



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**MUJER ADULTA JOVEN CON ALTERACIÓN EN LAS NECESIDADES DE
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN Y EN EL DESCANSO Y SUEÑO RELACIONADO
CON TUMORACIÓN MALIGNA INTRA ABDOMINAL**

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

PRESENTA:

**REYNA ELIZABETH MATEOS GONZÁLEZ
NO. CUENTA 303203450**

**DIRECTOR ACADÉMICO
LEO FEDERICO SACRISTÁN RUIZ**

MÉXICO, D.F., SEPTIEMBRE DE 2011



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.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	1
Objetivos	3
Justificación	4
Metodología	5
Capítulo I. Marco Teórico	7
1.1. Anatomía y Fisiología del Sistema Digestivo	7
1.1.1. Organización del Sistema Digestivo	7
1.1.2. Regulación hormonal del tracto gastrointestinal	8
1.1.3. Estómago	8
1.1.4. Cáncer gástrico: Tumor de Krukenberg	10
1.1.4.1. La célula en su estado normal	10
1.1.4.2. Patrones de crecimiento proliferativo	10
1.1.4.3. Propagación de los tumores	12
1.1.5. Tumor de Krukenberg	13
1.1.5.1. Cuadro clínico	14
1.1.5.2. Diagnóstico	14
1.1.5.3. Tratamiento	15
1.1.5.4. Pronóstico	15
1.2. Intervenciones de Enfermería	16
1.3. Proceso Atención de Enfermería	22
1.3.1. Historia	22
1.3.2. Definición	23
1.4. Las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson	33
1.4.1. Virginia Henderson	33
1.4.2. Virginia Henderson y su Definición de Enfermería	33
1.4.3. Necesidades Humanas Básicas de V. Henderson	34
1.4.4. Henderson y los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero	35
Capítulo II. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería	38
2.1. Presentación del caso	38
2.2. Valoración clínica de Enfermería de acuerdo a las 14 Necesidades Humanas Básicas de Virginia Henderson	40
2.3. Diagnósticos de Enfermería	49
2.4. Planeación	52
2.5. Ejecución y Evaluación	73
Conclusiones	87
Sugerencias	88
Bibliografía	89
Glosario	94

Dedicatoria:

Para ti, Señor Jesús, porque Tú eres quien me fortalece día a día; mis logros y amor son por ti y para ti...te amo.

Agradecimientos:

Primeramente, a mis padres, por el apoyo y sacrificio puestos en mí; por su dedicación y amor.

A mi familia y personas amadas, gracias por estar conmigo siempre.

INTRODUCCIÓN

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado, que ayuda a que el Enfermero pueda brindar cuidados individualizados y personalizados a la persona, centrándose siempre en las necesidades de la misma, y sin dejar de lado a la familia y la comunidad. Sépase que dicho método consta de 5 fases o etapas, siendo tales: la valoración, el o los diagnósticos, la planeación, la ejecución y la evaluación. Y es mediante este proceso, que el Enfermero puede facilitar su trabajo en el cuidado de la persona y lo que le rodea.

Un modelo de Enfermería, sea cual fuere, no va a variar el enfoque en el Proceso Atención de Enfermería, en tanto que la forma de concebir al objeto de nuestros cuidados (individuo/familia/comunidad) es diferente, así como lo son la finalidad o metas de dichos cuidados y, por lo tanto, el modo de actuación profesional, por lo que las distintas etapas del proceso se verán influidas por dicha elección.

El presente trabajo, realizado directamente a una persona femenina en el Hospital General Dr. “Manuel Gea González” de la ciudad de México, está elaborado y presentado en dos bloques. El primero de los cuales desglosa la anatomía y fisiología del sistema digestivo y la patología propia del tema (tumor de Krukenberg), para así ubicarnos más claramente en el sitio donde se están llevando a cabo las afecciones en la persona; también se encuentran las intervenciones de Enfermería y cada uno de los pasos que comprende el Proceso Atención de Enfermería en un amplio panorama. Posteriormente encontramos el segundo bloque que se encarga de describir a la persona, su valoración enfermera, conforme a las 14 Necesidades Básicas Humanas de Virginia Henderson, sus diagnósticos enfermeros, planeación, ejecución y evaluación acorde a las intervenciones que se llevaron a cabo. Para finalizar este bloque, me he dado a la tarea de llegar a unas conclusiones acerca de mi aprendizaje personal en dicha participación, así como sugerencias; presento las fuentes

bibliográficas consultadas como apoyo en la elaboración de este PAE, y finalmente, un glosario de términos para una mayor identificación y familiarización de algunos conceptos de la salud.

El cáncer no es sólo una enfermedad, sino que es un grupo de más de 200 enfermedades diferentes. Puede describirse generalmente como un crecimiento y una propagación descontrolados de células anormales en el cuerpo.¹

¹ [Qué es el cáncer], disponible en: www.atsdr.cdc.gov/es/general/cancer/es_cancer_fs.pdf.

OBJETIVOS

GENERAL

- Realizar un Proceso Atención de Enfermería para presentarlo como opción de titulación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

ESPECÍFICOS

- Llevar a cabo, de manera individualizada y personalizada, un Proceso Atención de Enfermería a una persona que cursa con alteraciones en las necesidades de Nutrición e Hidratación y Descanso y Sueño debido a una Tumorción Intra Abdominal.
- Brindar los cuidados de Enfermería de una manera holística a la persona.

JUSTIFICACIÓN

El por qué de la realización de este Proceso Atención de Enfermería aplicado a una mujer con cáncer metastásico, tiene mucho que ver con la naturaleza del Enfermero de querer satisfacer las necesidades básicas humanas de las personas; se relaciona en gran medida con proporcionar ese cuidado holístico a las personas, para que su padecimiento y sufrimiento sean, en la medida de lo posible, menores, o lograr que sea un proceso asimilado por la persona.

El Enfermero, como personal de salud más cercano a la persona enferma, es quien tiene que suplir esas necesidades físicas con que cuenta ella; para ello, se requiere una verdadera vocación y espíritu de servicio, pues con amor es como tenemos que sacar adelante a la persona, en sus áreas emocional, psicológica, física, etc.

En el tema del cáncer, podemos encontrar dos grandes áreas que se ven grandemente afectadas, las cuales son la física y la emocional (inclusive la espiritual). Es una patología que cambia totalmente la vida de quien la padece. Es por ello, que las intervenciones de Enfermería, aunadas al tratamiento médico, son de gran importancia para cuidar/curar a este tipo de personas.

La realización de este Proceso Atención de Enfermería a una persona femenina adulta joven con tumor de Krukenberg, se llevó a cabo, como antes se mencionó, en el Hospital General Dr. "Manuel Gea González" de la ciudad de México; a la cual se le aplicaron las intervenciones mencionadas más adelante durante su estancia hospitalaria. He llevado a cabo investigación acerca de la patología y de las intervenciones para tal cáncer; las fuentes han sido, en su mayoría, de origen bibliográfico, y en menor, de tipo electrónico. Se procuró que fueran libros actuales, aunque en cuanto a la anatomía, no eran tan recientes.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

En el Hospital General Dr. “Manuel Gea González”, de la Ciudad de México, en el quinto piso de la torre de hospitalización, Medicina Interna, en el mes de septiembre del pasado año, y siendo éste mi primer servicio para rotar. Aun recuerdo las bastas actividades que tenía que llevar a cabo el personal de Enfermería y médico para la atención de todas las personas enfermas del piso.

Es de entenderse, que por ser aquella la primera rotación, el pasante de Enfermería tenía que ir acompañado del Enfermero, y ambos brindar los cuidados a la persona hospitalizada.

En lo que a mi compete, me unieron en equipo con una Enfermera, Mireya, quien me exhortó y apoyó desde el principio para la realización del presente trabajo. En ocasiones participábamos las dos en el cuidado de Ernestina, y en otras tantas se me daba la oportunidad de hacerlo sola. Situación que de primera instancia me hizo reconocer que no es suficiente el contar sólo con la teoría, sino que hay que adquirir también habilidad y la práctica.

Casi todos los días, trabajé en el cuidado de esa persona, aun sin saber que el día de hoy sería presentado como mi trabajo para obtener la titulación.

Por las mañanas, por ser pasante de Enfermería, me competía tomar y valorar los signos vitales de las personas hospitalizadas, posteriormente, el tendido de cama de las mismas; después de tal rutina, daba comienzo a mis intervenciones de Enfermería a Ernestina. Si había que bañarla, lo hacía con el apoyo de la Enfermera, lo mismo sucedía con la movilización. Las curaciones y cuidado de su herida los llevaba a cabo sola.

Y así pasó una semana de cuidados cuando se le confirma el diagnóstico de cáncer. Ese mismo día inició su tratamiento, dándose de alta al siguiente, para ya no regresar.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA DIGESTIVO

El aparato digestivo se encarga de la digestión, un complejo proceso funcional que aprovecha las sustancias provenientes del medio (alimentos) para su nutrición y, consecuentemente, para su subsistencia. Sus funciones principales son las siguientes:

- **Ingestión.** Es la introducción de alimento líquido o sólido al estómago.
- **Masticación.** Es el proceso por el cual la comida que está en la boca es triturada por los dientes.
- **Propulsión.** Es el movimiento de la comida de un extremo a otro del tubo digestivo.
- **Mezcla.** Algunas contracciones no impulsan el alimento de una terminación a otra en el tracto digestivo, pero en lugar de eso lo mueven hacia adelante y hacia atrás para mezclarlo con las secreciones digestivas y ayudar a separarlo en partículas aún más pequeñas.
- **Secreción.** Conforme el alimento se mueve a través del tubo digestivo, se producen ciertas secreciones que se agregan para lubricar, licuar, amortiguar y digerir el alimento.
- **Digestión.** Es la descomposición de las moléculas orgánicas grandes en sus partes componentes, es decir: carbohidratos en **monosacáridos**, proteínas en **aminoácidos**, y triglicéridos en **ácidos grasos** y glicerol.²

1.1.1. Organización del sistema digestivo

El tracto gastrointestinal incluye la cavidad oral, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado (duodeno, yeyuno e íleon), el intestino grueso

² HERRERA Saint-Leu, Patricia, et al., "*Anatomía Integral*". México. Trillas. 2008. pp. 799-800.

(colon ascendente, transverso y sigmoide), el recto y el canal anal. Mide aproximadamente 5,5 m de longitud, aunque tras la muerte presenta una longitud mayor debido a la pérdida del tono muscular. Los órganos accesorios son los dientes, la lengua, las glándulas salivales, el páncreas, el hígado y la vesícula biliar.

1.1.2. Regulación hormonal del tracto gastrointestinal

EL tracto gastrointestinal está regulado por diversas hormonas **peptídicas** que actúan a través de vías endocrinas y/o **paracrinas**. Utiliza al menos 20 péptidos reguladores diferentes; hay ocho **polipéptidos** que actúan como hormonas circulantes y que se recogen a continuación junto con la zona del aparato digestivo en la que son elaborados:

- ↪ Gastrina (antro gástrico)
- ↪ Secretina (duodeno)
- ↪ Colecistocinina (duodeno)
- ↪ Polipéptido pancreático (páncreas)
- ↪ Péptido inhibidor gástrico (yeyuno y duodeno)
- ↪ Motilina (yeyuno y duodeno)
- ↪ Péptidos de tipo glucagón (íleon y colon)
- ↪ Neurotensina (parte distal del intestino delgado).³

1.1.3. ESTÓMAGO

El estómago es reconocible durante la cuarta semana de la gestación como una dilatación **fusiforme** de la parte distal del intestino anterior.⁴

³ POPOCK Gillian, RICHARDS Christopher D. "*Fisiología Humana*". España. Masson. 2005. pp. 421-424.

⁴ FELDMAN Mark, et al., "*Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas, Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento*". Argentina. Médica Panamericana. 2000. p. 599.

Por debajo del esófago, el tracto gastrointestinal se continúa con el estómago, que se sitúa en la parte izquierda de la cavidad abdominal. Las funciones del estómago incluyen:

- ✓ Almacenamiento temporal del alimento.
- ✓ Fragmentación mecánica del alimento en partículas pequeñas.
- ✓ Digestión química de las proteínas en polipéptidos por acción de las pepsinas.
- ✓ Regulación del paso del **quimo** hacia el intestino delgado.
- ✓ Secreción del factor intrínseco, esencial para la absorción de la vitamina B₁₂.

El estómago se comunica con el esófago a través del esfínter esofágico inferior, y con el duodeno a través del esfínter pilórico. Tiene unos 25 cm de longitud y forma de “J”, aunque su tamaño y forma varían de unos individuos a otros y en función de su grado de repleción. Cuando el estómago está vacío, tiene un volumen aproximado de 50 ml. Cuando está totalmente dilatado, el estómago tiene una capacidad de hasta 4 litros.

La región cardial del estómago (cardias) rodea el orificio cardial, por el cual el alimento penetra en el estómago. La parte del estómago que se extiende por encima del orificio cardial se denomina fundus, mientras que la porción media recibe el nombre de cuerpo. Éste se continúa con la región pilórica, que tiene forma de embudo. La porción superior y más ancha de la región pilórica es el antro, que se estrecha para formar el canal pilórico, que, a su vez, termina en el mismo píloro. La porción convexa del estómago recibe el nombre de curvatura mayor, mientras que la cóncava es la curvatura menor.⁵

⁵ POPOCK Gillian, RICHARDS Christopher D. “*Fisiología Humana*”. España. Masson. 2005. p. 431.

Cuatro capas constituyen la pared gástrica: *mucosa, submucosa, muscularis propia y serosa*. La mucosa reviste la luz del estómago y aparece como un revestimiento liso, aterciopelado y lleno de vasos sanguíneos. La mucosa del cardias, el antro y el píloro es un poco más pálida que la mucosa del fondo y del cuerpo. En la mucosa gástrica se localiza la mayor parte de los elementos secretores funcionales del estómago. La submucosa, situada inmediatamente por debajo de la mucosa, proporciona el denso “esqueleto” de tejido conectivo de fibras de colágeno y elastina. En la submucosa también hay linfocitos, células plasmáticas, arteriolas, vénulas y linfáticos. La tercera capa tisular, la muscular propia, es una combinación de tres capas musculares: oblicua interna, circular media y longitudinal externa. La capa final del estómago es la serosa transparente, una continuación del peritoneo visceral.⁶

1.1.4. CÁNCER GÁSTRICO: TUMOR DE KRUKENBERG

1.1.4.1. LA CÉLULA EN SU ESTADO NORMAL

La célula es la unidad básica estructural y funcional de todos los seres vivos. En el cuerpo humano adulto se encuentran alrededor de 60 000 billones de células, las cuales necesitan nutrirse para mantener la vida, y emplean oxígeno, el cual se combina con los lípidos, las proteínas o los carbohidratos para liberar la energía necesaria para su funcionamiento. La mayoría tiene la capacidad de reproducirse y cada vez que se destruyen algunas de ellas, las demás del mismo tipo se reproducen hasta que vuelven a alcanzar el número correcto.

1.1.4.2. PATRONES DE CRECIMIENTO PROLIFERATIVO

Las células cancerosas no están sujetas a las restricciones usuales impuestas por el huésped con respecto a la proliferación celular. El crecimiento celular anormal se clasifica como *Neoplásico y No Neoplásico*.

⁶ FELDMAN Mark, et al., “*Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas, Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento*”. Argentina. Médica Panamericana. 2000. p. 601.

Crecimiento No Neoplásico

Los cuatro patrones comunes de crecimiento no neoplásico son: hipertrofia, hiperplasia, metaplasia y displasia.

- Hipertrofia. Aumento en el tamaño celular. Por una mayor carga de trabajo o estimulación hormonal.
- Hiperplasia. Aumento reversible del número de células, que produce una masa mayor de tejido. Puede ser una respuesta fisiológica normal durante períodos de crecimiento y desarrollo rápidos.
- Metaplasia. Aquí un tipo de célula es reemplazado por otro que cada vez se encuentra en el tejido afectado. La inflamación, las deficiencias vitamínicas, la irritación y diversos agentes químicos la pueden inducir. El cuello uterino constituye una zona común de cambios metaplásicos.
- Displasia. Se caracteriza por alteraciones en las células adultas sanas, que dan lugar a una variación en el tamaño, la forma o la organización normales. Puede ser por radiación, inflamación, químicos tóxicos o irritación crónica.

Crecimiento neoplásico

Anaplasia significa “sin forma” y es un cambio irreversible en el cual las estructuras de las células adultas sufren una regresión a niveles más primitivos. Es un signo distintivo del cáncer.

El término *neoplasia* significa “crecimiento nuevo”, y describe una masa tisular anormal que se extiende más allá de las fronteras del tejido sano, y por ende no cumple la función normal de las células en dicho tejido. Las neoplasias se caracterizan por funcionamiento descontrolado, falta de regulación en la división y el crecimiento, y motilidad anormal. A los crecimientos neoplásicos se les conoce como neoplasias *benignas* o *malignas*. Las benignas incluyen papilomas o verrugas, mientras que entre las malignas, capaces de destruir al huésped, se

encuentran los tumores sólidos y las leucemias. Cáncer es el término común para todas las neoplasias malignas.

1.1.4.3. PROPAGACIÓN DE LOS TUMORES

El cáncer puede permanecer como un proceso de invasión localizada o puede propagarse a lugares distantes a través de vías hematógenas o linfáticas.

Propagación directa. Es la capacidad de un tumor para penetrar y destruir los tejidos vecinos. Algunos factores son los siguientes:

- ✓ Factor tumoral de angiogénesis.
- ✓ Presión mecánica y velocidad de crecimiento tumoral.
- ✓ Motilidad celular y pérdida de la adhesividad.
- ✓ Enzimas secretadas por los tumores.

La manipulación quirúrgica también crea una vía directa para la propagación de las células cancerosas.

Propagación metastásica. La palabra metástasis proviene del prefijo griego *meta* que indica un cambio. Este proceso permite la liberación de células desde un lugar primario así como su posterior propagación y adherencia a estructuras distantes. Su secuencia de acontecimientos es la siguiente:

- ✓ Crecimiento y avance del tumor primario.
- ✓ Angiogénesis en el lugar primario.
- ✓ Desprendimiento.
- ✓ Circulación de las células tumorales.
- ✓ Detención de las células tumorales en el endotelio vascular.
- ✓ Predilección por un lugar.

- ✓ Escape de la circulación.
- ✓ Angiogénesis de implante metastásico.⁷

1.1.5. TUMOR DE KRUKENBERG

El Síndrome de Krukenberg es un tumor localizado en el ovario que surge a partir de la metastización de un cáncer localizado a nivel gastrointestinal. Generalmente es sólido y puede alcanzar gran tamaño. Su forma es ovoidea o reniforme, teniendo una superficie lisa.

En el 80% de los casos es bilateral, pudiendo ser éstos de diferente tamaño e incluso uno de ellos puede ser sólido y el otro quístico.

Fue descrito originalmente por Friedrich Ernst Krukenberg, ginecólogo y patólogo alemán, en el año de 1896.

La OMS considera que para definir este tumor, se deben cumplir los siguientes criterios: a) una metástasis ovárica caracterizada por la presencia de células en anillo de sello, repletas de mucus, b) existencia de proliferación pseudosarcomatosa de origen ovárico.

Los tumores de Krukenberg, que pueden contribuir con 30% a 40% de los cánceres metastásicos de los ovarios, surgen en el estroma ovárico y tiene células características en anillo de sello llenas de mucina. Los tumores de Krukenberg pueden contribuir con casi el 2% de los cánceres ováricos. Por lo general las lesiones no se descubren hasta que la enfermedad primaria avanza, y por tanto la mayoría de las pacientes muere por la enfermedad en un año.⁸

⁷ OTTO Shirley E. "*Enfermería Oncológica*". España. Harcourt/OCEANO. 2002. pp. 3-18.

⁸ BEREK Jonathan, et al., "*Ginecología Oncológica Práctica*". México. McGraw-Hill Interamericana. 2006. p. 532.

El sitio de origen más común es el estómago (76%), seguido de intestinos (por lo general de colon o recto) con el 11%, páncreas 6%, mama 4%, sistema biliar y apéndice con 3%. El 3% restante, se distribuye en cuello uterino, vejiga urinaria y pelvis renal.⁹

Aparece a cualquier edad, predominantemente entre 30 y 40 años. Es raro en la menopausia. La evolución clínica se caracteriza por el crecimiento rápido del tumor, y se acompaña de ascitis.¹⁰

Se han descrito varios tipos de propagación: por contigüidad, sanguínea, linfática y transperitoneal.¹¹ Lo que sugiere que las células cancerosas lograron acceso al ovario a través de los linfáticos. Una alternativa es que el cáncer se disemine del sitio primario como células flotando en el líquido peritoneal.¹²

1.1.5.1. Cuadro clínico

Las pacientes con tumor de Krukenberg presentan dolor abdominal o pélvico, distensión, hemorragia vaginal, cambios durante la menstruación y **dispareunia**. Estos síntomas no son específicos.

1.1.5.2. Diagnostico

Puede hacerse a raíz de una Tomografía Computarizada (TC) abdominopélvica, una Laparotomía Exploradora, por Ultrasonografía y/o una biopsia de ovario.¹³

⁹ [Tumor de Krukenberg], disponible en: www.rfsrevista.com/articulos/12---tumor-de-krukenberg-.pdf

¹⁰ [Tumor de Krukenberg. A propósito de un caso] Beher R, Lee S, Yera G de la. Tumor de Krukenberg, presentación de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol 1976;2(1):73-9, disponible en: www.sld.cu/revistas/gin/vol27_2_01/gin01201.pdf

¹¹ [Tumor de Krukenberg. A propósito de un caso] Peterson B. Oncología. Moscú: Editorial Mir, 1987:375-6, disponible en: www.sld.cu/revistas/gin/vol27_2_01/gin01201.pdf

¹² LEWIS T.L.T, et al., "*Ginecología*". México. El Manual Moderno. 1994. pp. 184-185.

¹³ [Tumor de Krukenberg], disponible en: es.wikipedia.org/wiki/Tumor_de_Krukenberg.

1.1.5.3. Tratamiento

El tratamiento debe ser quirúrgico, es decir, **exéresis** del tumor primitivo y de las metástasis. La quimioterapia adyuvante sistémica o intraperitoneal es un aspecto del tratamiento controvertido, sobre todo si se trata de metástasis de tumor gástrico por la quimiorresistencia de estos tumores.

1.1.5.4. Pronóstico

El pronóstico de este tumor metastásico depende del tumor primario, el cáncer gástrico como tumor de origen tiene una sobrevida promedio de 13 meses, mientras que el de origen colon-rectal puede aumentar a 29 meses, y si el origen es de otro sitio aumenta a 30 meses. El pronóstico de una paciente con tumor de Krukenberg es pobre, con sobrevida de 3 a 10 meses. Solamente el 10% de las pacientes sobrevive más de dos años desde el diagnóstico.¹⁴

¹⁴ [Tumor de Krukenberg] disponible en: www.rfsrevista.com/articulos/12---tumor-de-krukenberg-.pdf

1.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Mediante signos y síntomas

Cuidado de Enfermería ante el dolor

- ✓ Valorar el dolor de la persona. Si se identifican las características del dolor, se podrán determinar las medidas más adecuadas para aliviarlo; es necesario hacer una valoración extensa tanto en cantidad como en cualidad como en la relación existente con factores psicológicos y sociales, e incluso medioambientales; y no porque la persona tenga un dolor total, éste puede ser clasificado como dolor, sino que necesita de una constante valoración para adecuar la dosis y los medios analgésicos pautados o por pautar.

- ✓ No juzgar el dolor que la persona dice tener. McCaffery define el dolor como “lo que la persona dice que es y no lo que otros piensan que debería ser”, siempre creer a la persona. Dentro de las estadísticas que cometen los profesionales al tratar el dolor, entre ellos el personal de Enfermería, está el no creer el dolor que tiene la persona, juzgar en base a apreciaciones físicas o psicológicas.

- ✓ Administrar el analgésico prescrito por el médico, que se hará a horas fijas, no a demanda; los niveles en sangre del fármaco deben ser lo más estables para que la persona no llegue a sentir dolor innecesariamente. Si aparece un episodio doloroso imprevisto, poner una dosis extra entre dos horas fijas, a esta actuación se le denomina dosis rescate.

- ✓ Se deben reconocer los efectos secundarios de los medicamentos y si aparecen, reforzar la información que el médico hubiera dado a la persona, de forma clara y comprensible.

- ✓ Hacer que la persona adopte las posiciones más adecuadas para evitar el dolor.
- ✓ Ayudar a colocarle cómodamente, sin tensiones musculares.
- ✓ Intentar disminuir los factores que disminuyen el umbral doloroso: ansiedad, insomnio, miedo, tristeza, cansancio, depresión, abandono social, introversión.
- ✓ Proporcionar una atmósfera adecuada, prestando atención a los detalles: luz, temperatura, olores, música, colores, fotografías, plantas; estas pequeñas cosas pueden hacer que la persona enfoque su atención en sensaciones más agradables, obteniendo así un efecto más positivo sobre la percepción dolorosa.
- ✓ Animarle a combatir el aburrimiento, utilizando los métodos de distracción que la persona prefiera y que se puedan adaptar a sus posibilidades actuales: ver la televisión, leer, pintar, escuchar música, escribir, pasear.
- ✓ Monitorizar la respuesta de la persona a la analgesia.
- ✓ Evaluar, documentar y registrar la evolución de la persona y la consecución de los resultados previstos.

Cuidados de Enfermería ante los síntomas digestivos

- ✓ Valorar el estado de la boca diariamente.
- ✓ Limpiar la boca dos veces al día (como mínimo), con cepillo suave, incluyendo la lengua.

- ✓ Aumentar ingesta de líquidos, si los tolera la persona.
- ✓ Valorar hábitos de defecación y consistencia de las heces.
- ✓ Prevenir el estreñimiento mediante laxantes.
- ✓ Aumentar el aporte de fibra, según el estado general de la persona.
- ✓ No obligar a comer a la persona. Darle pocas cantidades y a demanda.
- ✓ No dar dietas pastosas y/o de difícil masticación.
- ✓ Observar si hay distensión abdominal o dolor.

Cuidados de Enfermería ante los síntomas neuropsicológicos

- ✓ No utilizar medios de sujeción.
- ✓ Retirar objetos peligrosos y colocar barandales de la cama.
- ✓ Favorecer la presencia de familiar.
- ✓ Prestar atención a los signos no verbales del dolor.
- ✓ Colocar a la persona en posición cómoda. No interrumpir el sueño.
- ✓ Facilitar hábitos de la persona que ayuden a conciliar el sueño.¹⁵

¹⁵ [Cuidados de Enfermería en el Enfermo Terminal], disponible en: www.fuden.es/ficheros.../aula/aula_acredit_terminal_julio04.pdf

Mediante Diagnósticos de Enfermería

Afrontamiento inefectivo

- ✓ Ayudar a la persona a reconocer y expresar los sentimientos de ansiedad, ira, tristeza o miedo.
- ✓ Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad.
- ✓ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, demostrando a la vez simpatía, calidez y autenticidad.
- ✓ Proporcionar información objetiva.
- ✓ Ayudar a la persona a que identifique sus puntos fuertes.
- ✓ Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades.

Interrupción de los procesos familiares

- ✓ Facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico de la persona.
- ✓ Favorecer la adhesión y unidad familiar.
- ✓ Proporcionar información a los familiares sobre el estado de la persona de acuerdo a los deseos de ésta.

Déficit de conocimientos

- ✓ Ayudar a la persona a comprender la información relacionada con su proceso de enfermedad.

- ✓ Preparar a la persona para que comprenda y se adapte mentalmente para su tratamiento prescrito.

Ansiedad

- ✓ Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad a la persona.
- ✓ Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir el miedo.
- ✓ Escuchar con atención.
- ✓ Crear un ambiente que facilite la confianza.
- ✓ Ministrar los medicamentos prescritos que reduzcan la ansiedad.

Temor

- ✓ Ayudar a la persona a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas que interfieran en su vida.
- ✓ Alentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones y miedos.
- ✓ Animar a la persona a identificar sus puntos y capacidades.
- ✓ Mostrar calma.

Deterioro de la movilidad

- ✓ Movimiento de la persona o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico de ésta.

- ✓ Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos, con el fin de mantener o mejorar el estado físico o el nivel de salud.¹⁶

¹⁶ [Plan de Cuidados Cáncer de mama], disponible en:
www.hvn.es/servicios_asistenciales/...y.../consulta_mama.pdf

1.3 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La ciencia de Enfermería se basa en un amplio marco teórico. El proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de Enfermería. Es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requiere capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, y que va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente/familia (Smith y German, 1975). El proceso de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnósticos, planeación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de resolución de problemas en un esfuerzo por definir las acciones de Enfermería.

1.3.1. Historia

El proceso actual de Enfermería ha evolucionado en un proceso de cinco fases coherentes con la naturaleza en desarrollo con la profesión. Al principio, Hall lo describió como un proceso distinto (1955). Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso trifásico que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases. En 1967, Yura y Walsh crearon el primer texto que describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años setenta, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar así a un proceso de cinco fases.¹⁷

Por el año de 1973, en México, se introdujo en la enseñanza de las materias de Enfermería, el proceso atención de Enfermería (PAE), porque se le consideraba un buen instrumento para dar un cuidado individual al paciente.

¹⁷ IYER Patricia W, et al., "*Proceso de Enfermería y diagnóstico de Enfermería*". España. McGraw-Hill Interamericana de España. 1993. p. 13.

Para el año de 1976 la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería A.C. editó un documento sobre el Proceso Atención de Enfermería, en donde se le definió como “un ordenamiento lógico de actividades a realizar por la Enfermera, para proporcionar atención de calidad al individuo, familia y comunidad”.¹⁸

1.3.2. Definición

Según Rosalinda Alfaro (1993), “es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de la salud, reales o potenciales”. En el término paciente se incluye también a la familia o la comunidad.¹⁹

Se puede definir el proceso de Enfermería en relación con tres importantes dimensiones: propósito, organización y propiedades.

Propósito

El principal propósito del proceso de Enfermería es proporcionar un marco dentro del cual se puedan satisfacer las necesidades individualizadas del cliente, de la familia y de la comunidad. Yura y Walsh (1988) afirman que <<el proceso de Enfermería es una serie designada de acciones que pretenden cumplir el propósito de la Enfermería -conservar el estado óptimo de salud del paciente- y en caso de cambiar este estado, proporcionar la cantidad y calidad de cuidados de Enfermería que requiera su estado para recuperar la salud. En caso de no poder recuperar la salud, el proceso de Enfermería deberá contribuir a la calidad de vida del cliente, aumentando los recursos para alcanzar la mayor calidad de vida posible durante el máximo tiempo posible>>.

¹⁸ GARCÍA González María de Jesús. “El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson”. México. Progreso. 2004. p. 20.

¹⁹ Ibid., p. 21.

Organización

El proceso de Enfermería está organizado en cinco fases identificables: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Cada una de ellas se puede describir de la siguiente manera:

- ❖ **Valoración.** Es la primera fase del proceso de Enfermería. Sus actividades están centradas en la recogida de información relativa al cliente, al sistema cliente/familia, o a la comunidad, con el propósito de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista o anamnesis de Enfermería, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes.²⁰

Generalmente la recogida de los datos se inicia en el primer contacto del paciente, con el sistema de salud. Puede ser en su domicilio, en la clínica, o al ingreso en el hospital.

Actividades: Recolección de datos, validación de datos, organización de datos, comunicación/anotación de datos.

Las fuentes de obtención de los datos son las siguientes:

El Paciente y su familia, Registros Médicos en el expediente, Registros de Enfermería, y la Bibliografía referente al problema.²¹

Validación de datos:

- a) Datos objetivos. Son los que se pueden observar y/o medir, por ejemplo, las cifras de temperatura. Se obtienen principalmente por medio del examen físico.

²⁰ IYER Patricia W, et al., "Proceso de Enfermería y diagnóstico de Enfermería". España. McGraw-Hill Interamericana de España. 1993. p. 14.

²¹ GARCÍA González María de Jesús. "El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson". México. Progreso. 2004. p. 22.

b) Datos subjetivos. Son los que reflejan una situación personal de los hechos o situaciones, por ejemplo, el dolor. Se obtienen mediante el interrogatorio. Los datos objetivos y subjetivos se complementan y clarifican mutuamente.

La comprobación de los datos, se realiza siempre que haya duda de que los datos que hemos obtenido no se ajustan a la realidad.²²

❖ **Diagnóstico.** Durante esta fase, los datos recogidos durante la valoración son analizados e interpretados de forma crítica. Se extraen conclusiones en cuanto a las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de Enfermería, proporcionando un foco central para las restantes fases. Basándose en los diagnósticos de Enfermería, se diseña, ejecuta y evalúa el plan de cuidados. Los diagnósticos de Enfermería proporcionan un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.²³

El diagnóstico permitirá, mediante un término concreto, entender la situación del paciente, en la que se identifican los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquél, como los negativos, asociados a sus perturbaciones y limitaciones.²⁴

El diagnóstico de Enfermería se basa en las respuestas del paciente, que pueden ser de tipo: fisiológico, psicológico, espiritual y social. Todas las situaciones que la Enfermera puede atender de forma independiente. Estas funciones son: prevención, educación para la salud, cambio de actitudes

²² Ibid., p. 28.

²³ IYER Patricia W, et al., "*Proceso de Enfermería y diagnóstico de Enfermería*". España. McGraw-Hill Interamericana de España. 1993. p. 14.

²⁴ HERNÁNDEZ Conesa Juana, ESTEBAN Albert M. "*Fundamentos de la Enfermería: Teoría y Método*". España. McGraw-Hill Interamericana. 1999. p. 133.

hacia la salud, o cambio de actitudes hacia el tratamiento, para su cabal cumplimiento.

Definición. El diagnóstico de Enfermería es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las Enfermeras son responsables de edificar y tratar de forma independiente. (Rosalinda Alfaro, 1993).²⁵

Se puede entender el diagnóstico, de forma general, como un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos.²⁶

El diagnóstico de Enfermería es la expresión del problema del paciente, a la cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos. Este problema puede ser corregido por la propia Enfermera. (Mundinger y Jauron, 1975).²⁷

En 1988, el sistema de diagnósticos de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) fue aceptado por la Asociación Americana de Enfermería como el sistema oficial de los Estados Unidos.

Asimismo, la NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de Enfermería: reales, de alto riesgo y de bienestar:

²⁵ GARCÍA González María de Jesús. "El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson". México. Progreso. 2004. p. 32.

²⁶ HERNÁNDEZ Conesa Juana, ESTEBAN Albert M. "Fundamentos de la Enfermería: Teoría y Método". España. McGraw-Hill Interamericana. 1999. p. 133.

²⁷ GARCÍA González María de Jesús. "El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson". México. Progreso. 2004. p. 32.

- A) **Diagnósticos de Enfermería real:** es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.
- B) **Diagnósticos de Enfermería de alto riesgo:** es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad para desarrollar un problema, y de otros que se encuentran en una situación igual o similar. Incluyen factores de riesgo (conductas, enfermedades o circunstancias).
- C) **Diagnósticos de Enfermería de bienestar:** es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.²⁸

Según García González, los diagnósticos de Enfermería se clasifican en: Reales, Potenciales y Posibles.

- a) **Diagnóstico Real:** Es el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia.
- b) **Diagnóstico Potencial:** Es el que no está presente en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior.
- c) **Diagnóstico Posible:** Se le dá esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que esté presente, pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.²⁹

²⁸ HERNÁNDEZ Conesa Juana, ESTEBAN Albert M. "Fundamentos de la Enfermería: Teoría y Método". España. McGraw-Hill Interamericana. 1999. p. 133.

²⁹ GARCÍA González María de Jesús. "El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson". México. Progreso. 2004. p. 32.

Componentes de los Diagnósticos. Cada una de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA (1990), consta de tres componentes: Título, Características definitorias y Factores etiológicos o relacionados.

I. Título (Etiqueta). Descripción breve del problema de salud. Consta de dos partes unidas por la frase “relacionado con”.

El problema de salud nos orienta hacia los objetivos que nos vamos a proponer en el plan de cuidados.

II. Características definitorias. Grupo de signos y síntomas que se ven en ese diagnóstico en particular.

III. Factores etiológicos. Identifican aquellos factores situacionales, patológicos o de maduración que pueden causar el problema. Los factores etiológicos nos orientan sobre las actividades de Enfermería.

Para escribir un diagnóstico de Enfermería real, se recomienda usar el formato PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas) para su descripción. Es una formulación en tres partes que incluye lo siguiente.

- El Problema (P).
- La causa o Etiología (E).
- Los Signos y Síntomas (S).

Este formato PES es valioso porque identifica el problema y su etiología, además, añade el concepto de validación, por la inclusión de los signos y síntomas.

Iyer W. Patricia, (1991) describe 10 normas para escribir diagnósticos de Enfermería:

- ✓ Escribir el diagnóstico con términos que se refieran a las respuestas, más que a las necesidades.
- ✓ Utilizar “relacionado/a con”.
- ✓ Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista médico legal.
- ✓ Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor.
- ✓ Evitar invertir el orden de las frases en la categoría diagnóstica.
- ✓ No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica.
- ✓ La primera parte de la categoría diagnóstica debe incluir exclusivamente los problemas.
- ✓ Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.
- ✓ Se deben expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de la actuación de la Enfermería.
- ✓ El diagnóstico médico no debe ser incluido en la categoría diagnóstica de Enfermería.³⁰

❖ **Planificación.** En la fase de planificación se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de Enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas.

1. Fijar con el cliente los resultados para corregir, reducir o impedir los problemas.

³⁰ GARCÍA González María de Jesús. *“El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson”*. México. Progreso. 2004. p. 35-36.

2. Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo. Sabiendo que éstos dependerán del tiempo que se haya programado para su consecución.
3. Desarrollo de intervenciones de Enfermería.
4. Documentación del plan. Finalmente, todas las decisiones tomadas durante la planificación de los cuidados deben ser precisadas en el plan de cuidados, constituyendo una de las fuentes básicas de información acerca del paciente.³¹

❖ **Ejecución.** La primera etapa de la fase de ejecución exige una preparación para comenzar las intervenciones de Enfermería. Esta preparación consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso del razonamiento crítico:

- a. Revisión de las intervenciones de Enfermería para asegurarse que son compatibles con el plan de cuidados establecido.
- b. Análisis del conocimiento de Enfermería y de las habilidades necesarias.
- c. Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de Enfermería concretas.
- d. Proporcionar los recursos necesarios.
- e. Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios.

Un segundo momento es el que supone en sí mismo la intervención Enfermera, enfoque diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del cliente.³²

³¹ HERNÁNDEZ Conesa Juana, ESTEBAN Albert M. "*Fundamentos de la Enfermería: Teoría y Método*". España. McGraw-Hill Interamericana. 1999. pp. 136-137.

³² *Ibid.*, p. 138.

- ❖ **Evaluación.** La última fase del proceso Enfermero es la evaluación. Es un proceso continuo que determina hasta qué punto se han alcanzado los objetivos asistenciales. La Enfermera valora el progreso del cliente, establece medidas correctoras si es necesario, y revisa el plan de cuidados de Enfermería.

Concepto. Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la Enfermera valora la efectividad de las actuaciones de Enfermería. (Griffith y Christensen, 1982).³³

Cuando el diagnóstico de Enfermería no se resuelve y se han revisado los objetivos, el profesional de Enfermería deberá revisar las actuaciones especificadas en el plan de cuidados y determinar por qué no fueron eficaces en el cuidado del paciente.³⁴

Propiedades

El proceso de Enfermería tiene seis propiedades; es resuelto, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y con base teórica. Se puede describir el proceso de Enfermería como resuelto ya que va dirigido a un objetivo. La Enfermera utiliza las bases del proceso para proporcionar unos cuidados de calidad centrados en el paciente. El proceso es sistemático, ya que implica la utilización de un enfoque organizado para lograr su propósito. Este método deliberado fomenta la calidad de Enfermería y evita los problemas asociados a la intuición o a los cuidados tradicionalmente administrados.

³³ GARCÍA González María de Jesús. "El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson". México. Progreso. 2004. p. 44.

³⁴ HERNÁNDEZ Conesa Juana, ESTEBAN Albert M. "Fundamentos de la Enfermería: Teoría y Método". España. McGraw-Hill Interamericana. 1999. p. 139.

El proceso de Enfermería es dinámico ya que implica un cambio continuo. Se trata de un proceso continuo y centrado en las respuestas cambiantes del cliente, que se identifican durante la relación Enfermera-cliente. La naturaleza interactiva del proceso de Enfermería se basa en las relaciones recíprocas que ocurren entre la Enfermera y el cliente, la familia y otros profesionales de la salud. Este componente garantiza la individualización de los cuidados del paciente.

La flexibilidad del proceso se puede demostrar dentro de dos contextos: 1) se puede adaptar a la práctica de Enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos, grupos o comunidades, y 2) se pueden usar sus fases de forma sucesiva y concurrentemente. El proceso de Enfermería se utiliza muy a menudo en secuencias; sin embargo, la Enfermera puede utilizar más de una etapa a la vez.

Para finalizar, el proceso de Enfermería posee una base teórica. El proceso se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades, pudiendo aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de Enfermería.³⁵

³⁵ IYER Patricia W, et al., "Proceso de Enfermería y diagnóstico de Enfermería". España. McGraw-Hill Interamericana de España. 1993. pp. 13-16.

1.4 LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

1.4.1. Virginia Henderson

La Enfermera Virginia Henderson se graduó en la Army School of Nursing en 1921.

Su interés por la Enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial.

En 1955, Henderson publicó su definición en Enfermería en una versión revisada del libro de texto *The Principles and Practice of Nursing*.

En 1966 perfiló su definición de Enfermería en su libro *The Nature of Nursing*.

- Desarrolló su definición basándose en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física.
- Reconoce a Ida Orlando como una de las influencias en su concepto de relación enfermera-paciente.

Henderson ha recibido un reconocimiento importante, incluido el nombramiento como doctora honoris causa, durante su carrera en la práctica y docencia en Enfermería.

1.4.2. Virginia Henderson y su Definición de Enfermería

- Henderson considera su trabajo más como una aserción filosófica que como una teoría, ya que el término *Teoría* no se utilizaba en el momento en el que ella formuló sus ideas.
- En su definición de Enfermería, Henderson hace hincapié en el cuidado tanto de los individuos enfermos como de los sanos; fue una de las

primeras teóricas que incorporó los aspectos espirituales al cuidado enfermero.

- Según Henderson, la Enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila.
- La independencia del paciente es un criterio importante para la salud.
- Henderson identifica 14 Necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero; la Enfermera ayuda al paciente a satisfacer estas necesidades.
- Las 14 Necesidades básicas de Henderson se basan en las de Abraham Maslow: de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 está relacionada con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y la pertinencia, y de la 11 a la 14 con la autorrealización.
- Considerando las 14 Necesidades básicas de forma conjunta, proporcionan un enfoque holístico de la Enfermería.

1.4.3. Necesidades básicas de V. Henderson

1. Respiración normal.
2. Alimentación e Hidratación adecuadas
3. Eliminación de los desechos corporales
4. Movimiento y mantenimiento de posiciones deseadas
5. Sueño y descanso
6. Selección de la ropa adecuada
7. Mantenimiento de la temperatura corporal
8. Mantenimiento de la higiene corporal y del peinado
9. Prevención de los peligros ambientales
10. Comunicación con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus creencias

12. Trabajar de forma que proporcione sensación de satisfacción
13. Jugar o participar en varios tipos de actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo y salud normales.

1.4.4. Henderson y los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero

a) Persona.

- Es considerada por Henderson como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad.
- Consta de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.
- Está enferma o sana y se esfuerza por obtener un estado de independencia.
- Tiene unas necesidades básicas reales de supervivencia.
- Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana.

b) Entorno.

- Henderson no lo define explícitamente.
- Implica la relación que uno comparte con su familia.
- También abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados; Henderson cree que la sociedad cree y espera de las Enfermeras que proporcionen un servicio para los individuos incapaces de funcionar independientemente, pero por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

- Puede ser controlado por los individuos sanos; una enfermedad puede interferir con esta capacidad.
- Puede afectar a la salud; los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de las personas.

c) Salud.

- Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 Necesidades básicas.
- Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano.
- Requiere fuerza, voluntad o conocimiento.

d) Enfermería.

- Henderson la define como la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila; la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevará a cabo estas actividades sin ayuda.
- Ayuda a una persona a no depender de la asistencia tan pronto como sea posible o a alcanzar una muerte tranquila.
- Requiere trabajar de forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud; las funciones de la Enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de éste para proporcionar un cuidado holístico al paciente.
- Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades.

- Requiere un conocimiento de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar áreas de conflicto potencial o necesidades humanas inadecuadas.
- Ayuda al paciente a satisfacer las 14 Necesidades básicas a través de la formación de una relación Enfermera-paciente; Henderson identifica tres niveles de función Enfermera: sustituta (compensa lo que le falta al paciente), ayudante (establece las intervenciones clínicas) o compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud).
- Es un enfoque lógico y científico para resolver el problema, que desemboca en un cuidado individualizado.
- Implica la utilización de un plan de cuidados enfermero por escrito.³⁶

Además, Henderson favoreció la comprensión empática, y afirmó que la Enfermera debe <<meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer qué necesitan>> (Henderson, 1964).³⁷

³⁶ WESLEY Ruby L. "Teorías y Modelos de Enfermería". México. McGraw-Hill Interamericana. 1997. pp. 24-27.

³⁷ MARRINER Tomey Ann. "Modelos y Teorías en Enfermería". España. Elsevier. 2007. pp. 56.

CAPÍTULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de la Señora Ernestina, originaria del estado de Oaxaca, con residencia actual en la Delegación Xochimilco; de 30 años de edad (a septiembre de 2010), soltera, sin hijos, la cual ingresa al servicio de urgencias del Hospital General Dr. "Manuel Gea González", acompañada de un tío, el pasado 20 de agosto.

La causa de su asistencia es por dolor abdominal tipo cólico con 3 meses de evolución, pérdida de peso considerable (4 Kg. en 6 meses), constipación durante los últimos 3 meses, así como también por **disuria**, **polaquiuria**, pujo y **tenesmo vesical**, con 4 días de evolución.

El 29 de agosto ingresa al servicio de Medicina Interna en espera de la resolución del probable Síndrome de Krukenberg. Y es así como el 6 de septiembre se confirma el cáncer gástrico (Tumor de Krukenberg), iniciando ese día con la sesión de quimioterapia dentro de la misma unidad; tanto el personal de enfermería como médico le siguen brindando cuidados propios de sus patologías. Se le agenda cita para dentro de 21 días en que se le realizará su segunda sesión (hay que destacar que nunca se presenta a ésta sesión de quimioterapia, desconociéndose las causas).

Cuadro 1. INDICACIONES MÉDICAS

29/agosto/2010	6/septiembre/2010
Dieta blanda 1 500 Kcal libre de irritantes y de grasa. SV y CGE por turno. Vigilar deterioro neurológico y respiratorio. Control estricto de líquidos. Perímetro Abdominal diario.	Ayuno Hasta Nueva Orden. SV y CGE por turno. Vigilar deterioro neurológico y respiratorio. Control estricto de líquidos. Perímetro Abdominal diario. Cuidados de Herida Quirúrgica.

<p>Cuidados de Herida Quirúrgica. Vendaje compresivo de Herida Quirúrgica. Solución Salina 0.9% 1000cc IV p/24. Tramadol 200 mg en 100cc de Solución Salina p/24. Omeprazol 40 mg IV c/24. Metoclopramida 10 mg IV c/8. Cefalotina 1 gr IV c/8. Enoxaparina 40 mg SC c/24. Senósidos AB 2 tabletas VO (noche). Ketorolaco 30 mg IV DU.</p>	<p>Vendaje compresivo de Herida Quirúrgica. Solución Salina 0.9% 1000cc IV p/24. Omeprazol 40 mg IV c/24. Metoclopramida 10 mg IV c/8. Furosemide 20 mg IV c/24. Espironolactona 25 mg VO c/24. Lactulax 10 ml VO c/8. Fenazopiridina 100 mg VO c/12. Ondasetrón 3 amp de 8 mg en 100cc de Solución Salina p/12 DU. Tramadol 500 mg IV c/8 prn.</p>
---	--

2.2 VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

1) Oxigenación

Al 5 de septiembre, fecha de la valoración, se encontró a Ernestina: consciente, con una respiración eupnéica (18 r/min) y una frecuencia cardiaca dentro de los valores normales (68 l/min), presenta palidez de tegumentos y una saturación de oxígeno del 95%. Con una valoración en la **escala de Glasgow** de 15, por lo que no se puede considerar con riesgo de daño neurológico. No presenta desviación ni deformidad alguna del tabique nasal. Ernestina tiene buena entrada de aire a la auscultación de sus campos pulmonares, además de no presentar aleteo nasal ni cianosis (también de contar con un llenado capilar de 3 segundos). Presenta tórax normal, con movimientos respiratorios toracoabdominales (hay que recordar que en días anteriores presentó movimientos torácicos por la “incomodidad” que le provocaba la ascitis). Durante la palpación se llevaron a cabo las pruebas de **amplexión** y **amplexación**, teniendo resultado satisfactorio en ambas, aunque Ernestina refirió un poco de dolor al espirar y expirar. No se cuenta con gasometrías de Ernestina, ya que no se le realizaron.

Refiere no haber fumado durante toda su vida, aunque sí tuvo contacto con el humo de la leña aproximadamente durante 15 años a razón de 14 horas diarias (refiere que fue por actividades laborales y para cocinar). A decir por su tío, Ernestina es una persona activa, y que nunca antes había sentido molestias de falta de oxígeno o debilidad. Refiere también convivir en casa con un perro como mascota.

Cuadro. 2. **ESCALA DE GLASGOW**

ACTIVIDAD	MEJOR RESPUESTA	NIVEL
OJOS	Espontáneo	<u>4</u>
	A los estímulos verbales	3
	Al dolor	2
	No responde al dolor	1
MOTOR	Obedece órdenes	<u>6</u>
	Localiza el dolor	5
	Retira en respuesta al dolor	4
	Flexiona en respuesta al dolor	3
	Extensión en respuesta al dolor	2
	No responde al dolor	1
VERBAL	Orientado	<u>5</u>
	Confuso	4
	Palabras inapropiadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Ausencia de respuesta verbal	1

2) Nutrición e hidratación

Ernestina es **ectomórfica**, cuenta con un peso de 44 kg, y una talla de 1.50 metros, y por ende, un IMC de 19.55 kg/m², lo cual nos indica que se encuentra en bajo peso y sobre los límites de la delgadez. Ella menciona que siempre ha sido delgada, pero ahora ha estado notando la pérdida de peso.

A la observación Ernestina se encuentra semihidratada de mucosas orales y piel. Su cabello es largo, lacio y negro (acorde a la edad), además de contar con caspa.

Presenta abdomen globoso con dolor a la palpación; a la auscultación se perciben ruidos peristálticos perezosos, a razón de 4 por minuto. En cuanto a su cavidad bucal, se puede mencionar que cuenta con **halitosis** y no presenta falta de piezas dentales; su lengua es de tipo geográfica, y deshidratada, como se había comentado anteriormente, y sus encías rosadas con ligero edema. Desde el inicio

de su hospitalización se ha mantenido a Ernestina con dieta blanda, a excepción de las ocasiones en que se le han realizado estudios diagnósticos y se ha mantenido en ayuno. Ella misma refiere que es una persona que casi siempre se ha alimentado balanceadamente y que acostumbra a consumir cosas saludables, dejando de lado alimentos procesados o fáciles de preparar (es muy probable que se deba a los bajos recursos económicos con que cuenta su familia), aunque hay que mencionar que en ocasiones no tiene mucho apetito y es entonces que tiene que consumir pocas cantidades en varias repeticiones; sus horarios de comida en casa casi siempre fueron estrictos, siendo éstos cada 6 horas con un total de tres comidas al día; consumiendo a la semana: carne 2/7, pescado 2/7, frutas 7/7, verduras 3/7.

Nunca ha necesitado de ayuda para consumir sus alimentos y ella misma es quien los prepara en casa. Durante su estancia se ha notado su baja ingesta de alimentos, a decir por ella, por falta de apetito y rápida saciedad.

En cuanto a la hidratación, lo único que más acostumbra tomar es agua de sabor en cantidad de 1 litro al día aproximadamente. En el hospital se le mantiene con una suficiente hidratación, tanto enteral como parenteralmente.

3) Eliminación

A la auscultación, Ernestina presenta ruidos peristálticos disminuidos en cantidad (como ya se mencionó), y al realizarle la **valoración de Giordano**, ésta fue negativa.

En cuanto a la eliminación urinaria, Ernestina contó con una sonda vesical permeable del 22 al 25 de agosto; su orina presenta características macroscópicas normales, a excepción del color, ya que es concentrada, lo cual puede ser indicación de una deficiente hidratación, así como también por

presencia de eritrocitos. En cuanto a cantidad, ella orina de 1 400 a 1 700 ml por día.

Su eliminación fecal es disminuida, a razón de una al día, si se presenta. Desde casa, y hasta los primeros días de su hospitalización, cursó con constipación, misma que se ha procurado disminuir con senósidos y lactulax, pero no han dado muy buen resultado; Ernestina refiere dolor y dificultad para obrar; sus heces (escasas) son formadas, de color marrón, y olor fétido característico de las evacuaciones. No cuenta con pañal, ya que tiene total control de esfínteres. No se registraron los resultados del Examen General de Orina.

4) Movilidad y postura

Físicamente Ernestina es una persona íntegra, simétrica, bien conformada y sin deformidades; como ya se mencionó, es una paciente ectomórfica. No tiene indicación médica de mantenerse en una posición, ella puede elegir libremente de acuerdo a su comodidad, tomando en cuenta lo incómodo de su dolor abdominal y de la herida quirúrgica post LAPE. Ernestina posee la fuerza suficiente (casi siempre) para poder desplazarse dentro de su cama, así como para dirigirse al baño; ya en varias ocasiones ha mencionado el mareo antes de incorporarse a la posición de sedentación y al intentar deambular.

Ernestina es una persona que acostumbra calzar zapatos de piso y muy raras veces ha utilizado zapato de tacón por falta de costumbre; también gusta mucho de usar tenis para realizar sus actividades domésticas.

Todos los movimientos que ella realiza son voluntarios y coordinados.

5) Descanso y sueño

Por lo general Ernestina no acostumbra dormir durante el día, según ella, porque prefiere descansar por las noches, además de que el dolor abdominal y los procedimientos que se le realizan continuamente en el hospital se lo impiden. Dicho dolor abdominal, aunado a la preocupación y ansiedad ante lo que le vaya a suceder en un futuro, tal vez sea por ello que quizá no logre un total descanso por las noches. En casa acostumbra dormir de 6 a 7 horas diarias, y nunca ha tenido el hábito de consumir algún medicamento o remedio para conciliar más rápido el sueño. Menciona no tener trastornos del sueño, y por lo general no despierta durante éste.

6) Vestido

Durante su estancia hospitalaria Ernestina porta la ropa reglamentaria del hospital; no es permitido a los familiares que le proporcionen ropa ajena a la de la institución. Refiere usar comúnmente ropa holgada, de preferencia de algodón y acorde a la época del año; lo real es que casi siempre le agrada ir muy abrigada, pues dice ser “friolenta” y no le gusta pasar frío.

Ella siempre se ha encargado de vestirse y acicalarse todos los días, y hasta ahora no ha tenido obstáculo alguno para llevarlo a cabo.

7) Termorregulación

En su vida cotidiana, Ernestina no acostumbra cuidarse mucho de los cambios de temperatura ambiente, estando así, expuesta a altas temperaturas y a bajas.

Durante su estancia en el servicio de medicina interna, la señora Ernestina se ha mantenido eutérmica, así que no ha tenido demasiada prioridad el llevarle control por medio de curvas térmicas. En cuanto a la habitación en que se encuentra,

ésta se mantiene con un clima agradable, ambiente templado, así como con ventanas que permiten una correcta ventilación e iluminación.

8) Higiene y piel

Ernestina lleva por sí sola su baño de regadera dentro del servicio todas las mañanas, y de no ser así, es asistida por su tío o por el personal de Enfermería. Se le realizan sus respectivos cambios de ropa de cama y de bata. Cuenta con una piel reseca y semihidratada a pesar de que cuenta con su crema corporal; refiere no acostumbrar el uso de lociones o perfumes sobre su piel, pues considera que no los necesita. Hasta el momento, y por tratarse de una persona que puede moverse, no se han presentado en ella lesiones como úlceras por decúbito; tampoco se hallan edemas. Presenta **onicomicosis** en ambas extremidades pélvicas.

En cuanto a la pérdida de continuidad de la piel, cuenta con una herida quirúrgica por LAPE realizada el 22 de agosto del presente, de aproximadamente 12 cm, misma que se mantiene limpia, seca y sin datos de infección; también presenta una vía periférica en extremidad torácica izquierda limpia y sin datos de infección.

Conforme a la valoración por medio de la escala de Norton, se concluye que cuenta con un puntaje de 17, lo que nos indica que se trata de una paciente con bajo riesgo de contar con úlceras por decúbito.

Cuadro. 3. ESCALA DE NORTON

CONDI- CIÓN FÍSICA	ESTADO MENTAL	ACTI- VIDAD	MOVI- LIDAD	INCON- TINENCIA	PUNUA- CIÓN
Buena	<u>Orientado</u>	Deambula	Total	<u>Control</u>	4
<u>Regular</u>	Apático	<u>Deambula con ayuda</u>	<u>Disminuida</u>	Incontinencia ocasional	3
Pobre	Confuso	Cama/silla	Muy limitada	Urinaria	2
Muy mala	Incons- ciente	Encamado	Inmóvil	Urinaria-fecal	1

9) Evitar riesgos y peligros

No cuenta con tatuajes ni perforaciones. Presenta discontinuidad de la piel por la presencia invasiva de un catéter periférico desde el día 31 de agosto, por lo que podemos mencionar que aquí hay riesgo de una posible infección si no se realizaran correctamente las curaciones del catéter, que están indicadas cada 72 horas o según a la valoración. Asimismo, presenta riesgo de infección a causa de un mal cuidado de su herida quirúrgica.

Como antecedente de riesgo se sabe que estuvo en contacto con el humo de la leña durante 15 años. También, padeció de alcoholismo desde los 19 años, y hasta dos años antes de esta entrevista; nunca mencionó la cantidad que consumía, y negó haber buscado ayuda profesional.

Después de iniciar su vida sexual (a los 27 años) ha contado con dos parejas sexuales, con las cuales nunca empleó algún método anticonceptivo. Ha presentado infecciones vaginales recurrentes de 2 años a la actualidad, algunas de ellas tratadas con óvulos, de los cuales desconoce el nombre.

No conoce su factor Rh. Su cuadro de inmunizaciones está completo a la fecha, y refiere haber padecido varicela en la infancia, sin complicaciones.

En cuanto a transfusiones sanguíneas y alergias conocidas, éstas son negadas. Es de mencionar que su abuelo materno padeció EVC a la edad de 60 años.

10) Comunicación

La señora Ernestina puede comunicarse verbalmente sin ningún inconveniente para expresar sus necesidades; en ocasiones es un poco inhibida, pero en otras se halla comunicativa. Al decir por su familiar, es expresiva y sabe demostrar cariño hacia sus seres queridos; platica acerca de cómo le fue en el día y de sus actividades.

Al enterarse de la noticia del cáncer, su reacción fue de tristeza y temor.

11) Valores y creencias

Ernestina indica que profesa la religión católica, y aunque en ocasiones no lo hace sino más bien por tradición, menciona que cuando va a su pueblo (Oaxaca) le gusta mucho participar de las fiestas religiosas y celebrar a sus santos.

Sus fuerzas, su razón de vivir y salir adelante siempre ha sido su familia; el amor hacia ellos es lo que le impulsará a salir adelante con su enfermedad. Sabe que a pesar de su pronóstico de vida (14 meses) ella empleará sus fuerzas para que sea un tiempo de calidad el que pueda brindar a su familia.

12) Trabajo y autorrealización

La señora Ernestina, desde hace ya 15 años se dedica al aseo doméstico, además de sus actividades en su casa; es ello lo que le proveía de economía, ya que su familia es de bajos recursos y ella no cuenta con un alto nivel educativo (secundaria incompleta); según ella no es un trabajo muy reconocido o

importante, pero es algo que hacía con gusto, por la necesidad económica que se presentaba en casa.

13) Actividades recreativas

Durante su estancia hospitalaria no cuenta con alguna actividad recreativa, salvo ver televisión y la visita de la visita de su familiar, que muy probablemente es alentador y de mucho valor para ella.

Casi no acostumbra leer, y en ocasiones solía pasear por las noches cerca de su casa. No tenía actividades de relevancia además de trabajar.

14) Aprendizaje

Obviamente Ernestina está consciente de la gravedad de su enfermedad, sabe las posibles causas, así como el tratamiento que se empleará para tal; a su familiar se le ha estado informando de la situación; se le ha capacitado acerca de los efectos secundarios de la quimioterapia, pero sobre todo, acerca de los efectos a nivel psicológico y emocional que recaerán sobre Ernestina, pues él juega un papel muy importante en ese aspecto.

2.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Oxigenación.

- ❖ **Riesgo de padecer afecciones respiratorias** r/c antecedentes de contacto con humo de leña durante 15 años.

2. Nutrición e Hidratación.

- ❖ **Desequilibrio nutricional por defecto** r/c metástasis por cáncer gástrico m/p distensión abdominal, dolor abdominal y rápida saciedad.
- ❖ **Riesgo de déficit de volumen de líquidos** r/c falta de conocimientos respecto a la ingesta de líquidos y poca ingesta de los mismos.

3. Eliminación.

- ❖ **Estreñimiento** r/c insuficiente ingesta de líquidos y de alimentos ricos en fibra en cantidad adecuada, actividad física disminuida m/p frecuencia de evacuaciones intestinales inferior a la habitual, heces escasas y duras, acompañado de dolor y dificultad para obrar.

4. Movilidad y postura.

- ❖ **Deterioro de la movilidad física** r/c la herida quirúrgica abdominal m/p dolor abdominal y dificultad para la deambulación.

5. Descanso y sueño.

- ❖ **Alteración del sueño** r/c herida quirúrgica y dolor abdominal m/p ansiedad, preocupación, expresión verbal y somnolencia durante el día.

6. Vestido.

- ❖ **Alteración del vestido/acicalamiento** r/c el uso de la ropa hospitalaria m/p incomodidad por el uso de bata.

7. Termorregulación.

- ❖ **Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal** r/c cambios bruscos de temperatura y uso único de bata hospitalaria.

8. Higiene y Piel.

- ❖ **Riesgo de infección de la herida quirúrgica** r/c malnutrición y técnicas de asepsia deficientes del personal de salud.
- ❖ **Deterioro de la integridad cutánea** r/c inmovilización física por la herida quirúrgica abdominal m/p piel reseca, opaca y poco tersa.

9. Evitar riesgos y peligros.

- ❖ **Riesgo de reincidir en el consumo de bebidas alcohólicas** r/c antecedentes de alcoholismo y con la noticia de padecer una enfermedad terminal.

10. Comunicación.

- ❖ **Duelo anticipado** r/c la noticia de padecer cáncer m/p tristeza, temor y alteración de la comunicación.

11. Valores y creencias.

- ❖ **Afrontamiento inefectivo** r/c la noticia del cáncer m/p incertidumbre y preocupación acerca de lo que pasará en un futuro.

12. Trabajo y autorrealización.

- ❖ **Interrupción de los procesos familiares** r/c la hospitalización m/p cambio en el apoyo emocional y distanciamiento físico.

13. Actividades recreativas.

- ❖ **Déficit de actividades recreativas** r/c hospitalización por enfermedad física m/p poca realización e interés de las actividades recreativas.

14. Aprendizaje.

- ❖ **Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico** m/p deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de secuelas.

2.4 PLANEACIÓN

A continuación se presenta la planeación de los Diagnósticos ya jerarquizados.

Nutrición e Hidratación

- ❖ **Desequilibrio nutricional por defecto** r/c metástasis por cáncer gástrico m/p distensión abdominal, dolor abdominal y rápida saciedad.

Objetivo: Ernestina logrará un equilibrio nutricional durante su estancia hospitalaria y domiciliaria.

Intervención Enfermería:

Proponer comidas en fracciones pequeñas y frecuentes en lugar de cantidades abundantes e infrecuentes.

- La distribución uniforme de las calorías totales a lo largo del día, ayuda a prevenir la distensión gástrica y es posible que aumente el apetito.³⁸

Intervención Enfermería:

Comentar con la persona las posibles causas de la inapetencia.

- Factores como el dolor, la fatiga, los analgésicos y la inmovilidad pueden contribuir a la anorexia. Identificando la posible causa se podrán establecer intervenciones que la eliminen o minimicen.

Intervención Enfermería:

Limitar la ingestión de líquidos una hora antes y después de las comidas.

- La limitación de la bebida durante las comidas puede ayudar a evitar la hiperdistensión gástrica y favorecer el apetito.

³⁸ CARPENITO Lynda Juall. *“Diagnósticos de Enfermería, aplicaciones a la práctica clínica”*. España. McGraw-Hill Interamericana. 2003. p. 523.

Intervención Enfermería:

Aconsejar un reposo de media a una hora antes de las comidas.

- La fatiga disminuye más el apetito.

Intervención Enfermería:

Explicar a la persona la necesidad de un consumo adecuado de hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y líquidos.

- Los nutrientes son una fuente de energía, constituyen los tejidos y regulan los procesos metabólicos.

Intervención Enfermería:

Animar y ayudar a la persona a mantener una buena higiene oral.

- Una higiene bucal deficiente puede provocar malos olores o sabores, que disminuyen el apetito.³⁹

- ❖ **Riesgo de déficit de volumen de líquidos** r/c falta de conocimientos respecto a la ingesta de líquidos y poca ingesta de los mismos.

Objetivo: Ernestina mantendrá un equilibrio hídrico, para así evitar una posible deshidratación.

Intervención Enfermería:

Favorecer el consumo de cantidades más pequeñas de líquidos, pero con mayor frecuencia durante el día.

- La ingesta de cantidades pequeñas evita la aparición de náuseas y mantiene una óptima hidratación en la persona.

³⁹ CARPENITO-MOYET Lynda Juall. "Planes de cuidados y documentación clínica en Enfermería, Diagnósticos Enfermeros y problemas en colaboración". Madrid. McGraw-Hill Interamericana. 2005. p. 951.

Intervención Enfermería:

Vigilar la diuresis; garantizar una diuresis mínima de 1 000 a 1 500 ml cada 24 horas.

- Una diuresis menor a 30 ml/hora pudiera indicarnos que son mayores las pérdidas insensibles en la persona.

Intervención Enfermería:

Dar instrucciones sobre los líquidos y cantidades recomendadas, por ejemplo, enseñar que el café y el té son diuréticos y pueden contribuir a la pérdida de líquidos.

- La educación a la persona brinda consciencia en éste acerca de la importancia vital de los líquidos en el organismo.⁴⁰
- En grandes cantidades, éstos líquidos, así como el azúcar y el alcohol, actúan como diuréticos que aumentan la producción de orina y pueden causar deshidratación.

Descanso y sueño

- ❖ **Alteración del sueño** r/c herida quirúrgica y dolor abdominal m/p ansiedad, preocupación, expresión verbal y somnolencia durante el día.

Objetivo: Que la persona cuente con una mayor comodidad, para obtener el descanso mediante el sueño.

Intervención Enfermería:

Ministración de Tramadol IV 500 mg cada 8 horas.

- Ayudan a disminuir o eliminar el dolor de la persona.

⁴⁰ CARPENITO Lynda Juall. "Diagnósticos de Enfermería, aplicaciones a la práctica clínica". España. McGraw-Hill Interamericana. 2003. pp. 718-720.

Intervención Enfermería:

Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo, tanto de parte del personal de salud, como de los familiares.

- Permiten a la persona la relajación para un mejor descanso.

Intervención Enfermería:

Facilitar tiempos de sueño durante media hora antes de las comidas.

- El sueño insuficiente disminuye la capacidad de la persona para tolerar el dolor y agota las energías necesarias para participar en las actividades sociales.

Intervención Enfermería:

Ofrecer un entorno hospitalario silencioso a la persona para facilitar una comodidad óptima.

- Un ambiente tranquilo reduce la turbación y la ansiedad de las personas.

Intervención Enfermería:

Usar técnicas para favorecer e inducir la relajación, con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables, como dolor, tensión muscular o ansiedad.

- Las intervenciones no farmacológicas proporcionan a la persona una mayor sensación de control, fomentan la participación activa, disminuyen el estrés y la ansiedad, y elevan el ánimo y el umbral del dolor.
- El empleo de medidas analgésicas conservadoras, puede potenciar los efectos terapéuticos de los analgésicos.⁴¹

⁴¹ [Plan de Cuidados Cáncer de mama], disponible en: www.hvn.es/servicios_asistenciales/...y.../consulta_mama.pdf

Higiene y piel

- ❖ **Riesgo de infección de la herida quirúrgica** r/c malnutrición y técnicas de asepsia deficientes del personal de salud.

Objetivo: Que Ernestina no presente infección en la herida quirúrgica abdominal.

Intervención Enfermería:

Lavarse las manos antes y después de todo contacto con la persona o con cualquier muestra.

- El lavado de manos reduce el riesgo de contaminación cruzada.

Intervención Enfermería:

Seguir una técnica aséptica para los cambios de apósitos de la herida quirúrgica.

- Disminuirá los riesgos de infección de la herida.⁴²

Intervención Enfermería:

Poner en práctica precauciones universales.

- Las precauciones universales reducen el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

Intervención Enfermería:

Ministración de terapia antibiótica, en este caso, Cefalotina 1 gr IV cada 8 horas.

- Los antibióticos provocan la muerte o impiden el crecimiento de ciertas clases de microorganismos sensibles, generalmente bacterias.⁴³

⁴² CARPENITO Lynda Juall. "Diagnósticos de Enfermería, aplicaciones a la práctica clínica". España. McGraw-Hill Interamericana. 2003. pp. 417-418.

⁴³ [Plan de Cuidados para Pacientes con deterioro de la Integridad Cutánea y/o Tisular], disponible en: www.scribd.com/.../Plan-de-Cuidados-para-pacientes-con-deterioro-d...

Intervención Enfermería:

Valorar la zona de la herida quirúrgica cada 24 horas y durante los cambios de apósitos, anotando cualquier dato anormal.

- Ayuda a prevenir la aparición de datos de infección.

Intervención Enfermería:

Valorar el estado nutricional para proporcionar un aporte suficiente de calorías y proteínas para la cicatrización.

- Para reparar el tejido, el organismo necesita un mayor aporte de proteínas e hidratos de carbono y una hidratación suficiente para el transporte vascular de oxígeno y los productos de desecho.

Intervención Enfermería:

Educar a la persona y su familia a controlar los signos y síntomas de infección de la herida quirúrgica.

- El tejido responde a la infiltración de agentes patógenos con el aumento de riego sanguíneo y linfático y reducción de la **epitelización**, manifestándose por: 1) aumento de la hinchazón y eritema, 2) separación de los bordes, 3) aumento de la supuración purulenta, y 4) aumento notable de la temperatura.
- Los agentes patógenos circulantes estimulan el hipotálamo para elevar la temperatura corporal.⁴⁴

Intervención Enfermería:

Tomar la temperatura cada 4 horas; reportar si es mayor de 38°C.

- Los cambios sutiles en las constantes vitales, en especial la fiebre, pueden ser signos precoces de **sepsis**.

⁴⁴ CARPENITO-MOYET Lynda Juall. "Planes de cuidados y documentación clínica en Enfermería, Diagnósticos Enfermeros y problemas en colaboración". Madrid. McGraw-Hill Interamericana. 2005. pp. 672-673.

- ❖ **Deterioro de la integridad cutánea** r/c inmovilización física por la herida quirúrgica abdominal m/p piel reseca, opaca y poco tersa.

Objetivo: Mantener la integridad de la piel de Ernestina, evitando así un mayor deterioro de la misma.

Intervención Enfermería:

Fomentar los ejercicios de movilización en cama, cuando sea posible.

- Aumenta el flujo sanguíneo a todas las zonas del cuerpo.

Intervención Enfermería:

Favorecer la circulación óptima a través del masaje, cuando la persona esté en la cama, al menos una vez al día.

- La presión es una fuerza de compresión hacia abajo sobre una zona determinada. Si la presión ejercida sobre las partes blandas supera a la presión sanguínea intracapilar (aproximadamente 32 mmHg), los capilares pueden ocluirse; la **hipoxia** resultante dañará a los tejidos.

Intervención Enfermería:

Lubricación y humectación de la piel con el uso de cremas corporales después del baño.

- Las cremas corporales proporcionan lubricación a las pieles secas, además algunas proporcionan una barrera de protección.

Intervención Enfermería:

Aumentar el aporte de proteínas e hidratos de carbono en las comidas.

- ☑ La nutrición adecuada es fundamental para la cicatrización de las heridas, para prevenir las infecciones, para preservar la función inmunitaria y para minimizar la pérdida de fuerza.⁴⁵

Intervención Enfermería:

Cubrir la herida quirúrgica con apósito y/o vendaje después de cada curación y de la higiene corporal, si lo ameritase.

- ☑ Evita el deterioro de la herida quirúrgica, así como una probable dehiscencia.⁴⁶

Eliminación

- ❖ **Estreñimiento** r/c insuficiente ingesta de líquidos y de alimentos ricos en fibra en cantidad adecuada, actividad física disminuida m/p frecuencia de evacuaciones intestinales inferior a la habitual, heces escasas y duras, acompañado de dolor y dificultad para obrar.

Objetivo: Ernestina Logrará una regularidad en el ritmo de eliminación intestinal.

Intervención Enfermería:

Fomentar el ejercicio físico moderado y frecuente durante la estancia hospitalaria.

- ☑ La actividad física frecuente favorece el tono muscular necesario para la expulsión de las heces. También aumenta el riego del tubo digestivo, lo cual promueve el peristaltismo y facilita la evacuación de las heces.

⁴⁵ CARPENITO Lynda Juall. "*Diagnósticos de Enfermería, aplicaciones a la práctica clínica*". España. McGraw-Hill Interamericana. 2003. pp. 610-612.

⁴⁶ [Plan de Cuidados para Pacientes con deterioro de la Integridad Cutánea y/o Tisular], disponible en: www.scribd.com/.../Plan-de-Cuidados-para-pacientes-con-deterioro-d...

Intervención Enfermería:

Fomentar el consumo de 2 litros de líquido al día, en fracciones pequeñas.

- Para mantener el hábito intestinal y conseguir una consistencia adecuada de las heces es necesario consumir al menos 2 litros de líquido al día.

Intervención Enfermería:

Recomendar la lista de alimentos ricos en residuos: frutas y verduras sin pelar, salvado, nueces y semillas, pan y cereales integrales, legumbres.

- La frecuencia y la consistencia de las heces están relacionadas con los líquidos y alimentos ingeridos. La fibra aumenta la masa fecal y facilita la absorción de agua hacia las heces. El aporte de una cantidad suficiente de fibra en la dieta favorece la formación de una heces firmes, pero blandas y bien formadas, y disminuye el riesgo de heces duras y secas, difíciles de evacuar.

Movilidad y postura

- ❖ **Deterioro de la movilidad física** r/c la herida quirúrgica abdominal m/p dolor abdominal y dificultad para la deambulación.

Objetivo: Ernestina obtendrá una mayor comodidad física, para que pueda continuar con sus actividades básicas.

Intervención Enfermería:

Alivio del dolor o disminución del mismo a un nivel de tolerancia que sea aceptable a la persona, ministrando Tramadol 500 mg IV.

- El dolor puede impedir la comodidad y bienestar físicos de las personas.

Intervención Enfermería:

Valorar signos físicos del dolor (aumento de las Frecuencias Cardíaca y Respiratoria, aumento de la Presión Arterial, inquietud, rigidez).

- Valorar las características del dolor ayuda al profesional de la salud a tener un mayor panorama acerca del dolor que acontece en la persona, para así brindar un cuidado más oportuno y específico.
- En algunas personas con dolor agudo, los signos objetivos pueden ser indicadores más fiables de dolor; por algún motivo, algunas personas son reacios a expresar dolor o pedir analgésicos. Los síntomas objetivos de dolor pueden estar ausentes en una persona con dolor crónico debido a la lesión de las fibras aferentes del dolor.

Intervención Enfermería:

Informar a la persona el propósito y beneficios de la actividad física frecuente.

- La actividad física favorece el aumento de la elasticidad y movilidad articular, mejora el tono muscular, los reflejos y la coordinación; incrementa la capacidad de fuerza de voluntad y de autocontrol, disminuye el estrés, la ansiedad, la agresividad y la depresión, estimula la creatividad, la capacidad afectiva y mejora la memoria y autoestima de la persona.⁴⁷

Intervención Enfermería:

Participar en el autocuidado de la persona, por ejemplo, ayudándole en el cepillado y peinado del cabello, así como colocarse la ropa hospitalaria.⁴⁸

- El personal de salud es el responsable del fomento del autocuidado de las personas, tanto con su testimonio de vida sana como con la educación,

⁴⁷ [Caso Clínico Enfermero], disponible en: edusalu.net/pdf/maria.pdf

⁴⁸ [Deterioro de la Movilidad Física y continuidad de cuidados], disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0235.pdf

como herramienta, para que las personas opten por prácticas favorables a la salud.⁴⁹

Comunicación

- ❖ **Duelo anticipado** r/c la noticia de padecer cáncer m/p tristeza, temor y alteración de la comunicación.

Objetivo: Ernestina, así como sus familiares, lograrán expresar sus sentimientos en el proceso de duelo, y que no se vea tan alterada la comunicación entre ellos.

Intervención Enfermería:

Animar a la persona a compartir sus preocupaciones. Reconocer el valor de la persona y su aflicción mediante el contacto físico y expresándole nuestra preocupación.

- Las conversaciones francas y sinceras pueden ayudar a la persona y a los miembros de la familia a aceptar y afrontar la situación y sus reacciones ante ella.

Intervención Enfermería:

Fomentar la esperanza asegurando un cuidado atento, alivio del malestar y apoyo.

- Las personas enfermos terminales son los que más aprecian las siguientes medidas de cuidados de Enfermería: ayuda en el acicalamiento, apoyo para un funcionamiento independiente, administración de analgésicos cuando sea necesario, y aumento del bienestar físico.

⁴⁹ [El Autocuidado, una habilidad para vivir], disponible en: promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf

Intervención Enfermería:

Ofrecer oportunidades a la persona y sus familiares para platicar sus sentimientos, hablar de las pérdidas y analizarlos. Explicar que el duelo es una reacción frecuente y sana.

- El diagnóstico de cáncer provoca normalmente sentimientos de impotencia, ira, tristeza y otras respuestas de duelo. Las conversaciones abiertas y honestas pueden ayudar a la persona y su familia a aceptar y enfrentarse a la situación y las respuestas de ésta.

Intervención Enfermería:

Estimular a la persona a realizar un repaso de su vida, centrándose en los logros y las decepciones.

- El repaso de la vida ofrece una oportunidad para prepararse para el final.

Intervención Enfermería:

Comentar los beneficios de la hospitalización domiciliaria del familiar en situación terminal.

- El ingreso domiciliario de la persona que está agonizando puede aportar a la familia la capacidad de elección y el control, reducir los sentimientos de desamparo y promover el duelo eficaz tras la muerte.⁵⁰

Valores y creencias

- ❖ **Afrontamiento inefectivo** r/c la noticia del cáncer m/p incertidumbre y preocupación acerca de lo que pasará en un futuro.

Objetivo: Ernestina asimilará y reconocerá la situación de su enfermedad física.

⁵⁰ CARPENITO Lynda Juall. "Diagnósticos de Enfermería, aplicaciones a la práctica clínica". España. McGraw-Hill Interamericana. 2003. pp. 321-323.

Intervención Enfermería:

Establecer una relación enfermera-persona basada en la confianza y el respeto, demostrando a la vez simpatía, calidez y autenticidad.

- Brinda confianza a quien recibe los cuidados.

Intervención Enfermería:

Ayudar a la persona a reconocer y expresar los sentimientos de ansiedad, ira, tristeza o miedo.

- Reconocer estos sentimientos, brinda apoyo emocional a la persona.⁵¹

Trabajo y autorrealización

- ❖ **Interrupción de los procesos familiares** r/c la hospitalización m/p cambio en el apoyo emocional y distanciamiento físico.

Objetivo: Que los procesos de relación familiar no se vean truncados o alterados por la situación de enfermedad.

Intervención Enfermería:

Tratar a la persona y a la familia con respeto y apoyo. Evitar las discusiones sobre el origen del problema y los reproches.

- El objetivo del tratamiento del cáncer es ayudar a la persona y a la familia a recuperar el funcionamiento entre éstos previo a la crisis.

Intervención Enfermería:

Ayudar a la persona y sus familiares a valorar la situación de la enfermedad física.

⁵¹ [Plan de Cuidados Cáncer de mama], disponible en: www.hvn.es/servicios_asistenciales/...y.../consulta_mama.pdf

- ☑ Para el éxito del afrontamiento de la enfermedad es necesario que la persona y la familia completen las tareas siguientes: reconocer el problema y buscar ayuda, aceptar el problema y sus consecuencias.

Intervención Enfermería:

Proporcionar a la persona, sin hacer de lado a la familia, una orientación preparatoria conforme avanza la enfermedad.

- ☑ Los estudios han demostrado que los miembros de la familia de personas con cáncer <<sienten necesidades de información, de técnicas de comunicación, de estrategias de afrontamiento y de servicios de apoyo>>. ⁵²

Termorregulación

- ❖ **Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal** r/c cambios bruscos de temperatura y uso único de bata hospitalaria.

Objetivo: La persona mantendrá un equilibrio en la temperatura corporal.

Intervención Enfermería:

Toma y valoración de signos vitales, especialmente de la temperatura, una vez por turno.

- ☑ La monitorización constante de la temperatura ayuda a prevenir eventos de hipotermia e hipertermia.

Intervención Enfermería:

Aplicación de calor por medio de una lámpara de pedestal durante las mañanas.

⁵² CARPENITO Lynda Juall. *“Diagnósticos de Enfermería, aplicaciones a la práctica clínica”*. España. McGraw-Hill Interamericana. 2003. pp. 581-583.

- El calor se pierde principalmente del cuerpo por conducción, convección y evaporación en áreas de la piel.

Intervención Enfermería:

Administrar líquidos IV a temperatura ambiente, si procede.

- Permite el acceso inmediato al torrente sanguíneo, manteniendo la temperatura corporal dentro de valores aceptables.⁵³

Oxigenación

- ❖ **Riesgo de padecer afecciones respiratorias** r/c antecedentes de contacto con humo de leña durante 15 años.

Objetivo: Que Ernestina no presente en un futuro, enfermedades de tipo respiratorio.

Intervención Enfermería:

Toma y valoración de Frecuencia Respiratoria y tipo de respiración.

- Son elementos importantes para identificar alteraciones de tipo respiratorio en la persona.

Intervención Enfermería:

Proporcionar oxigenoterapia, por medio de puntas nasales, a razón de 3 litros por minuto.

- La oxigenoterapia tiene la intención de tratar o prevenir las manifestaciones de la hipoxia.

⁵³ [Clasificación de Intervenciones en Enfermería (NIC)], disponible en: books.google.com.mx/books?isbn=8481747874...

Intervención Enfermería:

Brindar educación para la salud a la persona acerca de los riesgos que conlleva el fumar, así como el contacto excesivo con el humo de leña.⁵⁴

- Múltiples evidencias demuestran la relación entre la exposición al humo de carbón o leña con las infecciones respiratorias, así como casos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y de cáncer de pulmón.⁵⁵

Vestido

- ❖ **Alteración del vestido/acicalamiento** r/c el uso de la ropa hospitalaria m/p incomodidad por el uso de bata.

Objetivo: Ernestina obtendrá la comodidad e intimidad necesarias dentro del hospital.

Intervención Enfermería:

Dar a conocer a la persona las reglas de la institución hospitalaria acerca de la portación de ropa dentro de la unidad, y que es obligatorio llevarlas a cabo.

- La persona tiene que conocer y respetar las normas establecidas de cada institución de salud acerca de la vestimenta.

Intervención Enfermería:

Educación para la salud a la persona acerca de hábitos de vestir adecuados para el tiempo y lugar.

⁵⁴ [Educación para la salud del paciente con patología pulmonar], disponible en: www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%201/eps1.htm

⁵⁵ [Enfermedades respiratorias por exposición al humo de carbón o leña], disponible en: www.forumclinic.org › EPOC › Noticias

- La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla.⁵⁶

Intervención Enfermería:

Valorar la comprensión y los conocimientos de la persona y su familia sobre las instrucciones anteriores.

- Permite que el personal de la salud cuente con un panorama, a partir del cual podrá dar seguimiento a la educación de la persona.⁵⁷

Aprendizaje

- ❖ **Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico** m/p deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de secuelas.

Objetivo: Ernestina obtendrá mayores conocimientos acerca del tratamiento de su enfermedad.

Intervención Enfermería:

Informar propósitos y objetivos del tratamiento de su enfermedad.

- La persona tiene el derecho de conocer la información acerca de su enfermedad, su pronóstico, el tratamiento y hasta sus posibles efectos secundarios.

⁵⁶ [Educación para la Salud], disponible en: www.dgsm.unam.mx/web/educa.html

⁵⁷ CARPENITO Lynda Juall. "*Diagnósticos de Enfermería, aplicaciones a la práctica clínica*". España. McGraw-Hill Interamericana. 2003. p. 183.

Intervención Enfermería:

Determinar el grado de conocimiento de los fármacos indicados, enseñar interacciones con otros fármacos o alimentos, sobre signos y síntomas de sobredosis, y a almacenar correctamente los fármacos.

- El objetivo principal de informar a la persona acerca de los medicamentos es ayudarlo, a éste y al profesional de la salud, a lograr un uso seguro y eficaz de los medicamentos. Ello supone suministrar información que permita a la persona informada tomar decisiones sobre la adecuada selección y uso de medicamentos.

Intervención Enfermería:

Explicar la siguiente información para cada medicamento prescrito: a) nombre, objetivo y acción, b) posología (cantidad y frecuencia), c) técnica de administración, y d) instrucciones especiales.

- Se trata de la información básica que se le debe proporcionar a la persona que va a iniciar un tratamiento terapéutico.⁵⁸

Intervención Enfermería:

Ayudar a la persona a llevar un horario documentado de sus medicamentos.

- Registrar el medicamento inmediatamente después de su administración, tiene el propósito de evitar que la persona reciba una sobredosis.
- Las concentraciones terapéuticas en sangre de muchos medicamentos dependen de la constancia y regularidad del horario de la administración, de tal manera que nunca se debe administrar un medicamento más de 30 minutos antes ni después de la hora indicada.⁵⁹

⁵⁸ CARPENITO-MOYET Lynda Juall. "*Planes de cuidados y documentación clínica en Enfermería. Diagnósticos Enfermeros y problemas en colaboración*". Madrid. McGraw-Hill Interamericana. 2005. p. 733

⁵⁹ [Diagnóstico de Enfermería, Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico], disponible en: ciberrevista.enfermeriadeurgencias.com/material/tabla1.pdf

Actividades recreativas

- ❖ **Déficit de actividades recreativas** r/c hospitalización por enfermedad física m/p poca realización e interés de las actividades recreativas.

Objetivo: Ernestina logrará participar en actividades productivas y recreativas.

Intervención Enfermería:

Variar la rutina diaria de Enfermería, si es necesario, y permitirle a la persona que tome tantas decisiones como sea posible.

- Las actividades informales favorecen el bienestar más que las actividades organizadas. Las actividades en solitario ejercen poco efecto sobre la satisfacción vital.

Intervención Enfermería:

Proporcionar musicoterapia a la persona durante su hospitalización.

- La musicoterapia puede resultar una intervención valiosa para aliviar el aburrimiento, despertar el interés y ayudar a las personas a afrontar los problemas sociales.

Intervención Enfermería:

Animar a la persona a unirse a un grupo que pueda ser de interés o de ayuda.

- Formar parte de un grupo o de un grupo de apoyo, puede impulsar la autoestima y la autovaloración, proporcionar una sensación de pertenencia y fomentar actividades que la persona, de otra manera, descartaría. Los grupos de apoyo pueden ayudar a menudo a las personas con problemas estresantes, complicados o que consumen tiempo.

Intervención Enfermería:

Proporcionarle la oportunidad para hablar de hechos pasados.

- ☑ Invertir tiempo en evocar recuerdos importantes puede ser un pasatiempo satisfactorio y estimulante en las personas aburridas, enfermas, recluidas o ancianas.

Intervención Enfermería:

Animar a la persona a que utilice sus capacidades para su propio beneficio y el de los demás.

- ☑ Las tareas compatibles con la concentración y los intereses de la persona pueden aumentar el contacto con la realidad, favorecen las relaciones con los demás y aumentan la autoestima.⁶⁰

Evitar riesgos y peligros

- ❖ **Riesgo de reincidir en el consumo de bebidas alcohólicas** r/c antecedentes de alcoholismo y con la noticia de padecer una enfermedad terminal.

Objetivo: La persona contará con un mayor panorama para evitar recaer en el consumo de bebidas alcohólicas.

Intervención Enfermería:

Educar a la persona respecto a las repercusiones del alcoholismo a nivel personal y social.

- ☑ El personal de Enfermería es responsable de dar educación para la salud a las personas, como medio de prevención de muchas enfermedades. En este caso que se trata de una enfermedad que afecta a todos los miembros de la familia, y que se requiere ayuda de un profesional.

⁶⁰ CARPENITO Lynda Juall. "Diagnósticos de Enfermería, aplicaciones a la práctica clínica". España. McGraw-Hill Interamericana. 2003. pp. 91-92.

Intervención Enfermería:

Informar de la posibilidad de acudir a terapia familiar o grupos de autoayuda y de los beneficios que puede aportar recurrir a ellos.

- Formar parte de un grupo de apoyo, puede impulsar a la autoestima y a la autovaloración, proporcionar una sensación de pertenencia y fomentar actividades que la persona, de otra manera, descartaría.⁶¹

⁶¹ [Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica], disponible en: books.google.com.mx

2.5 EJECUCIÓN

Nutrición e Hidratación

- ❖ **Desequilibrio nutricional por defecto** r/c metástasis por cáncer gástrico m/p distensión abdominal, dolor abdominal y rápida saciedad.

Objetivo: Ernestina logrará un equilibrio nutricional durante su estancia hospitalaria y domiciliaria.

Intervenciones Enfermería:

- ✓ Apoyo, en la medida de lo posible, a que sus comidas fueran en porciones pequeñas en varias ocasiones a lo largo del día.
- ✓ Le expliqué a Ernestina la importancia de que ingiriera su dieta ya que contenía los nutrientes necesarios para su organismo.
- ✓ Se le dieron a conocer las posibles causas de su falta de apetito.
- ✓ Se exhortó a Ernestina para que llevara a cabo su higiene bucal, que realizaba por sí sola.

Evaluación:

Durante su estancia hospitalaria, Ernestina accedió a alimentarse en porciones pequeñas durante el día, y lo toleraba su sistema digestivo, de manera que no presentaba distensión abdominal al finalizar las comidas. Con ello puedo decir que, del objetivo a cumplir, sí se logró el equilibrio nutricional en ella. La nutrición en su domicilio, obviamente no se puede evaluar.

- ❖ **Riesgo de déficit de volumen de líquidos** r/c falta de conocimientos respecto a la ingesta de líquidos y poca ingesta de los mismos.

Objetivo: Ernestina mantendrá un equilibrio hídrico, para así evitar una posible deshidratación.

Intervenciones Enfermería:

- ✓ Se llevó a cabo el control en el ingreso y egreso de líquidos, sabiendo que no podía sobrepasar la ingesta, por su problema previo de ascitis.
- ✓ Educación para la salud de lo importante que son los líquidos en el organismo.
- ✓ Se le proporcionó agua de frutas, omitiendo bebidas azucaradas o con efectos diuréticos, a excepción de las ocasiones en que tenía indicado el ayuno.
- ✓ Se le informó a Ernestina que era más adecuada la ingesta frecuente de pocas cantidades de líquido a lo largo del día.

Evaluación:

Ernestina comprendió el papel que juegan los líquidos en el cuerpo humano; pese a ello, considero que con la ingesta que mantuvo en el hospital, no se puede evaluar si se presenta o presentará en el futuro una deshidratación.

Descanso y sueño

- ❖ **Alteración del sueño** r/c herida quirúrgica y dolor abdominal m/p ansiedad, preocupación, expresión verbal y somnolencia durante el día.

Objetivo: Que la persona cuente con una mayor comodidad, para obtener el descanso mediante el sueño.

Intervenciones Enfermería:

- ✓ Ministración de Tramadol 500 mg IV cada 8 horas.

- ✓ Se proporcionó intimidad durante los episodios de dolor agudo, en la mayoría de las ocasiones.

- ✓ Se explicó a Ernestina las causas de su dolor, y que éste permanecerá, aún con los analgésicos que se le ministren.

- ✓ Se valoraron signos físicos del dolor, como aumento de las Frecuencias Cardíaca y Respiratoria, aumento de la Presión Arterial e inquietud.

Evaluación:

La realidad es que, pese al manejo del dolor que Ernestina sentía, éste nunca pudo erradicarse, pero sí se controlaba su intensidad. Aunque le costaba un poco de tiempo conciliar el sueño, cuando sucedía, descansaba el mayor tiempo posible.

Higiene y piel

- ❖ **Riesgo de infección de la herida quirúrgica** r/c malnutrición y técnicas de asepsia deficientes del personal de salud.

Objetivo: Que Ernestina no presente infección en la herida quirúrgica.

Intervenciones Enfermería:

- ✓ El lavado de manos antes y después de tener contacto con Ernestina siempre se procuró.
- ✓ Las técnicas de asepsia y antisepsia se cumplieron en cada curación de la herida.
- ✓ Se disponía de Cubrebocas, bata y guantes para que el personal hiciera uso adecuado de las precauciones universales en la intervención a las personas.
- ✓ Se ministró Cefalotina 1 gr IV cada 8 horas en tiempo y forma.
- ✓ En cada curación de la herida quirúrgica, se valoraban datos de infección de la misma.
- ✓ Se educó a Ernestina y su familiar de los signos y síntomas que se presentan en una herida infectada.

Evaluación:

Con las medidas que se llevaron a cabo, no se presentaron signos y síntomas anormales en la herida quirúrgica de Ernestina, evitándose así la infección de la misma.

- ❖ **Deterioro de la integridad cutánea** r/c inmovilización física por la herida quirúrgica abdominal m/p piel reseca, opaca y poco tersa.

Objetivo: Mantener la integridad de la piel de Ernestina, evitando así un mayor deterioro de la misma.

Intervenciones Enfermería:

- ✓ Se brindaron cambios de posición a Ernestina, al menos una vez por turno, cuando pasaba muchas horas en cama o sentada.
- ✓ Se procuró dar masajes en zonas de presión, como lo son los tobillos y la cadera.
- ✓ Procuré un adecuado tendido de cama, para evitar con ello el riesgo de que la persona presentara úlceras por presión.
- ✓ Lubricación de la piel por medio del uso de cremas corporales humectantes después del baño.

Evaluación:

Se logró que el deterioro de la piel de Ernestina no fuera progresando.

Eliminación

- ❖ **Estreñimiento** r/c insuficiente ingesta de líquidos y de alimentos ricos en fibra en cantidad adecuada, actividad física disminuida m/p frecuencia de evacuaciones intestinales inferior a la habitual, heces escasas y duras, acompañado de dolor y dificultad para obrar.

Objetivo: Ernestina Logrará una regularidad en el ritmo de eliminación intestinal.

Intervenciones Enfermería:

- ✓ Educación a la salud a Ernestina, instruyéndola en la realización del ejercicio físico moderado y frecuente.

- ✓ Se le ministró su laxante (lactulax) a razón de 10 ml cada 8 horas.
- ✓ Se le procuraron líquidos claros en pequeñas cantidades y en periodos frecuentes.
- ✓ Educación para la salud recomendando alimentos ricos en fibra: frutas y verduras sin pelar, salvado, nueces y semillas, pan y cereales integrales, legumbres.

Evaluación:

Las intervenciones por parte del personal de salud no fueron suficientes para eliminar o disminuir la constipación que presentó Ernestina, ya que sus hábitos alimenticios no se modificaron considerablemente por el corto tiempo de su estancia.

Movilidad y postura

- ❖ **Deterioro de la movilidad física** r/c la herida quirúrgica abdominal m/p dolor abdominal y dificultad para la deambulación.

Objetivo: Ernestina obtendrá una mayor comodidad física, para que pueda continuar con sus actividades básicas.

Intervenciones Enfermería:

- ✓ Se le ministró Tramadol IV a razón de 500 mg cada 8 horas.
- ✓ Se le brindó educación para la salud acerca del propósito y los beneficios de la actividad física, con el objeto de exhortarle a llevarlo a cabo.

- ✓ Se participó en algunas actividades del autocuidado de Ernestina, incluyendo: el baño y la lubricación de la piel.
- ✓ En las ocasiones en que ella no gustó de realizarse cambios de posición, se le brindó ayuda para llevarlo a cabo, así como también apoyo para la deambulaci3n.

Evaluaci3n:

Al no haberse erradicado el dolor abdominal, las actividades f3sicas que Ernestina llevaba a cabo eran pocas, concluyendo que no se pudo lograr el nivel de comodidad para que las pudiera realizar.

Comunicaci3n

- ❖ **Duelo anticipado** r/c la noticia de padecer c3ncer m/p tristeza, temor y alteraci3n de la comunicaci3n.

Objetivo: Ernestina, as3 como sus familiares, lograr3n expresar sus sentimientos en el proceso de duelo, y que no se vea tan alterada la comunicaci3n entre ellos.

Intervenciones Enfermer3a:

- ✓ Se tuvo la oportunidad de platicar con Ernestina y su t3o de sus sentimientos acerca de la noticia del c3ncer, dando tiempo para que 3sta los expresara.
- ✓ Se le exhort3 tambi3n a manifestar sus preocupaciones presentes y futuras.

- ✓ Se le comunicó la opción de ser dada de alta para que pudiera sentirse más cómoda en casa, con sus familiares y seres queridos.
- ✓ Se abordaron con su familiar, las etapas del duelo, para que éste pudiera tener más sensibilidad con ella.

Evaluación:

Aunque Ernestina se mostró un poco cooperadora ante la aceptación de la noticia del cáncer, no se puede evaluar la intensidad de la afectación a nivel familiar ni la calidad en las relaciones entre ambas partes.

Valores y creencias

- ❖ **Afrontamiento inefectivo** r/c la noticia del cáncer m/p incertidumbre y preocupación acerca de lo que pasará en un futuro.

Objetivo: Ernestina asimilará y reconocerá la situación de su enfermedad física.

Intervenciones Enfermería:

- ✓ La relación enfermera-persona fue basada en la confianza y el respeto.
- ✓ Platicando con Ernestina, le comenté que era bueno que expresara su ansiedad, ira o tristeza, que sintió con la noticia del cáncer.

Evaluación:

Ernestina se mostró consciente ante la noticia del padecimiento de cáncer, pero le costó un poco de trabajo desenvolverse de una mejor manera con el personal de salud, aun con la Trabajadora Social que platicó del tema con ella.

Trabajo y autorrealización

- ❖ **Interrupción de los procesos familiares** r/c la hospitalización m/p cambio en el apoyo emocional y distanciamiento físico.

Objetivo: Que los procesos de relación familiar no se vean truncados o alterados por la situación de enfermedad.

Intervenciones Enfermería:

- ✓ En toda ocasión se le trató a Ernestina y al familiar con respeto y educación, con el objeto de brindar confianza y seguridad para con el equipo de salud.
- ✓ Se platicó con el familiar, dándole información acerca de la enfermedad, así como del tratamiento a seguir, y el pronóstico, abriéndole el panorama para que valorara más la situación por la que pasaba Ernestina.

Evaluación:

No se pueden evaluar estas intervenciones, ya que realmente no se tuvo contacto con los integrantes de la familia de Ernestina, sino solamente con un tío, el cual no gustaba mucho de platicar y/o expresarse.

Termorregulación

- ❖ **Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal** r/c cambios bruscos de temperatura y uso único de bata hospitalaria.

Objetivo: La persona mantendrá un equilibrio en la temperatura corporal.

Intervenciones Enfermería:

- ✓ Se mantenía la ventana cerrada durante las mañanas, evitando que Ernestina estuviera en contacto con corrientes de aire dentro de su misma unidad.
- ✓ Se le proporcionó un cobertor de la institución, inclusive una sábana adicional.
- ✓ Se tomaba y valoraba la temperatura axilar de Ernestina una vez por turno.

Evaluación:

Durante su estancia hospitalaria, se mantuvo a Ernestina eutérmica.

Oxigenación

- ❖ **Riesgo de padecer afecciones respiratorias** r/c antecedentes de contacto con humo de leña durante 15 años.

Objetivo: Que Ernestina no presente en un futuro, enfermedades de tipo respiratorio.

Intervenciones Enfermería:

- ✓ Se tomó y valoró la Frecuencia Respiratoria, así como el tipo de respiración de Ernestina.
- ✓ Se platicó a la persona acerca de los riesgos a la salud que conlleva el contacto excesivo con el humo de leña.

Evaluación:

Ernestina comprendió los riesgos a la salud, y mencionó no volver a estar en contacto con el humo de leña. Durante la hospitalización, no presentó alteraciones de tipo respiratorio.

Vestido

- ❖ **Alteración del vestido/acicalamiento** r/c el uso de la ropa hospitalaria m/p incomodidad por el uso de bata.

Objetivo: Ernestina obtendrá la comodidad e intimidad necesarias dentro del hospital.

Intervenciones Enfermería:

- ✓ Se explicó a Ernestina que durante su estancia hospitalaria, es importante que se respete el uso de la bata que brinda la misma institución.
- ✓ Se le informó, además, acerca de hábitos de vestir adecuados para el ambiente y lugar donde se encuentre, y se motivó a que procurara que las prendas que vistiera no fueran sintéticas, sino más bien, de telas naturales.

Evaluación:

No se pudo brindar comodidad con el uso de la ropa hospitalaria. Tenía conocimiento acerca del uso adecuado de prendas de vestir para los diferentes climas y lugares.

Aprendizaje

- ❖ **Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico** m/p deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de secuelas.

Objetivo: Ernestina obtendrá mayores conocimientos acerca del tratamiento de su enfermedad.

Intervenciones Enfermería:

- ✓ Se le brindó información a Ernestina, para recalcar el propósito de su tratamiento a seguir, mismo que previamente le había notificado el médico.
- ✓ Se le interrogó para conocer el grado de conocimiento acerca de sus medicamentos, e instruir lo que aun desconoce.
- ✓ Educación para la salud a Ernestina del uso de sus medicamentos.

Evaluación:

No se puede evaluar realmente el nivel de conocimientos y la puesta en práctica de ellos en su hogar.

Observación. Se sabe que nunca regresó al hospital para que se le ministrara su segunda dosis de quimioterapia.

Actividades recreativas

- ❖ **Déficit de actividades recreativas** r/c hospitalización por enfermedad física m/p poca realización e interés de las actividades recreativas.

Objetivo: Ernestina logrará participar en actividades productivas y recreativas.

Intervenciones Enfermería:

- ✓ Se le dio el libre albedrío de la toma de decisiones, por ejemplo, si quería que se le bañara en cama o que su tío se hiciera cargo de ella en la regadera, ya fuera antes o después del desayuno.

- ✓ Cuando ella deseaba, se le permitía ver televisión en la sala de espera del piso, siempre acompañada de su familiar.

- ✓ En tiempos de conversación con ella, se le animó a que platicara de temas libres de su interés, que fueran cosas que para ella fueran importantes.

- ✓ Se le instó también a que dedicara sus tiempos libres a la lectura de su interés.

Evaluación:

El objetivo a alcanzar no se logró como se deseaba, ya que ella no manifestó mucho interés ni en la lectura, ni en alguna otra actividad productiva.

Evitar riesgos y peligros

- ❖ **Riesgo de reincidir en el consumo de bebidas alcohólicas** r/c antecedentes de alcoholismo y con la noticia de padecer una enfermedad terminal.

Objetivo: La persona contará con un mayor panorama para evitar recaer en el consumo de bebidas alcohólicas.

Intervenciones Enfermería:

- ✓ Se informó a grosso modo, en qué consiste el alcoholismo, y cuáles son sus daños a la salud, exhortándole a no recaer en ello.

- ✓ También se le brindó información de grupos de autoayuda para personas con adicciones.

Evaluación:

Es un objetivo que no puede evaluarse, ya que se desconoce su comportamiento en casa. Se entiende que ya contaba con algunos conocimientos acerca del daño del alcohol en el organismo.

CONCLUSIONES

Se logró llevar a cabo la implementación de un Proceso Atención de Enfermería, que fuera individualizado, a una mujer adulta hospitalizada en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, y a la cual se le brindaron los cuidados pertinentes para que se pudieran cubrir sus necesidades básicas humanas.

Se buscó que las intervenciones de Enfermería, abarcaran holísticamente a la persona; sin embargo, y por tratarse de una persona que padece una patología terminal, se considera que la mayor área que se tiene que cubrir en ella es la psicológica, y no solamente la asistencia de Enfermería.

Concluyendo el logro de los objetivos plasmados, se deduce que la mayoría de las necesidades de la persona que no fueron suplidas, se debió a la falta de, en primera instancia, fuerza, y en segunda, por la voluntad de Ernestina.

Se sabe, que durante su estancia hospitalaria, Ernestina, al igual que sus familiares, experimentaron un ir y venir de emociones y sentimientos, los cuales esperamos que hayan sido empleados en catalizadores para volverse aún más fuerte e intencional ante cada una de las circunstancias que tendrá que atravesar en su diario vivir. Se desconoce su inasistencia al hospital para brindarle la segunda sesión de tratamiento; no hubo un aviso de parte de ella o de su familiar, acerca de la posible causa; su expediente señaló no contar con número telefónico para poder localizarle.

Deseo verdaderamente que este trabajo quede plasmado en mis recuerdos y corazón, para que conforme lleve a cabo la práctica de mi profesión, sea consciente de lo valiosa que es la vida del ser humano, y por ello, realizar cada vez mis acciones con la mayor calidad posible.

SUGERENCIAS

Me encantaría, como profesionales de Enfermería que somos, que día a día nuestros objetivos sean para satisfacer y suplir las necesidades de la persona que requiere el cuidado, y no solamente, el cumplimiento de nuestras actividades como una tarea más que hay que cumplir.

Que el personal que labora en un medio hospitalario, por poner un ejemplo, brinde la oportunidad y la confianza al pasante de Enfermería que esté dispuesto a seguir aprendiendo y a enfrentarse a la realidad; que lo lleve a cabo con la consciencia de que éste necesita la habilidad y práctica, que se le deje pulir, para que con el tiempo llegue a transformarse en madurez (como humano) y experiencias (profesionalmente hablando).

Sugiero que al emplear un Proceso Atención de Enfermería en una persona, traten de visualizar cada una de las áreas de la misma, procurando siempre su pronta recuperación o enlenteciendo el deterioro de su salud.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes bibliográficas

BEREK Jonathan S. HACKER Neville F. "Ginecología Oncológica Práctica". 4ta ed. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 908.

CARPENITO Lynda Juall. "Diagnósticos de Enfermería, aplicaciones a la práctica clínica". 9na ed. España. Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2003. p. 935.

CARPENITO-MOYET Lynda Juall. "Planes de cuidados y documentación clínica en Enfermería, Diagnósticos Enfermeros y problemas en colaboración". 4ta ed. Madrid. Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2005. p. 1101.

DECHERNEY Alan H. "Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos". 9na ed. México. Editorial El Manual Moderno; 2007. p. 1164.

FELDMAN Mark, SCHARSCHMIDT Bruce F., SLEISENGER Marvin H. "Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas, Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento". 6ta ed. Argentina. Editorial Médica Panamericana; 2000. p. 1120. (Tomo I).

GARCÍA González María de Jesús. "El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson". 2da ed. México. Editorial Progreso; 2004. p. 320.

HERNÁNDEZ Conesa Juana, ESTEBAN Albert M. "Fundamentos de la Enfermería: Teoría y Método". España. Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 152.

HERRERA Saint-Leu, Patricia, BARRIENTOS Fortes, Tomas, FUENTES Santoyo, Rogelio, ALVA Rodríguez, Mario. "Anatomía Integral". 1ra ed. México. Editorial Trillas; 2008. p. 1168.

IYER Patricia W. TAPTICH Bárbara J. BERNOCCHI-LOSEY Donna. "Proceso de Enfermería y diagnóstico de Enfermería". 2da ed. España. Editorial McGraw-Hill Interamericana de España; 1993. p. 453.

LEWIS T.L.T., CHAMBERLAN G.V.P. "Ginecología". 1ra ed. México. Editorial El Manual Moderno; 1994. p. 360.

MARRINER Tomey Ann. "Modelos y Teorías en Enfermería". 6ta ed. España. Editorial Elsevier; 2007. p. 796.

OTTO Shirley E. "Enfermería Oncológica". 3ra ed. España. Editorial Harcourt/OCEANO; 2002. p. 316. (Vol. I).

POPOCK Gillian, RICHARDS Christopher D. "Fisiología Humana". 2da ed. España. Editorial Masson; 2005. p. 712.

TORTORA Gerard J., REYNOLDS Grabowski. "Principios de Anatomía y Fisiología". 9na ed. México. Editorial Oxford University Press México; 2002. p. 1174.

WEISS Geoffrey R. "Oncología Clínica". México. Editorial El Manual Moderno; 1997. p. 542.

WESLEY Ruby L. "Teorías y Modelos de Enfermería". 2da ed. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1997. p. 179.

Fuentes electrónicas

[Caso Clínico Enfermero], disponible en: edusalu.net/pdf/maria.pdf, consultada: 27/09/2011; 16:47 hrs.

[Clasificación de Intervenciones en Enfermería (NIC)], disponible en: books.google.com.mx/books?isbn=8481747874..., consultada: 30/09/2011; 13:44 hrs.

[Cuidados de Enfermería en el Enfermo Terminal], disponible en: www.fuden.es/ficheros.../aula/aula_acredit_terminal_julio04.pdf, consultada: 23/09/2011; 07:25 hrs.

[Deterioro de la Movilidad Física y continuidad de cuidados], disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0235.pdf, consultada: 27/09/2011; 16:53 hrs.

[Educación para la Salud], disponible en: www.dgsm.unam.mx/web/educa.html, consultada: 30/09/2011; 16:25 hrs.

[Educación para la salud del paciente con patología pulmonar], disponible en: www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%201/eps1.htm, consultada: 30/09/2011; 14:25 hrs.

[El Autocuidado, una habilidad para vivir], disponible en: promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf, consultada: 27/09/2011; 17:28 hrs.

[Enfermedades respiratorias por exposición al humo de carbón o leña], disponible en: www.forumclinic.org › EPOC › Noticias, consultada: 30/09/2011; 18:10 hrs.

[Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica], disponible en: books.google.com.mx, consultada: 30/09/2011; 17:26 hrs.

[Ministerio de la Protección Social], disponible en: www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf, consultada: 19/09/2011; 12:20 hrs.

[Plan de Cuidados Cáncer de mama], disponible en: www.hvn.es/servicios_asistenciales/...y.../consulta_mama.pdf, consultada: 23/09/2011; 08:06 hrs.

[Plan de Cuidados para Pacientes con deterioro de la Integridad Cutánea y/o Tisular], disponible en: www.scribd.com/.../Plan-de-Cuidados-para-pacientes-con-deterioro-d..., consultada: 30/09/2011; 10:35 hrs.

[Qué es el cáncer], disponible en: www.atsdr.cdc.gov/es/general/cancer/es_cancer_fs.pdf, consultada: 14/10/2011; 15:30 hrs.

[Tumor de Krukenberg], disponible en: es.wikipedia.org/wiki/Tumor_de_Krukenberg, consultada: 02/09/2011; 20:04 hrs.

[Tumor de Krukenberg] disponible en: www.rfsrevista.com/articulos/12---tumor-de-krukenberg-.pdf, consultada: 02/09/2011; 20:06 hrs.

[Tumor de Krukenberg. A propósito de un caso] Beher R, Lee S, Yera G de la. Tumor de Krukenberg, presentación de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol 1976;2(1):73-9, disponible en: www.sld.cu/revistas/gin/vol27_2_01/gin01201.pdf, consultada: 02/09/2011; 20:36 hrs.

[Tumor de Krukenberg. A propósito de un caso] Peterson B. Oncología. Moscú: Editorial Mir, 1987:375-6, disponible en: www.sld.cu/revistas/gin/vol27_2_01/gin01201.pdf, consultada: 02/09/2011; 20:02 hrs.

[Valoración inicial en el paciente respiratorio], disponible en: enfermeriaenred.blogspot.com/.../valoracion-inicial-en-el-paciente.ht...-, consultada: 30/09/2011; 14:14 hrs.

GLOSARIO

Ácidos grasos. Son biomoléculas orgánicas de naturaleza lipídica.

Aminoácidos. Moléculas orgánicas con un grupo amino y un grupo carboxílico.

Adenomegalias. Aumento de volumen de los ganglios linfáticos.

Alcohol isopropílico. Alcohol incoloro, inflamable con un olor intenso y muy miscible con el agua.

Amplexación. Prueba en el paciente con problemas respiratorios para determinar los movimientos hacia los lados. Se colocan las manos en la cara posterior del tórax, y con los pulgares a poca distancia de las apófisis espinosas, el resto de las manos descansan con suavidad a cada uno de los lados del tórax, se solicita al paciente que respire normalmente y después en forma profunda, al tiempo que se aprecia la expansión torácica.

Amplexión. Prueba manual que examina los movimientos torácicos en el eje anteroposterior. Se sitúa el examinador de pie y al lado derecho del paciente, se coloca una mano en la cara anterior del tórax y la otra en la posterior, primero en la parte media de los hemitórax y después en cada uno por separado, se le solicita al paciente que respire en forma normal y después con respiraciones profundas, en esa forma se observa la excursión torácica comparando el tórax explorado con el homólogo.

Ascitis. Es la presencia de líquido seroso en el espacio que existe entre el peritoneo visceral y el peritoneo parietal.

Clorhexidina. Sustancia antiséptica de acción bactericida y fungicida.

Dispareunia. Relación sexual dolorosa tanto en mujeres como en hombres.

Disuria. Difícil, dolorosa e incompleta expulsión de la orina.

Ectomórfica. Delgado. Caracterizado por un cuerpo lineal con poca musculatura.

Epitelización. Producción o formación espontánea o dirigida sobre una superficie de epitelio.

Escala de Glasgow. Escala neurológica diseñada para evaluar el nivel de consciencia de los pacientes que han sufrido algún tipo de traumatismo.

Escala de Norton. Mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión.

Exéresis. Es la excisión, remoción o extirpación de tejidos u órganos.

Fusiforme. En forma de huso, es decir, alargado y con las extremidades más estrechas que el centro.

Halitosis. Es un signo o síntoma caracterizado por un mal aliento en la boca.

Hipoxia. Es un estado de deficiencia de oxígeno en la sangre, células y tejidos del organismo, con compromiso de la función de éstos.

Menarca. Primera menstruación.

Monosacáridos. También llamados azúcares simples, son los glúcidos más sencillos.

Onicomycosis. Infección causada por hongos en las uñas de los pies y/o manos.

Parácrinas. Secreción de una sustancia (hormona o factor de crecimiento) que es utilizada por las células adyacentes a las que la produce.

Peptídicas. Es una hormona secretada en el torrente circulatorio y tiene una función endócrina.

Polaquiuria. Síntoma urinario caracterizado por el aumento del número de micciones a lo largo del día, que suelen ser de escasa cantidad y con irritación o inflamación del tracto urinario.

Polipéptido. Péptido de tamaño suficientemente grande.

Quimo. Masa pastosa, semisólida y de consistencia ácida que se forma por los movimientos de contracción que poseen las paredes musculares del estómago, y por la acción de la pepsina y del ácido clorhídrico.

Sepsis. Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica, definido como las manifestaciones clínicas de la respuesta inflamatoria, ocasionadas por causas infecciosas y no infecciosas.

Tenesmo vesical. Deseo imperioso de orinar que obliga a hacerlo constantemente, resultando una experiencia desagradable para el paciente y que obliga ir al baño para orinar sin conseguirlo.

Valoración de Giordano. Prueba que se lleva a cabo golpeando con puño cerrado la espalda, en la zona renal, para detectar con ello alteraciones urinarias.

Xerostomía. Síntoma que define la sequedad en la boca y su mucosa.

Zoonosis. Toda enfermedad transmitida por animales a los seres humanos.