____ Confuso: _____ Dialecto: _____ Idioma: _____ Dificultad en la visión: _____ Audición: _____ Comunicación verbal y no verbal con la familia o con otras personas: _____				

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

SUBJETIVO:				
Creencia religiosa: _____ su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____ Principales valores en su familia: _____ Principales valores personales: _____ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: _____				
OBJETIVO:				
Permite el contacto físico: _____ Tiene algún objeto: _____				

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO:				
Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____ Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____ Esta satisfecho con su trabajo: _____ su sueldo le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia _____ Esta satisfecho con el rol familiar que juega: _____				
OBJETIVO:				
Estado emocional en que se encuentra por estar internado: _____				

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO: Que actividades realiza en su tiempo libre: _____ Que actividad le gustaría realizar durante su estancia : _____ OBJETIVO: Se muestra apático, aburrido o participativo: _____
--

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

SUBJETIVO: Nivel de educación: _____ Problemas de aprendizaje: Limitaciones cognitivas: _____ tipo: _____ Preferencias. _____ Leer/escribir: comunidad: _____ Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: _____ apoyo: _____ interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: _____ OBJETIVO: Se muestra apático, aburrido o participativo: _____
--

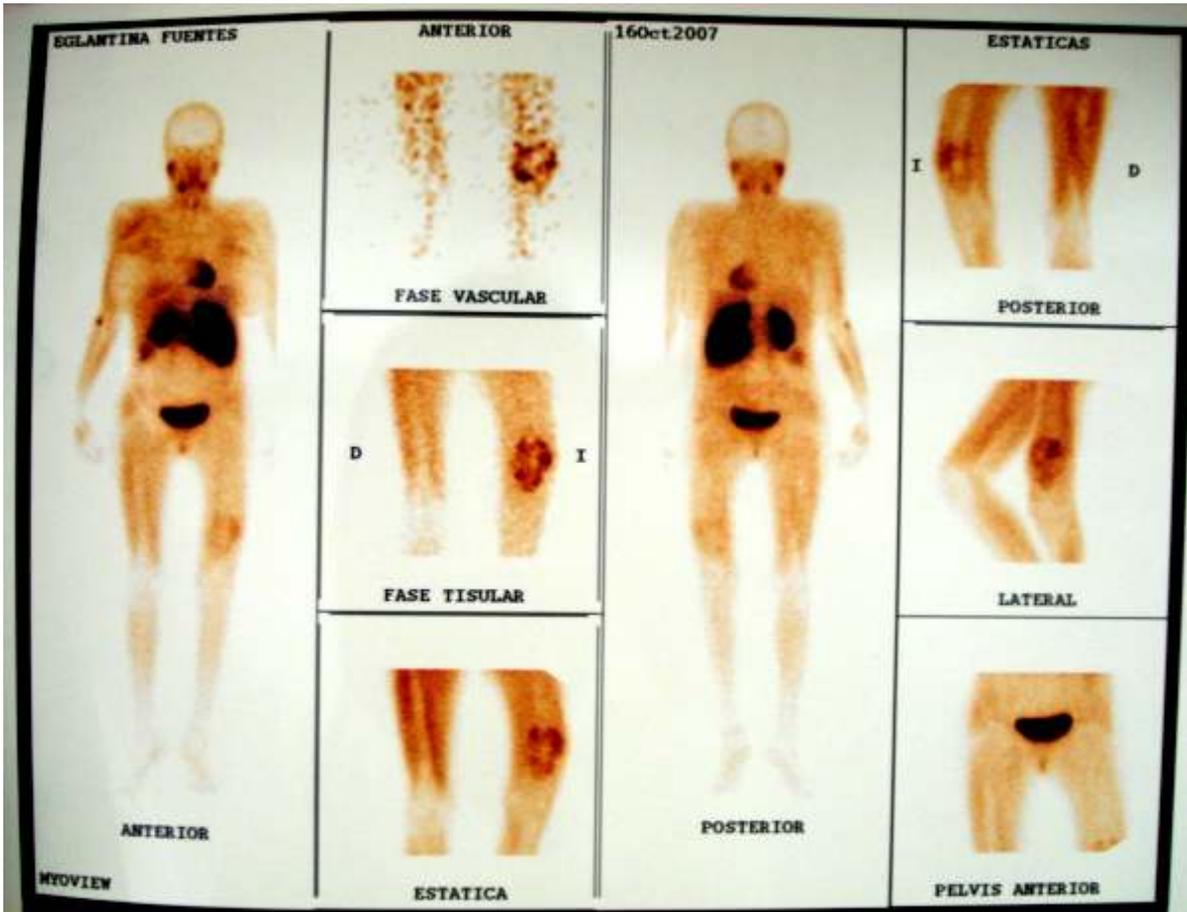
Osteosarcoma de fémur







Gamagrafía



Tratamiento del Dolor

“El dolor lleva en sí una parte del olvido
no puede recordar el día en que nació,
tampoco si otro tiempo
existió antes del suyo”.
Emily Dickinson

Definición

“Lo describe la persona que lo experimenta, en el momento que dice que sucede”, “Sensación y experiencia emocional desagradables asociadas con el deterioro tisular real o posible, o descritas en termino de dicho deterioro”. Merskey. A partir de estas definiciones, resulta evidente que el dolor es multidimensional y subjetivo. Por esto, el paciente es la única autoridad sobre su existencia, no el profesional de la salud.

Tipos de Dolor

Dolor agudo: dura poco, (menos de tres a seis meses), casi siempre se conoce su etiología, la intensidad puede variar de leve a grave y el tratamiento se dirige a eliminar la causa.

Dolor crónico: Se prolonga más de tres meses, la causa puede o no conocerse, no responde al tratamiento o no desaparece después de que la herida sana. La intensidad puede variar de leve a grave y el tratamiento varía.

Dolor crónico producido por el cáncer: puede ser agudo además de crónico; su duración se ajusta a la de este último, puede ser grave, considerarse intratable y tener diversas etiologías.

Dolor fortuito o imprevisto (reactivación del dolor): “se caracteriza por el aumento transitorio del dolor en una intensidad superior a la moderada”, puede suceder cuando el paciente se mueve o tose, incluso con la flatulencia.

Incidencia del dolor en el cáncer

No todas las personas con cáncer experimentan dolor. Su incidencia es difícil de precisar, pero algunos expertos coinciden en afirmar que la cifra se encuentra entre el 40 y el 80% al considerar todos los tipos y estadios de la enfermedad. Foley afirma que el 70 al 90% de los pacientes con cáncer avanzado padecen dolor de moderado a grave.

El dolor en el cáncer depende de varios factores:

- La localización del tumor primario o de las metástasis. Si hay infección ósea (como suele en las metástasis vertebrales) o neural (cuando el carcinoma invade directamente cualquier tejido nervioso o lo comprime), el dolor será más grave que la presión ocasionada por el órgano afectado.
- La etapa de la actividad tumoral. El dolor experimentado por un paciente con cáncer avanzado es más frecuente e intenso

Intervenciones farmacológicas

Portenoy afirma que con sólo administrar una terapia farmacológica óptima es posible aliviar adecuadamente entre 70 y 90% del dolor asociado con el cáncer.

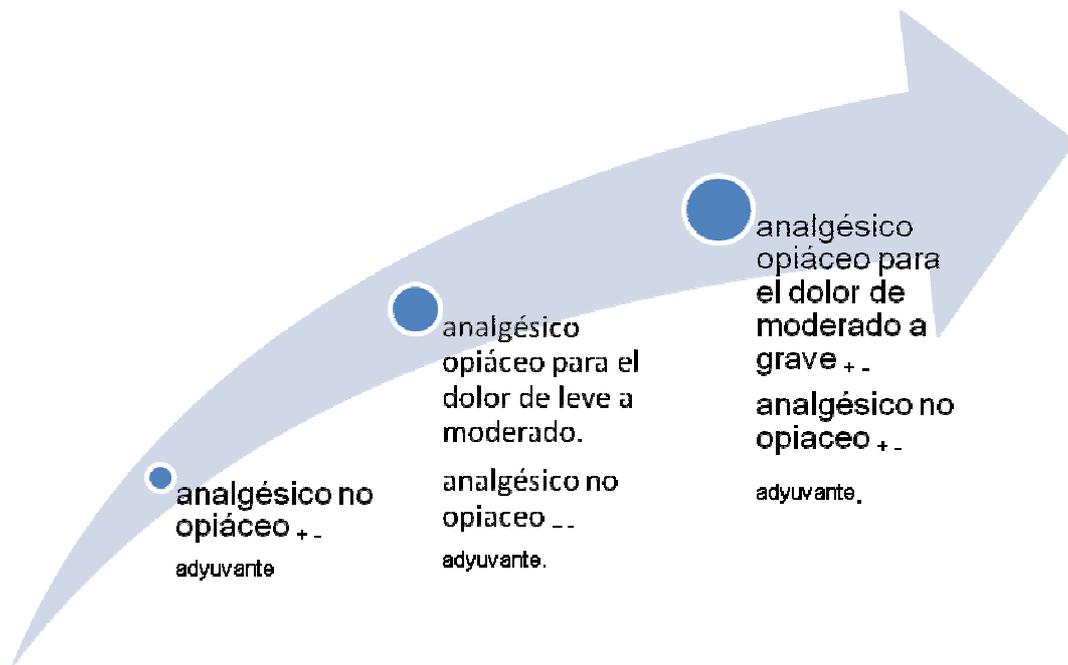
Analgésicos no opiáceos

Los analgésicos no opiáceos actúan principalmente en el sistema nervioso periférico y se usan para mitigar el dolor leve a moderado, el especial producido por las metástasis óseas, la infiltración de los tejidos blandos o la artritis. En esta categoría se incluye la aspirina, el acetaminofén y los antiinflamatorios no esteroides (AINE).

La mayoría de los AINE bloquea la producción de prostaglandinas, que son sustancias químicas que se producen cuando hay daño celular. Estos fármacos tienen efectos secundarios gastrointestinales que limitan su uso a largo plazo.

Analgésicos opiáceos

Los analgésicos opiáceos actúan principalmente en el sistema nervioso central (SNC). Los que se usan con más frecuencia para el dolor leve a moderado contienen acetaminofén o aspirina junto con el opiáceo.



Escalera de tres pasos para la analgesia diseñada por la OMS

8.- GLOSARIO

Escala analógica visual:

Herramienta empleada para ayudar a una persona a evaluar la intensidad de ciertas sensaciones y sentimientos, como el dolor. La escala análoga visual para el dolor es una línea recta con un extremo que significa ausencia de dolor y el otro extremo que significa el peor dolor imaginable. El paciente marca un punto en la línea que coincide con la cantidad de dolor que siente. Puede usarse para ayudar a elegir la dosis correcta de los medicamentos para el dolor. También se llama EVA.

Doxorrubicina. Medicamento que se usa para tratar muchos tipos de cáncer y que está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. La doxorrubicina se elabora con las bacterias *Streptomyces peucetius*. Daña el ADN (las moléculas dentro de las células que contienen información genética) e impide que las células crezcan. Las células tumorales de crecimiento rápido que absorben la doxorrubicina pueden morir. Es un tipo de antibiótico antitumoral de antraciclina. También se llama clorhidrato de doxorrubicina, Adriamicina PFS, Adriamicina RDF y Rubex.

Citotóxico. Agente o proceso que es tóxico a las células lo cual significa que suprime las funciones de la célula o le provoca la muerte. Se refiere especialmente a células cancerosas o infectadas.

Citostáticos. Sustancias farmacológicas que impiden o retardan la división celular. Se utilizan en el tratamiento contra el cáncer.

Antineoplásico. Agente que inhibe o previene la proliferación de células cancerosas.

Cisplatino. Medicamento que se usa para tratar varios tipos de cáncer. El cisplatino contiene el metal platino. Destruye las células cancerosas al dañar su ADN e impedir su multiplicación. El cisplatino es un tipo de alquilante.