



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



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**  
**APLICADO A UNA MUJER ADULTA JOVEN, CON**  
**ALTERACIÓN EN LAS NECESIDADES DE APRENDIZAJE, DE**  
**TRABAJAR Y AUTORREALIZARSE**

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

**PRESENTA**

**BEATRIZ LÓPEZ ALARCON**  
**No. DE CUENTA 094637854**

**DIRECTOR ACADEMICO**

---

**LIC. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ**

**VILLAHERMOSA, TAB. ABRIL DE 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

- Dedico este trabajo a mis padres:  
Gerardo López por tu ejemplo de vida, a mi madre Ernestina Alarcón, por su gran corazón y ese maravilloso espíritu de amor incondicional, sencillez y humildad. A ambos por sus aciertos y legados.
- A ti Jesús Antonio:  
Por ser mi compañero en la vida, por apoyar en mi crecimiento profesional, por la responsabilidad que compartes conmigo en el amor y la educación de nuestros hijos, gracias mi amor por seguir el maravilloso camino de la vida a mi lado.
- A mis tesoros: mis hijos.  
A ti mi adorado Jesús Antonio, a quien admiro porque al verte me motivas. Por ser un hijo noble y de buenos sentimientos. Por tu cariño, por enseñarme la limpieza de tu alma.  
A ti Beatriz Anayuth mi dulce niña, por todo tu entusiasmo, por tu ternura, tu amor y alegría, mi pequeña gran traviesa de gran carácter, por tu bella inocencia y por la confianza que depositas en mi, gracias.
- A mis hermanas:  
Salustia, Reyna, Vero y Dulce María: por creer y confiar en mí como hermana y enfermera.
- A mis hermanos:  
Carlos, Herminio y Javier por apoyarme siempre que los necesito y demostrarme su cariño incondicional.
- A usted mi estimada maestra y amiga:  
Consuelo de los Reyes quien demuestra en cada palabra que está comprometida con su labor como docente, apoyando con entusiasmo cada vez que se lo solicitan.
- A mi director académico:  
Maestro Federico Sacristán Ruiz, por no solo manifestar lo que está mal... sino por dar ese consejo y enseñanza clave en el avance de mi profesionalización, con gran paciencia, amabilidad y respeto.
- A ti el Gran arquitecto de la vida por que la vida misma es el legado más valioso que se me ha otorgado, **Gracias a Dios.**

# INDICE

PAG

Introducción.....	1
Justificación.....	3
Objetivos.....	4
Metodología.....	5
Capitulo I. Marco Teórico.....	7
1.1 Proceso Atención de Enfermería.....	7
1.2 Objetivo.....	7
1.3 Diferencia, entre Proceso y Proceso Atención de Enfermería.....	8
1.4 Etapas del Proceso Atención de Enfermería .....	8
1.5 Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.....	20
1.6 Fisiopatología del Cáncer Cervico Uterino.....	25
1.7 Intervenciones de Enfermería en el Carcinoma del Cuello Uterino.....	37
Capitulo II. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería.....	39
2.1 Presentación del Caso Clínico.....	39
2.2 Valoración de Necesidades.....	41
2.3 Diagnóstico de Enfermería.....	49
2.4 Planeación, Ejecución y Evaluación.....	53
2.5 Plan de Alta.....	78
Conclusiones.....	95
Sugerencias.....	96
Bibliografía.....	99

## INTRODUCCIÓN

El trabajo que presento es sobre el Proceso Atención de Enfermería, el cual se aplica a una paciente con alteración en sus necesidades, según el Modelo de Virginia Henderson basado en 14 supuestos, de las necesidades de la persona.

El Proceso Atención de Enfermería es un modelo teórico enfermería que permite sustentar científicamente el quehacer diario de la enfermera de una forma lógica y ordenada, utilizando para su elaboración y aplicación 5 etapas, las cuales son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación, y se describen minuciosamente en la metodología del Proceso.

Este Proceso Atención de Enfermería se aplico a una persona adulta joven del sexo femenino, con alteración de sus necesidades de evitar peligros, comunicación, trabajar y autorrealizarse, así como en la necesidad de aprendizaje principalmente. Esta persona padece de un carcinoma *in situ* del cuello uterino; enfermedad más común en mujeres en edad reproductiva y de bajo nivel social, cabe mencionar que esta enfermedad tiene un buen pronóstico y tratamiento que pudiera ser ambulatorio pero si no se trata a tiempo las complicaciones pueden ser mortales.<sup>1</sup>

Se menciona también brevemente sobre la fisiopatología del cáncer cervico uterino, su epidemiología, pronóstico, alternativas de manejo diagnóstico diferencial y complicaciones.

Para la realización del Proceso Atención de Enfermería se requiere que la enfermera tenga la capacidad de observación, juicio crítico, análisis y conocimientos teóricos inherentes a la profesión de enfermería de la cual su objetivo principal es el **cuidado de la persona**. Resulta imposible dejar a un lado las características y valores que forman el perfil profesional de la enfermera como su calidad humana.

El desarrollo del Proceso Atención de Enfermería consiste principalmente en seleccionar una persona, valorar sus necesidades aplicando algunos métodos, como es principalmente la observación, la entrevista, la exploración física de la persona, ya obtenida esta información se planea el cuidado de la persona basándose en el diagnóstico de enfermería, enunciado elaborado para poder clasificar la necesidades encontradas, aquí sigue la parte que podría considerarse más importante del Proceso Atención de Enfermería por que se aplican las acciones de enfermería para ayudar a

---

<sup>1</sup> Giuseppe De Palo. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. Edit. Panamericana 1966. P. 534

resolver los problemas detectados en la persona, fundamentando científicamente cada intervención y al final, es importante mencionar, se evalúan las acciones para poder dar continuidad al cuidado o su vez revalorar a la persona y replantear el cuidado de enfermería.

## JUSTIFICACIÓN

La incidencia o mortalidad al año por carcinoma del cuello uterino *in situ*, es de 20 casos por cada 1000 mujeres al año.<sup>1</sup>

Tomando en cuenta que el cáncer cervico uterino *in situ* representa más de la mitad de todos los cánceres del sexo femenino y que en nuestro país todavía es una causa importante de muerte todo esto, nos motiva en la aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería que puede dejar cambios positivos importantes en nuestra paciente su familia y su entorno.<sup>2</sup>

El costo beneficio utilizado en esta enfermedad en los métodos de diagnóstico temprano y promoción para la salud son muy redituables en un 40% para aumentar la esperanza de vida en una mujer, socialmente activa y sobre todo en edad reproductiva.<sup>3</sup>

Tomando en consideración todas estas razones aplicaremos el Proceso de Atención de Enfermería con la intención de promover y fomentar la salud en la persona enferma así como ayudarle a mejorar su calidad de vida ya que esta enfermedad cuando se relaciona con en el virus del papiloma humano, podría degenerar a cáncer invasor y por consiguiente a la muerte si no es atendido a tiempo.<sup>4</sup>

Por otro lado esto nos hace crear conciencia en enfermería para poder aplicar nuestros conocimientos en la prevención, diagnóstico, control y tratamiento de la enfermedad.

---

<sup>1</sup> S. Berek Jonathan, F. Hacker Neville “Epidemiología y bioestadística” Ginecología Oncológica Practica. Edit. McGraw Hill 4a Edic. P. 244.

<sup>2</sup> Idem.; .

<sup>3</sup> Idem.;

<sup>4</sup> <http://www.papiloma.org/> Virus del papiloma humano 21 de agosto 2009.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Aplicar las etapas del Proceso Atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson en el cuidado enfermero de una paciente adulta joven con, alteración en las necesidades de aprendizaje, de trabajar y autorrealizarse, y así adquirir habilidades en el manejo del Método Enfermero

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Realizar la valoración de la persona de acuerdo al modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
2. Elaborar y jerarquizar los diagnósticos de Enfermería.
3. Planear y ejecutar intervenciones de Enfermería.
4. Satisfacer de manera individual las necesidades identificadas de la persona, que contribuyan en el mejoramiento de su salud, y le permitan integrarse a su entorno familiar.

## METODOLOGIA

Un proceso puede definirse como una serie de acciones que van de un punto a otro para conseguir un objetivo y el objetivo primordial de la enfermería es **el cuidado de la persona**, basándonos en el Modelo de Virginia Henderson se elabora el presente Proceso Atención de Enfermería donde se identifican la 14 necesidades básicas del ser humano.

Para la elaboración del presente Proceso Atención de Enfermería, primero fue muy importante documentarse sobre el concepto del Proceso Atención de Enfermero.

En la práctica diaria, no siempre se elige a la persona enferma para aplicar el Proceso Atención de Enfermería, en este caso se eligió a una persona cuya patología era el Carcinoma *in situ* del cuello uterino y por virus del papiloma humano.

Aplicando las etapas del PAE y el Modelo de Virginia Henderson primero se hizo una **valoración** de la persona utilizando algunos métodos como son: la observación, la entrevista, la exploración física y otros para la obtención de información como: el expediente clínico, con la finalidad de identificar los problemas de salud que tiene la persona.

Los problemas detectados en la persona, se escribieron en forma de enunciado para integrar el **diagnóstico de enfermería**, que no es un diagnóstico médico sino una interpretación escrita o etiqueta diagnóstica que forma parte imprescindible del Proceso Enfermero. Los componentes del diagnóstico enfermero son el problema identificado, relacionado con lo que le está ocasionando el problema (factores relacionados) y manifestado por los signos y síntomas de la persona.

Con esta información se **planeo y jerarquizo** el cuidado de la persona de forma organizada y escrita para lograr la integración del equipo de salud de otros turnos en la continuidad del cuidado planeado en la persona.

En la etapa de **ejecución** se aplico el cuidado enfermero, por intervenciones de enfermería. En esta etapa fue importante seguirse documentando en las intervenciones de enfermería, investigando también sobre la patología de la enfermedad para conocer su evolución natural y no aplicar una acción de enfermería que pudiera causar más daño sino todo lo contrario poder aplicar con conocimiento de causa cada acción de enfermería planeada.

En la última parte de este Proceso Atención de Enfermería se hizo la **evaluación** de cada acción de enfermería, planeada con la finalidad de saber los resultados obtenidos de la acción de enfermería proporcionada.

El Proceso de Enfermería requiere, habilidades, conocimiento teórico, y creer en la individualidad de cada persona. Cada paso del Proceso de Enfermería se construye sobre la información obtenida de cada persona.

En resumen el Proceso Atención de Enfermería es una forma ordenada de obtener la información de una persona para poder organizarla, analizarla y así proporcionar los cuidados aplicables a las necesidades que identificamos en el paciente, para saber si nuestras acciones de enfermería fueron las más adecuadas y al mismo tiempo nos dan un punto de referencia para la valoración y el cuidado de otros pacientes. Nos hacen crecer como profesionistas por que permite actualizarnos día a día en el desempeño de la enfermería.

## **CAPITULO I. MARCO TEÓRICO**

### **1.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El proceso es un método para realizar algo, que por lo general abarca cierto número de pasos y que intenta lograr un resultado particular.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.) este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.<sup>1</sup>

El Proceso Atención de Enfermería, es un proceso científico simplificado,<sup>2</sup> constituido de cinco pasos, formado por la valoración de las necesidades asistenciales, el establecimiento del diagnóstico de enfermería, la planificación de la asistencia a los pacientes, la ejecución de la asistencia y la valoración de los resultados.<sup>3</sup>

### **1.2 OBJETIVOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

1. Evidenciar el Proceso Atención de Enfermería en forma teórica y práctica como un instrumento para la formación de enfermeras dentro de un campo profesional de la enfermería.
2. Contribuir en la enseñanza aprendizaje del paciente, su familia, el equipo de salud y de la comunidad para el manejo de la enfermedad.

---

<sup>1</sup> Moran Aguilar Victoria y Mendoza R Alba L., Proceso de Enfermería, Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE, 2ª Edic. Edit.Trillas.P. 45

<sup>2</sup> Ídem. P. 65

<sup>3</sup> Ídem. P. 73

## **Ventajas:**

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la calidad de su cuidado fundamentándolo científicamente de forma sistemática.<sup>4</sup>

Las características del proceso enfermero tienen la siguiente finalidad: se dirige a un objetivo es sistemático, interactivo, flexible y se sustenta en bases teóricas.

### **1.3 DIFERENCIA, ENTRE PROCESO CIENTÍFICO Y PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

**1.3.1** La investigación científica es la búsqueda intencionada de conocimientos o de soluciones a problemas de carácter científico; el método científico indica el camino que se ha de transitar en esa indagación y las técnicas precisan la manera de recorrerlo.<sup>5</sup>

El proceso es un método científico en el cual se llevan a cabo varios pasos para llegar a un fin.

**1.3.2** El Proceso Atención de Enfermería se lleva a cabo con varios pasos para llegar a un fin solo que es más interactivo y se basa en el razonamiento y buen juicio de la enfermera o enfermero que aplica el procedimiento basándose en las necesidades fisiológicas, emocionales, físicas del paciente y con base en el método científico.<sup>6</sup>

### **1.4 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

#### **1.4.1 VALORACIÓN**

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a

---

<sup>4</sup> Alfaro – Lefever Rosalinda. Aplicación del proceso enfermero. Elsevier masson, P. 32

<sup>5</sup> <http://www.monografias.com/trabajos15/invest-cientifica/invest-cientifica.shtml#concep> 21 agosto 1990

<sup>6</sup> Idem.; , P. 32

cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser las revistas profesionales, los textos de referencia.<sup>7</sup>

Esta fase comienza con la recopilación de aquellos datos del paciente que implica acciones de enfermería y termina con el diagnóstico de enfermería, que es una exposición de los problemas que aquejan al paciente.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.<sup>8</sup>

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos como motivación, conocimientos profesionales, tener empatía, habilidades y experiencia previas para realizar una adecuada valoración de la persona. Deberá comunicarse en forma eficaz, hacer observaciones adecuadas y atinadas, que le permitan la utilizar formularios y guías para recoger los datos de las necesidades de la persona.

- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.
- Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies”: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.<sup>9</sup>
- Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”: se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Si tiene que hacer una valoración inicial y buscar los problemas de

---

<sup>7</sup> B.W. Du Gas Tratado de Enfermería Práctica, Edi. Interamericana. P. 89.

<sup>8</sup> Idem.; . P. 90

<sup>9</sup> Moran Martínez José R., Guía metodológica para la gestión Clínica para el Proceso, Edit.Diaz de Santos. P. 277.

salud detectados en el paciente y los factores contribuyentes en los problemas de salud.

- En la valoración posterior confirmara los problemas de salud que hemos detectado, análisis y comparación del progreso del paciente así como de su retroceso obteniendo nuevos datos para estar actualizados en el estado de salud de la persona.

En la recolección de datos necesitamos la información correcta:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Los tipos de datos: Como los datos subjetivos (No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Describe sentimientos). Y los datos objetivos (se pueden medir por cualquier escala o instrumento) y dos tipos de datos como son los datos históricos y los datos sobre el problema de salud actual.<sup>10</sup>

Así también hay Métodos para obtener datos como son:

La entrevista clínica que es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

La observación que es primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

La exploración física: que es el examen o exploración física. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. Se centra, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría)<sup>11</sup>
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos,

---

<sup>10</sup>Ídem. P. 276.

<sup>11</sup> Brunert y Sudart, Manual de Enfermería Medico Quirúrgica Edit Interamericana, P. 87

vibraciones, consistencia y movilidad).

- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino.

### **ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:**

La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Necesidades de salud de la persona

### **DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:**

Es una prueba de carácter legal, Permite la investigación en enfermería y permite la formación pregrado y postgrado.

Las normas que Iyer (1989), que establece para la correcta anotación de registros en la documentación de enfermería son:

- A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, "normal", "regular", etc.
- D) Los hallazgos deben describirse de manera metódica, forma, tamaño, etc.
- E) La anotación debe ser clara y concisa.
- F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

## 1.4.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de Enfermería es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.<sup>12</sup>

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.<sup>13</sup>

Los Diagnósticos de Enfermería, ayudan a organiza y sistematizar las actividades de cuidados, permiten una mejor distribución de los recursos humanos y materiales, Favorece la definición la habilidad para identificar y tratar los diagnósticos de enfermería que se dan con mayor frecuencia, Posibilita la determinación de los costos reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costos reales de los cuidados brindados al usuario y facilita el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería brindados en un centro o institución e identifica las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas:<sup>14</sup>

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial) Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

---

<sup>12</sup> Alfaro Rosalinda, Leferver Aplicación del Proceso Enfermero, P. 137

<sup>13</sup> Idem.; , 137

<sup>14</sup> NANDA 1990.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

### **Tipos de diagnósticos:**

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos hay: reales, de riesgo, de bienestar:<sup>15</sup>

- **Diagnóstico Real:** describe respuestas humanas a procesos vitales y estados de salud que existen en una persona, familia o comunidad. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico.<sup>16</sup>
- **Diagnóstico de Riesgo:** describe respuestas humanas a procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Tiene únicamente factores de riesgo. PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E)<sup>17</sup>
- **Diagnóstico de bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.<sup>18</sup>

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento

---

<sup>15</sup> Alfaro Rosalinda, Leferver Aplicación del Proceso Enfermero, P. 137

<sup>16</sup> Idem.; .

<sup>17</sup> Idem.; .

<sup>18</sup> Ackley Bety J. Gail B. Ladwing, Manual de diagnósticos de enfermería.

colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problema colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los diagnósticos de enfermería (D.E.)

### 1.4.3 PLANEACIÓN

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas,<sup>19</sup>

#### Etapas en el Plan de Cuidados

**Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente.<sup>20</sup>

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

---

<sup>19</sup> Carpenito (1987) e Iyer (1989)

<sup>20</sup> Maslow 1972

- **Planteamiento de los objetivos.** Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir objetivos de la persona con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Existen dos tipos de objetivos:

Objetivos de enfermería o criterios de proceso.

Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

## **Objetivos de enfermería**

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:<sup>21</sup>

- Corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

## **Objetivos de la persona/paciente**

Las principales características de los objetivos de la persona son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto)

**Las actuaciones enfermeras** son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborará acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema<sup>22</sup> sin dejar a un lado la participación de los familiares.

Las características de las actuaciones de enfermería son:<sup>23</sup>

- Serán coherentes con el plan de cuidados,
- Estarán basadas en principios científicos..
- Serán individualizados para cada situación en concreto.

---

<sup>21</sup> Brunert y Sudart, Manual de Enfermería Medico Quirúrgica Tomo I P. 134

<sup>22</sup> Idem.; (Iyer 1989)

<sup>23</sup> Idem.; (Iyer 1989)

- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.
- Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano.
- Las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente. Promoción de la salud. Prevenir las enfermedades, restablecer la salud, la rehabilitación, y acompañamiento en los estados agónicos.

### **Documentación en el plan de cuidados de enfermería**

El plan de cuidados de enfermería,<sup>24</sup> es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante.<sup>25</sup> Los cuidados individualizados, la continuidad de los cuidados, la comunicación y la evaluación.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos de la persona para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución)

Se han desarrollado desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:<sup>26</sup>

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos
- del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

<sup>24</sup> Griffith-Kenney y Christensen (1986),

<sup>25</sup> Bower (1982)

<sup>26</sup> Hunt (1978)

- Documento de evaluación

#### **1.4.4 EJECUCIÓN**

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

Es la fase que se presta realmente a la asistencia de enfermedades y, mientras el personal proporciona la asistencia, también efectúa valoraciones adicionales que se utilizan para identificar otros diagnósticos de enfermería.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

La ejecución de un plan de cuidado de enfermería facilita la continuidad del cuidado cuando se intercambia de una a otra enfermera, de un turno a otro, de una guardia a otra, de una clínica a otra, y de una disciplina a otra, también contribuye a la continuidad del cuidado identificando las metas a lo largo y corto plazo, haciendo una lista de las preferencias y expectativas del paciente y proponiendo enfoques de atención.

#### **1.4.5 EVALUACIÓN**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Griffith y Christensen (1982)

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado).<sup>1</sup>

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo: mediante la observación directa del examen físico y el examen de la historia clínica.

2.- Señales y síntomas específicos, mediante la observación directa, la entrevista y el examen de la historia clínica.

3.- Conocimientos: mediante la entrevista y el cuestionario.

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como "igual", "poco apetito", etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

## **1.5 GENERALIDADES DEL MODELO 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.

Contempló la práctica de enfermería independiente de la medicina. Las personas podrían llegar a satisfacer sus necesidades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. Cuando están enfermas o sanas, pero con las limitaciones citadas anteriormente, las enfermeras suplen a las personas, las refuerzan o trabajan en aumentar su voluntad o mejorar su conocimiento. Henderson defiende que la persona es un todo complejo, presenta catorce necesidades fundamentales, y se puede hallar una correlación con la jerarquía de necesidades de Maslow. *"La tendencia de la persona es ser independiente para alcanzar la satisfacción de sus necesidades!" (Kérouac, 1996)*

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como:

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

Virginia Henderson define a la enfermería como "La función propia de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a su muerte tranquila), tareas que el individuo realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios, y todo ello de forma que le individuo se sienta capaz de llevarlas a cabo lo más pronto posible.

## **Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson**

La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena) actividades que realizaría por sí mismo, si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”.

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:<sup>28</sup>

1. Persona : necesidades básicas
2. Salud : independencia, dependencia, causas de la dificultad o problema
3. Rol profesional: cuidados básicos de enfermería, relación con el equipo de salud
4. Entorno: factores ambientales, factores socioculturales.

Con la definición de la función de la enfermera, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados.

Persona: ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

- Necesidad de oxigenación
- Necesidad de nutrición e hidratación
- Necesidad de eliminación
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de descanso y sueño
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de termorregulación
- Necesidad de higiene y protección de la piel
- Necesidad de evitar los peligros
- Necesidad de comunicarse
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de trabajar y realizarse
- Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas
- Necesidad de aprendizaje.

### **1.5.1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

---

<sup>28</sup> Fernández, Carmen. Fundamentos de Enfermería pp. 128

### **1.5.2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc...

### **1.5.3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

### **1.5.4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA DEBIDA POSTURA**

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

### **1.5.5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR**

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

### 1.5.6. NECESIDAD DE SELECCIONAR LA ROPA ADECUADA, A VESTIRSE Y

#### DESVESTIRSE

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

### 1.5.7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DEL CUERPO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, POR MEDIO DE ROPAS ADECUADAS Y LA MODIFICACIÓN DE LA TEMPERATURA AMBIENTE

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

### 1.5.8. NECESIDAD DE MANTENERSE LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LA PIEL

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

### 1.5.9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LOS DAÑOS A OTRAS PERSONAS

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

### 1.5.10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS PARA EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES, O “SENSACIONES”

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

### 1.5.11. NECESIDAD DE PRACTICAR SU RELIGIÓN

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

### 1.5.12. NECESIDAD DE TRABAJAR EN ALGO QUE DE LA SENSACIÓN DE UTILIDAD

Aceptación del rol de cada uno.

### **1.5.13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE RECREO**

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

### **1.5.14. NECESIDAD DE APRENDER A SATISFACER LA CURIOSIDAD, AFÁN QUE CONDUCE AL DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD**

Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona.

Siendo la interrelación de cada una de estas necesidades con los restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.

Cuando no es posible satisfacer por uno mismo las 14 necesidades básicas, aparece una dependencia que según Henderson se debe a tres causas y que identifica como "falta de fuerza", "falta de conocimiento" o "falta de voluntad".

Independencia: capacidad de la persona para satisfacer por si mismo sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia: ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, se aplica en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención.

1. En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos.
2. Etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas.
3. En la etapa de evaluación, ayuda a determinar los criterios que indicaran los niveles de independencia mantenidos o alcanzados en el plan de cuidados.

Es importante tomar en cuenta los factores que influyen la satisfacción de las necesidades, estos factores son:

- Biofisiológicos

- Psicológicos
- Socioculturales

## 1.6 FISIOPATOLOGIA DEL CANCER CERVICO UTERINO

### 1.6.1 GENERALIDADES

El carcinoma *in situ* del cuello uterino es solo en aquellos casos que en ausencia de invasión, muestran una proliferación intraepitelial en cuyo espesor no se encuentra diferencia alguna.<sup>29</sup>

En el caso del carcinoma *in situ* trataremos lo que se refiere a la prevención secundaria, ya que la enfermedad se encuentra en un estadio sub-clínico pero tomaremos muy en cuenta la educación para la salud de esta paciente y su familia.

En la prevención secundaria de esta enfermedad se vuelca a la identificación de los grupos en riesgo, al reconocimiento y al tratamiento de las lesiones preneoplásicas, al diagnóstico preclínico y al diagnóstico temprano ya que el cáncer se inicia como una enfermedad localizada y a una fase de enfermedad no invasiva le sigue después de cierto periodo de tiempo la fase invasiva, primero la fase asintomática luego la sintomática.<sup>30</sup>

Las ventajas del diagnóstico temprano pueden ayudar de la siguiente manera:

- Menor extensión local de la neoplasia y en consecuencia;
- Menor agresión terapéutica,
- Menor incidencia de recidiva,
- Menores efectos mutilantes
- Menor incidencia de complicaciones relacionadas con el tratamiento.
- Moderada frecuencia de metástasis en ganglios linfáticos y en consecuencia: limitación del tratamiento quirúrgico, limitación de las terapias coadyuvantes y ausencia de metástasis a distancia.<sup>31</sup>

El cáncer es un proceso patológico que comienza con la transformación de células normales en anormales (neoplásicas) como resultado de un mecanismo no identificado. A medida que avanza la enfermedad local estas células anormales proliferan, ignorando las señales de regulación del crecimiento en el micro ambiente que rodea a la célula.<sup>32</sup>

---

<sup>29</sup> S. Berek Jonathan, F. Hacker Neville "Patología" Ginecología Oncológica Practica. P. 171

<sup>30</sup> Idem.; . P. 310

<sup>31</sup> Idem.; . P. 297-310

<sup>32</sup> C. DeWiy Susan, MNS, RNS Fundamentos de enfermería médico quirúrgica. P. 205.

Sin embargo, llega un momento en que adquieren características invasoras y surgen cambios en tejidos vecinos; es decir, infiltran y penetran en vasos linfáticos y sanguíneos, por lo que llegan a otros sitios del cuerpo y forman metástasis (diseminación del cáncer)<sup>33</sup>

El cáncer no es una sola enfermedad, como una causa única, sino un grupo de trastornos heterogéneos, con causas, manifestaciones, tratamientos y pronósticos diferentes.<sup>34</sup>

### **Concepto**

El carcinoma in situ del cuello uterino es solo en aquellos casos, que en ausencia de invasión muestran una proliferación intraepitelial en cuyo espesor no se encuentra diferencia alguna. El proceso puede interesar las criptas cervicales, sin que por esto, halla que crear un nuevo sub-tipo.<sup>35</sup>

El cáncer también puede definirse como una enfermedad desencadenada e influida por gran variedad de factores como virus, genes, agentes químicos y físicos. Los factores que intervienen en un tumor determinado pueden ser únicos o múltiples.<sup>36</sup>

Esta comprobado que la existencia de antígenos específicos en tumores provocados por agentes químicos, físicos o virales, pueden desencadenar una respuesta inmunológica. Las infecciones virales de células, pueden producir antígenos virales fuertemente inmunológicos en la superficie celular que aumenta el poder inmunógeno de antígenos específicos tumorales débiles.<sup>37</sup>

### **Clasificación**

Es muy extensa la lista de términos que se han empleado para definir las lesiones del epitelio pavimentoso cervical, potencialmente precursoras del cáncer, se comprende la notable confusión existente no sólo en el clínico, sino en la propia anatomo-patología.

Con la finalidad de intentar homogenizar nomenclaturas y definiciones, un comité de expertos reunidos en el año de 1961, recomendó el uso del término displasia para clasificar las lesiones precursoras, definiéndolo así: Todo epitelio escamoso situado sobre la superficie de las glándulas que muestren alteraciones en la diferenciación, sin alcanzar el grado de perturbación que caracteriza al carcinoma, la cual se puede clasificar en

---

<sup>33</sup> Idem.; . P. 206.

<sup>34</sup> Ibidem.; . P. 206.

<sup>35</sup> Ídem. P. 207

<sup>36</sup> C. DeWiy Susan, MNS, RNS Fundamentos de enfermería médico quirúrgica. P. 122

<sup>37</sup> Ídem. P. 123.

leve, moderada o grave.<sup>38</sup>

Atendiendo al grado de atipia de acuerdo al epitelio que se ha sustituido por células en grado variable, en el carcinoma in situ, se requiere que todo el grosor del epitelio se encuentre sustituido por células indiferenciadas.<sup>39</sup>

Por lo tanto la distinción entre displasia grave y carcinoma in situ es difícil, dando lugar a una situación en la que hay vaguedad de criterios diagnósticos y de su objetivismo interpretativo.<sup>40</sup>

El comité internacional de la terminología histológica de las lesiones del cuello uterino adopto la definición de carcinoma in situ del cérvix, para aquellos casos en ausencia de invasión, muestran una proliferación intraepitelial en cuyo espesor no se encuentra diferencia alguna.<sup>41</sup>

La displasia puede dividirse en tres grados: leve, moderada y grave. Esto según el grado de atipia celular y de la arquitectura epitelial. En realidad la distinción de las displasias en leve moderada y grave es subjetiva, y en lo que se refiere a la diferencia entre displasia grave y carcinomas in situ es a menudo arbitraria. Aunque afirmaban que estas eran lesiones “border line”, mientras que la displasia grave y el carcinoma in situ deberían ser consideradas entidades que podrían superponerse, tanto desde el punto de vista biológico como morfológico.<sup>42</sup>

La displasia cervical es la “luz roja” que debe alertar al clínico frente a la atipia celular. \*Se utilizan dos clasificaciones para alteraciones premalignas del epitelio cervical. La clasificación tradicional describía displasia leve, moderada, severa y carcinoma in situ. La displasia leve define a las lesiones en que las células anormales afectan al tercio inferior del epitelio, y la displasia moderada las que toman la mitad del epitelio, y la displasia severa a los que toman casi todo el espesor, pero todavía quedan algunas células diferenciadas en la superficie del epitelio.<sup>43</sup>

El carcinoma in situ se diagnostica cuando existe diferenciación completa de todo el espesor del epitelio.<sup>44</sup>

El carcinoma in situ del cuello uterino o carcinoma intraepitelial; no se le debe incluir en ninguna estadística para carcinoma invasivo ya que se encuentra en una etapa 0 (cero) o pre invasivo.<sup>45</sup>

---

<sup>38</sup> Organización Mundial de la salud 1975

<sup>39</sup> C. DeWiy Susan, MNS, RNS Fundamentos de enfermería medico quirúrgica. P. 209

<sup>40</sup> Anderson 1985

<sup>41</sup> En el primer congreso internacional de citología exfoliativa en Viena (1961).

<sup>42</sup> S. Berek Jonathan, F. Hacker Neville Ginecología Oncológica Practica. P. 337

<sup>43</sup> S. Berek Jonathan, F. Hacker Neville “ Patología” Ginecologia Oncologica Practica. P. 163

<sup>44</sup> Idem.; . P. 171

<sup>45</sup> Idem.; . P. 172

Todas las displasias importantes, desde leves hasta severas tienen capacidad para persistir o progresar a una anomalía más acentuada o ir directamente al carcinoma invasor.<sup>46</sup>

Otra Clasificación: Con Richart en 1967 propone el concepto de neoplasia intraepitelial cervical indicada con mayor frecuencia con el acromio NIC y anula el sistema dualista displasia - carcinoma in situ y considera a las lesiones pre-neoplásicas del cuello uterino como un fenómeno unitario, continuo e ingravesciente, con diversos grados de anomalías de diferenciación y de maduración celular en el espesor del epitelio cervical hasta el compromiso total de este, con la configuración morfológica del carcinoma in situ:

- 1.-EL NIC I Corresponde a la displasia leve.- se refiere al uso del término neoplasia para las lesiones cuya historia natural es incierta.
- 2.-EL NIC II Corresponde a la displasia moderada.- se refiere a las lesiones intraepiteliales del cérvix que tienen dos modelos diferentes de ploidia, algunas euploides, otras aneuploides. Las primeras son las que experimentan regresión con mayor frecuencia, las segundas son las que más a menudo progresan.
- 3.-EL NIC III corresponde a la displasia grave y al carcinoma in situ.- refiere a que la denominación unitaria NIC no toma en cuenta la histogénesis de la neoplasia intraepitelial y por lo tanto, tampoco los diferentes aspectos morfológicos (queratinizante, no queratinizante y de células pequeñas) de la lesión.<sup>47</sup>

### **Epidemiología.**

Recientemente los epidemiólogos han prestado atención a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), existe un único estudio de casos controles en el cual se correlaciona la presencia del DNA del VPH con otros factores del riesgo del carcinoma invasor del cuello uterino, y por último un único estudio identifica la prevalencia del DNA el VPH 16 -18, donde se cita que esta es del 67% en mujeres con carcinoma invasor del cérvix y de un 43% en grupos controles. La historia natural convencional del carcinoma del cuello uterino, ataca más frecuentemente a mujeres de la raza negra y mestiza de 40 a 60 años de edad.<sup>48</sup>

Se estima que el cáncer cervicouterino causa alrededor de 500.000 muertes al Año en el mundo.

En los últimos 10 años se ha mantenido como la segunda neoplasia en orden de frecuencia; sin embargo, para la población femenina se ha ubicado en el primer lugar. En el grupo de 30 a 44 años es la tercera causa de

---

<sup>46</sup> S. Berek Jonathan, F. Hacker Neville " Patología" Op cit. P. 163

<sup>47</sup> S. Berek Jonathan, F. Hacker Neville Ginecología... Op cit.; P. 336

<sup>48</sup> S. Berek Jonathan, F. Hacker Neville " Patología" Op cit. P. 163

muerte y una de las primeras 10 en todos los grupos de edad hasta los 64. En los últimos tres lustros la tendencia de la mortalidad por esta causa se ha mantenido estable, con un rango de 3.3 a 4.5 defunciones por 100 mil derechohabientes usuarios. Las tasas específicas de mortalidad se incrementan a medida que aumenta la edad. Si se toma como referencia a las mujeres menores de 40 años y se compara con cada uno de los grupos etáreos, el riesgo de fallecer por esta neoplasia es cinco veces mayor para el grupo de 40 a 49 y se eleva hasta 10 veces en las mujeres mayores de 80 años.<sup>49</sup>

### **Etiología**

El agente causal se considera desconocido, que actuando sobre células de reserva o sobre el epitelio metaplásico de la zona de transformación normal (ZTN), extremadamente receptible para cualquier agente nocivo, y en presencia de cofactores inmunológicos, hormonales, etc determinan una proliferación epitelial que puede mantenerse como tal, experimentar regresión y/o progresión ó derivarse en sentido neoplásico y el virus del herpes simple tipo 2, y la clamidia.<sup>50</sup>

Existen también cofactores aun admitiendo el VPH en la oncogénesis, no podemos pensar que sólo la infección por VPH sea capaz de individualizar la transformación neoplásica, pero podemos resumir la participación del virus de la siguiente manera:<sup>51</sup>

- Algunos VPH son potencialmente oncogénicos (16, 18 y 31).
- Los factores del huésped controlan y previenen al crecimiento maligno inducido por estos virus,
- Los carcinógenos químicos o físicos actúan sinérgicamente con el VPH determinando la inducción neoplásica.
- Factores inmunológicos.- Por la inmunodeficiencia endógena y exógena en la génesis del carcinoma del cuello uterino.
- El humo del cigarrillo afecta al desarrollo del VPH más rápidamente debido a cambios propios del embarazo en el sistema inmunológico.
- Los anticonceptivos orales disminuyen la respuesta inmunológica.
- Los esteroides son capaces de aumentar la replicación viral en cultivos.

---

<sup>49</sup> Kuri Morales Pablo. Manual para la vigilancia epIdem.: iológica. CONAVE  
<http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/manuales/Cancer/man-cancer.htm> 24 AGO 2009.

<sup>50</sup> Idem.; . 163-164

<sup>51</sup> Idem.; . 163- 165

- También se relaciona con tener múltiples parejas sexuales.

### **Cuadro Clínico**

El carcinoma in situ del cuello uterino alcanza su incidencia en la tercera y cuarta década de la vida. Algunos VPH están relacionados con prurito vaginal o vulvar, flujo anormal, pero también estos datos son subjetivos de infecciones benignas.

El NIC es obviamente a sintomático, por ello no existen signos de alarma ni signos clínicos.<sup>52</sup>

### **Medios de diagnóstico**

**Colposcopia.-** Observando las lesiones del cérvix con un aumento, podemos identificar lesiones patognomónicas con punteados irregulares del epitelio cervical o mosaico irregular (células agrandadas en forma de mosaico). Los orificios y el epitelio blanco engrosado, y todas las lesiones que constituyen la zona de transformación anormal (ZTA) que pueden asociarse con, NIC I, NIC II y NIC III.<sup>53</sup>

**Citología.-** Por este medio de diagnóstico existen falsos positivos o falsos negativos que van de un 40 al 80%, y como se sabe, se utiliza el método de Papanicolaou, para toma de muestra endocervical y exocervical, la cual es realizada por el citotecnólogo, en donde se puede observar abundantes coilocitos, hiper Cromasia, displasia moderada, displasia grave, carcinoma in situ u otras alteraciones citológicas.<sup>54</sup>

**Histología.-** Mediante la toma de una muestra dirigida del cérvix por medio de colposcopia, se manda a analizar tejido por el patólogo el cual puede encontrar que el epitelio muestra un proceso plano y espesor constante ó apenas aumentado, hiper Cromasia, discariosis, mitosis típicas, núcleos anormales, superficialización de la actividad mitótica, forma de células pequeñas con fenómenos regresivos ó necrobióticos y en las células grandes queratoblastosis con núcleos pignóticos, hiperqueratosis y leparaqueratosis. En las células grandes no queratoblásticas, células de aspectos variables con respecto a las anteriores y sin queratinización.<sup>55</sup>

**Tipificación Viral.-** Son métodos costosos en los cuales es importante valorar ¿Cuándo efectuar en clínica la tipificación viral? Son útiles cuando la colpocitología indica una lesión intraepitelial de bajo grado, en la cual no se

---

<sup>52</sup> S. Berek Jonathan, F. Hacker Neville "Patología" Op cit. P. 265

<sup>53</sup> Shakuntala Baliga, Principios y Práctica de colposcopia. Pp.18-19

<sup>54</sup> Ídem. Berek Jonathan, Pag 43- 66

<sup>55</sup> Shakuntala Baliga, Principios y Práctica de colposcopia. Pp. 18-24

encuentra lesión visible con la Colposcopia o cuando la paciente o el paciente rechaza el tratamiento.<sup>56</sup>

**Microcolpohisteroscopia.-** Permite la visión panorámica al contacto del cuello uterino, con un aumento variable de uno a ciento cincuenta de poder de resolución de un microscopio óptico. Permite observar in vivo el aspecto celular superficial de la mucosa que reviste el exocervix, la unión y los procesos de metaplasia incluso cuando estos acaecen en el endocervix.<sup>57</sup>

### **Diagnóstico Diferencial**

La capacidad de diagnóstico óptimo con respecto a la neoplasia cervical presupone un conocimiento profundo de la patogenia básica, por parte del médico así como pericia colposcópica y ginecológica además de importantes líneas de comunicación entre las distintas especialidades clínicas y anatomopatológicas.

El diagnóstico diferencial es difícil pero es posible realizarlo, mediante el muestreo dirigido del cervix (Colposcopia) para realización de estudios histopatológicos.

Existen algunos casos de cáncer invasor o microinvasor “ocultos” los cuales se tratan conservadoramente como si fueran casos de displasias leves o infección por virus del papiloma humano, ya que su diagnóstico aun por colposcopia es difícil.

Cuando se sospeche de estos casos se tomarán biopsias dirigidas para corroborar el diagnóstico y/o se realizará una conización diagnóstica la cual se enviará para el análisis histopatológico. (Conización diagnóstica)<sup>58</sup>

### **Tratamiento**

La evolución teórica del NIC es la de una progresión regular del NIC I, al NIC II, al NIC III y de allí a la invasión del estroma, es decir, al carcinoma invasor. Sin embargo, la historia natural es un problema no resuelto y en efecto el NIC I progresa a un NIC III o a carcinoma invasor es evidente que todo NIC debe ser tratado con el máximo rigor y eficacia cuando es diagnosticado. Por el contrario sino existe una relación en forma periódica, tratando sólo aquellos casos que muestran una tendencia evidente a la progresión.<sup>59</sup>

Debemos considerar tres factores importantes:

---

<sup>56</sup> Idem.; .18-24

<sup>57</sup> Shakuntala Baliga, Principios y Práctica de colposcopia. P. 36

<sup>58</sup> S. Berek Jonathan, F. Hacker Neville “ Patologia” Op cit.:P. 65

<sup>59</sup> Ídem. 337- 342.

1.-Interpretación diagnóstica.- hay diversas dificultades para esta interpretación diagnóstica, como son muestra insuficiente para el tratamiento.

2.-Que los patólogos encuentran a menudo áreas del NIC III en los límites de la lesión invasora. Esto indica que una biopsia no dirigida al sitio de mayor lesión puede alterar el diagnóstico.

3.-El diagnóstico del NIC III es “destructor” en el sentido de que requiere un material de biopsia adecuado. Por lo tanto, algunas lesiones pueden ser extirpadas por completo y curadas con una biopsia, determinando esto una reducción de los casos que se transformarían en invasores.<sup>60</sup>

Cuando la colposcopia y la biopsia revelan lesiones precursoras como la intraepitelial escamosa de bajo grado a la de alto grado, indudablemente se puede realizar los siguientes procedimientos.<sup>61</sup>

**Conización con bisturí en frío.** Técnica que consiste en extirpar la zona de transformación del cérvix en forma de cono, mediante un bisturí. Posteriormente el cono es analizado por patología para verificar el diagnóstico. Este procedimiento se hace bajo anestesia general haciendo abordaje quirúrgico por vía vaginal. Es una técnica diagnóstica y curativa. El porcentaje de curación es en un 90%, el porcentaje de recidiva es de un 10%.<sup>62</sup>

El costo de la hospitalización ha orientado hacia un empleo de tratamientos conservadores destructivos, que pueden ser realizados dentro del régimen de cirugía ambulatoria, sin hospitalización y sin anestesia, y se ha comprobado que los gastos se reducen en estos métodos hasta 24 veces, en comparación con procedimientos bajo anestesia general y bloqueo epidural.<sup>63</sup>

Los métodos citados son:

1.- **Crioterapia o criocirugía:** se basa en el congelamiento de los tejidos mediante gases inertes líquidos como son el CO<sub>2</sub> ó el N<sub>2</sub>O, que pueden alcanzar temperaturas de 100 grados centígrados, con tres minutos de duración. Las bajas temperaturas determinan efectos directos sobre los tejidos e indirectos sobre el micro círculo que los rodea, obteniendo un efecto necrotizante. La destrucción del tejido llega a 2-5 mm de profundidad. Las complicaciones son poco frecuentes. La tasa de éxito va de 27 al 90% en número de 3,000 pacientes. Sin embargo, el método crioquirúrgico no permite la destrucción selectiva del área afectada y comporta una amplia

---

<sup>60</sup> Ídem. 337- 342

<sup>61</sup> S. Berek Jonathan, F. Hacker Neville “ Patología” Op cit.; P. 337-342.

<sup>62</sup> Ídem. 337- 342

<sup>63</sup> Shakuntala Baliga, Principios y Práctica de colposcopia. Op cit.; P.187.

necrosis del tejido tratado, con persistencia de pérdidas vaginales y con prolongación del tiempo de curación.<sup>64</sup>

**2.- Coagulación en frío.-** Consiste en la destrucción del tejido por acción térmica. El tratamiento no requiere anestesia Tiene las mismas ventajas y desventajas de la criocirugía.<sup>65</sup>

**Diatermocoagulación profunda.-** Este procedimiento no debe realizarse a más de 2-3 mm de profundidad, ya que sí se sobrepasa lo anterior, provoca dolor y precisa por lo tanto el uso de anestesia.<sup>66</sup>

**Asa diatérmica.-** El tratamiento con este procedimiento, tiene escasa difusión, aun y cuando presenta algunas ventajas que merecen ser destacadas, como son: el asa diatérmica es un instrumento ablativo, constituido por un electrodo activo, moldeado en forma de semicírculo o semi-ovalado, con filamento metálico, cuyo espesor no debe ser superior a 2/10 mm, que se utiliza para la función de corte anticoagulante con emisión de corriente alterna de alta frecuencia, regulada en la medida apropiada. Su ejecución es simple, y una vez expuesto el cuello uterino con las lesiones epiteliales, se limpian las secreciones vaginales para que no interfieran estas con el proceso de degradación por calor de la zona a tratar.<sup>67</sup>

**Laserterapia.-** Es un tratamiento que consiste en dos procedimientos. La vaporización y la escisión del cono con del tejido cervical.<sup>68</sup>

**Vaporización -.** No permite el examen histopatológico. El instrumento para láser CO<sub>2</sub>, se usa junto con el colposcopio. El método en general consiste en destruir la zona de transformación, la cual resulta anormal, por medio de la vaporización del tejido. La ventaja de este método es que se pueden utilizar en casos especiales la combinación de los dos procedimientos citados, lo cual se efectúa en caso de exclusiva localización exocervical, destruyendo la zona afectada hasta una profundidad de 6 mm. El tratamiento es ambulatorio, con anestesia sólo local por infiltración, e inclusive se puede realizar sin anestesia.<sup>69</sup>

**Resección con láser.-** Este tratamiento se efectúa bajo control colposcópico, con las mismas indicaciones de la conización quirúrgica. El rayo láser, en otras palabras se emplea de manera similar al bisturí. El cono varía de 1 a 3 cm de altura sobre la base del sitio y extensión de la lesión. Se efectúa con anestesia local (carbocaina al 2% y adrenalina 1:000,000) por in filtración (8 cm<sup>3</sup> en total) en la superficie circular de incisión.

---

<sup>64</sup> Shakuntala Baliga, *Op.cit.*; Pp 188-189

<sup>65</sup> Idem.; . P. 187.

<sup>66</sup> Idem.; . P. 188-189

<sup>67</sup> Idem.; .

<sup>68</sup> Idem.; .

<sup>69</sup> Shakuntala Baliga, *Op.cit.*; P 188-189

Las ventajas de este procedimiento son que además de ser tratamiento ambulatorio, la posibilidad de intervenciones en áreas anatómicamente restringidas y de difícil acceso con el instrumental clásico. Así también proporciona la posibilidad de intervenciones en tejidos afectados, dada la propiedad esterilizante del láser. Permite el cierre de vasos sanguíneos y linfáticos de pequeño calibre en tiempo real (reducción intraoperatoria), dando como resultado escasa pérdida sanguínea (y en general durante todo el procedimiento), tiene buen resultado estético y el tratamiento es ambulatorio.

Las desventajas de este procedimiento son el costo elevado por la utilización del equipo láser y el requerimiento indispensable de la especialización en el uso del mismo.<sup>70</sup>

**Histerectomía simple.-** es un procedimiento quirúrgico, que se considera el tratamiento de elección para el carcinoma “microinvasor” del cérvix, no es el tratamiento de elección en el NIC III o carcinoma in situ, ya que se ha comprobado que al menos en el 1% de los casos después de la histerectomía puede recurrir. Para realizar este procedimiento hay que valorar si la paciente tiene otros síntomas de molestia, como dismenorrea intensa, posible endometriosis y enfermedad inflamatoria pélvica crónica, y la paciente puede mejorar con este tratamiento. Esto no significa sugerir este procedimiento a mujeres jóvenes que no han completado a su familia, si existen métodos menos mórbidos y costosos. Así también se deberá valorar el estado psicológico, social, cultural y anatómico-fisiológico de la paciente aplicando un amplio criterio ético y profesional.<sup>71</sup>

**Complicaciones del tratamiento.-** Existen pocas complicaciones en estos tipos de tratamiento conservadores-destructivos, sólo cuando no hay una buena hemostasia posterior al tratamiento, la paciente puede regresar con sangrado transvaginal abundante.<sup>72</sup>

### **Medidas preventivas**

- Obtener un frotis de Papanicolaou por lo menos una vez al año para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.
- Informar a la paciente que la promiscuidad sexual es un factor de riesgo importante en el carcinoma in situ del cuello uterino.
- Mantener una buena alimentación y buenos hábitos higiénicos. La frecuencia aumenta en un compañero sexual no circundado y el método de barrera disminuye el riesgo (preservativo).
- No fumar tabaco. Se ha comprobado que en pacientes con VPH puede desarrollarse más rápidamente hacia el carcinoma in situ.

---

<sup>70</sup> Ibidem.; ;

<sup>71</sup> S. Berek Jonathan, F. Hacker Neville “ Patología” Op cit.: P 353.

<sup>72</sup> Shakuntala Baliga, Principios y Práctica de colposcopia. Op cit.: P. 183

- Informar a la paciente que el coito precoz tan bien es un factor de riesgo en el cáncer cérvico uterino. La frecuencia de cáncer cérvico uterino aumenta en mujeres que inician vida sexual activa tempranamente (y antes de los 17 años, el riesgo es 4 veces superior).
- Hacerse un examen ginecológico por lo menos una vez al año.
- Informar a la paciente que la multiparidad tan bien es otro factor de riesgo importante. La frecuencia aumenta con el mayor número de partos.
- Informar a la paciente cuando es portadora del VPH que deberá asistir a una clínica de displasias.

La **vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)** es una vacuna contra ciertas variedades de enfermedades de transmisión sexual del virus del papiloma humano asociado con el desarrollo del cáncer cervical (o cáncer del cuello del útero) y las verrugas genitales. En mercado hay actualmente dos vacunas contra el VPH: Gardasil y Cervarix.<sup>73</sup>

Gardasil, vacuna recombinante tetravalente contra el virus del papiloma humano preventiva serotipos, 6, 11,16 y 18 para prevenir cáncer cervicouterino vaginal, vulvar verrugas genitales (condiloma acuminado), NIC I vulvar e infección por virus del papiloma humano.

La vacuna del virus del papiloma humano está contraindicada a quien tenga hipersensibilidad a los componentes de la vacuna.

Se aplica en adolescentes de 9 a 17 años y mujeres de 18 a 26 años, tres dosis individuales de 0.5ml.<sup>74</sup>

De los más de 100 tipos conocidos de VPH, se sabe que 37 son transmitidos a través de contacto sexual. En todo el mundo, la infección por VPH transmitido sexualmente es muy común en poblaciones adultas. Aunque algunos VPHs, como los tipos 6 y 11, pueden causar verrugas genitales, la mayoría de las infecciones genitales de VPH se producen sin causar síntoma alguno. Sin embargo, las infecciones persistentes con un subconjunto de cerca de 19 tipos de VPH de "alto riesgo" que pueden conducir al desarrollo del cáncer cervical u otros cánceres genitales/anales, y algunas formas de VPH, particularmente el tipo 16, se han encontrado asociadas a una forma de cáncer de la garganta. Solamente un pequeño porcentaje de mujeres con VPH va a desarrollar cáncer cervical sin embargo, la mayoría de los estudios científicos han encontrado que la infección por el VPH es responsable de virtualmente todos los casos de cáncer cervical.

<sup>73</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Vacuna\\_contra\\_el\\_virus\\_del\\_papiloma\\_humano](http://es.wikipedia.org/wiki/Vacuna_contra_el_virus_del_papiloma_humano)

<sup>74</sup> Merck Sharp Dchmede de México, S.A. de C.V. <http://www.msd.com.mx> 25 agosto 2009.

## **Estudios de laboratorio y gabinete**

Los estudios de laboratorio solo se indican en casos específicos, cuando hay deficiencias inmunológicas comprobadas o sospechadas y en casos de displasia recidivantes como son:

- VDRL (Venereou Disease Research Laboratories).
- B.H. (Bometría Hemática)
- HIV (Virus de la Inmuno Deficiencia Humana).

Los estudios de gabinete nos ayudan en el tratamiento de las pacientes para su mejor control y diagnóstico como son:

- Citología ginecológica y de seguimiento.
- Estudios histopatológicos (Biopsias de cérvix tomadas por colposcopia)
- Pruebas de hibridación leídas por inmunotransferencia. Leídas en microscopio óptico. Que son muestras de ácidos nucleicos extraídos de las células rotas.<sup>75</sup>

**Complicaciones del diagnóstico** El carcinoma in situ ciertamente puede ser controlado, con los métodos mencionados pero si no hay una detección oportuna o la paciente no responde inmunológicamente en contra de los antígenos carcinógenos el diagnóstico se agrava progresivamente a cáncer invasor, metástasis y muerte.<sup>76</sup>

## **1.7 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CARCINOMA DEL CUELLO UTERINO.**

**Atención de enfermería para pacientes con cáncer ginecológico** el cáncer ginecológico es una enfermedad invisible. Por esa razón, el impacto total del cáncer es ocasionalmente minimizado o silenciado por los pacientes, sus familias y los profesionales de la salud. La enfermera debe conocer la extensión de los ajustes realizados por las mujeres y las personas a su cargo, las inquietudes respecto al tratamiento, el sexo y la crianza de los hijos son frecuentes, el diagnóstico de una condición ginecológica tal como el cáncer de cérvix, útero u ovario, a menudo será acompañado por sentimientos de culpa, vergüenza, desprestigio y alteraciones de la imagen corporal. Las mujeres pueden resentir la falta de privacidad y encontrarse a la defensiva y molestas porque una parte tan privada de si mismas debe ser sometida a tratamiento. Algunas mujeres pueden asociar esta forma de cáncer con el castigo por una expresión sexual real o imaginaria. Este

---

<sup>75</sup> Shakuntala Baliga, Principios y Práctica de colposcopia. P. 260

<sup>76</sup> S. Berek Jonathan, F. Hacker Neville “ Patologia” Op cit.; P. 339.

sentimiento de deshonra y culpabilidad puede disminuir si las enfermeras adoptan una actitud de aceptación no pre juiciosa.<sup>77</sup>

La enfermera debe valorar el impacto de la enfermedad sobre la imagen personal de la mujer y como la enfermedad o el tratamiento pueden interferir con su función sexual normal. Por ejemplo, es frecuente experimentar una secreción vaginal acuosa durante aproximadamente dos semanas después de la criocirugía; por lo tanto, las mujeres deben evitar el contacto sexual y utilizar tampones durante este tiempo. Las relaciones sexuales normales pueden reiniciarse una vez que cesa la secreción.<sup>78</sup>

Los sentimientos de culpa, el disgusto y la vergüenza, previamente mencionados, pueden impedir que las mujeres formulen preguntas o realicen comentarios respecto a su actividad sexual. La enfermera debe hacer lo siguiente:<sup>79</sup>

- Establecer una relación de confianza mutua con la mujer, valorando detalladamente sus nociones preconcebidas sobre el cáncer y los efectos del tratamiento
- Aliviar los temores y los conceptos erróneos ofreciendo datos precisos y respondiendo las inquietudes.
- Procurar tanta privacidad y comodidad como sea posible.
- Estimular a la paciente a discutir las posibles "causas" del cáncer. La enfermera debe reiterar que el cáncer ginecológico tiene múltiples factores de riesgo y que su causa exacta es desconocida. La mujer no debe culparse a sí misma. Incluir pie de página
- Discutir en forma abierta y sensible los temas de fertilidad, expresión sexual, imagen corporal y los resultados del tratamiento.
- Animar a la mujer a seguir el plan completo de tratamiento, a realizarse citologías regulares y a practicar el sexo seguro en el futuro
- Ofrecer asistencia a los grupos de apoyo contra el cáncer.
- No prejuzgar.<sup>80</sup>

Dos de cada cinco mujeres no se someten rutinariamente a citología, siendo responsables de más del 50% de los cánceres cervicales. Esto dista mucho de ser óptimo (Bobak et al., 1995) La citología puede prevenir las muertes por cáncer cervical.<sup>81</sup>

---

<sup>77</sup> Brunert y Sudart, "la salud de Hombres y Mujeres". P. 365

<sup>78</sup> Idem.; . P. 357

<sup>79</sup> Idem.; . P. 358

<sup>80</sup> Brunert y Sudart, "la salud de hombre y Mujeres". Manual de Enfermería Medico Quirúrgica Edit. Interamericana, P. 369

<sup>81</sup> Ibidem.

---

<sup>i</sup> Según Iyer.

## **CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Primer día de ingreso por servicio de urgencias:

20:00 horas. Llega la señora E.M. por el servicio de Urgencias con una hoja de resultado de Papanicolaou con diagnóstico de NICII<sup>I\*</sup> y VPH<sup>\*\*</sup>. Originaria de Salto de Agua Chiapas, Procedente de la Cda. de Tenosique, Tabasco lugar donde vive con su esposo y una hija de 11 años de edad fruto de su primera pareja. Llega sola, Consciente, orientada, deambulando, pálida, desaliñada en su persona, ansiosa, desesperada, angustiada, complexión robusta. Posición libremente escogida, tez morena, ojos hundidos, irritados, con lagrimas, habla rápido y alterado, dice: (me voy a morir) y que (quería tener más hijos y ya no podré ser madre)

Presenta parámetros vitales ligeramente alterados, con taquicardia (100 latidos cardiacos por min.), Respiración rápida y jadeante (26 respiraciones por minuto), Presión arterial (120/80) y temperatura axilar dentro de lo normal (37.1 °C).

Al interrogarla refiere que tiene “cáncer de la matriz” que su vida es un desastre y que quiere ver al especialista para que la opere, que ya su vida no vale nada.

Informa de manera alterada que no hay servicio médico donde vive y que el Papanicolaou le fue tomado por una enfermera comunitaria en su domicilio particular, donde acude a pedir su resultado un mes posterior a la toma del estudio, que una vecina le dijo que lo que tenía era cáncer y seguro le tenían que quitar la “matriz”.

Se le informa la razón de su padecimiento y se le explica que deberá asistir como externa al servicio de ginecología.

La Sra. E. M. rompe en llanto, diciendo que no tiene dinero para regresar a su domicilio, que oculto a su esposo el diagnóstico y dejó a su hija encargada con una vecina ya que su esposo esta temporalmente fuera de casa por razones de su empleo.

Pide ser atendida por el ginecólogo, llora y parece no entender la explicación de su padecimiento. Se decide su hospitalización por ser foránea para interconsulta con ginecología.

### Segundo día en el servicio hospitalización:

7:00 a.m. Se ve a la Sra. E.M. más tranquila aun con ojos irritados, pálida, ansiosa por previa revisión ginecológica, parámetros vitales dentro de lo normal presenta un poco de ansiedad por el procedimiento quirúrgico de conización diagnostica y terapéutica.

12:00 a.m. Preoperatorio inmediato: (Procedimiento quirúrgico ambulatorio) Consciente, orientada, tranquila, cooperadora y acepta el tratamiento que le ofrece la institución. Pasa al servicio de cirugía para realización de procedimiento quirúrgico de “conización diagnostica y terapéutica” con asa diatérmica.

14:00 p.m. La Sra. E.M. Es valora en su posoperatorio, la cual se ve consciente, orientada, un poco pálida, buen llenado capilar, sonrío y está más tranquila, coopera con su tratamiento, platica tranquila, refiere salida de liquido transvaginal escaso sanguinolento, no refiere dolor. Es dada de alta con cita en un mes para resultados de la conización diagnostica y terapéutica.

### **FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: Sra. E. M.

Edad: 29 años

Peso: 83 Kg

Talla: 1.55 cm.

Fecha de Nacimiento: 29 de Agosto de 1980

Sexo: Femenina

Ocupación: Ama de casa

Escolaridad: Solo concluyo la primaria.

Fecha de admisión: Enero 2009

Hora de ingreso: 20 Hrs

Procedencia: Tenosique, Tabasco

Originaria: de Salto de Agua, Chiapas.

Fuente de información: Paciente y expediente clínico.

Fiabilidad: 4

Miembro de la familia/ persona significativa: Segunda hija de 10 hermanos, madre y padre no mantiene contacto con ellos desde hace dos años, vive actualmente con su esposo que es militar y una hija de 11 años.

Por importancia del diagnóstico (NIC Grado III y Virus del Papiloma Humano) se hace interrogatorio sobre la vida sexual de la paciente.

Inicia vida sexual activa a los 15 años. Con tres parejas sexuales hasta los 20 años. Actualmente solo tiene una pareja desde hace 2 años. Un embarazo previo a los 15 años de edad. Actualmente no utiliza ningún

método anticonceptivo por deseo de embarazo desde hace dos años. Inicia periodo menstrual a los 9 años. Antecedentes de “abuso sexual a los 13 años”, inicio unión libre a los 15 años por embarazo el cual solo duro hasta el nacimiento de su hija menor.

Diagnóstico Medico: Infección cervical por virus del Papiloma Humano (VPH) y Neoplasia Intraepitelial cervical grado III. (NIC II) Carcinoma in situ del Cuello uterino.

## **2.2 VALORACION DE NECESIDADES**

### **1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

#### a) Subjetivo:

Persona del sexo femenina, consciente, orientada, refiere tener dolor de cabeza ocasional, siente que le falta el aire, respiración jadeante, desesperada, al interrogatorio se muestra desconcentrada, Cocina con leña, cuello sin datos de importancia, refiera disminución de agudeza visual, realiza aseo bucal diario, refiere que escucha bien, y ocasionalmente usa su estufa de gas, fue fumadora pasiva, padre fumador, no ingiere bebidas alcohólicas. Niega toxicomanías.

#### b) Objetivo:

Tez morena clara, Cabeza normocéfala con cabello negro bien implantado, despeinado seborreico, ojos simétricos y hundidos con ojeras, pupilas reactivas a la luz, agudeza visual 20/20, exploración auditiva sin datos de importancia, cuello grueso y corto, normo lineó, tráquea en línea media sin desviaciones, cavidad oral con piezas dentales completas, mucosa oral, con presencia de halitosis con saliva espesa, labios agrietados, tórax simétrico, campos pulmonares bien ventilados a la auscultación, frecuencia respiratoria con taquipnea de 30 por minuto, frecuencia cardiaca de 100 respiraciones por minuto, llenado capilar de 2 segundos, temperatura corporal de 37.1 °C., presión arterial de 180/90. Piel húmeda con sudoración profusa, temperatura del medio ambiente de 38°C.

#### c) Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente.

### **2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

#### a) Subjetivo:

Refiere tener sed, calor, no tiene hambre a pesar de tener 24 horas sin tomar alimentos ni líquidos y no tiene apetito, en su vida diaria,

ingiere tres comidas al día, Come carne una vez a la semana, su alimentación es principalmente con tortilla, frijol, pozol (maíz con cacao y agua) diaria. Come pescado una vez cada uno o dos meses, no consume verduras crudas solo las sancochadas en los caldos, no usa los cereales, leche bronca hervida y quesos ocasionalmente. Ingiere agua de pozo hervida. Alergias alimenticias negadas. Marcha desganada y lenta arrastra los pies.

Objetivo:

Consciente, orientada, en todas sus esferas, constitución robusta, pesa 83 kg. Mide 1.55. Índice de masa corporal de 30.3 Con obesidad tipo I, abdomen blando adiposo depresible ruidos intestinales presentes, con vejiga y útero que a la palpación parece normal, pliegue cutáneo del tríceps de más de 25 mm. Tez morena clara, piel húmeda y pegajosa, mucosas ligeramente deshidratadas, boca seca con salivación espesa.

Grado de dependencia:

Parcialmente dependiente.

### **3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

a) Subjetivo:

Evacuación intestinal una vez al día con evacuaciones semi pastosas, color café, lleva dos días sin evacuar, dolor abdominal cuadrante superior izquierdo, orina color paja en moderada cantidad, No refiere molestias urinarias, Menarca a los 9 años, periodo menstrual de 8 días de duración cada 28 días.

b) Objetivo:

Abdomen blando y depresible a la palpación con un poco de malestar a nivel del mesogastrio., ruidos intestinales presentes, estrías abdominales por embarazo anterior, vejiga urinaria sin datos de importancia, de color amarillo paja en cantidad adecuada, consistencia normal.

- c) Grado de dependencia:  
Independiente.

#### 4. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

- a) Subjetivo:

Refiere tener calor en el hospital y sentirse incómoda ya que hay poca ventilación, suda profusamente dice que le falta el aire y tiene sed, usa ropa de acuerdo al clima del lugar, en su casa vive en un clima muy caluroso, por las tardes duerme con ventiladores de pedestal, la casa tiene ventanales para ventilación

- b) Objetivo:

Piel morena clara, húmeda con sudoración profusa, mucosa oral con saliva espesa, labios agrietados, ojos negros, frecuencia cardiaca de 102 por minuto, frecuencia respiratoria de 24 por minuto, temperatura corporal de 37.1 °C. No hay adecuada ventilación en el hospital, temperatura ambiental de 40°C.

- c) Grado de dependencia:  
Parcialmente dependiente.

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

- a) Subjetivo:

Posición libremente escogida, recostada en la cama hospitalaria, se muestra indiferente al interrogatorio, mueve la cabeza libremente, Realiza actividades sin ayuda en el hogar, cuida sus cerdos, acompaña a su hija a la escuela, duerme a las 21:00 hrs. en hamaca por el calor y se levanta a las 5:00 am, para llevar a su hija a la escuela camina 300 metros diario menos sábado y domingo. No realiza actividades recreativas ni deportivas solo se dedica a labores del hogar.

- b) Objetivo:

Consciente y orientada, buena fuerza, flexibilidad y tono muscular de brazos y piernas, postura libremente escogida, deambulación normal, buenos reflejos sensoriales. Camina lentamente, con desgano solo para ir al baño. Sedentarismo.

- c) Grado de dependencia:  
Independiente.

## 6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

- a) Subjetivo:

Refiere no poder dormir desde hace dos noches cuando supo de su enfermedad y que tenía "cáncer". En su casa normalmente dormía a las 21 hrs y se levantaba a las 5 de la mañana. Dormía 8 horas diarias, no hace siesta. Refiere cefalea, dolor en cuello. Desconcentración mental durante su interrogatorio, ansiosa, contesta con indiferencia, bostezo, apática. Sentimiento de abandono, refiere malestar y cansancio

- b) Objetivo:

Reflejos normales, Mueve la cabeza de lado a lado y agacha la cabeza; llora. Desesperanza. Presenta ojos hundidos con hiperemia conjuntival y húmeda por lágrimas, edema palpebral, bostezos durante el interrogatorio, agitación y leve temblor de manos.

- c) Grado de dependencia:  
Parcialmente dependiente.

## 7. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- a) Subjetivo:

Gusta de usar vestidos de acuerdo al clima de su entorno, de vez en cuando utiliza pantalones, ropa interior de licra ajustada, usa zapatos bajitos de lona. Prefiere los colores serios. Menciona la Sra. M. que ha escuchado información de que la ropa de licra es mala para su enfermedad.

- b) Objetivo:

Viste ropa hospitalaria, no viste de acuerdo a su edad pero si a sus recursos económicos y al clima de la ciudad, ropa interior de licra (inadecuada para el clima del lugar) y para evitar las infecciones vaginales.

- c) Grado de dependencia:  
Parcialmente dependiente.

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

a) Subjetivo:

Cuando hace mucho calor se baña con agua de pozo una vez al día y una vez por la noche antes de dormir, se peina diariamente, solo se lava los dientes una vez antes de ir a dormir, dice que aseas las manos antes de comer y después de ir al baño. No ha realizado profilaxis dental.

b) Objetivo:

Se rasca la cabeza constantemente, pelo desaliñado, seborreico sin presencia de ácaros, pabellón auricular con presencia de cerumen, halitosis, dientes con sarro y caries en segundos molares inferiores, sudoración de la piel sin mal olor, Cicatriz en hombro derecho e izquierdo por vacunas de la infancia. Callosidad en las manos. Estrías abdominales pospartum.

c) Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente.

## 9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

a) Subjetivo:

Desconoces la información correcta sobre el tratamiento y pronóstico de su enfermedad (a pesar que se la ha explicado), dice que prefiere morirse por esta enfermedad, cree que ya no podrá tener hijos y que ya "no vale como mujer". Porque le "quitaran su útero" Reacciona muy dependiente ante una situación de urgencia, Dice que no le habían informado de la prevención de enfermedades vaginales. Vive con su esposo, una hija de 11 años, Su casa es de concreto con piso de cemento, tiene agua potable y de pozo, se dedica solo a labores del hogar. No acude a revisión médica periódica, (El Papanicolaou fue tomado por una enfermera comunitaria en su domicilio). No cuenta con el apoyo moral de su familia ni la de su esposo. Miedo anticipado por la posibilidad de pérdida de actual pareja, (cree que la abandonara por su diagnostico médico). Ambiente de inseguridad en su rol familiar, inseguridad para iniciar una nueva vida, Depende económicamente de su pareja junto con su hija.

b) Objetivo:

Sana físicamente con buen pronóstico de su enfermedad, Papanicolaou con diagnóstico de Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado tres (NIC III) y virus del papiloma humano, pero se muestra

incrédula ante la información. Repite constantemente que se quiere morir, se queda viendo fijamente al vacío, movimientos repetitivos de las manos (tronándose los dedos). Llorando constantemente.

c) Grado de dependencia: Dependiente.

## 10. NECESIDAD DE COMUNICACION

a) Subjetivo:

Vive en unión libre, desde hace dos años, Su pareja actual es militar y pasa mucho tiempo sola y casi no ve a su esposo, Le preocupa que no se ha embarazado y más; que le puedan quitar su útero ya que dice su pareja la abandonara si la tienen que operar, No utiliza métodos anticonceptivos, Tiene Padres diabéticos, su abuelita murió de cáncer. Hace ya dos años que no tiene contacto con su familia. Dedicada a labores del hogar, tiene seis meses viviendo en su actual domicilio y poco contacto social con sus vecinas.

b) Objetivo:

Habla rápido y sollozando, con indiferencia, ojos con lágrimas, No tiene comunicación con sus familiares, dejo a su hija encargada con una vecina, no aviso a su esposo que iría al hospital, “no quiere que se entere de su enfermedad” porque esto alterara su vida familiar. Llego sola al hospital, exigiendo fuera atendida inmediatamente, con miedo de morirse por el “cáncer”

c) Grado de dependencia: Dependiente.

## 11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

a) Subjetivo:

Es católica pero casi no va a la iglesia. Siente culpa por haber vivido sin la unión católica del matrimonio. La familia de su esposo no la acepta, la familia de ella vive lejos y están en desacuerdo con su nueva unión familiar. Se aferra a tener una relación dependiente de una pareja. Deseos de formar una familia de acuerdo a sus valores católicos. Tiene sentimientos de inseguridad por antecedentes de su vida sexual pasada (abusada sexualmente), inseguridad para iniciar una nueva vida, miedo anticipado por posibilidad de perder a su actual pareja.

b) Objetivo:

Religión católica pero vive en unión libre, Permite el contacto físico, platica su vida con tristeza, depresión, pide que le puedan solicitar la presencia de su esposo. Solicita la atiendan pronto para regresar con su hija que se quedo sola. Frustración y tristeza por valorarse solo por un órgano de su cuerpo “ya no valgo nada como mujer”, “mi esposo va abandonarme”, “mi hija está sola”. Es congruente la comunicación por su estatus social y cultural.

c) Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente.

## 12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

a) Subjetivo:

No trabaja fuera de su casa y se dedica a las labores del hogar, su pareja aporta la parte económica. Ella quisiera trabajar pero su esposo no está de acuerdo y no sabe hacer otra cosa que las labores del hogar. Le preocupa que se canse de mantener a la hija de esta, pero no hace nada por solucionarlo. Cubren sus necesidades económicas básicas, pero no puede gastar el dinero en “cualquier cosa”. Su pareja le compra la ropa que viste.

b) Objetivo:

Viste ropa de acuerdo al clima del lugar. Va ocasionalmente a la iglesia. Su estado emocional es de baja autoestima, de tristeza, desesperanza, preocupación, Ansiosa, inquieta y temerosa.

c) Grado de dependencia: Dependiente.

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

a) Subjetivo:

No realiza actividades recreativas, en su tiempo libre platica con hija y se interesa en sus tareas escolares pero no entiende bien todo así que dedica su tiempo libre a ver TV y labores de su hogar. Tiene poco tiempo de vivir en ese lugar (6 meses), casi no conoce a sus vecinas, solo asiste a misa algunas ocasiones (los domingos), Socializa poco con las madre de las compañeras de su hija en la escuela. Sale lejos solo cuando su esposo no puede ir a casa y ella va a pedir "el gasto". No ha investigado en que puede participar en su comunidad, pasa más tiempo cuidando sus animalitos.

b) Objetivo:

No participa en actividades lúdicas, Su estado de ánimo parece apático, aburrido, desaliñada, poco participativa y padece obesidad grado I.

c) Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente.

### **14. NECESIDADES DE APRENDIZAJE**

a) Subjetivo:

Sabe leer y escribir, término la primaria, Solo está interesada en las labores del hogar, lenta capacidad de comprensión de las explicaciones de su padecimiento, habla lento pausado y con poca confianza. Limitaciones en el aprendizaje por su bajo nivel cultural, Está interesada en que se resuelva su problema de salud. Para poder iniciar su vida matrimonial. Desconoce el sistema de salud que hay en su comunidad y por consiguiente ignora cómo utilizar esas fuentes de apoyo.

b) Objetivo:

Neurológicamente orientada en lugar tiempo y espacio, Consciente, memoria reciente alterada por estado de ansiedad y depresión emocional, memoria remota con recuerdos de tristeza desamor y rechazo, tal vez apático, desinformación de la epidemiología, evolución y pronóstico de la enfermedad. Deficiente conocimiento de la prevención de las enfermedades vaginales. Deficiente conocimiento de su enfermedad.

c) Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente.

## **2.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA**

### **2.3.1 NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

Patrón respiratorio ineficaz relacionada con hiperventilación y ansiedad que le ocasiona la desinformación de su enfermedad (creer que morirá por el NIC III) manifestada por, taquicardia, jadeo, hiperventilación, taquipnea.<sup>1</sup>

Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente.

### **2.3.2 NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

Desequilibrio de la nutrición relacionado con aporte excesivo de alimentos respecto a las necesidades metabólicas, manifestado por pliegue cutáneo del tríceps mayor de 25 mm. y sobrepeso e índice de masa corporal de 30.3, obesidad tipo I.<sup>2</sup>

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente.

### **2.3.3 NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

Riesgo de estreñimiento relacionado con, cambios en el patrón de alimentación por disminución de la ingesta de líquidos y alimentos.<sup>3</sup>

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente.

### **2.3.4 NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

---

<sup>1</sup> T. Heather Herdman; Crytal heath , Diagnósticos de Enfermero, “Definición y ...” P. 196

<sup>2</sup> Idem.; . P. 186.

<sup>3</sup> Ibidem.; P. 109.

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con temperatura ambiental fluctuante (temperatura ambiental húmeda de 40° C) con exposición al calor, inadecuada ventilación del lugar donde se encuentra.<sup>4</sup>

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente.

### **2.3.5 NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

La persona no tiene alteración en la necesidad de moverse y mantener una buena postura; mantiene una buena postura y no tiene dificultad para realizar movimientos. Muestra disposición para mejorar y mantener una buena postura.

**Grado de dependencia:** Independiente.

### **2.3.6 NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

Alteración del sueño relacionado con malestar psicológico prolongado y pesadillas manifestado por preocupación de la persona por no poder conciliar el sueño desde hace dos noches, ansiedad, somnolencia diurna, incapacidad para concentrarse, irritabilidad y agresión.<sup>5</sup>

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente.

### **2.3.7 NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

Conducta generadora de salud. Demuestra y aplica conocimientos sobre conductas promotoras de salud y mejorar su higiene, además, solicita información respecto a la conveniencia de utilizar ropa interior de algodón y evitar la de licra (para prevenir la aparición de infecciones vaginales).<sup>6</sup>

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente.

### **2.3.8 NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL**

---

<sup>4</sup> Ibídem. P. 239.

<sup>5</sup> T. Heather Herdman; Crytal heath , Diagnósticos de Enfermero, “Definición y ...” P. 223.

<sup>6</sup> Idem.; P. 57.

### **Diagnóstico de enfermería:**

Deterioro de la dentición relacionado con higiene oral inefectiva y falta de conocimientos sobre la salud dental, manifestado por exceso de placa bacteriana, halitosis, y presencia de caries en segundo molar.<sup>7</sup>

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente

### **2.3.9 NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

Riesgo de suicidio relacionado con el sentirse sola, tener sentimientos de culpa, desesperanza, baja autoestima e ideas de muerte.<sup>8</sup>

**Grado de dependencia:** Dependiente.

### **2.3.10 NECESIDAD DE COMUNICACIÓN**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

Ansiedad relacionada con miedo por desconocimiento de que lo que pasara con la evolución de su enfermedad, manifestado por llanto fácil, sentimiento de soledad, sentimientos de culpa, depresión y desconcentración al tratar de explicarle su enfermedad.<sup>9</sup>

**Grado de dependencia:** Dependiente.

### **2.3.11 NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

Aislamiento social relacionado con factores contribuyentes a la ausencia de relaciones satisfactorias con su pareja y alteración del bienestar manifestado por tristeza, falta de personas significativas de soporte en su familia (padre, madre y hermanos) y expresión de sentimientos de rechazo de su familia política.<sup>10</sup>

**Grado de dependencia:** Dependiente.

---

<sup>7</sup> Idem.; P. 78.

<sup>8</sup> T. Heather Herdman; Crytal heath , Diagnósticos de Enfermero, “Definición y ...” Pp. 235-236

<sup>9</sup> Idem.; P. 22

<sup>10</sup> Ibidem.; P. 16

### **2.3.12 NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

Sufrimiento moral relacionado con conflicto entre su pareja para poder trabajar y tomar decisiones manifestado por expresión verbal de la persona de culpa, frustración y ansiedad por la dificultad de actuar basándose en la propia elección moral<sup>11</sup>.

Baja autoestima situacional relacionada con, historia de abuso y de impotencia aprendida, falta de reconocimiento o recompensas y conductas inconsistentes con los valores manifestada por expresiones de desesperanza e inutilidad.<sup>12</sup>

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente.

### **2.3.13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

Sedentarismo relacionado con desconocimiento de los beneficios que para la salud conlleva la realización de ejercicio físico, carencia de interés y carencia de motivación manifestado por verbalizar la preferencia de baja actividad física.<sup>13</sup>

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente.

### **2.3.14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

Conocimiento deficiente de su enfermedad relacionado con una interpretación errónea de la información respecto al cáncer cervical, del pronóstico, tratamiento y evolución del mismo, manifestado por comportamientos exagerados de histeria, y agitación.<sup>14</sup>

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente.

## **2.4 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN**

---

<sup>11</sup>Idem.; P. 234

<sup>12</sup> T. Heather Herdman; Crytal heath , Diagnósticos de Enfermero, “Definición y ...” Pp. 235 -236.

<sup>13</sup> Idem.; p, 225.

<sup>14</sup> Idem.; P. 63

## 2.4.1 NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

### ❖ DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Patrón respiratorio ineficaz relacionada con hiperventilación y ansiedad que le ocasiona la desinformación de su enfermedad (creer que morirá por el NIC III) manifestada por, taquicardia, jadeo, hiperventilación, taquipnea.<sup>15</sup>

❖ **OBJETIVO:** Mejorar su estado respiratorio.<sup>16</sup>

### ❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

Controlar la frecuencia respiratoria, la profundidad y la facilidad para respirar Identificando factores que exacerban o exaltan el patrón respiratorio infeccioso.

#### **FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*En el adulto la frecuencia respiratoria normal es de 12–16 rpm. Cuando pasa de 24 rpm. Habla de una alteración importante a nivel cardiovascular.*

### ❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

Observar el patrón respiratorio. Identificar si la causa de la dificultad respiratoria es psicológica o fisiológica. En este caso la causa desencadenante es psicológica.

#### **FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*EBEii: Un estudio cualitativo demostró que las enfermeras experimentadas que trabajan con usuarios con EPOCiii, observaron que con frecuencia la ansiedad provocaba exacerbación aguda de la EPOC.*

### ❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

Tomar frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, llenado capilar y saturación de oxígeno.

#### **FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*Una saturación de oxígeno inferior al 90% o una presión parcial de oxígeno inferior a 80, significa problemas significativos de oxigenación*

### ❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

---

<sup>15</sup> T. Heather Herdman; Crytal heath , Diagnósticos de Enfermero, “Definición y ...” P. 196.

<sup>16</sup> Moohead Sue. Clasificación de resultados de enfermería NOC. P. 745

Pedirle a la persona que respire al ritmo de la enfermera, para disminuir la frecuencia respiratoria. Mantener el contacto visual y dar tranquilidad.

#### **FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*Cuando el usuario se hace consciente de sus respiraciones puede mejorar.*

#### ❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Aplicar la terapia cognitiva conductual

#### **FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*El centro de atención sobre las atenciones de jadeo, tiene un impacto sobre el juicio utilizado para determinar la intensidad de la sensación.*

#### ❖ **INTERVENCION DE ENFERMERÍA:**

Utilizando el contacto con el hombro, enseñar a la persona a reducir la frecuencia respiratoria, demostrándole como disminuir las respiraciones manteniendo el contacto visual y dar tranquilidad, transmitiéndole su apoyo.

#### **FUNDAMENTACION CIENTIFICA.**

*La presencia, la actitud tranquilizadora y la ayuda de la enfermera ayudan a controlar la respiración de la persona y pueden ser muy beneficiosas para reducir la ansiedad (Truesdell, 2000).*

#### ❖ **EVALUACIÓN:**

Logro la persona el control adecuado de la respiración.

### **2.4.2 NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION**

#### ❖ **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:**

Desequilibrio de la nutrición relacionado con aporte excesivo de alimentos respecto a las necesidades metabólicas, manifestado por pliegue cutáneo del tríceps mayor de 25 mm. y sobrepeso e índice de masa corporal de 30.3, obesidad tipo I

❖ **OBJETIVO:** Identificar las causas de aumento de peso.

#### ❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Pedirle a la persona que lleve un diario, de 1 a 3 días, donde anote todo lo que come y bebe y que mida la comida periódicamente con los tamaños de las porciones que se le indique.

### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.**

*Desarrollar técnicas de autocontrol, que incluyan las necesidades de los usuarios aumente el registro dietario y promueve la auto eficiencia.<sup>17</sup>*

### **❖ INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Ayudar al usuario a determinar su índice de masa corporal. Peso en Kg. Dividido entre altura (metros cuadrados) (por kilogramo entre metro cuadrado)

### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.**

*Un IMC normal es de 20 a 25, de 26 a 29 sobrepesos, y un IMC superior a 30 es obesidad<sup>18</sup>*

---

<sup>17</sup> Ackley Bety J. Gail B. Ladwing, Manual de diagnósticos de enfermería. P. 977.

<sup>18</sup> Idem.; P. 978

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA :**

Recomendar al usuario que pierda peso lentamente y de acuerdo con un modelo de alimentación sana y que aumente el ejercicio físico.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA**

*La pérdida lenta de peso generalmente es más efectiva. Es importante incrementar la actividad por que ayuda a quemar más calorías*<sup>19</sup>

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Observar posibles signos de depresión en el usuario: falta de emociones, dormir mal, falta de interés en la vida

**FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA.**

*Al menos un tercio de las personas obesas sufren depresión*<sup>20</sup>

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Recomendar al usuario que beba más de dos litros de agua al día, aumentar la ingesta de frutas y verduras, tomar al menos tres raciones de cereales al día, disminuir la ingesta de azúcares

❖ **FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA.**

*La recomendación de ingesta es de dos litros para hombres de 19 a 30 años de edad y de 2.2 litros para mujeres de 19 a 30 años*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Familiarizar al usuario con modificar la conducta en su alimentación. Autocontrol de la ingesta de alimentos, y ejercicio, limitar la ingesta de comida a un solo lugar de su casa, no comer acostado o viendo televisión. Hacer planes para no comer comidas inapropiadas, evitar el aburrimiento; al ir a una fiesta comer antes de salir, llevar a casa comida sana, aumentar el número de pausas durante la comida, beber un vaso de agua antes de la comida, practicar técnicas de relajación.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA.**

---

<sup>19</sup> Ruser, Federman y Kashaf 2005 Ackley Bety J. Gail B. Ladwing, Manual de diagnósticos de enfermería. P. 978.

<sup>20</sup> Idem.;

*Existen muchos métodos conductuales para cambiar el estilo de alimentación y ayudar al usuario a enfrentarse con la realidad de disminuir la ingesta de calorías.*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Recomendar al usuario un programa de paseos usando las normas siguientes, comprar un podómetro, ponerse un objetivo por ejemplo caminar por lo menos 30 minutos diarios.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA**

*Un estudio ha demostrado que utilizar el podómetro resultó en el doble de actividad y pérdida de peso en personas con sobrepeso. Otro estudio que entre las mujeres de mediana edad, las que caminaban más tenían más bajo peso.*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Dar información al usuario y familia respecto a las opciones de tratamiento

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.**

*Si el usuario y su familia selecciona el plan de tratamiento, es más probable que lo cumplan especialmente si el usuario no es el que compra y cocina.*

❖ **EVALUACIÓN:**

Reconoció los factores que le llevaron a la obesidad.

**2.4.3 NECESIDAD DE ELIMINACION:**

❖ **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:**

Riesgo de estreñimiento relacionado con, cambios en el patrón de alimentación por disminución de la ingesta de líquidos y alimentos.

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente

❖ **OBJETIVO:** Prevenir el estreñimiento.

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Explicar la importancia de la ingesta adecuada de fibra, la ingesta de

líquidos, la actividad y establecimiento de rutina de eliminación fecal, para mantener la formación de eses blandas y formadas.

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*El incremento de fibra y líquido y el ejercicio, suelen prevenir el riesgo de estreñimientos.*

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Educación sanitaria respecto a los hábitos intestinales.

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*Si el estreñimiento siguiera puede conducir a obstrucción intestinal.*

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Pedir al usuario y a la familia que lleven un diario de los hábitos intestinales, incluyendo información como hora del día; estímulos usuales; consistencia cantidad y frecuencia de las deposiciones.

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*El diario de los hábitos intestinales es valioso en tratamiento de los estreñimientos.*

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Aconsejar la ingesta de 25 a 30 g de fibra al día. Hacer hincapié en alimentos ricos en fibra ya que en personas con estreñimiento ayuda a mejorar el peristaltismo intestinal.

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*Una ingesta diaria de 25 a 30 g de fibra puede incrementar la frecuencia de las deposiciones.*

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Aconsejar una ingesta de líquidos de 1.5 a 2 litros al día (6 a 8 vasos de líquidos diarios).

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*La ingesta de líquidos se debe establecer entre la reserva cardiaca y la*

*renal.*

❖ **EVALUACION:**

Logro la eliminación intestinal el día de su egreso.

**2.4.4 NECESIDAD DE TERMORREGULACION:**

❖ **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con temperatura ambiental fluctuante (temperatura ambiental húmeda de 40° C) con exposición al calor, inadecuada ventilación del lugar donde se encuentra.

❖ **OBJETIVO:**

Facilitar el equilibrio de la temperatura corporal y ambiental.

❖ **INTERVENCION DE ENFERMERÍA:**

Evaluar la temperatura corporal en el adulto, cada 1-4 horas. Con un termómetro oral y/o axilar.

❖ **FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*La temperatura normal en el adulto es de 37°C, pero en realidad la temperatura normal fluctúa a lo largo del día. Por la mañana puede ser tan baja como de 35,8°C y al final de la tarde o noche tan alta como de 37.3°C*

❖ **INTERVENCION DE ENFERMERÍA:**

Evaluar la temperatura corporal en el adulto con un termómetro oral y/o axilar.

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*La temperatura oral es una forma más exacta de medir la temperatura.*

❖ **INTERVENCION DE ENFERMERÍA:**

Asociar los signos vitales asociados a la hipertermia como el pulso rápido, la frecuencia respiratoria aumentada, presión disminuida.

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*El control consecuentemente promueve la prevención y la intervención precoz en usuarios con alteraciones cardiopulmonares asociadas a hipotermia o hipotermia.*

❖ **INTERVENCION DE ENFERMERÍA:**

Mantener una temperatura ambiente adecuada. Ventilando la habitación con un ventilador y/o regular la temperatura del aire acondicionado.

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*Una temperatura ambiente adecuada limita los efectos ambientales en la termorregulación.*

❖ **INTERVENCION DE ENFERMERÍA:**

Animar a la persona a usar ropas de algodón y proporcionar un ambiente ventilado y confortable.

❖ **FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*Proporcionar un ambiente ventilado permite el confort de la persona.*

❖ **INTERVENCION DE ENFERMERÍA:**

Asegurar que la persona beba líquidos suficientes.

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*La ingesta de líquidos es necesaria durante las épocas calurosas para restituir la perdida de líquidos con el sudor.*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Ayudar a la persona a conseguir un ventilador o acondicionador de aire.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*El movimiento de aire por la piel aumenta el refrescamiento evaporatorio.*

❖ **EVALUACIÓN:**

Logro un adecuado control de la temperatura corporal.

**2.4.5 NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

❖ **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

La persona no tiene alteración en la necesidad de moverse y mantener una buena postura; mantiene una buena postura y no tiene dificultad para realizar movimientos. Muestra disposición para mejorar y mantener una buena postura.

❖ **OBJETIVO:** Mejorar y mantener la buena postura.<sup>21</sup>

**2.4.6 NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

❖ **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteración del sueño relacionado con malestar psicológico prolongado y pesadillas manifestado por preocupación de la persona por no poder conciliar el sueño desde hace dos noches, ansiedad, somnolencia diurna, incapacidad para concentrarse, irritabilidad y agresión.

**OBJETIVO:** Favorecer el descanso y sueño.

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Obtener una Historia del sueño incluyendo rutinas, a la hora de acostarse, historia de problemas del sueño, cambios en el sueño con enfermedades presentes y el uso de medicamentos y estimulantes.

---

<sup>21</sup> Ver lo relacionado con Jugar y participar en actividades recreativas.

❖ **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*La valoración de la conducta y de los patrones del sueño es una parte importante de cualquier exploración del estado de salud.<sup>22</sup>*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Utilizar técnicas de relajación para disminuir la ansiedad.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*El uso de técnicas de relajación para afrontar el sueño en las personas con insomnio se dice que es efectivo.<sup>23</sup>*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

- ❖ Proporcionar medidas antes de acostarse para poder dormir, como establecer un protocolo del sueño durante la hospitalización.

❖ **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Las intervenciones no farmacológicas pueden mejorar la eficacia y la continuidad del sueño y aumentar la satisfacción con el patrón del sueño a la vez que reducen el uso de hipnóticos.<sup>24</sup>*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA:**

Enseñar al usuario la necesidad de aumentar el ejercicio.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*La actividad moderada como andar puede aumentar la calidad del sueño.*

❖ **EVALUACIÓN:**

La Sra. E.M. logro conciliar el sueño durante esa noche y disminuir la ansiedad.

---

<sup>22</sup> Ackley Bety J. Gail B. Ladwing, Manual de diagnósticos de enfermería.

<sup>23</sup> Ackley Bety J. Gail B. Ladwing, Op cit. ; P. 1148

<sup>24</sup> Idem.; P. 1150

## 2.4.7 NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

### ❖ DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Conducta generadora de salud. Demuestra y aplica conocimientos sobre conductas promotoras de salud y mejorar su higiene, además, solicita información respecto a la conveniencia de utilizar ropa interior de algodón y evitar la de licra (para prevenir la aparición de infecciones vaginales).

### ❖ OBJETIVO:

Optimar su higiene personal.

### ❖ INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Asesoramiento sanitario para recomendar el uso adecuado de ropa interior de algodón, cambiarse diariamente, lavar la ropa con detergente neutro, secar al sol y/o planchar la ropa interior. Secar genitales con toalla limpia y evitando la humedad.

### FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

*El término médico para una infección vaginal es "vaginitis." Las 3 causas más comunes de las infecciones vaginales son las infecciones por hongos, la vaginitis bacteriana, y la tricomoniasis. Muchas de las cuales aprovecha el ambiente húmedo caliente para proliferar.<sup>25</sup>*

### ❖ INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Educación sanitaria sobre la prevención y/ manejo del flujo vaginal

### FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:<sup>26</sup>

*La mejor manera de prevenir una infección vaginal es seguir prácticas de buena higiene femenina. Mantener área vaginal limpia y seca. No usar duchas vaginales. No usar jabones perfumados, no usar ropa ajustada o húmeda, Usa ropa interior de algodón blanco. Evitar el nylon y el lycra.*

---

<sup>25</sup> <http://www.youngwomenshealth.org/spvag.html> Children hospital de Boston..2Agosto 2009

<sup>26</sup> **Raynes-Greenow CH, Roberts CL, Bell JC, Peat B, Gilbert GL**  
<http://schulerhugo.tripod.com/vaginosis.html> 2 agosto 2009

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Educar sobre medidas higiénicas vaginales.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*La mejor manera de prevenir una infección vaginal es seguir prácticas de buena higiene femenina. Mantener área vaginal limpia y seca. No usar duchas vaginales. No usar jabones perfumados, no usar ropa ajustada o húmeda, Usa ropa interior de algodón blanco. Evitar el nylon y el lycra.*

❖ **EVALUACIÓN:**

La Sra. E.M. identifico los beneficios de usar ropa interior adecuada.

#### **2.4.8 NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL**

❖ **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

Deterioro de la dentición relacionado con higiene oral inefectiva y falta de conocimientos sobre la salud dental, manifestado por exceso de placa bacteriana, halitosis, y presencia de caries en segundo molar

❖ **OBJETIVO:** Corregir las practica adecuada en su higiene bucal.

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Investigar sobre su hábito higiénico bucal.

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*La receptibilidad hacia los usuarios, permite a la enfermería lograr una comprensión de la vida del usuario y cultivar sus conexiones hacia una comunidad receptiva.*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Educar sobre su hábito higiénico bucal.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

La salud de nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar y tragar la comida es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud. Aparte de las consecuencias sobre el estado nutricional, una mala salud dental también

puede afectar de manera negativa a la capacidad de comunicación y a la autoestima.<sup>27</sup>

#### ❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL HOGAR:**

Educar al usuario sobre la realización adecuada de la higiene bucal, proporcionar información ilustrada, sobre el cepillado dental.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Los acuerdos escritos refuerzan los acuerdos verbales y sirven de referencia a los mismos.*

#### ❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Establecer una cita con el dentista.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*La colaboración y la correlación de actividades con miembros del equipo interdisciplinario aumentan el dominio del usuario de las tareas de autocuidado.*

**EVALUACIÓN:** Reconoció la importancia del uso adecuado del cepillado dental.

### **2.4.9 NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

#### ❖ **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Riesgo de suicidio relacionado con el sentirse sola, tener sentimientos de culpa, desesperanza, baja autoestima e ideas de muerte.

- ❖ **OBJETIVO:** Control del riesgo de autolesión.  
Control de su equilibrio emocional.

---

<sup>27</sup> Consejo europeo sobre información a la salud. <http://www.eufic.org/page/es/page/ADVSEARCH/3>  
agosto 2009

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Todo el personal estará alerta de signos de aviso del suicidio.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*El suicidio raramente es una decisión espontánea, En los días horas antes de que la persona se mate, generalmente aparecen signos y síntomas de aviso*<sup>28</sup>

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Derivar asesoría de salud mental y derivar una posible hospitalización, si hay evidencia intento suicida.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*La colaboración y la correlación de actividades con miembros del equipo interdisciplinario aumentan el dominio del usuario de las tareas de autocuidado.*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Asignar una habitación cerca del puesto de la enfermera, aumentar la vigilancia del usuario, evitar el acceso a ventanas y salidas, buscar estrategias para que no se vea aislada.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Observar estrechamente al usuario es necesario para su seguridad mientras la intención permanezca elevada*<sup>29</sup>

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA:**

Establecer una relación de apoyo con los familiares.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Cuando los familiares confían en el personal de salud les apoya, informan que tiene confianza en el tratamiento y en los cuidados y les genera un sentimiento de esperanza.*<sup>30</sup>

❖ **EVALUACION:**

Demostró un cambio en su conducta emocional.

---

<sup>28</sup> Befriender Internacional 2003.

<sup>29</sup> Ackley Bety J. Gail B. Ladwing, Manual de diagnósticos de enfermería. P. 1178-1182.

<sup>30</sup> Alseth, Gilje y Norbeg, 2001

## 2.4.10 NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

### ❖ DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Ansiedad relacionada con miedo por desconocimiento de que lo que pasara con la evolución de su enfermedad, manifestado por llanto fácil, sentimiento de soledad, sentimientos de culpa, depresión y desconcentración al tratar de explicarle su enfermedad.

❖ **OBJETIVO:** Aceptación de su estado de salud.

### ❖ INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Valorar el nivel de ansiedad y las reacciones físicas del usuario.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Se sabe que la ansiedad intensifica los síntomas físicos.<sup>31</sup>*

### ❖ INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Escuchar atentamente y proveer un entorno confortable para la comunicación: utilizar esta guía práctica para la comunicación:

- Tomar el tiempo y escucha la historia que explica el usuario.
- Utilizar el lenguaje cotidiano
- Utilizar dibujos o historias para ilustrar puntos importantes.
- Repetir las instrucciones; limitar la cantidad de información que se brinda.
- Hacer que la persona repita y explique las cosas para confirmar que las ha entendido.
- Evitar preguntar “¿comprende?”
- Ser respetuoso, sensitivo y mostrar interés.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Ayudas prácticas para la comunicación pueden salvar los vacíos de la comunicación que rodean el cáncer.*

*Un estudio descriptivo cualitativo de la relación enfermera- usuario identificó influencias que eran de ayuda, que incluían la consistencia, el ritmo, el escuchar, las impresiones iniciales positivas, y el prestar atención al confort y control. (Fourchk et al, 2000)*

---

<sup>31</sup> Ackley Bety J. Gail B. Ladwing, Manual de diagnósticos de enfermería. Pp. 262-269

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Intervenir para eliminar la fuente que le genera la ansiedad. (desconocimiento de su enfermedad)

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*El desarrollo de estrategias conscientes aumento la resolución de conflictos internos. La comprensión de este proceso normaliza la respuesta de tristeza, cólera, culpa e impotencia.*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Explicar todas las actividades, procedimientos y aspectos que implican al usuario; así como todo lo que necesita saber sobre su enfermedad, utilizar términos no médicos y hablar lentamente y con calma.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Con la educación del usuario antes de la admisión, los usuario sufren ansiedad y distres emocional y aumentan las habilidades de afrontamiento porque saben que esperar.*<sup>32</sup>

❖ **EVALUACIÓN:** Logro un autocontrol de la ansiedad.

## 2.4.11 NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

❖ **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:**

Aislamiento social relacionado con factores contribuyentes a la ausencia de relaciones satisfactorias con su pareja y alteración del bienestar manifestado por tristeza, falta de personas significativas de soporte en su familia (padre, madre y hermanos) y expresión de sentimientos de rechazo de su familia política.

❖ **OBJETIVO:** Apoyar en la comunicación con su familia para obtener equilibrio emocional

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Establecer una relación terapéutica mostrándose emocionalmente presente y autentico.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

---

<sup>32</sup> Ackley Bety J. Gail B. Ladwing, Manual de diagnósticos de enfermería. P. 262-269

*Esta intervención de enfermería disminuye el aislamiento (Jordan, 200).*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Valorar la percepción de la soledad que tiene la persona y los factores de riesgo

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Entre personas con enfermedad mental graves, más de de la mitad identificas problemas con la salud y con el aislamiento social.*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Valorar la capacidad y/o incapacidad de la persona para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales, financieras y como las necesidades no satisfechas pone en duda la habilidad para integrarse socialmente.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*La soledad existencial es un aspecto que se presenta en las mujeres con el virus de la inmunodeficiencia humana.*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Utilizar habilidades de escucha activa. Establecer una relación terapéutica y pasar más tiempo con la persona.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Este estudio demostró la importancia de la presencia y de la comunicación de cuidados. (Yonge y Molzahn, 2002).*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Explorar las vías para fomentar la participación de la persona en grupos y organizaciones.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*La satisfacción con las redes de apoyo fue un potente predictor de la autoestima, la salud emocional y la salud en mujeres supervivientes de violencia y abuso (Fry Barker 2002)*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Apoyar sus creencias religiosas.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Creer en un ser supremo proporciona un sentimiento de ayuda omnipresente e impide la soledad.*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Ayudar a la persona a identificar recursos/ situaciones que pueden atender o en las que pueden participar para mejorar un sentido de encaje valioso.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*En un estudio de individuos que viven en su domicilio y padecieron alguna lesión cerebral traumática. El bajo sentido de pertenencia y el estrés crónico fueron fuertes predictores de depresión.*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Incluir a la familia en todas las actividades que se le enseñen a la persona.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*En estudio realizado a mujeres con VIH el apoyo familiar percibido fue predictivo de la reducción de la soledad.*

❖ **EVALUACIÓN:**

Logro la interacción social con el equipo de salud. Estableció comunicación con su pareja, la cual contribuyo a su bienestar personal.

**2.4.12 NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

❖ **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

Sufrimiento moral relacionado con conflicto entre su pareja para poder trabajar y tomar decisiones manifestado por expresión verbal de la persona de culpa, frustración y ansiedad por la dificultad de actuar basándose en la propia elección moral.

❖ **OBJETIVO:**

Apoyo moral para la toma de decisiones.

❖ **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

EBE: En un estudio de enfermeras parroquiales .las enfermeras mostraron el uso de la imaginación guiada para apoyar espiritualmente a los usuarios (Tuck, Wallace y Pullen, 2001)

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Determinar si hay diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de su pareja.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*La enfermería desempeña un rol vital en la valoración de aspectos de seguridad, manejo de los usuarios y supervisión de otro personal. 33*

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Ayudar a la identificación de problemas y de factores situacionales que contribuyen a los problemas ofreciendo opciones para su resolución

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*EBE: En un estudio de auto trascendencia en mujeres con sida, Coward (1995) descubrió que el éxito de las intervenciones enfermeras incluye la prevención del aislamiento ambiental y emocional (Smucker, 1996)*

---

<sup>33</sup> Barloon,2003 Ackley Bety J. Gail B. Ladwing, Op cit.; P. 318

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Auxiliar a la persona a aclarar los valores y expectativas que pueden contribuir en la toma de decisiones.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*BE: Aun con el objetivo de tomar decisiones compartidas e instrucciones de cómo alcanzar este objetivo, la información cualitativa de un ensayo clínico cuantitativo mostro que los proveedores todavía abordan la atención del paciente como si el cumplimiento fuera el objetivo.*

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Facilitar la toma de decisiones y servir de enlace entre la persona y los profesionales sanitarios.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Los usuarios a menudo esperan que los profesionales recomienden remedios a los problemas y necesitan el estímulo para participar en la selección de las opciones terapéuticas.*

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Hacer lista de los puntos fuertes del usuario.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Se encontró que los pacientes utilizaban una variedad de estrategias de autocuidado, técnicas de manejo de medicación y apoyos emocionales para aliviar síntomas de insuficiencia cardíaca crónica.*

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Enseñar al usuario técnicas conscientes para enfrentarse más efectivamente a respuestas emocionales fuertes

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*El desarrollo de estrategias consientes aumentó la resolución de conflictos internos.*

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Apoyar las estrategias de resolución de problemas para desalentar la toma de decisiones cuando se esté en crisis.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Crisis es un momento de aumento de tensión y de desorganización. La incertidumbre es un importante predicador negativo del ingenio.*

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Valorar los factores estresantes del día a día y del ambiente del usuario, incluyendo la evidencia de relaciones de abuso.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Muchos factores estresantes cotidianos y una historia de abuso en las relaciones están asociados con baja autoestima y depresión.*

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Reconocer la presencia de estigmas sociales. Enseñar herramientas de manejo

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Se informó de los estigmas como una influencia principal sobre los usuarios deprimidos y/o suicidas que buscaban tratamiento.*

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Educar al usuario y a la familia respecto al proceso de duelo.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*La comprensión de este proceso normaliza las respuestas de tristeza, cólera, culpa e impotencia.*

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Derivar el apoyo con un colega especializado en terapia familiar.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*La colaboración y la correlación de actividades con miembros del equipo interdisciplinario aumentan el dominio del usuario de las tareas de autocuidado.*

❖ **EVALUACIÓN:**

Empleo una decisión consensada con su pareja.

**2.4.13 NECESIDADN DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.**

❖ **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

Sedentarismo relacionado con desconocimiento de los beneficios que para la salud conlleva la realización de ejercicio físico, carencia de interés y carencia de motivación manifestado por verbalizar la preferencia de baja actividad física.<sup>34</sup>

❖ **OBJETIVOS:**

Mejorar su actividad física y recreativa.

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA :**

Observar a la persona para encontrar la causa del estilo de vida sedentario y potenciación de la disposición de aprendizaje en actividades recreativas.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA:**

*EBE: Compartir cuidados íntimos y preocupaciones requiere que las enfermeras proporcionen oportunidad para que las usuarias se sientan suficientemente seguras para compartir (Richer y Ezer) EBE: La relación que la enfermera tiene con su paciente ejerce un efecto positivo sobre el afrontamiento de los individuos con úlceras no curadas (HopKinS, 2004).*

<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Johson Marion Interrelaciones NANDA NIC Y NOC P. 448

<sup>35</sup> Johson Marion Interrelaciones NANDA NIC Y NOC P. 230

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA :**

Valorar los motivos por los que la persona sería incapaz de participar en un programa de ejercicio y establecer un ambiente de confort y comodidad Apoyo en la toma de decisiones y si es necesario derivarlo con un terapeuta.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA:**

*Los proveedores de asistencia sanitaria deben mostrar reconocimiento, respeto, e integrar las creencias y las prácticas culturales del usuario en las prescripciones sanitarias.*

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:**

Recomendar a la persona que entre en un programa de ejercicio y/o actividades recreativas con una amiga o grupo de amigos.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA:**

*Los hallazgos procedentes de un estilo de la conducta de ejercicio describieron que los amigos tienen la influencia más fuerte para permanecer en un programa de ejercicios, más que familiares o expertos.*

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Hacer un plan de alta con un programa de ejercicio y actividades recreativas.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA:**

Las terapias de conductas cognitivas benefician significativamente el funcionamiento físico de los pacientes ambulatorios adultos afectados por síndrome de fatiga crónica.

❖ **EVALUACIÓN:**

No fue posible valorar su actividad recreativa, pero si manifestó su motivación para iniciar un programa de ejercicio.

## 2.4.14 NECESIDAD DE APRENDIZAJE

### ❖ DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Conocimiento deficiente de su enfermedad relacionado con una interpretación errónea de la información respecto al cáncer cervical, del pronóstico, tratamiento y evolución del mismo, manifestado por comportamientos exagerados de histeria y agitación.<sup>36</sup>

### ❖ OBJETIVOS:

Proporcionar la Información adecuada y resolver las dudas sobre su enfermedad.

### ❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

Observar la habilidad y disposición de la persona para aprender y los conocimientos y cultura previa.

#### FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

*Es necesaria una evaluación exhaustiva para determinar la capacidad de aprendizaje de una persona.*

### ❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

Evaluar las barreras del aprendizaje.

#### FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

*La persona aporta a la situación de aprendizaje su personalidad singular, establece patrones de interacción social, normas y valores culturales y las influencias del entorno.*

### ❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

Involucrar a la persona para que anote en una lista las dudas que considera más importante aprender desde su punto de vista sobre su enfermedad.

---

<sup>36</sup> Idem.; Johson Marion Interrelaciones NANDA NIC Y NOC P. 63

### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Estudio demostró que las personas querían responsabilizarse para realizar lo necesario para optimizar el resultado de su intervención. (Edwards, 2002).*

#### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Establecer un contrato escrito con el usuario para seguir el régimen del cuidado acordado.

### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Para las personas con bajo nivel cultural, los materiales de aprendizaje deben ser cortos y tener ilustraciones culturalmente adecuadas.*

#### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Establecer un lenguaje adecuado y fácil de entender al dar a la persona la información, estimular a la persona a hacerse las siguientes preguntas: ¿Cuál es mi principal problema?; ¿Qué es lo que yo necesito hacer?; ¿Por qué es importante para mi saber o hacer esto?; y hacer que repitan la información proporcionada, evaluándola (la información proporcionada) cuidadosamente.

### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Se estima que alrededor de 90 millones de americanos prácticamente la mitad de todos los adultos del país, no son capaces de entender el lenguaje complejo utilizado en la atención sanitaria.*

#### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Ofrecer información preoperatoria de la cirugía de que le practicara, su pronóstico, y alternativas de manejo adecuada.

### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Estudios han demostrado los beneficios de brindar información preoperatoria a la persona, que incluían una duración menor del ingreso hospitalario, menor demanda analgésica en el posoperatorio y aumento de la satisfacción de la persona.*

### ❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Utilizar ayudas audiovisuales como por ejemplo, laminas panfletos, diagramas, videos etc.

### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Los folletos son una fuente útil para ofrecer información.*

### ❖ **EVALUACIÓN:**

Demostró interés en la realización de actividad física y recreativa. Entendió la importancia de la realización de actividad física y recreativa, como fomento para la salud.

## **2.5.- PLAN DE ALTA**

### **1. NECESIDAD DE OXIGENACION**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

No hay alteración en esta necesidad.  
Se resolvió en el plan de atención.

**Grado de dependencia:** Independiente

### **2. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

Disposición para mejorar su estado nutricional por exceso de índice de masa corporal de más del 25 %.

**Objetivo:** Disminuir el 25% de sobrepeso corporal en 3 meses.

**Evaluación:** Pendiente de evaluar.

### ❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Pedirle al usuario que lleve un diario de 1 a 3 días donde anote todo lo que como y bebe y que mida la comida periódicamente con los tamaños de las porciones que se le indique.

### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.**

Desarrollar técnicas de autocontrol, que incluyan las necesidades de

los usuarios aumente el registro dietario y promueve la auto eficiencia.<sup>37</sup>

#### ❖ INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Ayudar al usuario a determinar su índice de masa corporal usar una tabla o una de las formulas siguientes: Peso en Kg. Dividido entre altura (en metros cuadrados) (kg / m<sup>2</sup>).

#### FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA.

*Un Índice de masa corporal normal es de 20 a 25,  
De 26 a 29 es sobrepesos,  
Y un índice de masa corporal superior a 30 es obesidad (Nix, 2005)<sup>38</sup>*

#### ❖ INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA:

Recomendar al usuario que pierda peso lentamente y de acuerdo con un modelo de alimentación sana y que aumente el ejercicio físico.

#### FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA:

La pérdida lenta de peso generalmente es más efectiva. Es importante incrementar la actividad por que ayuda a quemar más calorías<sup>39</sup>

#### ❖ INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Observar posibles signos de depresión en el usuario: falta de emociones, dormir mal, falta de interés en la vida

#### FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA.

*Al menos un tercio de las personas obesas sufren depresión<sup>40</sup>*

#### ❖ INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Recomendar al usuario que beba más de dos litros de agua al día, aumentar la ingesta de frutas y verduras, tomar al menos tres raciones de cereales al día, disminuir la ingesta de azucares.

#### FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA.

*La recomendación de ingesta es de dos litros para hombres de 19 a 30*

---

<sup>37</sup> Ackley Bety J. Gail B. Ladwing, Manual de diagnósticos de enfermería. Op cit.; P. 977.

<sup>38</sup> Idem.; . P. 978

<sup>39</sup> Ruser,federman y kashaf 2005 Ackley Bety J. Gail B. Ladwing, Op cit.; P. 978.

<sup>40</sup> Idem.;

*años de edad y de 2.2 litros para mujeres de 19 a 30 años*

#### ❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Verificar que el usuario ha realizado modificaciones a su conducta en su alimentación autocontrol de la ingesta de alimentos, y ejercicio limitar la ingesta de comida a un solo lugar de su casa no comer acostado o viviendo televisión hacer planes para no comer comidas inapropiadas evitar el aburrimiento al ir a una fiesta comer antes de salir llevar a casa comida sana, aumentar el número de pausas durante la comida, beber un vaso de agua antes de la comida, practicar técnicas de relajación.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.**

*Existen muchos métodos conductuales para cambiar el estilo de alimentación y ayudar al usuario a enfrentarse con la realidad de disminuir ingesta de calorías.*

#### ❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Verificar que lleve a cabo el programa de paseos usando las normas siguientes, comprar un podómetro, ponerse un objetivo por ejemplo caminar por lo menos 30 min. diarios.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

*Un estudio ha demostrado que utilizar el podómetro resulto en el doble de actividad y pérdida de peso en personas con sobrepeso. Otro estudio que entre las mujeres de mediana edad, las que caminaban mas tenían más bajo peso.*

### **3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

No hay alteración al egreso de la persona

**Grado de dependencia:** Independiente.

### **4. NECESIDAD DE TERMORREGULACION**

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

No hay alteración en la necesidad de termorregulación. Se resolvió en

el plan de atención.

**Grado de dependencia:** Independiente.

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

**Diagnóstico de Enfermería:**

No hay alteración en esta necesidad.

**Grado de dependencia:** Independiente.

## **6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

**Diagnóstico de Enfermería:**

No hay alteración en la necesidad de descanso y sueño. Se resolvió en el plan de atención.

**Grado de dependencia:** Independiente.

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

**Diagnóstico de Enfermería:**

Disposición para mejorar sus hábitos de vestir ropa ajustada y de licra para evitar infecciones vulvovaginales.

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente.

**Objetivo:** Prevenir algunas infecciones vaginales

Fomentar el uso de ropa interior adecuada.

**Evaluación:** Por valorar.

### **❖ INTERVENCION DE ENFERMERÍA:**

Educación y/o respecto al Manejo del flujo vaginal

### **FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA:**

*En forma natural la mujer produce flujo vaginal que mantiene sano al órgano reproductor femenino, pero cuando éste presenta color*

*blanquecino, mal olor y consistencia grumosa se trata de leucorrea, la cual será indicativo de que algo fuera de lo común pasa en el organismo.<sup>41</sup>*

#### ❖ INTERVENCION DE ENFERMERÍA:

Educar sobre medidas higiénicas vaginales.

#### FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

*La mejor manera de prevenir una infección vaginal es seguir prácticas de buena higiene femenina. Mantener área vaginal limpia y seca. No usar duchas vaginales. No usar jabones perfumados, no usar ropa ajustada o húmeda, Usa ropa interior de algodón blanco. Evitar el nylon y el lycra.<sup>42</sup>*

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

#### Diagnóstico de enfermería:

Disposición para mejorar su higiene bucal y caries en segundos molares inferiores.

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente

#### Objetivo:

Mantener una higiene bucal adecuada.  
Concertar cita con el dentista para eliminar las caries dentales.

#### Evaluación:

Por valorar.

#### ❖ INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN EL HOGAR:

Educar al usuario sobre la realización adecuada de la higiene bucal, proporcionar información ilustrada.

#### FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

---

<sup>41</sup> <http://prodigy.msn.com/> Salud y Medicinas. Leucorrea, flujo vaginal normal. 21 Noviembre 2009, 12:45hrs.

<sup>42</sup> Raynes-Greenow CH, Roberts CL, Bell JC, Peat B, Gilbert GL  
<http://schulerhugo.tripod.com/vaginosis.html> 2 agosto 2009

*Los acuerdos escritos refuerzan los acuerdos verbales y sirven de referencia a los mismos.*

#### ❖ INTERVENCION DE ENFERMERÍA:

Verificar que resolvió el problema de caries dental y mantiene, adecuada higiene bucal. Como aseo bucal después de cada comida, enjuagar la boca si comió algún dulce (entre comidas), Recomendar el uso de hilo dental. Recomendar cuando cambiar de cepillo dental. Recomendar el uso de pasta dental y un enjuague bucal con contenido flúor.

#### FUNDAMENTACION CIENTÍFICA:

*La colaboración y la correlación de actividades con miembros del equipo interdisciplinario aumentan el dominio del usuario de las tareas de autocuidado.*

#### ❖ INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN EL HOGAR:

Valorar los patrones del usuario para el cuidado dental profesional y diario y los patrones relacionados como evitar el uso de tabaco, refrescos de cola o café y comidas con alto contenido de azúcar y acudir a su cita de control odontológico.

#### FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

*Muchos problemas dentales se pueden prevenir con una buena higiene y cuidados dentales.*

### 9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

#### Diagnóstico de Enfermería:

No hay alteración en la necesidad de evitar peligros.

**Grado de dependencia:** Independiente.

### 10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

#### Diagnóstico de Enfermería:

Disposición para mejorar la comunicación, con su pareja respecto a su padecimiento. (La persona oculto información de su enfermedad a su pareja por miedo a la reacción de este)

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente.

**Objetivo:** Que mejore la comunicación verbal con su pareja.

**Evaluación:** Pendiente de valorar.

❖ **INTERVENCION DE ENFERMERÍA:**

Establecer una buena relación enfermera – persona demostrando el interés, estando disponible para la persona. Evaluar la buena cuidadosamente la disposición del usuario para comunicarse con su pareja.

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*Una buena relación enfermera paciente-usuario es esencial para logra satisfacer las necesidades clínicas, psicológica y sociales de la persona y para optimizar el tratamiento en las personas de enfermedades renales.*

❖ **INTERVENCION DE ENFERMERÍA:**

Escuchar atentamente y proveer un entorno confortable para la comunicación:

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*Ayudas prácticas para la comunicación pueden salvar los vacíos de la comunicación que rodean el cáncer.*

❖ **INTERVENCION DE ENFERMERÍA:**

Derivar a las parejas con una relación desajustada para una intervención psicosocial y soporte social para fortalecer la comunicación: considerar el apoyo de una enfermera especialista. (Terapeuta familiar)

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*Los hallazgos sugieren que la relación entre un buen manejo y el distrés dependen de la calidad de su funcionamiento como pareja.*

## **11.NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES**

**Diagnóstico de Enfermería:**

Disposición para mejorar sus creencias y valores.

**Grado de dependencia:** Parcialmente Dependiente.

**Objetivo:** Mejorar sus relaciones con su entorno social, familiar y espiritual.

**Evaluación:** Pendiente de valorar.

❖ **INTERVENCION DE ENFERMERÍA:**

Informar adecuadamente sobre su enfermedad para evitar síntomas de depresión ocasionada por la desinformación de su enfermedad.

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*Dejarla expresar sus sentimientos de culpa, duda o tristeza. Informar adecuadamente sobre las ideas erróneas de su padecimiento. Ayudarle a planificar su futuro ofreciendo opciones de su tratamiento. Fomentar la unión familiar e involucrar al familiar (esposo) la información de su padecimiento.*

❖ **INTERVENCION DE ENFERMERÍA:**

Escuchar activamente las expresiones de duelo, no interrumpir no contar su propia historia ni ofrecer aportaciones como “es lo mejor”

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

Permanecer simplemente con el usuario puede ser lo más útil que haga la enfermera.<sup>43</sup>

❖ **INTERVENCION DE ENFERMERÍA:**

Valorar el malestar espiritual y realizar una consulta de asesoramiento espiritual

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*El apoyo espiritual puede ayudar a los usuarios; la enfermera debe abordar al usuario. Sin enjuiciamientos con deseo a escuchar y hacer una derivación aun líder espiritual apropiado.*

❖ **INTERVENCION DE ENFERMERÍA:**

Preguntar al usuario si está sufriendo y tomar las medidas necesarias siempre que sea posible para aliviar el sufrimiento, aportando la información adecuada de la evolución pronóstico y tratamiento de la

---

<sup>43</sup> Furman, 2000, Davidson, 2003 Ackley Bety J. Gail B. Ladwing, Op cit.:\_P. 606

enfermedad

### **FUNDAMENTACION CIENTIFICA:**

*El sufrimiento es algo más que el dolor; es el punto de vista que tiene el usuario del mundo*

## **12.NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

### **Diagnóstico de Enfermería:**

Disposición para mejorar el auto concepto manifestado por la persona por mejorara en su desarrollo personal y poder realizarse en forma independiente en al aspecto económico.

### **Grado de dependencia:**

Parcialmente dependiente.

**Objetivo:** Mejorar su auto concepto e independizarse.

**Evaluación.** Pendiente de valorar.

### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Valorar la presencia .de signos y síntomas de depresión en el usuario.

### **FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA:**

*La enfermería desempeña un rol vital en la valoración de aspectos de seguridad, manejo de los usuarios y supervisión de otro personal.*

### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Ayudar a la identificación de problemas y de factores situacionales que contribuyen a los problemas ofreciendo opciones para su resolución

### **FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA:**

Los usuarios a menudo esperan que los profesionales recomienden remedios a los problemas y necesitan el estímulo para participar en la selección de las opciones terapéuticas

### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Hacer lista de los puntos fuertes del usuario.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

Se encontró que los pacientes utilizaban una variedad de estrategias de autocuidado, técnicas de manejo de medicación y apoyos emocionales para aliviar síntomas de insuficiencia cardíaca crónica

#### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Enseñar al usuario técnicas conscientes para enfrentarse más efectivamente a respuestas emocionales fuertes

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

El desarrollo de estrategias conscientes aumentó la resolución de conflictos internos

#### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Apoyar las estrategias de resolución de problemas para desalentar la toma de decisiones cuando se esté en crisis.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

La crisis es un momento de aumento de tensión y de desorganización. La incertidumbre es un importante predicador negativo del ingenio.

#### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Valorar los factores estresantes del día a día y del ambiente del usuario, incluyendo la evidencia de relaciones de abuso.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

Muchos factores estresantes cotidianos y una historia de abuso en las relaciones están asociados con baja autoestima y depresión

#### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Reconocer la presencia de estigmas sociales. Enseñar herramientas de manejo

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

Se informó de los estigmas como una influencia principal sobre los usuarios deprimidos y/o suicidas que buscaban tratamiento

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Validar el efecto de experiencias pasadas sobre la autoestima y trabajar en medidas correctoras

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

La disfunción de la familia, el abuso infantil y otros factores estresantes en la infancia pueden conducir a una baja autoestima

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Validar los sentimientos del usuario respecto a la identidad racial o étnica

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

La validación permite que el usuario sepa lo que la enfermera ha oído y comprendido de lo que se ha dicho y fomenta la relación usuario-enfermera. Los individuos con una fuerte afiliación étnica tienen niveles más altos de autoestima que los demás.

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Establecer un plan de emergencia y pactarlo con el usuario para su uso.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

Tener un plan de emergencia tranquiliza al usuario. Establecer un acuerdo valida el valor del usuario y proporciona un vínculo de ciudadanos entre el usuario y la sociedad

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Educar al usuario y a la familia respecto al proceso de duelo.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

La comprensión de este proceso normaliza las respuestas de tristeza, cólera, culpa e impotencia.

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Derivar el apoyo con un colega especializado en terapia familiar.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

La colaboración y la correlación de actividades con miembros del equipo interdisciplinario aumentan el dominio del usuario de las tareas de autocuidado.

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Ayudar a la identificación de problemas y de factores situacionales que contribuyen a los problemas ofreciendo opciones para su resolución

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

Los usuarios a menudo esperan que los profesionales recomienden remedios a los problemas y necesitan el estímulo para participar en la selección de las opciones terapéuticas

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Hacer lista de los puntos fuertes del usuario.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

Se encontró que los pacientes utilizaban una variedad de estrategias de autocuidado, técnicas de manejo de medicación y apoyos emocionales para aliviar síntomas de insuficiencia cardíaca crónica

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Enseñar al usuario técnicas conscientes para enfrentarse más efectivamente a respuestas emocionales fuertes

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

El desarrollo de estrategias consientes aumentó la resolución de conflictos internos en comunicación con su pareja.

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Verificar se su pareja apoya las estrategias de resolución de problemas para desalentar la toma de decisiones cuando se esté en crisis.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

La crisis es un momento de aumento de tensión y de desorganización. La incertidumbre es un importante predicador negativo del ingenio.

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Valorar los factores estresantes del día a día y del ambiente del usuario, incluyendo la evidencia de relaciones de abuso.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

Muchos factores estresantes cotidianos y una historia de abuso en las relaciones están asociados con baja autoestima y depresión

#### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Reconocer la presencia de estigmas sociales. Enseñar herramientas de manejo en conjunto con su familia.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

Se informo de los estigmas como una influencia principal sobre los usuarios deprimidos y/o suicidas que buscaban tratamiento

#### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Validar el efecto de experiencias pasadas sobre la autoestima y trabajar en medidas correctoras en conjunto con su familia.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

La disfunción de la familia, el abuso infantil y otros factores estresantes en la infancia pueden conducir a una baja autoestima

#### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Educar al usuario y a la familia respecto al proceso mejorar la autoestima.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

La comprensión de este proceso normaliza las respuestas de tristeza, cólera, culpa e impotencia.

#### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Verificar si ha establecido contacto con su terapeuta familiar.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

La colaboración y la correlación de actividades con miembros del equipo interdisciplinario aumentan el dominio del usuario de las tareas de autocuidado.

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

#### **Diagnóstico de Enfermería:**

Deficiente actividad recreativa relacionada, pocos recursos económicos y pocos centros de bienestar familiar, manifestado por expresión verbal de la persona de no querer hacer ejercicio.

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente.

**Objetivo:** Mejorar sus actividades recreativas.

#### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:**

Potenciación de la disposición de aprendizaje junto con su pareja.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA:**

Compartir cuidados íntimos y preocupaciones requiere que las enfermeras proporcionen oportunidad para que las usuarias se sientan suficientemente seguras para compartir<sup>44</sup>

#### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:**

Establecer un ambiente de confort y comodidad apoyo en la toma de decisiones en unión familiar.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA:**

Los proveedores de asistencia sanitaria deben mostrar reconocimiento, respeto, e integrar las creencias y las prácticas culturales del usuario en las prescripciones sanitarias.

#### **❖ INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Aumentar el afrontamiento, seguridad, Escucha activa Técnica de relajación y Terapia de entretenimiento.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA:**

---

<sup>44</sup> Igual 230.

Las terapias de conductas cognitivas benefician significativamente el funcionamiento físico de los pacientes ambulatorios adultos afectados por síndrome de fatiga crónica.

❖ **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

Educación sanitaria. Enseñanza individual de los procedimientos, del tratamiento y del proceso de la enfermedad.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

Está basada en percepciones culturales de la conducta normal y anormal de afrontamiento<sup>45</sup>.

**14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

**Diagnóstico de Enfermería:**

Disposición para mejorar los conocimientos sobre la prevención del cáncer cérvico uterino

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente.

**Objetivo:** Reforzar los conocimientos sobre la prevención del cáncer cérvico uterino.

**Evaluación:** Pendiente de valorar.

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Evaluar los sentimientos, valores y razones del usuario, para no seguir el plan prescrito para su cuidado.

**FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

La salud valora la notabilidad, la información de salud diseñada sensiblemente y la percepción del estado de salud; así como, también del estatus socioeconómico, que debe considerarse para la promoción de éxitos en un estilo de vida saludable, entre la población.

❖ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

---

<sup>45</sup> Igual 230

Ayudar al usuario a determinar como organizar un programa diario que incorpore el nuevo régimen de cuidados de la salud.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

El comportamiento de búsqueda de información es una estrategia que utilizan muchas personas, como medio para manejar y reducir el estrés de enfrentarse con una enfermedad, como por ejemplo el cáncer

#### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Ayudar el usuario a reducir el estrés.

#### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

En una muestra facilitada de 24 hombres y mujeres que fueron ingresados en el hospital regional de victoria, Australia con el diagnóstico provisional de infarto agudo al miocardio, el estrés fue la causa de enfermedad mas citada frecuentemente

#### **❖ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

Establecer un contrato escrito con el usuario para seguir el régimen del cuidado acordado.

---

<sup>i</sup> Neoplasia Intraepitelial Cervical.

<sup>ii</sup> Enfermería Basada en la Evidencia

<sup>iii</sup> Enfermedad Obstructiva crónica

## CONCLUSIONES

En lo que respecta a la necesidad de oxigenación se resolvió la necesidad de forma rápida se puede decir que en un 100%.

En cuanto a la necesidad de nutrición se establecían un plan dietético para su egreso se puede decir que un 99%.

En cuanto a la necesidad de termorregulación, mejoro su temperatura corporal y confort. En cuanto a la necesidad de descanso, después de una conversación o y escucha activa la persona pudo disminuir su ansiedad, por el conocimiento de la evolución y pronóstico de su enfermedad pudo conciliar el sueño.

En la necesidad de usar prendas de vestir adecuadas aprendió la importancia del uso de la ropa interior de algodón.

En la necesidad de higiene y protección de la piel aprendió la forma correcta de realizarse la higiene bucal.

En la necesidad de evitar peligros es importante mencionar que se estableció una vigilancia adecuada y al disminuir la ansiedad pudo alejar un esos sentimientos de culpa e ideas de muerte, durmiendo tranquilamente.

Se tomo el tiempo adecuado para explicarle su enfermedad por medio de unas ilustraciones y entiendo perfectamente su enfermedad.

Se mostró satisfecha al saber que no tendrían que hacerle una histerectomía y además que tiene posibilidades de embarazarse más adelante.

Donde queda pendiente trabajar de forma integral, es en mejorar su autoestima y estableció cita con psicología, por parte de enfermería se llevo se plan de alta la recomendación de participar activamente en actividades recreativas-

Mejoro su estado general y anímico, emocional, sin embargo falta más tiempo para poder alcanzar y cumplir este objetivo.

Su necesidad de aprendizaje sobre la enfermedad que comprendida totalmente.

En general fue muy aprovechable para esta mujer el poder conocer y cabe mencionar que la el desconocimiento de su enfermedad y la desinformación fue lo que detono principalmente los problemas de ansiedad.

Actualmente pudo establecer mejor comunicación con el equipo multidisciplinario y disminuir su ansiedad.

El Proceso Atención Enfermería Demuestra que es una forma organizada, y metodológica de aplicar el cuidado de la persona.

## SUGERENCIAS

Aprovechando el espacio que se me otorga para realizar sugerencia, quiero agradecer al sistema Universitario Abierto de la Universidad Nacional Autónoma de México (mi casa de estudios) de la cual estoy muy orgullosa de pertenecer. La oportunidad que se presenta de realizar este trabajo de investigación que me ha permitido evolucionar en mi práctica de enfermería.

El método enfermero sirve teóricamente para aplicar el cuidado de la persona de forma científica, forma de trabajo que debería identificar y reconocer al 100% toda la Práctica de la Enfermería.

El cuidado de la persona, es lo que nos identifica como profesionales de la salud y hace la diferencia entre lo científico y empírico.

Sinceramente lo que pasa en la práctica, diaria de nuestro desempeño laboral. No es al 100% lo que está escrito en el Proceso Atención Enfermero, No significa que no se haya aplicado paso a paso el proceso, ni que no se haya tomado nota en los "registros de enfermería" y tampoco significa que no se le hayan proporcionado los cuidados a la persona aquí descrita después de haberla valorado minuciosamente, identificado sus necesidades o problemas, planificado las intervenciones de enfermería y finalmente haber llegado a la evaluación. En esta persona si fue aplicado el Proceso Atención de Enfermería, con la finalidad de obtener la titulación de la Licenciatura en Enfermería y la paciente mejoro notablemente por la aplicación del Proceso.

Por lo tanto sería importante aplicar el proceso de manera científica y ordenada a todos nuestros usuarios, en un 100%.

Falta que primero elevemos nuestra categoría de técnica a profesional en un 100% de nuestras enfermeras(os) desde los planes de estudio de todo el país.

Y las enfermeras que ya son profesionales, quitarse de encima ese estigma de "servidora del sistema médico". Ese estigma de "todólogas" (existen funciones que distraen el trabajo de enfermería sin ser precisamente función de estas) y dedicar el tiempo adecuado al **CUIDADO DEL PACIENTE, USUARIO O PERSONA.**

No es deseo ofender a nadie, todo lo que enfermería logre entorno al cuidado de la persona es importante. El o el enfermero (a) docente, la gerente, la investigadora, la especialista, la sanitarista, etc; todos estos elementos de la enfermería tan importantes, unidos en un solo concepto. "El Cuidado" Conforman nuestra identidad científica de enfermería.

Si solo enfocáramos nuestro trabajo al objetivo principal de la enfermería habría el tiempo necesario para aplicar El Proceso Atención Enfermero de forma escrita y ordenada, cumpliendo con las herramientas e instrumentos adecuado y paso a paso para el registro de todas estas etapas que lo conforman.

El Proceso Atención de Enfermería en la práctica se aplica diariamente: sin embargo aún falta más herramientas para estandarizar su aplicación en México.

Sin embargo debemos seguir trabajando para que este Proceso Atención Enfermero pueda ser llevado a la práctica diaria por el Profesional de la Enfermería.

Gracias a la elaboración de este Proceso puedo ahora valorar más mi función como enfermera.

Es importante mencionarlo ya que si bien nuestro sistema de educacional a nivel nacional, por medio de esta casa de estudios proporciona facilidades para alcanzar la profesionalización en enfermería lo cual agradezco.

Es importante mantener actualizado el plan estudiantil para que las siguientes generaciones alcancen la profesionalización desde sus inicios estudiantiles universitarios.

Con un Sistema Universitario capaz de educar con un plan de estudios, que incluya siempre, la formación académica de las y los estudiante, en la elaboración y aplicación del Proceso Atención Enfermero para que las generaciones actuales lo apliquen en su cotidiano desempeño.

Un sistema universitario regulador de la formación de las profesionales de Enfermería, que se forman en otras instituciones a nivel nacional.

Un sistema Universitario que estandaricé más adelante el trabajo de enfermería en las diversas instituciones de salud.

Para así hablar el mismo idioma profesional.

Gracias.

## BIBLIOGRAFIA

- Ackley Bety J. Gail B. Ladwing, Manual de diagnósticos de enfermería. Editorial Elsevier Mosby. Séptima Edición. 2007
- Allfaro Rosalinda, Leferver Aplicación del Proceso Enfermero, 5ª Edición Elsevier Masson. 1996.
- Brunert y Sudart, Manual de Enfermería Medico Quirúrgica Editorial Interamericana,
- C. Campbell "diagnósticos de enfermería" Editorial Doyma 1984.
- C. DeWiy Susan, MNS, RNS Fundamentos de enfermería medico quirúrgica. Editorial Harcout. Madrid, España. 4ª Edición, 1990
- Carpenito Juall Lynda, Diagnósticos de Enfermería, Aplicaciones a la Práctica Clínica. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. 9ª edición. 1998
- ContelJ:C., Gené J., Peya M., Atención Practica. Organización Domiciliaria. 1ª Edición. Editorial Masson.
- Doenges Marylynn E., Moorhouse Mary Frances, Murr Alice C. Planes de cuidados de enfermería. Séptima edición. Editorial McGraw-Hill
- Dueñas José Raúl. Proceso Atención de Enfermería. En: <http://www.terra.es/personal/duenas/home5.htm> Consultado el 27 agosto 2009
- Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar, Metodología de la Investigación. Editorial McGraw-Hill. Tercera Edición. (Modelos)
- J.h. Carlson "diagnósticos de enfermería" Editorial Pirámide. 1982.
- J.w. Griffith "P.A.E. Aplicación De Teorías Guías Y Modelos" Editorial Manual Moderno 1986.
- Johnson Marion, Merideans M, Sue Moorhead, Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Harcourt. 2da. edición.
- Johson Marion, Bulechek Gloria, Interrelaciones NANDA NOC y NIC. Editorial Elsevier Mosby. Segunda Edición.
- Kuri Morales Pablo. Manual para la vigilancia epidemiológica. CONAVE <http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/manuales/Cancer/man-cancer.htm> 24 AGO 2009.
- L. Carpenito "Diagnósticos De Enfermería" (39 edición) Editorial Interamericana 1990.
- L. Carpenito "Diagnósticos De Enfermería" Editorial Interamericana 1983.

- M.j. Kim. "Diagnósticos En Enfermería" Editorial interamericana 1986.
- M.j. Kim. "Manual De Diagnósticos De Enfermería" Editorial Interamericana 1989.
- Marjory Gordon, Manual de Diagnósticos de Enfermería, McGraw-Hill 11ª. Edición.
- Marriney Tomey, Ann Introducción al análisis de las teorías de la Enfermería. Modelos y teorías de enfermería. Editorial Mosby-Doyma, tercera edición
- Moran A. Victoria, Mendoza R. Alba L. Modelos de enfermería. 1ª. Edición. Editorial Trillas.
- Moran Aguilar Victoria y Mendoza R Alba L., Proceso de Enfermería, Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE. 2ª Edición. Editorial Trillas.
- Moran Aguilar Victoria, Lily M. Robles, Proceso de Enfermería – Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE. Editorial Trillas Segunda edición.
- Müch Lourdes, Ángeles Ernesto, Métodos y técnicas de Investigación. Editorial Trillas. Segunda Edición.
- N.m. Holoway "Planes De Cuidados En Enfermería Médico-Quirúrgica". Editorial Doya, 1988.
- P.w. Iyer. "Proceso de Atención de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería" Editorial Interamericana, 1986.
- Pacheco Arce Ana Laura, García Piña Aurora, Compilación Fundamentación Teórica Para el Cuidado. Editorial ENEO-UNAM, reimpresión 2008.
- R. Alfaro "Aplicación Del Proceso De Enfermería" Editorial Doyma 1986.
- S. Berek Jonathan, F. Hacker Neville "Patología" Ginecología Oncológica Practica. Editorial McGraw-Hill, 4ª. Edición
- Shakuntala Baliga, Principios y Práctica de colposcopia. Editorial McGraw-Hill. Traducción García Félix. México DF
- Soy Andrade Teresa."Atención de la enfermería en el domicilio" Enfermería en la consulta externa hospitalaria, Edición B-22. Editorial Díaz de Santos, S.A.
- Sparks Raalp Sheila, Crafft-Rosenberg Martha. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Editorial Elsevier. Edición 2005-2006.
- Suárez E, Prieto M, Rojas I y cols: Programa nacional de cáncer cervicouterino. Rev Chil Obstet Ginecol 2001; 66(6): 480-91
- Tartárinov V: G: Anaotmia y fisiología., 3ª Edición Editorial Mir. 1981

V. Aukamp. "planes de cuidados en enfermería materno-infantil". Editorial Doyma 1984.

Witter Beverly Du gas, Tratado de Enfermería Practica. Editorial Interamericana. Cuarta Edición.

Zacuala Frida, Rojas Elizabeth, Lectura y Redacción de Textos. Editorial Santillana. Segunda edición.

#### NOTAS AL FINAL:

<sup>i</sup>

---

<sup>i</sup> Según Iyer.

<sup>i</sup> Neoplasia Intraepitelial Cervical.

<sup>i</sup> Enfermería Basada en la Evidencia

<sup>i</sup> Enfermedad Obstructiva crónica<sup>i</sup>