



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE CASO DIRIGIDO A UNA PERSONA CON DUELO
ANTICIPADO

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

PRESENTA:

ERICKA CUATE PEREZ

NO. CUENTA: 406116215

MATRA. ANGELINA RIVERA MONTIEL

ASESORA

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE, 2009





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.

DEDICATORIA

A DIOS

*Por darme vida, salud,
Familia, amigos, entendimiento
Y razonamiento.
Gracias.*

A MIS PADRES

*Por la enseñanza que me han
Brindado, el cariño y respeto
Como hija, confiando siempre
En que brindare calidad humana
A las personas que lo necesitan,
Gracias.*

A MIS HERMANOS

*Luis, Dulce, Jackelin, Mely,
Paty, por fortalecer día a
Día la unión familiar,
Siendo esta la
Llave del éxito.
Gracias*

A MIS ABUELITOS

*Por sus cuidados ante la ausencia
Física de mis padres.
Gracias*

A MIS AMIGOS

*Por su amistad, cariño
Y confianza.
Gracias.*

AGRADECIMIENTO

A MI MAESTRA

Tita López Tarango

Por preocuparse

En la formación y

Profesionalización

De sus compañeras

Enfermeras.

A MI MAESTRA

Angelina Rivera Montiel

Por la enseñanza,

Dedicación y confianza

Hacia mí como su alumna.

Gracias.

***ESCUELA NACIONAL
DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA***

Por permitir ser parte de ella,

Recibiendo su formación académica.

HOSPITAL

Por ser mi centro laboral

Y de prácticas hospitalarias

Para continuar con mi

Formación y profesionalización.

Gracias.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	1
I. OBJETIVOS	2
1.1 General	
1.2 Específicos	
II. MARCO DE REFERENCIA	3
2.1 Proceso de Atención de Enfermería	
2.1.1 Concepto	
2.1.2 Antecedentes	4
2.1.3 VALORACION	
Concepto	
Objetivo	
Tipos de valoración	5
Fuentes de Información	
Métodos de valoración	
2.1.4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	6
Concepto	
Objetivo	
Diagnostico de enfermería aprobados por la NANDA	7
Definición	
Clasificación	
Clasificación de los diagnósticos de enfermería.	10
Componentes de los diagnósticos de la NANDA	11
2.1.5. PLANEACIÓN	12
Concepto	
Objetivo	
Clasificación de intervención	
2.1.6. EJECUCIÓN	13
Concepto	
Objetivo	
2.1.7 EVALUACIÓN	
Concepto	
Objetivo	
2.2 NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON	
2.2.1 Antecedentes de formación	14
2.2.2 Principales conceptos	17
Independencia	
Dependencia	
Causas de dependencias	

Tipos de dependencia	
Rol de enfermería	
2.3 DUELO	19
2.4. CANCER CERVICÓUTERINO	21
III. METODOLOGÍA	29
3.1 Valoración	
3.2 Diagnóstico de enfermería	
3.3. Planeación	
3.4 Ejecución	
3.5 Evaluación	
IV. INSTRUMENTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	31
4.1 Valoración de enfermería	
4.2 Diagnóstico de enfermería	33
4.3 Planeación, ejecución y evaluación	35
V. CONCLUSIONES	64
VI. BIBLIOGRAFÍA	65

INTRODUCCION

En el pasado los cuidados de Enfermería se basaban en las órdenes de los médicos, y estaban enfocados hacia enfermedades específicas y no a la persona. Con frecuencia, se aplicaban cuidados guiados por la intuición y no por un método científico.

Actualmente las enfermeras contamos con un método propio gracias a las investigaciones de grandes filósofas y teóricas, lo cual nos ha permitido definir nuestro campo en el ejercicio profesional, garantizando la calidad de los cuidados de Enfermería de forma integral e individual, a través de la reafirmación de conocimientos adquiridos durante la formación académica.

El presente trabajo es un Proceso de Atención de Enfermería, aplicado a una persona puerperio fisiológico (hace 4 meses) en el Hospital General de Tetecala actualmente diagnosticada con CACU acudiendo a esta unidad por sangrado transvaginal disfuncional, refiriendo sobre sus conocimientos con respecto a su padecimiento y que a través de este método se ha podido detectar sus necesidades y priorizarlas, llevando a cabo todas las etapas que requiere la aplicación de este proceso.

Este trabajo ha sido llevado bajo las más estrictas reglas de ética profesional por lo que se entero a la paciente y pidió su previa autorización.

Este proceso ha dejado un aprendizaje sobre lo importante que es la actualización dentro de nuestra profesión para poder brindar a los pacientes lo mejor de la calidad y humanidad otorgados por el personal de enfermería.

I. OBJETIVOS

1.1 GENERAL.

A través de Proceso de Atención de Enfermería, ayudar a la persona a satisfacer su necesidad de duelo anticipado relacionado a cáncer cervicouterino invasivo, manifestado por tristeza, insomnio, desesperación y sufrimiento físico y psicológico.

1.2 ESPECIFICOS.

1.2.1. A través de la valoración obtener datos que permitan identificar:

- a) La independencia o dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- b) Los problemas que afectan las necesidades.

1.2.2. Con base a los problemas identificados, establecer los diagnósticos de enfermería pertinentes.

1.2.3. Mediante los diagnósticos de enfermería identificados, planear los cuidados de enfermería.

1.2.4. Ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería planeados.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Proceso atención de enfermería

2.1.1 Concepto El Proceso de Enfermería puede usarse para trabajar con un sujeto, familia o comunidad o para rehabilitar a los enfermos.

Los elementos indispensables del Proceso son: que este planeado, concentrado en el paciente, orientado a buscar soluciones y dirigido hacia una meta u objetivo.

Es el método por el cual se logra que el profesional de enfermería concentre lo esencial de sus conocimientos para ayudar a resolver los problemas del paciente y los que se generan a partir de estos. Por medio del proceso de enfermería, entonces se aplican las bases teóricas al ejercicio de la enfermería; pues es un planteamiento para resolver problemas basado en la reflexión y exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales. Las etapas del proceso son útiles para resolver problemas de la práctica de enfermería.¹

CONCEPTO SEGÚN HENDERSON

Henderson define: "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".

Niveles de relación enfermera-paciente

- a) Ser un sustituto para el paciente
- b) Ser una ayuda para el paciente
- c) Ser un compañero del paciente

¹ Iyer P. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Madrid: Editorial Interamericana, 1986:1-30.

2.1.2 Antecedentes

Antes de que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos y que se centraban en los procesos patológicos específicos más que en la persona que estaba siendo asistida. El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia más que por un método científico.

1959 Johnson, 1961 Orlando, 1963 Wiedenbach, fueron las primeras que lo utilizaron para referirse a una serie de fases que describen el proceso de enfermería.

1973 El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica adquirió más legitimidad, cuando la American Nurses Association (ANA) publicó la Standards of Nursing Practice, que describen las cinco fases del proceso de enfermería. El proceso de enfermería, por tanto, es un método inestimable para las enfermeras. Mantiene a las enfermeras responsables y pendientes.

Debido a que los miembros del equipo de salud deben trabajar juntos para poner en práctica el plan de cuidados, el proceso de enfermería refuerza la colaboración y esto, a su vez, fomenta una atmósfera de trabajo más positiva, esto ayuda a las enfermeras a definir su función ante otras personas ajenas a la profesión, demostrando claramente las aportaciones que hace la enfermería a la salud de los clientes.

ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- a. Valoración
- b. Diagnóstico de enfermería
- c. Planeación
- d. Ejecución
- e. Evaluación

2.1.3 VALORACION

Concepto: Es la primera fase del proceso de enfermería e incluye la recogida, organización y validación de los datos, es una parte de cada una de las actividades que realiza la enfermera por y con el paciente. Es un proceso continuo que se realiza durante todas las fases del proceso, para determinar los resultados de las estrategias de enfermería y para evaluar la consecución de los objetivos.

Objetivos: la finalidad es crear una base de datos sobre la respuesta de un cliente ante la salud o la enfermedad, con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el cliente.

Tipos de valoración:

- Valoración inicial: realizado en el plazo especificado después del ingreso en un centro de asistencia sanitaria.
- Valoración focalizada: Proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros.
- Valoración urgente: durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del cliente.
- Valoración después de un tiempo: Varios meses después del estudio inicial.²

Fuentes de informacion:

1. Primarias: el cliente es la primera fuente de información.
2. Secundarias: los miembros de la familia o las demás personas que le apoyan, otros profesionales de la salud, los registros e informes, los datos de laboratorio y de diagnóstico y las publicaciones pertinentes son fuentes secundarias o indirectas.

Métodos de valoración:

La observación.

Es reunir datos utilizando los cinco sentidos es una capacidad consciente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y un método organizado, por tanto, implica discriminar los estímulos, distinguiendo de una forma significativa.

La entrevista de enfermería.

Es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito, por ejemplo, de dar información, de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento, empleada la entrevista en la mayoría de las fases del proceso de enfermería.

✚ Exploración física.

Es un método sistemático de recogida de datos que utiliza las capacidades de observación (esto es, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto). Para llevar a cabo la exploración, la enfermera utiliza los métodos de inspección, auscultación, palpación y percusión, la exploración también llamada revisión por aparatos, es un breve repaso del funcionamiento esencial de varias partes o sistemas del cuerpo.

Instrumento de registros

✚ Recogida de los datos.

Consiste en reunir la información sobre el estado de salud de un cliente. Debe ser un proceso tan sistemático como continuo para evitar que se omitan datos importantes y que reflejen los cambios en el estado de salud de un cliente.

✚ Organización de los datos.

Para la obtención la enfermera utiliza un esquema de estudio organizado, conocido habitualmente como historia o valoración de enfermería. Los datos recogidos durante la historia son subjetivos en gran medida. El esquema se puede modificar de acuerdo con el estado físico del cliente.

✚ Validación de los datos.

Para que el proceso de enfermería sea un instrumento útil para cuidar al cliente, la información recogida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa. La validación consiste en un doble examen o inspección de los datos para confirmar que son exactos y objetivos, esto permite a la enfermera:

- Asegurarse de que la información recogida durante la valoración es completa.
- Asegurarse de que los datos objetivos y los subjetivos relacionados son coherentes.
- Obtener información adicional que puede haber pasado desapercibida.
- Distinguir entre indicios y deducciones.
- Evitar conclusiones precipitadas y tomar una dirección equivocada al identificar los problemas.

✚ Registro de los datos

La exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del cliente. Los datos se recogen de forma objetiva y la enfermera no los interpreta, lo mejor es que la enfermera registre los datos subjetivos utilizando las propias palabras del cliente.

2.1.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Concepto: Un diagnóstico de enfermería es un enunciado que describe la respuesta humana (estado de salud o alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o un grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede disponer las intervenciones de enfermería definitivas para mantener el estado de salud o para reducir eliminar o prevenir alteraciones

Objetivo: Identificar las respuestas reales o posibles que se considera ocasionan problemas al paciente.

El uso del Diagnóstico de Enfermería permite a la enfermera ir más allá del modelo médico, e identificar aquellos problemas que pueden o no estar relacionados con el Diagnóstico médico, las enfermeras pueden asumir más completamente su rol diferenciado como administradores de cuidados de salud.

Los diagnósticos de enfermería proporcionan un método para describir el estado de salud de un cliente de forma clara y concisa para facilitar la comunicación y el reconocimiento

Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA.

Definición: Los diagnósticos de enfermería formulados, aprobados y revisados por la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), se organizan como en la clasificación conocida como taxonomía I revisada.

Dicha clasificación a diferencia de otras en uso, no se basa en modelos de diagnósticos médicos o funcionales sino que agrupa los diagnósticos en diferentes modelos o patrones de respuesta humana.³

Clasificación

1. RESPIRAR.

³ Diagnósticos de enfermería aprobados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) hasta la decima conferencia, ordenados según las Catorce Necesidades Fundamentales. Pág. 11- 76

Deterioro en el intercambio gaseoso.
Incapacidad para mantener la respiración espontánea.
Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
Patrón respiratorio ineficaz.
Potencial de asfixia.
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.

2. ALIMENTARSE E HIDRATARSE.

Alteración de la nutrición: por defecto.
Alteración de la nutrición: por exceso.
Alteración potencial de la nutrición: por exceso.
Déficit de autocuidado: alimentación.
Déficit de volumen de líquidos.
Déficit potencial de volumen de líquidos.
Deterioro de la deglución.
Exceso del volumen de líquidos.
Interrupción de la lactancia materna.
Lactancia materna ineficaz.
Patrón de la alimentación ineficaz del lactante.
Potencial de aspiración.

3. ELIMINAR.

Alteración de la eliminación urinaria
Déficit de autocuidado: uso W.C.
Diarrea.
Estreñimiento.
Estreñimiento crónico.
Estreñimiento subjetivo.
Incontinencia fecal.
Incontinencia urinaria de esfuerzo.
Incontinencia urinaria de urgencia.
Incontinencia urinaria funcional.
Incontinencia urinaria refleja.
Incontinencia urinaria total.
Retención urinaria.

4. MOVERSE.

Alteración de la perfusión hística (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica).

Alto riesgo de disfunción Neurovascular periférica.

Deterioro de la movilidad física.

Disminución del gasto cardíaco.

5. DORMIR Y REPOSAR

Alteración del patrón del sueño.

Fatiga.

Intolerancia a la incapacidad.

Potencial intolerancia a la actividad.

6. VESTIRSE Y DESNUDARSE.

Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LOS LÍMITES NORMALES

Alteración potencial de la temperatura corporal.

Hipertermia.

Hipotermia.

Termorregulación ineficaz.

8. ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

Alteración de la membrana mucosa oral.

Déficit de auto cuidado: baño/higiene.

Deterioro de la integridad cutánea.

Deterioro de la integridad hística.

Deterioro potencial de la integridad cutánea.

9. EVITAR PELIGROS.

Afrontamiento defensivo.

Afrontamiento individual inefectivo.

Alto riesgo de auto mutilación.

Ansiedad.

Baja autoestima crónica.

Baja autoestima situacional.

Desatención unilateral.

Deterioro de la adaptación.

Disreflexia.

Dolor.
Dolor crónico.
Duelo anticipado.
Duelo disfuncional.
Negación ineficaz.
No seguimiento del tratamiento) especificar.
Potencial de infección.

10. COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES.

Alteración de los procesos familiares.
Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido.
Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante.
Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo.
Aislamiento social.
Alteraciones sensoriperceptivas (especificar: visuales, auditivas, Cenestésicas, gustativas, táctiles, olfativos).
Deterioro de la comunicación verbal.
Deterioro de la comunicación social.
Síndrome de estrés del traslado.

12. PREOCUPARSE POR SER ÚTIL Y POR REALIZARSE.

Alteración del crecimiento, desarrollo.
Alteración de los patrones de la sexualidad.
Alteración en el desempeño del rol.
Alteración parenteral.
Alto riesgo de cansancio en el desempeño de rol de cuidador.
Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
Conductas generadoras de salud (especificar).
Conflicto de decisiones (especificar).
Conflicto del rol parenteral.
Dificultad en el mantenimiento de la salud.
Dificultad en el mantenimiento del hogar.
Disfunción sexual.
Manejo inefectivo del régimen terapéutico (individual)
Potencial de alteración parenteral.

13. RECREARSE.

Déficit de actividades recreativas.

14. APRENDER.

Alteración de los procesos del pensamiento.

Déficit de conocimiento.

Clasificación de los diagnósticos de enfermería:

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en:

- Diagnóstico potencial
- Diagnóstico real
- Diagnostico de salud

1.- Cuando el diagnostico que se pretende formular es un **Diagnóstico Real**, se enunciará escribiendo primero el nombre o etiqueta diagnostica, relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente y manifestado por las características definatorias mayores y menores observadas.

2.- Si el Diagnostico identificado se define como un **diagnóstico potencial**, la forma de enunciarlo sería citando primero el nombre o etiqueta diagnostica precedido de la palabra <potencial> y relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente.

3.- Un **diagnóstico de salud** se refiere a una respuesta saludable por parte de paciente que desea, un mayor nivel de salud.

Componentes-de los diagnósticos de la NANDA:

Etiqueta diagnóstica

Describe respuestas humanas, o los problemas que están afectando las necesidades.

Factores relacionados y factores de riesgo

El componente etiológico del diagnostico identifica una o mas causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención al paciente. En la etiología pueden incluirse los comportamientos del paciente, los factores ambientales o las interacciones de ambos. Es fundamental distinguir entre las distintas causas en el diagnostico de enfermería, porque cada una de ellas puede necesitar intervenciones diferentes.

La NANDA utiliza el término factor relacionado para describir la etiología o la causa probable de los diagnósticos de enfermería reales. El término de factor de riesgo se utiliza para distinguir la etiología de diagnósticos de enfermería de riesgo (potenciales), porque no hay signos subjetivos y objetivos.

✚ **Características definitorias**

Son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta. En el caso de los diagnósticos de enfermería reales, las características definitorias son los signos y síntomas del paciente. Para los diagnósticos de enfermería de riesgo, las características definitorias son las mismas que la etiología: los factores de riesgo que determinan que el paciente sea más vulnerable de lo “normal” al problema.

Las etiquetas diagnósticas enfermeras son semejantes a los diagnósticos médicos en tanto que se asocian a un conjunto estándar de características definitorias universalmente aceptadas. Para la mayoría de los diagnósticos enfermeros aun se está desarrollando y perfeccionando la lista de características definitorias. Se han publicado listas parciales para ayudar a las enfermeras a desarrollar y validar los diagnósticos de enfermería. Las características definitorias sugieren criterios de resultados y también pueden orientar las intervenciones de enfermería.⁴

Para su escritura se utiliza el FORMATO PES

- ✚ P=PROBLEMA: Corresponde a la etiqueta diagnóstica.
- ✚ E=ETIOLOGIA: Describe los factores relacionados
- ✚ S=SIGNOS Y SINTOMAS: Describe las características definitorias

2.1.5 PLANEACIÓN.

Concepto: La fase de planeación de cuidados es una etapa fundamental en el proceso de enfermería en la cual se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecuencia.

Requiere el establecimiento de prioridades y objetivos entre las necesidades identificadas en el paciente, diferenciando los problemas actuales de los potenciales y los comunes de otros más raros.

Objetivo: planificar las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar y corregir los pasos del proceso.

Clasificación de intervención:

- ✚ Independiente

Son las actividades que las enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades. Comprenden los cuidados físicos, la

⁴ Ibidem pág. 116-119

evaluación continua, el apoyo y el consuelo emocional, la docencia, el asesoramiento, el cuidado del entorno y la referencia a otros profesionales sanitarios <conocer porque, cuando y como proporcionar cambios postulares a los pacientes y hacerlo con habilidad transforma la función en un tratamiento autónomo.>

Dependiente

Son las que se realizan por orden del médico o bajo su supervisión, o bien según procedimientos sistematizados. Las ordenes medicas suelen consistir en prescribir, medicamentos, terapia endovenosa, pruebas de diagnostico, tratamiento, dietas y actividad. La enfermera es responsable de comprender y valorar la necesidad de las órdenes médicas y llevarlas a cabo.

Interdependientes

Son acciones que la enfermera lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria.⁵

2.1.6 EJECUCIÓN

Concepto: Esta fase corresponde a la puesta en práctica del plan de atenciones elaborado previamente y cuya meta es conducir al paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades.

En esta fase la relación enfermera paciente adquiere su máxima significación, no sólo se debe atender a la resolución de los problemas de salud concretas sino que también resulta fundamental poner atención a sus dimensiones como persona, incluyendo sus preocupaciones temores y ansiedades.

Objetivo: Realizar las intervenciones identificadas en el plan de cuidados.

2.1.7 EVALUACIÓN

Concepto: Quinta etapa del proceso de enfermería, durante la cual se determina hasta que punto se han logrado los objetivos; se analiza cada una de las etapas

⁵ Ibidem pág. 150-151

previas para identificar los factores que favorecen o dificultan el progreso, y se modifica o finaliza el plan de cuidados según esté indicado.

La última fase del proceso de enfermería, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado del paciente.

La fase de evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso en desarrollo.

Objetivo: La enfermera determina el progreso del cliente hacia el logro de sus objetivos o resultados como la eficacia del plan de cuidados de enfermería.

2.2 NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos corporales por todas las vías.
4. Mover y mantener una buena postura.
5. Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
6. Poder seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal, dentro de límites normales.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.
10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades
11. temores u opiniones.
12. Vivir según valores y creencias.

13. Trabajar de manera que exista un sentido de logro.

14. Jugar y participar en actividades recreativas.

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

2.2.1 ANTECEDENTES DE FORMACION (DE VIRGINIA HENDERSON)

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

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

Los elementos más importantes de su teoría son:

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

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

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

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

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:

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención como:

- ✚ sustituta,
- ✚ ayuda y
- ✚ compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

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

Aunque Henderson no define como tal los conceptos del metaparadigma, algunas autoras los han trabajado a partir del análisis que han hecho a la teoría de Virginia.

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

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

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

Entorno:

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

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

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

2.2.2. PRINCIPALES CONCEPTOS

Independencia: La capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia: La ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades; o puede ocurrir actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes.

Causas de dependencia: Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

TIPOS DE DEPENDENCIA

1. Falta de fuerza: capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
2. Falta de conocimiento: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de voluntad: incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades. Estas 3 causas pueden dar lugar a: dependencia total o parcial y a temporal o permanente.⁶

Rol de enfermería: Acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

TIPOS

1. Rol autónomo: las prescripciones que realiza la enfermera son de su exclusiva responsabilidad, correspondiendo a su campo autónomo de actuación.
2. Rol interdependiente: ejerce en base a su trabajo de colaboración con otros profesionales del equipo de salud y que se deriva generalmente de situaciones de salud del cliente.

Existen prescripciones de otros profesionales, generalmente el médico, aunque la enfermera aporta sus conocimientos y sus habilidades para llevar a cabo estas prescripciones.

3. Rol dependiente: no trabaja en solitario sino que forma parte de un equipo de salud. Significa que la enfermera también cumple las órdenes prescritas y lleva a cabo los tratamientos determinados, generalmente por el médico.

⁶ FERNANDEZ CARMEN FERRIN GLORIA et'al "Marco conceptual: V. Henderson Taxonomía Diagnóstica: NANDA" MASSON- SALVAT Enfermería pág. 7

2.3 DUELO

El duelo es la respuesta normal ante la pérdida, que es esencial para una buena salud mental y física. Le permite al individuo afrontar la pérdida gradualmente y aceptarla como una parte de la realidad. El duelo es un proceso social; es mejor si se comparte y se lleva a cabo con la ayuda de otras personas.

Es importante trabajar desde el principio hasta el final del propio duelo, ya que se ha demostrado que la aflicción tiene efectos potencialmente devastadores sobre la salud, entre los síntomas que pueden acompañar al duelo se encuentran la ansiedad, la depresión, la pérdida de peso, las dificultades para deglutir, los vómitos, la fatiga, las cefaleas, el vértigo, el desmayo, la visión borrosa, las erupciones cutáneas, la sudoración excesiva, las alteraciones menstruales, las palpitaciones el dolor torácico, la disnea, y la infección. Las personas afligidas también pueden experimentar alteraciones de la libido, de la concentración, de los patrones de alimentación, del sueño de la actividad y de la comunicación.

Aunque la aflicción puede ser un peligro para la salud, la resolución positiva del proceso de duelo puede enriquecer al individuo con nuevas perspectivas, valores retos, sinceridad y discernimiento. Esto es aplicable tanto a la persona que se está muriendo como a los seres queridos que la sobreviven, ya que la persona que se está muriendo también esta viva. Si la calidad de vida lo permite, la persona agonizante debe tener la oportunidad de crecer, emocional y espiritualmente durante el tiempo que la quede de vida.

ETAPAS DE DUELO

1. NEGACION
2. COLERA
3. NEGOCIACION
4. DEPRESION
5. ACEPTACION
6. SHOCK E INCREDELIDAD
7. DESARROLLO DE LA CONCIENCIACION
8. REPARACION
9. RESOLUCION DE LA PÉRDIDA
10. IDEALIZACION
11. RESULTADO

GRUPOS DE DUELO

SHOCK E INCREDELIDAD.

Un sentimiento de paralización es una respuesta común que sigue inmediatamente a la muerte de un ser querido. El afligido puede sentirse,

deprimido, airado, culpable y apesadumbrado. La incredulidad o la negación pueden persistir e incluso cuando la pérdida ha sido aceptada intelectualmente.

AÑORANZA Y PROTESTA.

La cólera que siente la persona doliente puede dirigirse contra el fallecido por haber muerto, contra Dios, contra otras personas cuyos seres queridos todavía están vivos, o contra los cuidadores. Los dolientes pueden empezar a temer por su propio deterioro mental y renunciar a compartir sus pensamientos y sentimientos con los demás.

ANGUSTIA, CONFUSIÓN Y DESEPERACIÓN.

Cuando sinceramente se acepta la realidad de la pérdida, puede sobrevenir la depresión. En este momento es frecuente el llanto. Las personas dolientes pierden el interés y la motivación para proseguir con el futuro, es incapaces de tomar decisiones y presentan una falta de seguridad y de objetivos. Las actividades de las que antes se disfrutaban con el fallecido ahora no tienen aliciente. Las estrategias de afrontamiento, tales como beber en exceso, pueden poner en peligro la salud.

IDENTIFICACIÓN EN EL DESCONSUELO

Las personas dolientes pueden asumir los comportamientos, los rasgos personales, los hábitos y las aspiraciones del fallecido. A veces, también pueden experimentar los mismos síntomas de la enfermedad física.

REORGANIZACIÓN Y REPARACIÓN

La consecución de la estabilidad y de un sentimiento de reintegración puede necesitar un periodo de tiempo que difiere ampliamente en cada caso, desde menos de un año hasta varios años. Aunque las personas desconsoladas son capaces de experimentar una sensación de bienestar y pueden reanudar los patrones normales de funcionamiento, los sentimientos de duelo no cesan simplemente. Para muchas personas, el dolor de la pérdida, aunque aminorado, se repite de nuevo durante el resto de sus días.

2.4 CÁNCER CERVICO UTERINO

El cérvix es la parte inferior y estrecha del útero que lo comunica con la vagina, este se localiza en el sistema reproductor de la mujer y entre sus funciones encontramos:

- ✚ Permite el paso de sangre durante la menstruación de útero a vagina para su evacuación.
- ✚ Produce mucosidad para permitir al fácil deslizamiento de los espermatozoides hacia el útero.
- ✚ Durante el embarazo permanece cerrado para conservar el producto en buen estado.
- ✚ Durante el trabajo de parto se abre para permitir el paso del bebe en su trayecto hacia la vagina.

El cáncer cérvico-uterino es un tipo de neoplasia epitelial se origina por la malignización del epitelio escamoso, columnar o glandular que reviste el cérvix uterino. Este tejido epitelial se renueva cada determinado tiempo, ya que las células más superficiales se van degenerando hasta que mueren y se sustituyen por células nuevas. En ocasiones este proceso de renovación celular es descontrolado y se producen más células de las que el cuerpo necesita para sustituir las que se van eliminando. Estas células acumuladas forman tejidos que posteriormente forman masas con un tamaño mayor, a lo que llamamos tumor.

Los tumores del cérvix pueden ser:

1. Benignos: son masas de tejido que rara vez representan un peligro para la vida y que no invaden tejidos circundantes. Algunos ejemplos son los pólipos, quistes o verrugas genitales.
2. Malignos: generalmente ponen en riesgo la vida, invaden los tejidos y órganos circundantes y por medio del torrente sanguíneo o vías linfáticas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo.

En el caso del cáncer cérvico-uterino se observan las siguientes etapas en cuanto a su diseminación:

Etapas I: confinado al cuello del útero,

Etapas II: se extiende más allá del cuello afecta a la vagina en su parte superior sin afectar el tercio inferior, ni se extiende a la pared pelviana,

Etapas III: el carcinoma se extiende a la pared pelviana, en la exploración al tacto rectal no existe espacio entre el tumor y la pared pelviana, se extiende además al tercio inferior de la vagina,

Etapas IV: en esta puede infiltrar la pared de vagina, recto, etc., es la forma diseminada con metástasis y toma de ganglios lumboaórticos o metástasis a distancia

El carcinoma del cuello uterino, es una tumoración maligna que se presenta en el cuello de la matriz. Es un tipo de cáncer prevenible debido a que se conoce su agente causal y se cuenta con los estudios y procedimientos necesarios para detectarlo y dar un seguimiento para curarlo.

Epidemiología.

En México, el carcinoma del cuello uterino es el más común en la mujer y anualmente mueren aproximadamente 4,500 mujeres que están en edad reproductiva.

Causas y factores de riesgo

- ✚ Virus del papiloma humano (VPH): es la causa de casi todos los cánceres cervicales. La infección por estos es muy común y se transmite vía sexual. Algunos tipos del virus del papiloma humano pueden ocasionar cambios en las células epiteliales del cérvix y cuando se localizan tempranamente deben retirarse antes de que se malignicen.
- ✚ Tener displasia cervical (anomalías en el tamaño, forma y número de células cervicales).
- ✚ Irregularidad en hacerse pruebas de Papanicolaou: no realizarse a su debido tiempo permite en su caso el desarrollo del cáncer cérvico-uterino.
- ✚ Sistema inmune: el sistema inmune puede debilitarse por presencia de VIH o el uso de medicamentos inmunodepresores.
- ✚ Iniciar vida sexual activa antes de los 18 años.
- ✚ Tener un parto antes de los 18 años.
- ✚ Tener múltiples parejas sexuales.
- ✚ Tener una pareja sexual que tenga relaciones sexuales con más parejas.
- ✚ Tener muchos hijos: según estudios más de 5 partos eleva ligeramente el riesgo de padecer cáncer cervical en mujeres con infección por VPH.
- ✚ Tabaquismo, alcoholismo y deficiencia vitamínica.
- ✚ Haber tenido verrugas vaginales.
- ✚ Haber tenido herpes genital.
- ✚ Uso de píldoras anticonceptivas: El uso durante 5 años o más puede elevar ligeramente el riesgo de cáncer cervical en mujeres con infección de VPH. Sin embargo, el riesgo disminuye rápidamente cuando la mujer deja de usar dichas píldoras.
- ✚ Haber estado expuesta a la hormona sintética dietilestilbestrol antes del nacimiento.

Cuadro clínico.

En etapas iniciales no hay datos de síntomas, sin embargo, cuando el cáncer es más avanzado podemos encontrar:

- + Sangrado vaginal anormal.
- + Sangrado que ocurre entre los períodos menstruales regulares.
- + Aumento de flujo vaginal.
- + Sangrado después de relaciones sexuales, de un lavado vaginal o de examen pélvico.
- + Períodos menstruales más prolongados y más abundantes que antes.
- + Sangrado después de la menopausia.
- + Mayor secreción vaginal.
- + Dolor pélvico.
- + Dolor durante el coito.

En las etapas tardías cuando el cáncer se ha extendido encontramos:

- Pérdida de peso.
- Problemas urinarios infecciosos.
- Obstrucción del flujo de la orina por invasión a la vejiga.
- Estreñimiento y melena por invasión a recto y colon.

Cuando hay metástasis hacia sitios como hígado, pulmones, bazo, entre otros, los síntomas dependen del lugar afectado.

Diagnóstico.

Papanicolaou

Examina los cambios en las células del cuello del útero. La prueba puede detectar células cancerosas o células que pueden volverse cancerosas. Este estudio se realiza después de tres años después de tener su primera relación sexual vaginal y en general todas las mujeres deberían hacerse la prueba de Papanicolaou a partir de los 21 años de edad.

Se realiza por un profesional de la salud insertándose un espéculo en la vagina para ver el cuello del útero y se toma una muestra de células del interior y el exterior del cuello uterino.

Para poder realizarse este examen, la paciente debe de tomar en cuenta las siguientes sugerencias con 2 días de anticipación:

- + No tener relaciones sexuales.
- + No hacerse lavados vaginales.
- + No usar tampones.
- + No usar métodos anticonceptivos que se coloquen en la vagina, como espuma, crema o gel.

- ✚ No utilizar ningún medicamento que se coloque en la vagina.
- ✚ No aplicar lubricante vaginal.
- ✚ No emplear desodorantes femeninos en aerosol o en polvo.
- ✚ No nadar.
- ✚ No tome un baño en la bañera.
- ✚ Los resultados de la prueba se dan en 5 "clases" que van desde clase 1 (normal) a clase 5 (cáncer invasivo presente). Las clases 2 a la 5 requieren análisis posteriores que incluyen biopsia, para determinar la naturaleza y extensión de las anomalías y para diagnosticar el cáncer.

Colposcopia

Es un estudio que se realiza con una colposcopia, el cual es un instrumento que tiene una luz que ilumina la cérvix y magnifica el tamaño de lo que el examinador observa. Este estudio se realiza con la paciente acostada de espalda y colocando sus pies en los soportes. El examinador coloca el instrumento que ilumina el cérvix y después aplica una solución de vinagre a la cérvix y a la vagina con un copo de algodón o un palillo aplicador con algodón para que los tejidos anormales se hagan blancos y así poder identificar las áreas que necesitan ser evaluadas adicionalmente. Durante este proceso también se puede realizar una biopsia de los tejidos anormales para que posteriormente el patólogo examine las muestras y poder dar un resultado confiable.

Biopsia

Se hace extracción de tejido con anestesia local y un patólogo examina el tejido al microscopio para ver si hay células anormales.

Legrado o curetaje endocervical

El médico usa un raspador (un instrumento pequeño en forma de cuchara) para raspar una pequeña muestra de tejido del cérvix. Algunos médicos pueden usar un cepillo delgado y suave en lugar de un raspador.

Conización

El médico extrae una muestra de tejido en forma de cono. Una conización o biopsia de cono permite que el patólogo vea si las células anormales han invadido el tejido bajo la superficie del cérvix. El médico puede hacer estas pruebas en el hospital con anestesia general.

Entre otros estudios:

Análisis de sangre y orina, radiografías, ultrasonido de las áreas pélvica y abdominal.

Tratamiento.

Conización

La conización consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anomalía. La conización puede emplearse para extraer un pedazo de tejido para hacer una biopsia, pero también puede utilizarse para el tratamiento del cáncer incipiente del cuello uterino.

Excisión electroquirúrgica (LEEP)

Se utiliza para extraer el tejido anormal. El LEEP usa una corriente eléctrica pasada por un aro de alambre delgado que sirve como cuchilla. También puede usarse un rayo láser como cuchilla para extraer el tejido.

Histerectomía

La histerectomía es una operación en la cual se extrae el útero y el cuello uterino además del cáncer. Si el útero se extrae a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Si se extrae mediante un corte (incisión) en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal total. A veces los ovarios y las trompas de Falopio también se extraen; este procedimiento se llama salpingoforectomía bilateral.

La histerectomía radical es una operación en la cual se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extrae los ganglios linfáticos de la región. Este procedimiento se denomina disección de los ganglios linfáticos. (Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de frijol que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones).

Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, el médico puede extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina. Este procedimiento se llama exenteración y raramente se necesita. A veces es necesaria la cirugía plástica para formar una vagina artificial después de esta operación.

Radioterapia

La radioterapia (llamada también terapia de radiación) es una opción para mujeres en cualquier estadio del cáncer cervical. Las mujeres en una etapa temprana de cáncer cervical pueden elegir terapia de radiación en vez de cirugía. Esta terapia también puede usarse después de la cirugía para destruir cualquier célula

cancerosa que pudiera quedar en el área. Las mujeres con cáncer que se extiende más allá del cérvix pueden recibir radioterapia o quimioterapia.

La terapia de radiación usa rayos de alta energía para eliminar las células cancerosas y afecta únicamente las células en la parte tratada.

Los médicos usan dos tipos de radioterapia para tratar el cáncer cervical. Algunas mujeres reciben ambos tipos de terapia:

- ✚ Radioterapia externa: Una máquina grande dirige la radiación hacia su pelvis u otros tejidos donde se ha diseminado el cáncer. El tratamiento se administra ordinariamente en un hospital o clínica. Usted puede recibir radiación externa 5 días a la semana durante varias semanas. Cada tratamiento se lleva sólo unos pocos minutos.
- ✚ Radioterapia interna: Se coloca un tubo delgado dentro de la vagina. El tubo contiene un material radiactivo. Es probable que necesite permanecer en el hospital mientras tiene colocada la fuente radiactiva (hasta 3 días). O, la sesión de tratamiento puede durar unos pocos minutos y después usted puede irse a su casa. Una vez que se quita la sustancia radiactiva, no queda radioactividad en su cuerpo. La radiación interna puede repetirse dos o más veces durante varias semanas.

Los efectos secundarios dependen principalmente de cuánta radiación se administra y de la parte del cuerpo que recibe el tratamiento. La radiación en el abdomen y pelvis puede causar náuseas, vómitos, diarrea o problemas urinarios. Puede perder el vello del área genital. Además, la piel de la parte tratada puede enrojecerse, researse y hacerse sensible.

Puede experimentar sequedad, comezón o ardor en la vagina. Es posible que su médico le recomiende esperar a tener relaciones sexuales hasta que transcurran unas pocas semanas después que finalice el tratamiento de radiación.

Es probable que usted sienta mucho cansancio durante la radioterapia, especialmente en las últimas semanas del tratamiento. El descanso es importante, pero los médicos generalmente aconsejan a sus pacientes que traten de estar tan activas como sea posible.

Aunque los efectos secundarios de la terapia con radiación pueden causar molestias, estos se pueden tratar o controlar. Hable con su médico o enfermera acerca de las formas para aliviar el malestar.

Puede ser útil saber que la mayoría de los efectos secundarios se van cuando termina el tratamiento. Sin embargo, tal vez querrá conversar con su médico sobre los posibles efectos secundarios duraderos como resultado de la radioterapia. Por

ejemplo, la radiación puede hacer la vagina más estrecha. Una vagina estrecha puede dificultar las relaciones sexuales o pruebas de seguimiento. Hay formas de prevenir este problema. Sin embargo, si esto llega a ocurrir, su equipo de atención médica puede decirle las formas para ensanchar la vagina.

Otro efecto secundario duradero es que la radioterapia dirigida al área pélvica puede dañar los ovarios. Generalmente se detienen los períodos menstruales y las mujeres padecen bochornos y resequedad vaginal. En las mujeres más jóvenes hay más probabilidad de que vuelva el período menstrual. Las mujeres que quieran quedar embarazadas después de la radioterapia deberán preguntar a su equipo de atención médica sobre cómo preservar sus óvulos antes de comenzar la terapia con radiación.

Quimioterapia

La quimioterapia generalmente se combina con radioterapia para el tratamiento del cáncer de cérvix. Cuando el cáncer se ha diseminado a otros órganos, se puede usar sólo la quimioterapia.

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Los fármacos para el cáncer cervical se suelen inyectar en la vena. Usted puede recibir la quimioterapia en una clínica, en el consultorio del médico o en su casa. Algunas mujeres pueden necesitar permanecer en el hospital para el tratamiento.

Los efectos secundarios dependen principalmente de los fármacos que se usan y de la dosis. La quimioterapia destruye células cancerosas que crecen con rapidez, pero los fármacos pueden también dañar las células normales que se dividen con rapidez, tales como:

- ✚ Glóbulos de la sangre: Cuando la quimioterapia hace bajar las concentraciones de glóbulos de la sangre sanos, usted tiene más probabilidad de contraer infecciones, de magullarse o de sangrar con facilidad y puede sentir mucha debilidad y cansancio. Su equipo de atención médica le hará análisis de sangre para vigilar las concentraciones bajas de glóbulos de la sangre. Si las concentraciones están muy bajas, su equipo de atención médica puede detener la quimioterapia por un tiempo o reducir la dosis del fármaco. Existen además medicamentos que pueden ayudar a que su cuerpo produzca glóbulos nuevos.
- ✚ Células en las raíces del pelo: La quimioterapia puede causar la pérdida del pelo. Su pelo volverá a crecer al finalizar el tratamiento, pero es posible que sea diferente en color y textura.
- ✚ Células que revisten el aparato digestivo: La quimioterapia puede causar falta de apetito, náuseas y vómitos, diarrea o llagas en la boca y labios. Su equipo de atención médica puede suministrarle medicamentos y sugerirle otras formas de controlar estos efectos.

- ✚ Otros efectos secundarios pueden incluir salpullido en la piel, hormigueo o adormecimiento de las manos y pies, problemas auditivos, pérdida del equilibrio, dolor en las articulaciones, hinchazón de piernas y pies. Su equipo de atención médica puede sugerirle formas para controlar muchos de estos efectos secundarios. La mayoría desaparecen cuando termina el tratamiento.

Tratamiento preventivo.

Vacunarse contra el VPH

III METODOLOGIA

El estudio de caso tiene dos ejes uno metodológico sustentado en el proceso de Atención de enfermería y otro conceptual sustentado en la teoría de las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson.

El eje metodológico, permite a la enfermera identificar la independencia o grado de dependencia que presenta la embarazada en la etapa actual de desarrollo (embarazo). También permite identificar los problemas que están afectando molas necesidades de la embarazada, establecer los diagnósticos de enfermería y en función de ello tomar las decisiones que permitan planear, ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería que ayudan a la señora a mejorar su bienestar.

El eje conceptual, ayuda a la enfermera a centrar su cuidado en la persona y en sus necesidades, considerando los factores físicos, psicológicos, espirituales y culturales.

3.1 Valoración

La valoración de enfermería se realizó bajo el consentimiento de la mujer, se utilizaron la entrevista, la observación y la exploración física. Los datos obtenidos se registraron en la hoja de valoración de enfermería, la cual está diseñada por necesidades.

3.2 Diagnostico de enfermería

Los datos obtenidos en la valoración, fueron analizados teniendo como referente el conocimiento y la experiencia. A partir de este análisis se identificaron los problemas que afectaban las necesidades de enfermería y se formularon los diagnósticos de enfermería utilizando las etiquetas diagnosticas de la NANDA y el formato PES.

3.3 Planeación

Con base a los diagnósticos formulados, se tomaron las decisiones que permitieron planear los cuidados de enfermería para mejorar el bienestar de la embarazada.

Las intervenciones fueron de tipo independiente, dependiente e interdependiente; cada una de ellas fue fundamentada en el formato del plan de atención de enfermería.

Por cada diagnostico, se estableció un objetivo y los criterios de resultado.

El objetivo da claridad a la enfermera de lo que se pretende lograr para mejorar el bienestar de la mujer. Los criterios de resultado, permiten comparar y analizar los

resultados obtenidos después de la intervención con los resultados esperados (planeados en función de la teoría) y retroalimentar el plan de atención.

3.4 Ejecución

Para la ejecución de las intervenciones, se requirió de la experiencia y conocimiento de la enfermera. También fue necesaria la consulta de fuentes secundarias como; artículos impresos y electrónicos, libros y revistas, ya que en su mayoría, las intervenciones fueron de carácter educativo e informativo.

3.5 Evaluación

Esta se hizo en función del objetivo y de los criterios de resultado; estos rubros dieron la pauta para evaluar el plan de atención inicial y retroalimentarlo. Siendo el proceso de atención de enfermería una opción para la titulación, también se procedió a la búsqueda, lectura y análisis de documentos que permitiera dar un sustento teórico.

IV INSTRUMENTACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

4.1. VALORACION DE ENFERMERIA

DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE: M.M.M.

EDAD: 33 años SEXO femenino

ESCOLARIDAD 6°. Primaria ESTADO CIVIL Unión libre

LUGAR DE ORIGEN Alpuyeca RELIGION Católica

OCUPACIÓN Hogar

FECHA DE NACIMIENTO 30 Marzo 1975

1.- Respirar normalmente.

Regularmente no presenta datos de dificultad respiratoria, solo ocasionalmente al sentir un poco de desesperación al presentar sangrado, pues eso le tensa.

2.- Comer y beber adecuadamente.

A pesar de que el apetito es normal en cantidad, la única molestia que tiene es un poco de dolor abdominal esporádico y náuseas sin llegar al vómito. Eso no ha hecho que disminuya su alimentación.

3.- Eliminar los desechos corporales por todas las vías.

Intestinal 1 vez al día y vesical 3 veces al día, ambas eliminaciones normales.

4.- Mover y mantener una buena postura.

Sin ninguna alteración.

5.- Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.

Solo se recuesta pero sin dormir.

6.- Poder seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.

Siempre le gusta andar limpia y lo menos que se cambia de ropa es dos veces al día ella sola, sin ninguna ayuda.

7.- Mantener la temperatura corporal, dentro de límites normales.

No se siente con alteraciones

8.- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Baño diario dos veces al día, lavado de manos antes y después de ir al baño, cepillado de dientes 3 veces al día. Sin alteraciones en la piel.

9.- Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.

10.-Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.

Tiene mucha comunicación con su esposo principalmente y con su familia. Para dar a saber con quién de su familia decidirá que sus hijos se queden cuando ella no se encuentre.

11.- Vivir según valores y creencias.

Es de religión católica y ha procurado ser feliz al lado de su familia, hijos y esposo.

12.-Trabajar de manera que exista un sentido de logro.

Se ha dedicado al hogar.

13.-Jugar y participar en actividades recreativas.

Actualmente ya no realiza deporte, pues se siente agotada.

14.-Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal, a la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

4.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

A través de Proceso de Atención de Enfermería, ayudar a la persona a satisfacer su necesidad de duelo anticipado relacionado a cáncer cervicouterino invasivo, manifestado por tristeza, insomnio, desesperación y sufrimiento físico y psicológico.

NECESIDAD	PROBLEMA	DIAGNOSTICO
RESPIRAR		
COMER Y BEBER ADECUADAMENTE.	Desequilibrio nutricional por defecto Nausea	Desequilibrio nutricional por defecto relacionado a cáncer manifestado por pérdida de peso corporal y poca tolerancia a los alimentos y palidez de tegumentos, dolor o cólico abdominal. Nausea relacionado con irritación gástrica, por medicamentos manifestada por aumento de salivación.
ELIMINAR LOS DESECHOS CORPORALES POR TODAS LAS VÍAS.	Déficit del volumen de líquidos	Déficit del volumen de líquidos relacionado con sangrado transvaginal abundante, manifestado por palidez debilidad, hipotensión y pérdida de peso.
MOVER Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.		
DORMIR Y DESCANSAR, EVITAR EL DOLOR Y LA ANSIEDAD.	Deterioro del patrón del sueño.	Deterioro del patrón del sueño relacionado con pensamientos repetitivos sobre su enfermedad, manifestado por insomnio y preocupación.
EVITAR PELIGROS AMBIENTALES	Ansiedad.	Ansiedad ante la muerte relacionado al diagnostico de cáncer invasivo manifestado por preocupación sobre el

	<p>Dolor agudo.</p> <p>Riesgo de infección.</p>	<p>futuro de sus hijos.</p> <p>Dolor agudo relacionado con la anemia, manifestado por cefalea frecuente.</p> <p>Riesgo de infección relacionado a desnutrición, anemia, alteración de las defensas y aumento de exposición a agentes patológicos.</p> <p>Duelo anticipado relacionado con la pérdida de su propia vida manifestada por tristeza.</p>
-COMUNICARSE	Duelo anticipado.	

4.3 Objetivo: Lograr que el cliente exprese sus sentimientos y preocupación

DIAGNOSTICO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
	ID = independiente D = dependiente ITDinterdependiente.			
Duelo anticipado relacionado con la pérdida de su propia vida manifestada por tristeza.	ID=Planificar el tiempo para estar disponible para el cliente.	El hacerse accesible al cliente le permite a este conocer que el profesional de enfermería se preocupa.	Dispondrá del tiempo necesario para escuchar con atención las preocupaciones del cliente.	La paciente describe la causa y el nivel de ansiedad, verbaliza los sentimientos relacionados con la ansiedad. Describe los patrones habituales de afrontamiento. Verbaliza una mejora del bienestar emocional.
	ID=Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas, como la escucha atenta, el silencio, el ofrecimiento de pistas generales, la utilización de preguntas abiertas.	Las habilidades de comunicación terapéutica mejoran la exploración de los pensamientos y los sentimientos personales, y la expresión emocional del dolor.	Las estrategias de comunicación establecen seguridad y tranquilidad en medida de lo posible.	
	ID=Respetar los valores raciales,	Las expresiones de duelo defieren entre las	Se respetara su religión y la manera de pensar	

	<p>culturales, religiosos, y personales del cliente/familia en sus expresiones de duelo.</p> <p>ID=Asegurar al cliente que los sentimientos y las reacciones intensas son normales en un principio.</p> <p>ITD=Proporcionar información acerca del proceso de duelo y lo que hay que esperar: esto es, emociones inestables que se estabilizan a medida de que pasa el tiempo, y sentimientos de tristeza, culpabilidad, cólera, temor, soledad.</p>	<p>razas, las culturas, los grupos religiosos y las personas.</p> <p>Los clientes se sienten más cómodos al expresar su duelo en un entorno afectuoso, de aceptación.</p> <p>El conocimiento del proceso de duelo ayuda al cliente a comprender que los pensamientos y sentimientos personales son normales y aceptables.</p>	<p>del cliente nunca tratara de imponer creencias.</p> <p>El ambiente que se le brinda al paciente deberá incluir armonía y confianza.</p> <p>Se informara sobre las etapas del duelo para que entienda que es un proceso normal hasta llegar a la aceptación.</p>	
--	--	---	--	--

	<p>ID=Animar al cliente a expresar el duelo con los familiares, los amigos, y las personas de apoyo.</p>	<p>A veces los clientes son reacios a compartir el duelo por sus seres queridos porque no quieren agobiarlos. La comunicación de las inquietudes y temores, los planes y las esperanzas mutuas con las personas allegadas reconoce el duelo de los seres queridos, refuerza el sentimiento de participación y les ayuda a lo largo del proceso de duelo.</p>	<p>Se estimulara al cliente para que exprese sus sentimientos con sus seres queridos esto le brindara sensación de apoyo y seguridad.</p>	
	<p>ITD=Aceptar a la familia del cliente y a las personas de apoyo en su propio duelo y su deseo de ayudar a su ser querido.</p>	<p>La aceptación del duelo de los seres queridos fomenta una estructura de soporte familiar unida.</p>	<p>Se deberá incluir la participación de la familia para ayudar al cliente a sentirse querido y apoyado.</p>	

	<p>ITD=Proporcionar información sobre los recursos disponibles</p>	<p>Los clientes pueden disponer de los sistemas de apoyo exclusivos de los que no están informados. Muchos de los sistemas de apoyo personal están disponibles sin ningún costo (p. ej. El clero y tanatologo)</p>	<p>Se pedirá interconsulta con el servicio de tanatología teniendo en cuenta la aceptación del cliente.</p>	
--	--	--	---	--

Objetivo: Corregir el déficit de volumen.

DIAGNOSTICO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Déficit del volumen de líquidos relacionado con sangrado trasvaginal abundante, manifestado por palidez, debilidad, hipotensión y pérdida de peso.	ID= Valorar y documentar, la cantidad y características del sangrado trasvaginal ID=Valorar signos vitales; peso y turgencia de la piel. D=Administrar los medicamentos prescritos para evitar mayores pérdidas de fluidos.	Una valoración precisa permite a la enfermera desarrollar planes apropiados para una terapia de reposición de fluidos. Un peso corporal estable es un indicador de buen equilibrio hídrico corporal. Cuando hay deficiencia en el volumen de líquidos, también existe la pérdida de electrolitos séricos por lo tanto cualquier deficiencia deberá ser corregida.	Se deberán evaluar constantemente las pérdidas de líquidos registrando la cantidad y características. Se debe pesar diariamente para verificar si hay una estabilidad. Se ministraran los electrolitos de los que se determine un deficiencia y de esta manera corregir las pérdidas. (Sodio,	Experimenta una reducción o alivio del factor causal de la pérdida de fluidos. Manifestó signos clínicos de hidratación adecuada. Signos vitales normales para la edad sexo y estado de salud. Membranas y mucosas húmedas. Buena turgencia y color de la piel, orientación en tiempo lugar y persona Peso estable. Presenta hemoglobina, hematocrito y

	<p>ID=Medir y documentar la ingestión y eliminación de fluidos.</p>	<p>La medición de la ingestión y eliminación permite a la enfermera determinar el equilibrio hídrico o el grado de alteración.</p>	<p>potasio, calcio etc.)</p> <p>Se llevara un control de líquidos en la hoja reglamentaria de la institución.</p> <p>Se estimulara para que inicie la ingesta de líquidos orales en pocas cantidades para evitar nausea y vomito.</p>	<p>osmolaridad del suero dentro de límites normales.</p>
<p>ID=Favorecer la ingestión oral de fluidos según este permitida, pautar las cantidades a ingerir durante cada turno.</p>	<p>Pautar cantidades de ingestión oral para cada turno y ayudar al cliente a conseguir objetivos a corto plazo.</p>			
<p>ID=Pesar al cliente a la misma hora todos los días y con el mismo tipo de ropa.</p>				

	<p>ITD=Determinar la osmolaridad sérica, hematocrito y niveles de hemoglobina.</p> <p>ID=Valorar la base de conocimientos del cliente y su familia.</p> <p>ID=Proporcionar información sobre las causas de déficit del volumen de líquidos, motivos para la terapia prescrita y prevención de recidivas.</p>	<p>Un aumento de la osmolaridad sérica, una hemoglobina y hematocrito elevados son indicativos de déficit intravascular del volumen de líquidos.</p> <p>La orientación de la familia permitirá que se lleven acabo las medidas preventivas en el déficit de volumen de líquidos.</p> <p>El entendimiento del cuadro y de las medidas preventivas por el cliente puede facilitar los cuidados necesarios de seguimiento.</p>	<p>Se tomarán de exámenes de laboratorio para determinar la evolución del paciente, haciendo un análisis comparativo de estos continuamente.</p> <p>Se orientara sobre los signos y síntomas de deshidratación y de las pérdidas trasvaginales.</p> <p>Se informara de las causas del déficit del</p>	
--	--	---	---	--

				volumen de líquidos para favorecer un entendimiento y se alertan sobre que hacer y como prevenir complicaciones en lo que sea posible.	
--	--	--	--	--	--

Objetivo: Evitar la presencia de nauseas.

DIAGNOSTICO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Nausea relacionado con irritación gástrica, por medicamentos manifestada por aumento de salivación	ID = independiente D = dependiente ITD interdependiente. Orientar al paciente sobre los efectos colaterales de los medicamentos oncológicos.	Los medicamentos de quimioterapia tienen como efecto adverso la irritación gástrica, nauseas y vomito.	Se informara que los medicamentos oncológicos tienen como efecto adverso nauseas y vomito, por este motivo se tratara en lo posible por el medico que se utilicen medicamentos protectores de la mucosa gástrica y antieméticos.	La paciente refiere que los medicamentos, antiemético y protectores de mucosa gástrica le ayudan a disminuir el malestar.

	<p>Ministración profiláctica antiemético.</p>	<p>La Ministración del profiláctica antiemético previene la presencia de nauseas y vomito.</p>	<p>Se deberá administrar medicamentos previamente indicados por el medico para evitar el vomito por lo menos 15 minutos antes de los alimentos como medida profiláctica.</p>	
	<p>Evitar alimentos irritantes de la mucosa gástrica.</p>	<p>Los alimentos condimentados, con picantes y con exceso de grasa causan irritación de la mucosa gástrica.</p>	<p>Se debe informar sobre los medicamentos que causen irritación gástrica, como grasa picante, cítrica y alimentos demasiados condimentados.</p>	
	<p>Ministración de protector de la mucosa gástrica.</p>	<p>Un protector de la mucosa gástrica forma una barrera que recubre la mucosa del esófago y estomago.</p>	<p>Se deberá administrar protector de la mucosa gástrica indicado por el medico para evita la lesión.</p>	

Objetivo: Disminuir el dolor, en intensidad y frecuencia.

DIAGNOSTICO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Dolor agudo relacionado con la anemia, manifestado por cefalea frecuente.	ID = independiente D = dependiente ITD interdependiente. Valora el grado de dolor	La valoración permite a la enfermera evaluar la eficacia de los analgésicos prescritos. Además la valoración y la documentación son responsabilidades legales esenciales.	Se debe valorar continuamente para que el paciente verbalice en una escala de 1 a 10 el dolor presentado en ese momento.	Demuestra alivio de dolor, manifestado por participación en las actividades requeridas 3-4 horas o más de sueño ininterrumpido por la noche.
	Administración de analgésico	La pauta de administración de analgésicos evita el dolor intenso.	Se aplicara analgésico previo a la intensificación del dolor.	
	Monitoriza la analgesia controlada por el paciente. Proporciona	La analgesia se potencia cuando los analgésicos opiáceos se asocian con AINE,	Se verificara si el efecto del analgésico es el deseado.	

	<p>alternativas no farmacológicas para aliviar el dolor.</p> <p>Consulta con el médico para modificar las órdenes sobre analgésica ineficaces en función de las necesidades.</p>	<p>los opiáceos se unen a los receptores de opiáceos en el sistema nervioso central. Los AINE actúan sobre los tejidos periféricos que reciben el estímulo doloroso.</p> <p>La tolerancia al dolor varía significativamente entre individuos. La dosis administrada de basa en el informe del cliente sobre el dolor.</p>	<p>Se valorara continuamente la presencia y tolerancia al dolor.</p>	
--	--	---	--	--

Objetivo: Disminuir la ansiedad

DIAGNOSTICO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Ansiedad ante la muerte relacionado al diagnostico de cáncer invasivo manifestado por preocupación sobre el futuro de sus hijos	ID=Ayudar al cliente a determinar las fuentes de ansiedad y a determinar el nivel: leve moderado, grave y pánico. ID=Estimular al cliente a verbalizar sus sentimientos y expresar sus emociones (llorar y gritar.	La ansiedad puede ser experimentada tanto a nivel consciente, como subconsciente o inconsciente. Se manifiesta en cuatro niveles: leve, moderada, severa y pánico. El compartir las preocupaciones y expresar emociones pueden reducir los sentimientos del cliente en cuanto a	Se valora de acuerdo a la sintomatología el grado de ansiedad del cliente. Se estimulará al cliente a expresar sus sentimientos de la manera en que ella los pueda expresar para sentirse liberada de un carga emocional en lo	La paciente describe la causa y el nivel de ansiedad, verbaliza los sentimientos relacionados con la ansiedad. Describe los patrones habituales de afrontamiento. Verbaliza una mejora del bienestar emocional. Se siente apoyada por su familia y por el personal de salud.

	<p>ID=Ayudar al cliente a reconocer sus patrones habituales de afrontamiento y la eficacia de los mismos.</p>	<p>sentirse solo y abrumado por las situaciones estresantes.</p>	<p>que sea posible.</p>	
		<p>La identificación de las estrategias de afrontamiento habituales permite que el cliente determine la efectividad de los mecanismos de afrontamiento existente y a considerar el desarrollo de nuevas estrategias que sean más adecuadas para la situación presente.</p>	<p>El cliente llevará acabo estrategias para afrontar las causas que determinen la ansiedad.</p>	
	<p>ID=Proporcionar seguridad y comodidad.</p>	<p>Una estimulación sensorial excesiva puede incrementar la ansiedad del cliente.</p>	<p>Se deberá proporcionar un entorno que le proporcione armonía y tranquilidad al cliente.</p>	

	<p>ID=Permanecer al lado del cliente dar soporte a sus estrategias de afrontamientos actuales.</p> <p>ID=Hablar lentamente y de forma sosegada</p>	<p>Al proporcionar una presencia reafirmante de la sensación del cliente se le da apoyo en su afrontamiento de su situación.</p>	<p>La enfermera deberá apoyar continuamente al paciente.</p>	
--	--	--	--	--

Objetivo: Disminuir el riesgo de infección

DIAGNOSTICO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Riesgo de infección relacionado a desnutrición, anemia, alteración de las defensas y aumento de exposición a agentes patológicos	<p>ID = independiente D = dependiente ITDinterdependiente.</p> <p>ITD=Enseñar al paciente acerca de: El objetivo de los fármacos ejemplo la terapia antibiótica profiláctica.</p> <p>El control del estado de salud ejemplo: las constantes vitales' la auscultación pulmonar.</p>	<p>La valoración regular permite una detección precoz de los procesos infecciosos y un tratamiento precoz.</p> <p>Las crepitaciones y gorgoteos auscultados indican la presencia de líquido o moco en las vías aéreas, la orina turbia mal oliente y esputo hediendo manchado, u otros drenajes anómalos, pueden indicar la presencia de bacterias.</p>	<p>Se informara al cliente sobre la manera profiláctica de los antibióticos.</p> <p>Se valorara continuamente las características del sangrado trasvaginal. Y la presencia de decrepitaciones pulmonares debido a la estancia de hospitalización prolongada.</p>	<p>El cliente: verbaliza la comprensión de los factores de riesgo individuales relacionados con el riesgo de infección.</p> <p>Verbaliza la comprensión de las medidas de precaución que se llevan a cabo para prevenir a reducir el riesgo de infección.</p> <p>Permanece libre de infección nosocomiales durante la hospitalización.</p>

	<p>ID=Llevar a cabo las precauciones asépticas apropiadas y justificadas.</p>	<p>Las precauciones apropiadas reducen el riesgo de transmisión de microorganismos al cliente y de los de este a otros. El conocimiento personal de las conductas de riesgo puede producir cambios de comportamiento que reducen el riesgo.</p>	<p>Se llevarán a cabo procedimientos con las medidas estándares de precaución para prevenir infecciones nosocomiales.</p>	<p>Realiza prácticas apropiadas para estimular el buen estado de las defensas de soporte del cuerpo, higiene correcta inmunización apropiada.</p>
<p>ID=Controlar las constantes vitales y el color de la piel, alimentos en cada turno, o con más frecuencia, para detectar cambios que podrían indicar la presencia de una infección.</p>	<p>El aumento de la temperatura corporal, el enrojecimiento de la piel, y la frecuencia cardiaca y respiratoria aumentadas pueden indicar una infección sistémica.</p>	<p>Se vigilarán las constantes vitales para buscar presencia de hipotermia, o taquicardia.</p>	<p>Se valoraran en coordinación con el medico los resultados de laboratorio en busca de datos de infección.</p>	
<p>ITD=Valorar las cifras de los análisis de sangre, para detectar indicios de infección.</p>	<p>Un recuento leucocitario elevado, una velocidad de sedimentación de los eritrocitos elevada y un cultivo de sangre positivo son indicativos de infección.</p>			

	<p>ID=Preguntar al cliente acerca de la presencia de signos clínicos de infección.</p>	<p>La comprensión facilita la conformidad y la participación total del cliente en el régimen terapéutico.</p>	<p>Se valorará si la enseñanza al cliente es significativo, evaluando su grado de conocimiento mediante preguntas.</p>	
<p>ID=Inspeccionar la piel para detectar los signos de inflamación y el deterioro de la integridad tisular.</p>	<p>La inflamación indica una infección localizada. El deterioro de la integridad de la piel coloca al paciente en un riesgo alto de infección.</p>	<p>Se vigilará constantemente la integridad de la piel para prevenir factores de riesgo de infección.</p>		
<p>ID=Valorar el estado de inmunización y las prácticas del estilo de vida del cliente.</p>	<p>Las inmunizaciones proporcionan los anticuerpos apropiados para combatir las enfermedades contagiosa</p>	<p>Se interrogará sobre el esquema básico de vacunación, para prevenir el riesgo de que se contagie, o que este en contacto con pacientes de riesgo.</p>		

	<p>ITD=Según necesidad, elaborar y llevar a cabo un plan de enseñanza al cliente sobre la nutrición correcta, ingesta de líquidos adecuados, higiene correcta y la importancia de descanso</p>	<p>Una dieta equilibra y una ingesta de líquidos de 2500mL/día incrementa la salud de todos los tejidos corporales y permiten a estos mantenerse y reconstruirse. El reposo y el sueño además son esenciales para el mantenimiento de la salud. Las prácticas higiénicas corporales y bucales eliminan los microorganismos transitorios con lo cual se reduce la probabilidad de infección.</p>	<p>Elaborar con ayuda del servicio de nutrición una dieta balanceada que le brinde el soporte nutricional en lo posible. Se informará de las medidas higiénicas personales y dietéticas que previenen el riesgo de infección por bacterias.</p>	
--	--	---	---	--

Objetivo: Incrementar las horas del sueño

DIAGNOSTICO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Deterioro del patrón del sueño relacionado con pensamientos repetitivos sobre su enfermedad, manifestado por insomnio y preocupación.	ID=Valorar y documentar los patrones de sueño, diurno y nocturno, y comprar el potro actual con los hábitos usuales de sueño antes de este episodio de alteración de sueño. ID=Discutir pequeñas causas que contribuya a la alteración del patrón del sueño, miedos, problemas, conflictos no resueltos medicamentos.	Una valoración precisa permite a la enfermera y al cliente determinar la naturaleza exacta de la alteración. La identificación de las posibles causas ayuda a la enfermera y al cliente a planear intervenciones apropiadas para favorecer el sueño.	Se realizara una valoración sobre los hábitos cotidianos del sueño. Se identificará la posible causa de alteración del sueño para determinar las intervenciones de enfermería.	El cliente partida en la identificación de las posibles causas del problema de sueño. Participa en identificación de medidas que favorezcan un patrón de sueño. Expresa verbalmente su satisfacción con la calidad y cantidad del sueño por ejemplo: concilia el sueño a los 30-45 minutos de irse a la cama.

	<p>ITD=Incluir al cónyuge u otra persona significativa en la planificación del cuidado.</p> <p>ID=Explorar las técnicas que favorecen el sueño y los cambios en el estilo de vida que puedan contribuir a un periodo máximo de sueño.</p>	<p>La participación en la planificación de cuidados potencia la comprensión de las personas de apoyo de los planes específicos y favorece su cooperación.</p> <p>La implicación del cliente puede potenciar el cumplimiento de las intervenciones planeadas.</p> <p>Las medidas de relajación ayudan a conciliar el sueño.</p> <p>Un ambiente tranquilo y silencioso favorece un sueño reposado</p>	<p>Se planificarán los cuidados para evitar interrumpir el periodo de sueño, principalmente durante la noche.</p> <p>Se utilizan medidas de relajación como: Escuchar música Ingerir leche caliente Utilizar ropa cómoda Realizar masajes.</p>	<p>Duerme el número de horas especificado por la noche o durante periodos más prolongados entre la asistencia de enfermería.</p> <p>Informa sentirse descansado o fresco tras despertar.</p>
--	---	---	--	--

	<p>ITD=Proporcionar las medidas de confort deseadas por el cliente o ayudas para dormir al irse a la cama o antes, como colocación y apoyos adecuados, medicación para el dolor, ropa de cama, material de lectura, leche caliente o sedante prescrito.</p>	<p>Un entorno agradable y confortable favorece la relajación y conciliación del sueño por periodos más largos.</p>	<p>Se debe mantener un entorno limpio confortable, comodo, y evitar situación de estrés como el dolor.</p>	
	<p>ITD=Proporcionar un ambiente tranquilo, silencioso durante los periodos de sueño.</p>	<p>Un ambiente tranquilo y silencioso favorece un sueño reposado</p>	<p>Mantener la habitación en lo posible sin exceso de luz, evitar ruidos.</p>	
	<p>ID= Informar al cliente de antemano sobre las intervenciones asistenciales necesarias.</p>	<p>La preparación del cliente para despertarse y la planificación para minimizar los despertares disminuye el estrés y la</p>	<p>Se beberán planear las actividades de enfermería de una manera adecuada para no interrumpir</p>	

	<p>ITD=Ejecutar las medidas indicadas para prevenir evacuaciones frecuentes por la noche, como disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse.</p> <p>ID=Planificar actividades satisfactorias para el cliente durante el día .</p>	<p>ansiedad innecesarios, que pueden impedir el sueño posterior. Un tiempo de sueño de al menos 90 minutos ayuda al cliente a mantener un tiempo de sueño normal.</p> <p>Estas medidas evitan la necesidad de levantarse para evacuar frecuentemente.</p> <p>Las actividades diurnas satisfactorias estimulan la atención dificultando las siestas diurnas, que pueden alterar los ritmos cotidianos y el sueño nocturno.</p>	<p>durante la noche el sueño con procedimientos.</p> <p>Sugerir al paciente no ingerir abundantes líquidos durante la noche para evitar las micciones frecuentes. Otra sugerencia es que acuda al sanitario antes de acostarse para evitar en lo posible la interrupción del sueño.</p> <p>Mantener activo durante el día, evitar dormir para que en sueño nocturno sea más fácil de conciliarse.</p>	
--	--	---	---	--

	<p>ID=Animar al cliente a expresar sus preocupaciones cuando no sea capaz de dormir.</p>	<p>Expresar verbalmente las preocupaciones puede ayudar a aliviar la ansiedad y favorecer la relajación.</p>	<p>Expresará sus sentimientos con sus seres queridos y con la enfermera para liberar un poco de la carga emocional y sacar el estrés.</p>	
--	--	--	---	--

Objetivo: Establecer un régimen para mejorar la tolerancia de los alimentos.

DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Desequilibrio nutricional por defecto relacionado a cáncer manifestado por pérdida de peso corporal y poca tolerancia a los alimentos y palidez de tegumentos, dolor o cólico abdominal.</p>	<p>ID = independiente D = dependiente ITD interdependiente.</p> <p>ID = Comentar con el paciente los factores que contribuyen a la nutrición insuficiente.</p> <p>ITD = Instruir al paciente acerca del contenido de una dieta equilibrada según la pirámide de alimentos, adieta reciben prescrita y alimentos ricos en los nutrientes específicos requeridos.</p>	<p>Esta medida permite a la enfermera exponer la información que requiere el cliente e identificar la información falsa que posee</p> <p>Esta medida elimina una laguna de ignorancia y aporta información.</p> <p>El especialista en dietética puede establecer requisitos específicos de calorías, proteínas y otros para el cliente.</p>	<p>Se orientará sobre todos los efectos adversos del tratamiento para el cáncer ya que son los que le ocasionan su alteración en la nutrición.</p> <p>Se elaborará una dieta balanceada en coordinación con el servicio de nutrición y se orientará sobre la mejor forma de preparación e higiene de los alimentos.</p>	<p>El paciente: Identifica los factores que contribuyen a la ingestión nutricional insuficiente. Identifica las modificaciones dietéticas necesarias y los alimentos ricos en los nutrientes necesarios (calcio, hierro, proteínas, calorías totales). Consumo una dieta bien equilibrada para restablecer el déficit nutricional. Demuestra una disminución (o ausencia) de signos de malnutrición evidenciada por: Aumento de un número específico de</p>

	<p>ITD=Llegar acuerdos con el especialista en dietética según las necesidades.</p> <p>ITD=Controlar la ingestión de alimentos y de líquidos, efectuar el recuento diario de calorías Y obtener los valores analíticos apropiados.</p> <p>ID=Programar los procedimientos para que no se produzcan conflictos con la toma de alimentos.</p>	<p>La evaluación de estos parámetros proporciona los datos necesarios para conocer la ingestión de alimentos y líquidos.</p> <p>Si se lleva acabo una dieta balanceada el paciente aprenderá como obtener la ingesta de alimentos y líquidos necesarios para su equilibrio nutricional.</p> <p>Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el dolor y las nauseas inhiben el apetito.</p>	<p>Se tomarán en cuenta las necesidades calóricas diarias del paciente siendo evaluado por el servicio de nutrición.</p> <p>Se deberá orientar sobre el aporte calórico de los alimentos y sugerirle 5 comidas al día en poca cantidad para ayudar a la tolerancia de los alimentos.</p> <p>Evitar realizar en lo posible procedimientos innecesarios durante la noche. Aplicar los medicamentos adaptando horarios</p>	<p>Kg de peso corporal a la semana</p> <p>Normalidad en las Mediciones del pliego cutáneo.</p> <p>Señala un aumento de energía.</p>
--	--	---	---	---

	<p>D=Ministrar las indicaciones que hayan sido prescritas para el dolor y las nauseas.</p> <p>ITD=Permitir un periodo de descanso antes de las comidas según sea necesario.</p> <p>ITD=Efectuar o ayudar al paciente a realizar la higiene oral antes de las comidas.</p>	<p>La Ministración de antieméticos antes de la ingestión de alimento previenen las nauseas y el vomito.</p> <p>El reposo facilita al paciente la conservación de la energía necesaria para alimentarse así mismo.</p> <p>La higiene oral humedece y limpia las mucosas de la cavidad oral, estimula la salivación e incrementa el sentido del gusto.</p>	<p>aceptables para no interrumpir el sueño.</p> <p>Ministrará anticipadamente los analgésicos y antieméticos para evitar interrupción del sueño por esta causa.</p> <p>Sugerir al paciente que al ingerir el alimento sea lentamente de manera de que sea bien masticado para una adecuada digestión.</p> <p>Ayudar al cliente para que realice una higiene adecuada después de la ingesta de cada alimento.</p>	
--	---	--	--	--

	<p>ITD=Animar a las personas animadas a que Traigan alimentos adecuados de casa.</p> <p>ITD=Animar o permitir al paciente que elija los alimentos y planifique los horarios de comida. Ofrecer comidas pequeña as y frecuentes.</p> <p>ITD=Reforzar con frecuencia y de manera positiva en relación con el aumento en la ingestión de alimentos, las mejores elecciones, los cambios en el estilo</p>	<p>Los alimentos preparados en el hogar suelen estimular el apetito.</p> <p>El apetito del paciente puede mejorar cuando se le ofrecen sus alimentos preferidos. La participación del paciente también permite una oportunidad para que aprenda a cuidarse así mismo y para incrementar su autoestima.</p> <p>Tres grandes comidas al día pueden ser demasiadas para el paciente; las comidas pequeñas producen menos fatiga. Puede ser necesaria ayuda para garantizar la ingestión suficiente</p>	<p>Sugerir que a su alta los alimentos sean preparados en casa, evitando consumir alimentos de la calle.</p> <p>Llevar acabo una dieta en quintos. Con los alimentos sugeridos por el servicio de nutrición.</p>	
--	---	---	--	--

	<p>de vida, el aumento de peso, etc.</p> <p>ITD=Pesar diariamente al paciente a la misma hora y con la misma ropa; efectuar mediciones semanales del pliegue cutáneo; observar la aparición de signos de mal nutrición según las características definitorias para el paciente.</p>	<p>y adecuada de alimentos.</p> <p>Efectuar la medición del peso a la misma hora y con la misma ropa aumenta la fiabilidad de esta medición. Otras valoraciones determinan la eficacia de las distintas formas de intervención.</p>	<p>Llevar acabo un contante control de peso para identificar la evolución de la desnutrición.</p>	
--	---	---	---	--

V. CONCLUSIONES

La aplicación del proceso enfermero es indispensable para todo el personal de enfermería ya que es el mejor instrumento de brindar los cuidados correspondientes a cada uno de nuestros pacientes, aprender a diagnosticarlos y a descubrir cada una de las necesidades que requiera.

Los pacientes serán los principales beneficiados ya que también se les ayudara a que participen directamente sobre sus cuidados para lograr una pronta mejoría hospitalaria y continuarla en su domicilio junto con su familia o las personas allegadas.

Las enfermeras preparadas aplican conocimientos científicos y fundamentados, brindan la paciente calidad y calidez personal y profesional, cooperaran en los diagnósticos junto con los de la rama médica y paramédica en mejoría del paciente.

Finalmente habrá satisfacción de que por medio de cada proceso enfermero aplicado directamente a cada uno de nuestros pacientes brindándoles información sobre lo que deben de saber acerca de su padecimiento y métodos para su tratamiento obtendremos la evaluación esperada a través del objetivo que nos planteamos para su mejoría desde el inicio de este plan de cuidados.

La enfermera no debe de ser rutinaria sino resolutiva ya que nuestros pacientes depositan toda la confianza para ser atendidos por una enfermera capacitada y profesional.

VI BIBLIOGRAFIA

1. ATKINSON L, MURRAY ME. "Proceso de Atención de Enfermería." 2ª ed. México: El Manual Moderno; 1983:7.
2. ATKINSON L, MURRAY ME. "Proceso de Atención de Enfermería." 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.
3. ATKINSON L, MURRAY ME. "Proceso de Atención de Enfermería." 2ª. De. México: McGraw-Hill, 1983:32.
4. CARPENITO LJ. "Planes de cuidado y documentación en enfermería." Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1994:5.
5. CARPENITO LJ. "Manual de Diagnóstico de Enfermería." Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993: XXVIII.
6. GRIFFIT JW, CHRISTENSEN PJ. "Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos." México: El Manual Moderno; 1986:6.
7. <http://www.cancer.gov/>
8. http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_cervical
9. Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, CancerNet en <http://cancernet.nci.nih.gov>
10. IYER P, TAPICH B, BERNOCCHI-LOSEY D. "Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería." México: Interamericana McGraw-Hill; 1993:13.
11. LÓPEZ P. "Proceso de Enfermería." Rev. Iberoamericana de Geriátría y Gerontología 1994; 10:37-38.
12. LUIS MT. "Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial." Barcelona: Mosby, Doyma Libros; 1996:6.
13. LUIS MT. "Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica. Rol de Enfermería" 1991; 14:62.
14. MARRINER A. "Modelos y teorías de enfermería." Barcelona: Ediciones Rol; 1989:305.
15. PHANEUF M. "Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería." Madrid: Interamericana; 1993:139.

VI BIBLIOGRAFIA

1. ATKINSON L, MURRAY ME. "Proceso de Atención de Enfermería." 2ª ed. México: El Manual Moderno; 1983:7.
2. ATKINSON L, MURRAY ME. "Proceso de Atención de Enfermería." 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.
3. ATKINSON L, MURRAY ME. "Proceso de Atención de Enfermería." 2ª. De. México: McGraw-Hill, 1983:32.
4. CARPENITO LJ. "Planes de cuidado y documentación en enfermería." Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1994:5.
5. CARPENITO LJ. "Manual de Diagnóstico de Enfermería." Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993: XXVIII.
6. GRIFFIT JW, CHRISTENSEN PJ. "Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos." México: El Manual Moderno; 1986:6.
7. <http://www.cancer.gov/>
8. http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_cervical
9. Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, CancerNet en <http://cancernet.nci.nih.gov>
10. IYER P, TAPICH B, BERNOCCHI-LOSEY D. "Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería." México: Interamericana McGraw-Hill; 1993:13.
11. LÓPEZ P. "Proceso de Enfermería." Rev. Iberoamericana de Geriátría y Gerontología 1994; 10:37-38.
12. LUIS MT. "Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial." Barcelona: Mosby, Doyma Libros; 1996:6.
13. LUIS MT. "Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica. Rol de Enfermería" 1991; 14:62.
14. MARRINER A. "Modelos y teorías de enfermería." Barcelona: Ediciones Rol; 1989:305.
15. PHANEUF M. "Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería." Madrid: Interamericana; 1993:139.